

図8 社会参加状況(高齢者)

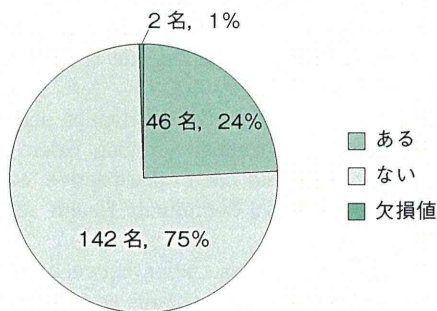


図9 震災後やめた趣味

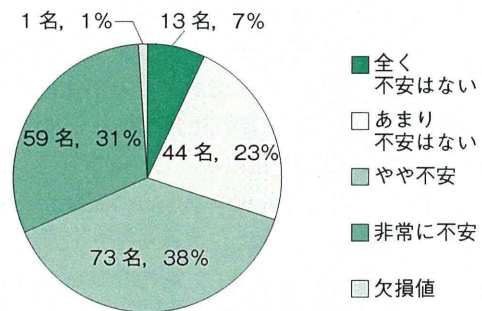


図10 将来の経済的不安(高齢者)

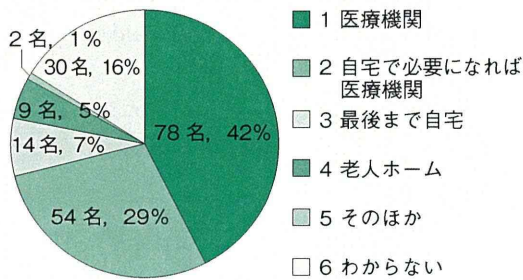


図11 終末期に希望する療養場所

表1 陸前高田市調査結果

	人数	%
性別		
男性	1,571	42
女性	2,145	58
自覚症状		
あり	1,627	53
なし	1,424	47
外出頻度		
1日1回以上	1,549	61
2~3日に1回	433	17
4~5日に1回	300	12
週5日未満	238	9
近所に相談相手がいるか		
あり	1,570	90
なし	172	10

## 考 察

本研究により、震災後1年半が経過した現在の、高齢の被災者の健康状況および社会参加状況の一部が明らかとなった。石巻市の仮設住宅調査からは、仮設住宅で生活していた高齢者の大部分で震災後外出機会が減り、また趣味活動

などの社会的・文化的活動が震災後減少していること、その理由の1つとして、外出手段が不足していることや社会参加の機会が失われたことが関与している可能性が示唆された。また、経済不安を抱える高齢者が7割にも上ったこと、仮設住宅で生活する被災者の9割が、人生の最期を自宅で迎えることを望んでいないことも明らかになった。

以上のように、本調査から、震災後年単位の時間が経過してなお、健康面、社会生活面、社会経済面、地域環境面において、仮設住宅で生活する高齢者に多くの課題が存在することが明らかになった。運動不足、社会参加の不足、閉じこもり、経済不安、居住環境などはいずれも抑うつや要介護のリスクであることが知られている<sup>2-5)</sup>。今後も高齢者の社会活動状況などについての継続評価を進めることが求められる。また、これらの要因分析を進める必要性がある一方、本研究結果からは、避難生活が長期化するとみられる地域において、新たな社会参加機会の創生や交通手段の支援などの一層の充実であることが示唆される。

#### 謝 辞

本研究は平成24年度厚生労働科学研究費補助金「被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に関する

研究(代表：大島伸一)」の一部として実施された。長 純一・阿部佳代子・佐々木亮平・岩室紳也・坂田清美・陸前高田市健康推進課・陸前高田市保健医療福祉復興未来図会議メンバーのみなさまには調査およびデータの提供などについてご協力をいただきました。また、三浦久幸・栗田主一・大塚理加・山崎幸子・三澤仁平・森田明美・増野華菜子・芦田登代の各氏にはデータ入力や調査票デザイン、および分析において助言などをいただきました。記して深謝いたします。

#### 文 献

- 1) 大島伸一ほか：平成24年度厚生労働科学研究費補助金「被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に関する研究」年次報告書，2013。
- 2) Holt-Lunstad J et al : Social relationships and mortality risk : a meta-analytic review. *PLoS Med* 2010 ; **7**(7) : e1000316.
- 3) Kondo N et al : Relative deprivation and incident functional disability among older Japanese women and men : prospective cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2009 ; **63**(6) : 461-467.
- 4) Murata C et al : Association between depression and socio-economic status among community-dwelling elderly in Japan : the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). *Health Place* 2008 ; **14**(3) : 406-414.
- 5) Kondo N et al : Impact of mental health on daily living activities of Japanese elderly. *Prev Med* 2008 ; **46**(5) : 457-462.

(執筆者連絡先) 近藤尚己 〒113-8656 東京都文京区本郷7-3-1 東京大学大学院医学系研究科保健社会行動学分野/健康教育・社会学分野

特集 東日本大震災と高齢者—3.11のその後—

## Seminar

# 3. 被災地の仮設住宅などにおける疫学調査 2) 仮設住宅居住高齢者における介護 リスクとソーシャルサポートの 関連

大塚 理加

### KEY WORD

■東日本大震災 ■災害 ■ソーシャルサポート ■高齢者 ■介護予防

### SUMMARY

■東日本大震災の被災地では、被災高齢者の心身の健康状態の悪化が憂慮されている。先行研究からソーシャルサポートの心身の健康への効果が認められている。本稿では、2012年度実施した仮設住宅に居住する高齢者への調査において、介護予防プログラム該当を介護リスクありとして、ソーシャルサポートとの関連を検証した。その結果、「運動器の機能向上」「閉じこもり予防・支援」「うつ予防・支援」において、友人や家族からの情緒的サポートが介護リスクを軽減することを示した。以上から、仮設住宅に居住する高齢者の介護リスクの軽減のためには、友人関係を維持し環境づくりや新しい友人を作る仕組み作りが必要であると考えられた。

### はじめに

東日本大震災の被災地では、仮設住宅での閉じこもりがちな生活や、近親者の死別、転居などのネガティブなライフイベントに遭遇したことにより、心身の健康状態の悪化が憂慮されている。これまでの研究から、ソーシャルサポート<sup>注)</sup>はこれらの急性のストレスの影響を緩和することで、心身の健康維持に効果があることが示されている。しかし被災者の多くは、震災被害や転居などによりソーシャルサポートの状況は変化したと考えられる。阪神大震災の5年後のインタビュー調査からは、ストレス状態から対人関係の問題が顕在化していることが報告されており、新しいコミュニティ形成におけるソーシャルサポートの重要性も指摘されてい

る<sup>1)</sup>。

一般に、高齢者は心身機能の低下などにより新しい環境への適応は困難になることから、高齢者のソーシャルサポートへの配慮は特に必要となると考えられる。本稿では、高齢者の健康とソーシャルサポートの関連についての先行研究を概観し、仮設住宅の被災高齢者のソーシャ

注) ソーシャルサポートの定義には未だ定説はないが、本稿でのソーシャルサポートは、多くの先行研究に倣い、「他者からの有形無形の援助全般」とし、特定の援助のみを限定するものではない。また、先行研究では多くの分類方法があるが、本稿では、機能的、構造的な分類を用いる。機能的な分類として、精神面へのサポートを情緒的サポート、実質面でのサポートを手段的サポートとする。そして、構造的な分類には、サポート源の違いとする。例えば、「福祉サービス」は専門家からの手段的なサポート、「友人に話を聞いてもらう」は友人からの情緒的サポート、「親戚からお金を借りる」は親族からの手段的サポートとなる。

■おおつか りか(独立行政法人国立長寿医療研究センター在宅連携医療部特任研究員)

ルサポートと介護リスクの関連について、2012年度実施した調査結果から検討する。

## 高齢者の健康とソーシャルサポート

ソーシャルサポートには、ストレスへの効果のみではなく、健康や身体機能の維持・向上の効果も検証されている。例えばソーシャルサポートは、在宅高齢者の近隣関係と心理的ディストレスの関係を緩衝したり<sup>2)</sup>、糖尿病患者の認知機能障害による血糖コントロールの悪化の影響を低くしたりするといった心身の健康への効果が報告されている<sup>3)</sup>。FerrwiraとShermanは、関節炎の高齢者においてソーシャルサポートが高いと、人生満足感が高く、抑うつが低く、またうつ症状がある場合の痛みの軽減への関与も報告している<sup>4)</sup>。また、ソーシャルサポートと抑うつとの関連が認められている<sup>5, 6)</sup>一方で、その健康への効果には性差<sup>6, 9)</sup>や国による違い<sup>10-13)</sup>があることも報告されている。すなわち、受け手の状況(環境)により、その効果は異なるのである<sup>14)</sup>。

このように、高齢者のソーシャルサポート研究は多岐にわたり、その効果は認められてきた。しかし、ソーシャルサポートの効果は環境により異なると考えられる。そして、被災高齢者における避難による転居、また慣れない集団住宅での生活といった環境の変化は、高齢者個人のソーシャルサポートのあり様だけでなく、その効果も被災前とは異なる可能性がある。

## 仮設住宅における介護リスクとソーシャルサポート

仮設住宅における介護リスクとソーシャルサポートについて、抽選による入居により、震災前のコミュニティが維持されなかった仮設住宅の高齢者を対象に、ソーシャルサポートの介護リスクへの効果を検討した。

I市仮設住宅の1地区に居住する高齢者全234名を対象とした留置き法による質問紙調査を実施した(2012年9月22日～10月19日)。質問項目は、基本属性(性別、年齢など)、ソ-

表1 対象者概要

	カテゴリー	n	%
性別	女性	115	60.8
年齢	75歳以上	90	47.6
独居	あり	40	21.2
年収	150万円以上	68	36.0
罹患状況	あり	129	68.3
主観的健康感	よい	138	73.0
情緒的サポート(家族)	あり	146	77.2
情緒的サポート(友人)	あり	58	30.7

n=189

シャルサポート(サポート源別情緒的サポート・手段的サポート)、基本チェックリストなどであった。65歳以上の189名(有効回答率80.8%)を分析対象とした。介護リスクがある高齢者は、基本チェックリストの二次予防事業対象者の選定基準から介護予防の各プログラム該当者とした。分析は、独立変数としてサポート源(家族、友人)別ソーシャルサポート(情緒的サポート・手段的サポート)、従属変数は、各介護予防プログラムへの該当(介護リスクあり)とし、性別、年齢、年収、疾患の有無、独居、主観的健康観を統制し、ロジスティック回帰分析を行った。なお、この調査は独立行政法人国立長寿医療研究センターの倫理・利益相反委員会の承認を得ている。

調査対象者の概要を表1に示す。

介護リスクへのソーシャルサポートの関連について、上述のモデルで検討した結果、家族、友人とも手段的サポートと介護リスクとの関連は認められなかった。しかし、情緒的サポートには「運動器の機能向上」「閉じこもり予防・支援」「うつ予防・支援」の各介護リスクへの効果が認められた(表2)。サポート源別には、「運動器の機能向上」「閉じこもり予防・支援」には友人の情緒的サポート(それぞれ0.32倍、0.28倍)、「うつ予防・支援」には家族の情緒的サポート(0.40倍)の効果が認められた。

## 仮設住宅での介護予防

本調査結果から、ソーシャルサポートの介護

表2 仮設住宅居住高齢者における介護リスクとソーシャルサポートの関連

該当する介護予防プログラム	カテゴリー	運動器の機能向上(n=152)			閉じこもり予防・支援(n=156)			うつ予防・支援(n=156)				
		オッズ比	95%信頼区間	p値	オッズ比	95%信頼区間	p値	オッズ比	95%信頼区間	p値		
性別	女性	4.227	1.520-11.761	0.006	3.267	1.039-10.268	0.043	1.747	0.781-3.907	0.174		
年齢	75歳以上	1.306	0.563-3.032	0.534	2.936	1.078-7.998	0.035	1.631	0.755-3.522	0.213		
年収	150万円以上	1.240	0.475-3.233	0.660	0.769	0.258-2.297	0.638	0.912	0.415-2.004	0.819		
独居	あり	3.006	1.090-8.288	0.033	1.295	0.423-3.964	0.650	0.828	0.329-2.088	0.690		
罹患状況	あり	2.067	0.677-6.318	0.203	1.190	0.366-3.870	0.773	0.826	0.344-1.986	0.670		
主観的健康感	よい	0.423	0.171-1.042	0.061	1.578	0.519-4.794	0.421	0.136	0.056-0.330	0.000		
情緒的サポート(家族)	あり	1.595	0.534-4.764	0.403	0.354	0.121-1.037	0.058	0.398	0.159-0.994	0.048		
情緒的サポート(友人)	あり	0.323	0.116-0.897	0.030	0.280	0.081-0.964	0.044	0.872	0.384-1.981	0.743		
モデル $\chi^2$		25.09(df=8)			0.001	18.45(df=8)			0.018	33.22(df=8)		0.001

リスクへの効果が示された。身体機能低下と閉じこもりの介護リスクには、友人からの情緒的サポートに効果が認められた。このような家族外からのサポートが外出などの機会を創出し、それが身体機能の低下や閉じこもりを予防している可能性が考えられる。身体機能低下では、独居であることは3.01倍の介護リスクとなっていたことから、独居高齢者には、特に友人からの情緒的サポートが重要となると考えられる。

また、抑うつ介護リスクには、家族の情緒的サポートの効果が認められた。独居との関連は認められないことから、別居家族でも、その情緒的サポートがあることが、抑うつへの効果があると考えられる。

本調査では、情緒的サポート、特に友人からのサポートの介護リスクの軽減の効果が示された。本研究の結果は、転居後1～2年の対象者で、昔からの知り合いが周囲に少ないといった環境で得られたもので、一般化することは難しい。ソーシャルサポートの介護リスクへの効果を見るためには、ほかの環境下での検討も必要となる。しかし、この仮設住宅に居住する高齢者にとって、友人からの情緒的サポートは、介護リスクの軽減において重要であることが示された。このことから、仮設住宅に居住する高齢者の介護リスクの軽減には、これまでの友人関係が維持できる環境づくりや新しい友人を作ることのできる場の設定などが必要であると考え

られる。そのためには、交通の便利さや住宅の構造、公民館の設置といったハードからの支援とともに、高齢者が参加しやすいイベントの開催や新しい友人ができる仕組み作りといったソフトの支援も重要となると考えられる。

#### 謝 辞

本研究は平成24年度厚生労働科学研究費補助金「被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に関する研究(代表：大島伸一)」の一部として実施された。長 純一所長、阿部佳代子看護師長をはじめ石巻市開成仮診療所の皆様には、調査実施において多大なご協力をいただきました。また、研究班メンバーである三浦久幸・栗田主一・近藤尚己・山崎幸子・三澤仁平・森田明美・増野華菜子の各氏には調査デザインおよび分析において助言などをいただきました。記して深謝いたします。

#### 文 献

- 1) 篠田美紀ほか：心理的ストレスからみた災害後のコミュニティ形成とソーシャルサポート—震災復興大規模団地におけるコミュニティ形成に関する研究(2)—。都市住宅学 2000; 31: 90-95.
- 2) Brown SC et al: The relationship of neighborhood climate to perceived social support and mental health in order Hispanic immigrants in Miami, Florida. J Aging Health 2009; 21(3): 431-459.
- 3) Okura T et al: Association between cognitive function and social support with glycemic control in adults with diabetes mellitus. JAGS

- 2009 ; **57** : 1816-1824.
- 4) Ferrwira VM and Sherman AM : The relationship of optimism, pain and social support to well-being in older adults with osteoarthritis. *Aging Ment Health* 2007 ; **11**(1) : 89-98.
  - 5) 増地あゆみ, 岸 玲子 : 高齢者の抑うつとその関連要因についての文献的考察—ソーシャルサポート・ネットワークとの関連を中心に—. *日公衛誌* 2001 ; **48**(6) : 435-448.
  - 6) 小泉弥生ほか : 都市在住の高齢者におけるソーシャル・サポートと抑うつ症状の関連性. *日老医誌* 2004 ; **41**(4) : 426-433.
  - 7) 吉井清子ほか : 地域在住高齢者の社会関係の特徴とその後2年間の要介護状態発生との関連性. *日公衛誌* 2005 ; **52**(6) : 456-467.
  - 8) 岸 玲子, 築島恵理 : 農村における高齢者の健康状態と社会的支援およびネットワークの現状と保健福祉の課題. *日農医誌* 1999 ; **47**(6) : 819-827.
  - 9) Arai A et al : Association between lifestyle activity and depressed mood among home-dwelling older people : a community-based study in Japan. *Aging & Mental Health* 2007 ; **11**(5) : 547-555.
  - 10) Kikuzawa S : Multiple roles and mental health on cross-cultural perspective : the elderly in the United States and Japan. *J Health Soc Behav* 2006 ; **47** : 62-76.
  - 11) Son J et al : Cross-national comparison of social support structures between Taiwan and the United States. *J Health Soc Behav* 2008 ; **49** : 104-118.
  - 12) Antonucci TC et al : Widowhood and illness : a comparison of social network characteristics in France, Germany, Japan, and the United States. *Psychol Aging* 2001 ; **16** : 655-665.
  - 13) Chun M et al : Differences in stress and coping models of emotional distress among Korean, Korean-American and White-American caregivers. *Aging Ment Health* 2007 ; **11**(1), 20-29.
  - 14) 稲葉昭英 : ソーシャル・サポートの理論モデル. *人を支える心の科学*(松井 豊, 浦 光博編), 誠信書房, 東京, 1998.

(執筆者連絡先) 大塚理加 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 35 独立行政法人国立長寿医療研究センター在宅連携医療部

特集 東日本大震災と高齢者—3.11のその後—

Seminar

### 3. 被災地の仮設住宅などにおける疫学調査

#### 4) 仮設住宅入所高齢者における閉じこもり，うつ傾向の出現割合と関連要因

山崎 幸子

KEY WORD

■東日本大震災 ■仮設住宅 ■介護予防 ■閉じこもり ■うつ傾向

SUMMARY

- 本稿では，震災約1年半後における仮設入所高齢者の閉じこもり，うつ傾向の出現割合，および，それぞれの関連要因を示した。
- 閉じこもりの出現割合は13.7%であり，閉じこもりに関連した要因は，糖尿病の既往歴があること，食事回数が3回未満であること，家族からの情緒的サポートないこと，サポートを提供していないことであった。うつ傾向者の出現割合は3.8%であり，うつ傾向のあった6人全員が該当していた要因は，経済的な不安があること，震災後に睡眠障害があること，震災後に外出頻度が低下していること，震災後の歩行量が低下していること，であった。

はじめに

2011年3月11日に起きた東日本大震災は未曾有の大震災であり，判明しているだけで死者・行方不明者は18,534人(死者15,883人，行方不明者2,651人)にのぼる<sup>1)</sup>。犠牲者は，60歳代以上の死者数に占める割合が約65%であり，全人口の年代構成と比して高く<sup>2)</sup>，高齢者に偏在している。東日本大震災により，入所高齢者の死者数が増加したことも明らかにされている<sup>3)</sup>。さらに阪神淡路大震災では，震災1年後の「応急仮設住宅入居者」の約4割が高齢者世帯<sup>4)</sup>であり，震災後の高齢者の孤独死の問題<sup>4)</sup>も取り上げられているなど，高齢者は震災弱者として特に支援が必要と考えられる。震災後，約2年半が経過した現在においても，仮設入所

者数の総数は107,768人<sup>5)</sup>と極めて高く，震災生活が長引くことにより，仮設入所高齢者は特に疲弊していることが想定される。

コミュニティの形成が不十分なまま仮設住宅での生活が始まったことで，災害により家族や家を失い，生きる意欲を失った仮設住宅や在宅の高齢者の孤独死や閉じこもりなどの問題発生が懸念されている<sup>6)</sup>。新潟中越沖地震の被災者である高齢者を対象とした調査<sup>7)</sup>では，大うつ病の発症は低いものの，診断に至る以前の精神的健康状態の悪化が高いことがわかっている。また，閉じこもりは生活不活発病や要介護認定に至るハイリスクである<sup>8)</sup>。特に，被災地における震災以降の要介護認定者数が増加している<sup>9)</sup>ことから，診断に至る前のうつ傾向者や，閉じこもりを早期に把握し，支援策を検討する

■やまざき さちこ(文京学院大学人間学部)

表1 閉じこもり，うつ傾向者の出現割合

	全体 (N=146)	男性 (N=64)	女性 (N=82)	検定	前期高齢者 (N=90)	後期高齢者 (N=56)	検定
閉じこもり該当	20(13.7)	5(7.8)	15(18.3)	n.s.	12(13.3)	8(14.3)	n.s.
うつ傾向あり <sup>a)</sup>	6(3.8)	1(1.6)	5(5.2)	n.s.	3(3.4)	3(4.3)	n.s.

検定は $\chi^2$ 検定を用いた  
a)欠損値あり

人数(%)

ことで，仮設住宅入所者の介護予防を図ることも今後の課題である。

そこで本稿では，仮設住宅入所高齢者に対して実施した調査から，震災約1年半後における閉じこもり，うつ傾向の出現割合と関連要因の実態を報告する。

## 石巻市における仮設住宅入所高齢者の疫学調査の結果から

### 1. 調査の内容

宮城県石巻市開成地区仮設住宅に入居している全高齢者234人を対象とした調査結果を報告する。調査は留置き法にて実施した。調査期間は2012年9月22日～10月19日であった。調査実施完了者は190人であり，回収率は81.2%であった。調査した主な内容は，性，年齢，家族構成，教育歴による基本属性のほか，身体的要因(血圧，既往歴，震災後における喫煙・飲酒量，食事回数など)，心理的要因(うつ傾向，震災による睡眠の影響，健康度自己評価，経済的不安など)，社会・環境要因(世帯収入，外出に関する要因，ソーシャル・キャピタル，他者との接触，友人数，ソーシャル・サポート)であった。

### 2. 閉じこもりの出現割合と関連要因

要支援・要介護認定を受けておらず，外出頻度が週1回未満のものを閉じこもりと定義し，その出現割合を算出したところ13.7%であった(表1)。性別では，男性が7.8%，女性が18.3%，年代別では，前期高齢者が13.3%，後期高齢者が14.3%であった。いずれも統計的有意差は認められなかった。被災者のデータではないが，

地域高齢者における閉じこもりの出現割合は，筆者ら<sup>10)</sup>によれば8.0%であり，本調査における出現割合は高いと考え得る。一般に，後期高齢者の方が閉じこもりの出現割合は高く<sup>10)</sup>，高齢になるほど閉じこもりの割合が高くなる<sup>8)</sup>。しかしながら，本結果では年代において有意な差は認められなかったことから，仮設住宅入所者では，閉じこもりに対する年齢の影響は大きくない可能性がある。

閉じこもりに関連する要因のうち，統計学的に有意な差が認められたものを表2に示した。これまでも仮設入所の高齢者の問題として懸念されていたように，外出するに当たり交通手段が不便であること，交通費が高いことなど仮設住宅の立地・環境面での問題が認められた。また，外出する気にならない，うつ傾向との関連など，心理的側面による外出頻度の低下も関連していた。併せて閉じこもりは，ソーシャル・サポートを提供する相手がないことと関連していたことから，支援を受けるのみならず，他者との交流そのものが低いといえる。

### 3. うつ傾向の出現割合と関連要因

K6得点が13点以上の者をうつ傾向あり<sup>11)</sup>とした結果，出現割合は全体で3.8%であった(表1)。性別では，男性1.6%，女性5.2%，前期高齢者3.4%，後期高齢者4.3%であった。石巻市の被災者に関する先行研究では6.0%と報告されており<sup>12)</sup>，本稿の対象者の出現割合は低めである。一方で，被災に関する調査ではないが，全国調査の結果では，65歳以上は1.5%，75歳以上は1.8%，性別では男性1.2%，女性1.7%であった<sup>13)</sup>。すなわち，平常時におけるうつ傾向



表2 閉じこもりの関連要因

項目		閉じこもり (N=20)	非閉じこもり (N=126)	検定
糖尿病	既往あり	6 (30.0)	11 ( 8.7)	***
食事回数 <sup>a)</sup>	3回未満	5 (25.0)	10 ( 7.9)	**
	集会所	1 ( 5.0)	31 (25.2)	*
情緒的サポート(家族)	なし	9 (45.0)	22 (17.5)	**
情緒的サポート(提供)	なし	9 (45.0)	30 (23.8)	*
手段的サポート(提供) <sup>a)</sup>	なし	16 (80.0)	47 (37.6)	***
震災前との比較 外出頻度 <sup>a)</sup>	低下	15 (88.2)	56 (46.7)	***
震災前との比較 歩行量	減少	17 (85.0)	70 (55.6)	**
外出の目的				
友人・知人の家 <sup>a)</sup>	ある	2 (10.5)	48 (38.4)	**
外出する気にならない <sup>a)</sup>	ある	8 (42.1)	13 (10.7)	***
適当な場所・目的がない <sup>a)</sup>	ある	8 (42.1)	15 (12.4)	***
交通手段が不便 <sup>a)</sup>	ある	8 (42.1)	25 (20.7)	*
交通費が高い <sup>a)</sup>	ある	3 (15.8)	4 ( 3.3)	*

検定は、 $\chi^2$ 検定およびt検定、フィッシャーの直接確率法を用いた 人数(%)

<sup>a)</sup>欠損値あり

\*\*\* : p<0.001, \*\* : p<0.01, \* : p<0.05

表3 うつ傾向の関連要因

項目		うつ傾向あり (N= 6)	うつ傾向なし (N=153)
通院治療	あり	6 (100.0)	116 (75.8)
震災による睡眠の影響 <sup>a)</sup>	あり	6 (100.0)	77 (51.0)
経済的不安	あり	6 (100.0)	106 (69.3)
震災前との比較 外出頻度 <sup>a)</sup>	低下	5 (100.0)	76 (53.1)
震災前との比較 歩行量	減少	6 (100.0)	96 (62.7)
手段的サポート(友人) <sup>a)</sup>	なし	6 (100.0)	142 (93.4)

<sup>a)</sup>欠損値あり

※対象者数が少ないため、検定は実施していない

の出現割合と比して本稿の対象者は、やや高めであるといえる。

関連要因では、うつ傾向者全員が該当していたものとして、震災による睡眠の障害があること、経済的不安があること、震災前と比較して外出頻度が低下していることや、震災後に歩行量が低下していることであるのに対し、うつ傾向がない者の該当割合はいずれも低かった。これらの要因は、いずれもうつ症状の一端を示したものと考えられる。経済的不安については、これまでも被災者における調査結果などで既に確認されており、本調査でも認められた。避

難生活が長引くことにより、このような不安が増大していく可能性がある。併せてソーシャル・サポートの受領についても、うつ傾向がない者と比するとソーシャル・サポートを受けていない状況であり、他者からの支援に乏しいことがうかがえる(表3)。

### 今後の展望

閉じこもり、うつ傾向の出現割合は、平常時の地域高齢者の割合と比して高い傾向にあった。特に閉じこもりについては、震災後に閉じこも

るようになった対象者が想定されること、また、交通手段が不便など、仮設住宅そのものの立地面の問題に加え、外出する気にならないなどの心理的な側面との関連や、ソーシャル・サポートのなさなどとの関連が認められた。今後は、様々な仮設住宅入居者における調査の実施により、閉じこもりやうつ傾向者の出現割合の確認、および関連要因の詳細を明らかにし、今後の被災地支援に役立つ知見を得ることが求められる。

本研究は平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金「被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に関する研究(代表:大島伸一)」の一部として実施された。本稿にて報告した調査は、以下の研究班メンバー(敬称略,実施時の所属)によって実施した。三浦久幸(国立長寿医療研究センター),近藤尚己(東京大学大学院),粟田圭一(東京都健康長寿医療センター研究所),大塚理加(国立長寿医療研究センター),山崎幸子(福島県立医科大学),三澤仁平(立教大学),森田明美(甲子園大学),増野華菜子(東京大学大学院)。

#### 文 献

- 1) 警視庁緊急災害警備本部:被害状況と警察措置 (<http://www.npa.go.jp/archive/keibi/biki/higaijokyo.pdf>).
- 2) 内閣府:東日本大震災における高齢者の被害状況.平成 24 年度高齢社会白書([http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/sl\\_2\\_6\\_07.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/sl_2_6_07.html)).
- 3) Yasumura S et al: Excess mortality among relocated institutionalized elderly after the Fukushima nuclear disaster. *Public Health* 2012; **127**: 186-188.
- 4) 小林郁雄:復興まちづくりにおける協同・強調住宅再建.震災復興住宅の理論と実践,勁草書房,東京,1998;pp110-142.
- 5) 復興庁:復興の現状と課題([http://www.reconstruction.go.jp/topics/main-cat7/sub-cat7-2/20130925\\_sankol-2.pdf](http://www.reconstruction.go.jp/topics/main-cat7/sub-cat7-2/20130925_sankol-2.pdf)).
- 6) 酒井明子:東日本大震災急性期における高齢者の健康問題が及ぼす影響と看護. *Geriat Med* 2012; **50**: 309-312.
- 7) Suzuki Y et al: Prevalence of mental disorders and suicidal thoughts among community-dwelling elderly adults 3 years after the niigata-chuetsu earthquake. *J Epidemiol* 2011; **21**: 144-150.
- 8) 安村誠司:地域ですすめる閉じこもり予防・支援—効果的な介護予防の展開に向けて 第1版,中央法規出版,東京,2006;pp48-61, .
- 9) 要介護認定者が急増/自力生活に不安拍車,河北新報,2012年8月17日.
- 10) 山崎幸子ほか:都市部在住高齢者における閉じこもりの出現率および住環境を主とした関連要因. *老年社会科学* 2008; **30**: 58-68.
- 11) Furukawa TA et al: The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *Int-Methods Psychiatr Res* 2008; **17**: 152-158.
- 12) 遠又靖丈,辻 一郎:大震災被害高齢者の調査研究について. *Geriat Med* 2012; **50**: 257-261.
- 13) 厚生労働省:こころの状態.平成 22 年度国民生活基礎調査(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html>).

(執筆者連絡先) 山崎幸子 〒356-8533 埼玉県ふじみ野市亀久保 1196 文京学院大学人間学部