



| | |
|--------------|---|
| Title | ソーシャル・キャピタル醸成を通じた介護予防活動 |
| Author(s) | 樺山, 舞; 神出, 計 |
| Citation | 未来共生学. 2017, 4, p. 51-61 |
| Version Type | VoR |
| URL | https://doi.org/10.18910/60706 |
| rights | |
| Note | |

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

ソーシャル・キャピタル醸成を通じた 介護予防活動

樺山 舞[†]

神出 計

大阪大学大学院医学系研究科

[†] 保健学専攻 総合ヘルスプロモーション科学講座

目次

はじめに

1. ソーシャル・キャピタルと健康
2. 地域保健分野におけるソーシャル・キャピタルの醸成
3. 高齢者の虚弱「フレイル」について
4. フレイルに関連する要因
5. 考察
- まとめ

キーワード

介護予防
ソーシャル・キャピタル
フレイル
地域保健

はじめに

「国民の健康の総合的な推進を図るための基本的な方針」(H24)において「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次））」の推進について述べられている。この健康日本21（第二次）では、基本的な方向として「健康寿命の延伸を健康格差の縮小」を第一にあげており、我が国における高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、生活習慣病の予防、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により健康寿命の延伸を実現すること、また、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより健康格差の縮小を実現する、と打ち出している（図1）。これは健康維持を行うためには、対象者個人の生物としての健康決定要因へ介入を行うだ

けではなく、環境の健康決定要因(その人の学校や職場、地域社会等)への介入や働きかけも重要であるという近年の研究が反映されており、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチが統合された形となっている¹。具体的には特に、地域のつながりの強化を目標としたソーシャルキャピタル(以下SC)の向上が目指されている(図2)。本稿ではソーシャル・キャピタルと健康の研究の概観および地域での介護予防活動に関して、研究成果をはじめて解説する。

1. ソーシャル・キャピタルと健康

2000年以降、社会の絆や結束から生み出される資源であるSCが、我々の暮らす社会の基盤として非常に重要なものであり、その蓄積が健康の増進、地域の治安、教育の成果、経済開発、民主主義の機能化などの面で住民の生活環境を向上させるということに大きな関心が寄せられてきた(金子 2008)。政治学者PutnamはこのSCという概念を「信頼・規範・ネットワークといった社会組織の特徴であり、人々の協調行動を促進することにより社会の効率を高めるもの」と説明している(Putnam 2000)。SCの概念は健康長寿を実現する社会づくりにおいて非常に重要な示唆を与えるものであり、特にその介入実践への活用・応用可能性においてさらなる研究が求められている。地域で公衆衛生活動を開く保健師はこれまで、まさにこのSCを醸成して健康づくりを推進する実践を行ってきたといえるが、本分野においてその概念を中核として検討された研究はまだ数少ないのが現状である。

国外におけるSCと健康に関する先行研究では、Kawachiらが社会疫学にPutnamの概念と手法を加え、アメリカのgeneral social surveyのデータを使い、所得格差があるほど人々の間に信頼がなくなり、死亡率が高くなるとの発表をした(Kawachi et al. 1997)。その他では主に、死亡率(Nieminen et al. 2015)、主観的健康感(Engstrom et al. 2008; Verhaeghe et al. 2012; Subramanian et al. 2002)、冠動脈疾患の発生率(Sundquist et al. 2004)、結核の罹患率(Holtgrave et al. 2004)などがSCとの関連で報告されている。欧米ではSCの健康への影響を肯定的にとらえる論文が大半を占めているが、中には“影響はない”とする

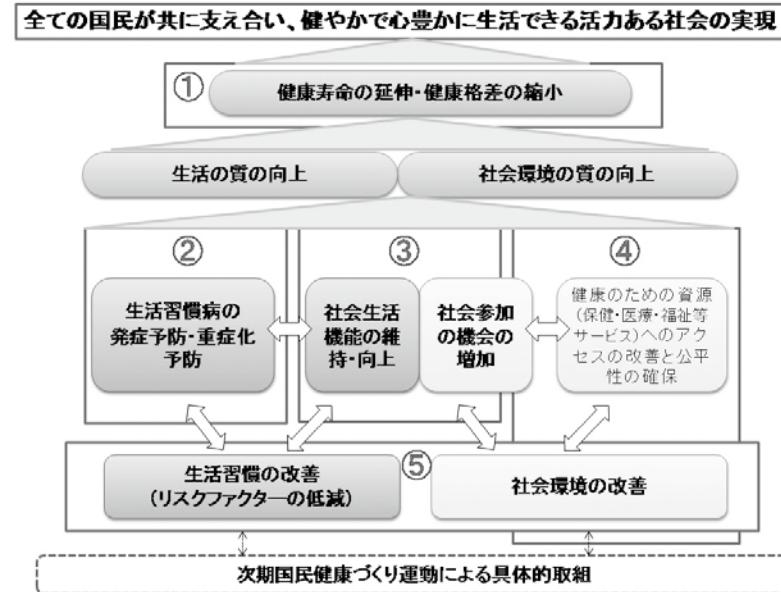


図1 健康日本21(第二次)の概念図(厚生労働省資料より)

「健康を支え、守るために社会環境の整備」の目標設定の考え方

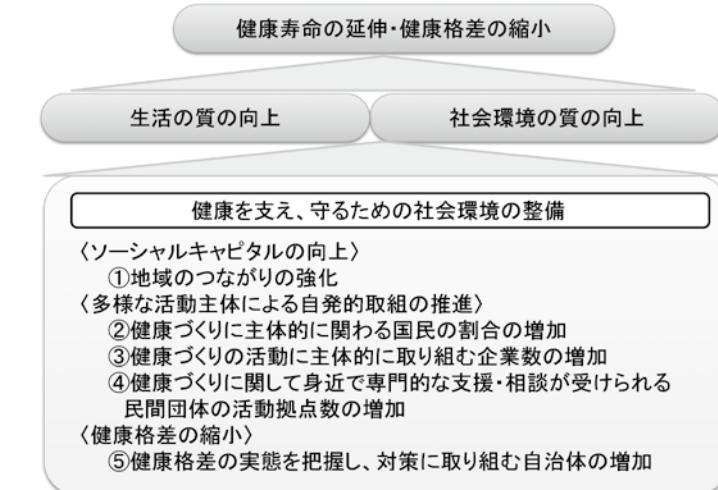


図2 健康日本21 高齢者における目標設定の考え方(厚生労働省資料より)

もの、逆に“ネガティブな影響がある”とする論文もいくつか報告されており、議論が展開されている。国内ではIchidaらが、SCは主観的健康と一般的信頼や地域の格差の指標であるジニ係数とも関連していることを明らかとし(Ichida et al. 2004)、藤澤らは全国成人を対象としてSCと主観的健康とは相関していることを実証している(藤澤他 2007)。

このような国内外の研究背景から、我が国の「今後の地域保健体制のあり方」検討においても、地域のSCの活用を通じた健康なまちづくりの推進が重要な課題として取り上げられている。ただし、SCの把握については未だその測定方法や構造、下位概念は確立されていないのが現状である。また、SCは結合型と橋渡し型に大きく分類されることや、個人レベルと集団レベルの捉え方があるという見解はほぼ確立されたが、「具体的にどの様な人々の社会活動や専門職の介入が効果的なSCを醸成し、またどのような機序で健康を増進させるのか」という作用経路および介入実践に結び付く知見はほとんど得られておらず、さらなる研究の蓄積が求められている。

2. 地域保健分野におけるソーシャル・キャピタルの醸成

地域住民を対象とした健康増進や健康な町づくり推進を展開する主要な医療専門職のひとつは行政保健師である。これまでに保健師は公衆衛生看護活動として、例えば地域で孤立した住民等、健康問題上のハイリスク者や健康ニーズが同じである者を把握して住民同士をつなぎ合わせる関係づくりを進め、さらに住民自身で自立して活動を行えるようキーバーソンとなる地域住民の人材育成等を行う等の地域組織活動を展開してきた。これらは全てSCの醸成ともいえる活動であり、保健師はSCの醸成と活用を通じて地域の健康を守ってきたと言える。しかしこれらは保健師の経験知として蓄積されてきた技術であり、SCの概念に沿った公衆衛生看護学研究としての蓄積はまだ十分ではないといえる。そこで我々はまず、自治体における介護予防事業を展開するにあたり対象者の実態把握をSCの観点を含めて検討した。以下、介護予防に係る高齢者把握調査を通して中規模都市部の地域在住高齢者の健康(介護二次予防事業対象)に関連する要因を、社会的要因も含めて多側面から明らかにすることを目

的とした研究結果を参照しながら、超高齢社会における介護予防と健康な地域づくり推進について述べる。本研究の対象者は、大阪府の中規模都市部であるK市内に居住する①要支援・要介護認定を受けていない、②65歳以上、の条件を満たす住人全員(56,608人)である。質問項目は属性(性別、年齢)、基本チェックリスト(厚生労働省作成)、K市独自の質問項目として同居者の有無、疾病の有無と種類、市内居住年数、社会参加活動の有無等であった。調査方法は郵送による自記式質問紙法である。

| No. | 質問項目 | 回答 (いずれかに○を お付け下さい) | |
|-----|-----------------------------------|---------------------------|--------|
| 1 | バスや電車で1人で外出していますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 2 | 日用品の買物をしていますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 6 | 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 7 | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がりていますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 8 | 15分位続けて歩いていますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 9 | この1年間に転んだことがありますか | 1. はい | 0. いいえ |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | 1. はい | 0. いいえ |
| 11 | 6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか | 1. はい | 0. いいえ |
| 12 | 身長 cm 体重 kg (BMI =) (注) | | |
| 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくになりましたか | 1. はい | 0. いいえ |
| 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか | 1. はい | 0. いいえ |
| 15 | 口の渇きが気になるですか | 1. はい | 0. いいえ |
| 16 | 週に1回以上は外出していますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 17 | 昨日と比べて外出の回数が減っていますか | 1. はい | 0. いいえ |
| 18 | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか | 1. はい | 0. いいえ |
| 19 | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | 1. はい | 0. いいえ |
| 21 | (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない | 1. はい | 0. いいえ |
| 22 | (ここ2週間)これまで楽しんでやっていたことが楽しめなくなった | 1. はい | 0. いいえ |
| 23 | (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる | 1. はい | 0. いいえ |
| 24 | (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない | 1. はい | 0. いいえ |
| 25 | (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする | 1. はい | 0. いいえ |

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当する。

次のiからivまでのいずれかに該当する者を、要介護状態等となるおそれの高い状態にあると認められるものとして、二次予防事業の対象者とする。

二次予防事業の対象者の基準

- i No.1~20までの20項目のうち10項目以上に該当する者
- ii No.6~10までの5項目のうち3項目以上に該当する者
- iii No.11及びNo.12/2項目すべてに該当する者
- iv No.13~15までの3項目のうち2項目以上に該当する者

図3 基本チェックリスト(厚生労働省作成)

基本チェックリストとは、厚生労働省が作成した25項目であり各自治体における介護予防事業の対象者抽出に活用する目的で作成された質問票である(図3)。

この介護二次予防事業の対象者に選定された高齢者は、介護予防の段階でいうと下記の「虚弱な状態：フレイル」(図4)に該当する者である。介護予防は、一次予防(活動的な状態の者に対する生活機能の向上)、二次予防(フレイル状態にある者に対する、生活機能低下の早期発見、早期予防)、三次予防(要介護状態の改善、重症化の予防)に大きく分類される。

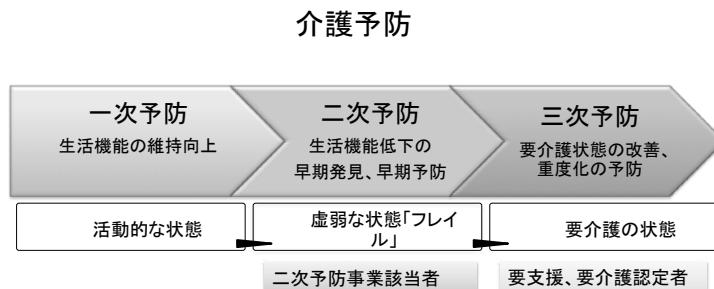


図4 高齢者介護予防の流れ Kabayama et al. (2014) より改変

3. 高齢者の虚弱「フレイル」について

ここで、フレイルの概念について説明をする。フレイルとは、加齢とともに、心身の活力(例えば筋力や認知機能等)が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態である。多くの高齢者が活動的な状態と要介護の状態の中間的な段階(フレイル)を経て徐々に要介護状態に陥るとされている(図5)。しかしフレイルは、適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能であることから、要介護状態を防ぐ為の重要な概念であると考えられている。またフレイルには、多面性があるとされ、身体面、社会面、精神面が重なり合って存在している(図6)。本研究の対象者である二次予防事業対象者の大半は、このフレイル状態にあると考えられる。

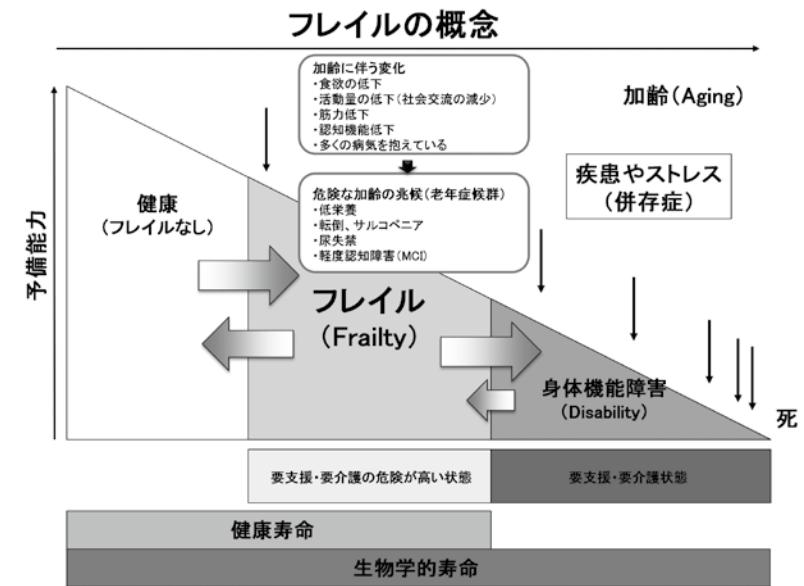


図5 高齢者の虚弱「フレイル」の概念 葛谷(2011)より改変

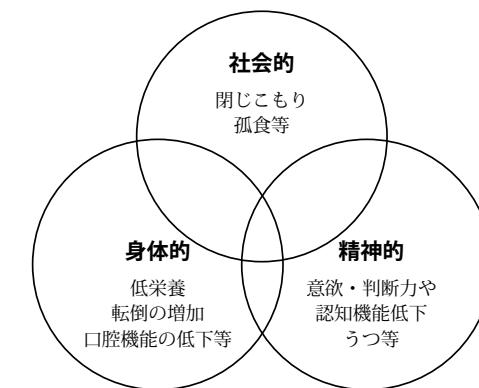


図6 フレイルの多面性

4. フレイルに関連する要因

4.1 調査対象者

調査の返送率は73.8%であり、その内有効回答者41,115名（有効回答率72.6%）を分析した。回答者の内訳は、男性47.3%、平均年齢72歳、疾患有68.9%（確認）、独居者14.0%、K市内20年未満居住者13.0%であった。介護二次予防事業対象者に該当したフレイル状態の者は全体の約4分の1であった（男性22.1%、女性27.9%）。

4.2 罹患疾患の種類と男女差

フレイルではなかった群とフレイル群との比較では、どの疾患においてもフレイル群では罹患率が有意に高いという結果であり、なんらかの疾患を持っていることはフレイル状態と強く関連していることが示された。またフレイル者の罹患疾患の種類について男女差を検討したところ、男性は脳血管疾患や糖尿病、がん等の生活習慣病関連が、女性では骨関節疾患が有意に高い結果を示した（図7）。

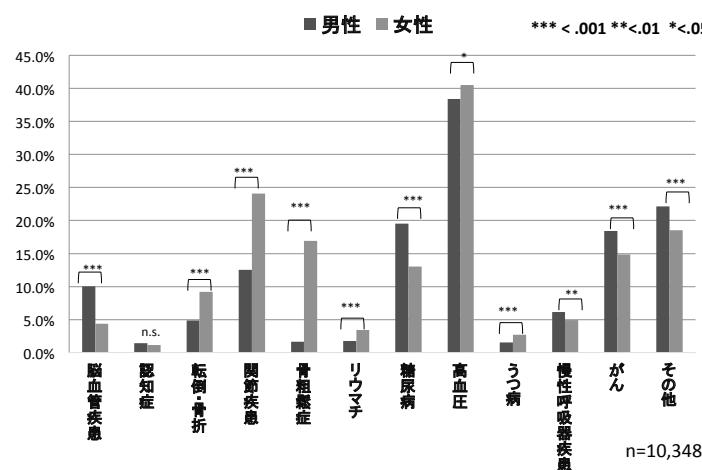


図7 フレイル者の罹患疾患の割合(男女別)

Kabayama et al. (2016) より改変

4.3 フレイルと社会的側面の関連

SCの指標と言われる、K市内居住年数や社会参加、就労有無との関連も含めて、フレイルとの関連性を多重解析にて検討をした。その結果、男女ともに「社会的活動無し」「就労無し」「市内居住年数が20年未満である」がフレイルであることと独立した関連性を示した。また、男性においてのみ「独居」もフレイルと有意に関連していた。

5. 考察

調査結果よりフレイル状態の男女の罹患疾患には男女差がみられたことから、地域においてはその属性によって、例えば男性には壮年期からの生活習慣病のアプローチを介護予防までを見据えて重点的に介入し、女性には骨筋関節疾患を予防するために前期高齢時期における知識普及・啓発や骨筋力を維持する運動機会の提供が重要であることが明らかになった。社会参加や就労が無いことや地域の居住年数が短いこと、および独居であること（男性のみ）が独立してフレイルと関連することが明らかになった。本研究は横断的解析のため、因果関係は明らかではないが、研究結果から、社会的要因に関する介入においても対象者の性別や特徴に沿ったアプローチを検討し、社会参加や就労をしやすくしてSCが充実した地域づくりを推進することが介護予防にとって重要であると考えられた。

まとめ

本稿ではSCと健康の関連、そして高齢者のフレイルと社会活動等、SC指標との関連性について実際の調査結果から得られた知見とともに解説した。これまで自治体ではフレイル状態である者をターゲットとして介護二次予防事業を展開してきたが、冒頭に述べたように、現在はこれらSCを反映した社会参加等の社会的要因が要介護状態を直接的に独立して予防することが明らかになってきていることから、地域全体へアプローチするポピュレーション戦略が主流となって展開され始めている。今後、さらなるSCの健康への影響の機序解明

と実践への応用が必要であり、より効果的な地域包括ケアの充実にむけた地域介入、施策展開が求められている。

注

- 1 ハイリスクアプローチ：例えば喫煙者や高血圧者等の健康上の高いリスクを持つ人を対象に絞って禁煙指導や減塩指導を実施するという、個人を対象としたアプローチ。ポピュレーションアプローチとは、人口全体に働きかけを行い集団全体の健康状態を向上させるアプローチ。

参照文献

金谷信子

2008 「ソーシャル・キャピタルの形成と多様な市民社会：地縁型 vs. 自立型市民活動の都道府県別パネル分析」『ノンプロフィットレビュー』8(1): 13-31。

葛谷雅文

2011 「フレイルティとは」『臨栄』119: 755-759。

藤澤由和・濱野強・小藪明生

2007 「地区単位のソーシャル・キャピタルが主観的健康感に及ぼす影響」『厚生の指標』54(2): 18-23。

Engstrom, K., Mattsson, F., Jarleborg, A., and Hallqvist, J.

2008 Contextual social capital as a risk factor for poor self-rated health: A multilevel analysis. *Soc. Sci. Med* 66: 2268-2280.

Holtgrave, David R. and Richard A. Crosby

2004 Social Determinants of Tuberculosis Case Rates in the United States. *American J of Prev Med* 26 (2) : 159-62.

Ichida, Y., Kondo, K., Hirai, H., Hanibuchi, T., Yoshikawa, G., & Murata, C.

2009 Social capital, income inequality and self-rated health in Chita peninsula, Japan: a multilevel analysis of older people in 25 communities. *Soc. Sci. Med* 69: 489-499.

Kabayama, M., Kamide, K., Sakakibara, K., and Hayakawa, K.

2014 The Role of Public Health Nurses in Japanese Long-term Care Prevention Projects in the Community. *J Nursing Care* 3: 3

Kabayama, M., Mikami, H., and Kamide, K.

2016 Factors associated with risk for assisted living among community-dwelling older Japanese.

Arch Gerontol Geriatr 65: 63-69.
doi: 10.1016/j.archger.2016.03.005.

Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., and Prothrow-Stith, D.
1997 Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health* 87(9): 1491-1498.

Nieminen, T., Harkanen, T., Martelin, T., Borodulin, K. and Koskinen, S.
2015 Social capital and all-cause mortality among Finnish men and women aged 30-79. *Eur. J. Public Health* 25: 972-978.

Putnam, Robert D.
2000 *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Simon & Schuster. (柴内康文訳『孤独なボウリング——米国コミュニティの崩壊と再生』柏書房、2006年)

Subramanian, S.V., Kim, D.J., and Kawachi, I.
2002 Social trust and self-rated health in us communities: A multilevel analysis. *J. Urban Health* 79: S21-S34.

Sundquist, K., Malmstrom, M., and Johansson, S.
2004 Neighbourhood deprivation and incidence of coronary heart disease: a multilevel study of 2.6 million women and men in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58(1): 71-77.
<http://doi.org/10.1136/jech.58.1.71>

Verhaeghe, P.P. and Tampubolon, G.
2012 Individual social capital, neighbourhood deprivation, and self-rated health in England. *Soc. Sci. Med* 75: 349-357.