

ソーシャル・キャピタルと 健康政策

地域で活用するために

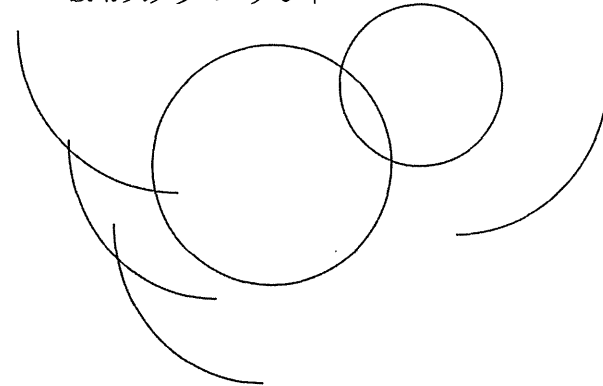
イチロー・カワチ

高尾総司

S.V. スブラマニアン

編

近藤克則／白井ころ／近藤尚己 | 監訳



日本評論社

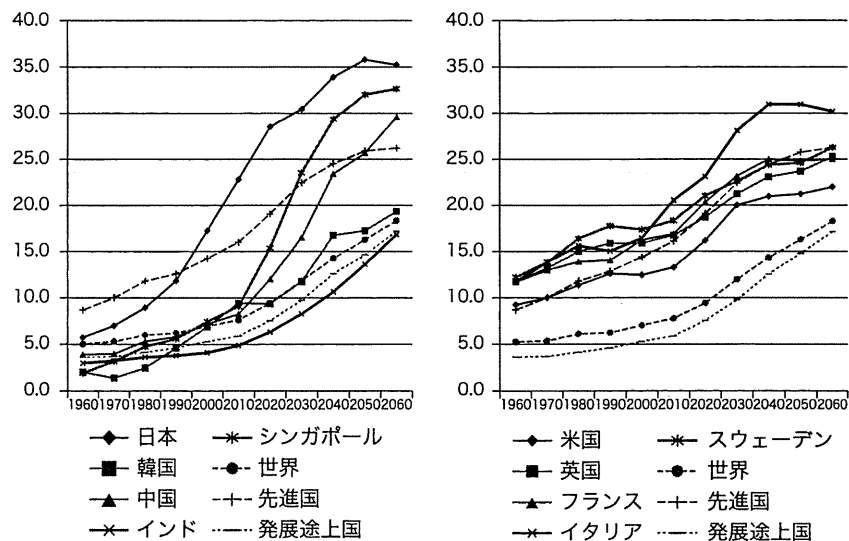
第9章 健康長寿をめざしたソーシャル・ キャピタル介入

村山洋史, 近藤克則, 藤原佳典

急速な高齢化は21世紀における世界共通の課題である。2010年, 世界の人口は約69億人, 高齢化率(65歳以上人口の占める割合)は7.6%であった。しかし, 2060年には人口は96億人に, 高齢化率は18.3%になると推計されている。とくに先進国での高齢化率の上昇は著しく, 現在の15.9%から2060年には26.2%にまで上昇する(図9.1)。

急速に, そして確実に増加していく高齢者人口にどう対応すべきか, これは研究者, および政策立案者に共通の課題である。世界でもっとも急速に高齢化が進展する日本では, 医療・介護財政の経済的逼迫, 高齢者単独世帯および高齢者夫婦のみ世帯の増加(国立社会保障・人口問題研究所, 2008), 介護への不安感(Murayama, Taguchi et al. 2012), そして社会的孤立とその終末像ともいえる孤独死問題(Murayama et al. 2011)など, すでにいくつかの課題がもちあがってきている。国はいかにして高齢社会における社会的・金銭的成本をまかなうのか。限られたリソースをどのように配置するのか。これらの課題を考える際, 研究者や政策立案者は加齢に伴う疾患や障害の予防に意識が偏りがちになる。実際, 理論的には疾患や障害の発生を遅

図9.1 世界の高齢化率の推移と将来推計



注) 左: アジア諸国, 右: 欧米諸国

出所) United Nations, *World Population Prospects: The 2010 Revision*.

らせることは不健康状態を短くし (compression of morbidity), 結果として病気や介護を受ける期間 (障害期間) の短縮につながる。しかし, 高齢期の疾患や障害には多種多様なリスク要因が存在するため (Stuck et al. 1999), リスク要因個々に対処していくことは政策として効率的ではないし現実的でもない。同時に, リスクを有する個人を対象にする「ハイリスク・アプローチ」も効率的とはいえない。高齢社会において, 財源や資源配置の観点から優先的に考えられるべきは「ポピュレーション・アプローチ」, つまり集団全体をターゲットにし, コミュニティの社会的・物理的環境にアプローチしていく方法である。このアプローチを遂行するためには, 社会的な格差を解消していくような政策が望まれる。たとえば, 住宅, 教育, 雇用, 所得, 近隣環境, そしていうまでもなくソーシャル・キャピタルである。

本章の目的は, 日本においてソーシャル・キャピタルの理論を活用し, 高齢期の健康増進をめざした介入研究のエビデンスをレビューすることである。ここでは, 二つの介入事例を紹介する。一つは, 高齢者と学童との世代間交

流を促進することでソーシャル・キャピタルの醸成を目的とした介入研究 (REsearch of PRoductivity by INTergenerational Sympathy (REPRINTS): りぷりんとプログラム), そしてもう一つは, 自治体内で高齢者の社会的交流を促進した介入研究 (武豊プロジェクト) である。

9.1 はじめに

地域を基盤としたヘルスプロモーション・プログラムの効果と有効性は, 同じようなデザインのパログラムであっても, セッティング (それが行われることになった経緯や場所など) の背景特性の違いによって変わってくる。背景特性をどう捉えるか, その一つに健康格差を説明する関連要因とされてきた「ソーシャル・キャピタル」という概念がある。ソーシャル・キャピタルは, 地域を基盤としたヘルスプロモーション・プログラムが人々の健康や生活に対して与える影響をアセスメントするための理論でもある (Baum, 2003)。

先行研究では, ソーシャル・キャピタルは大きく二つの方法で捉えられている (Kawachi, 2006)。一つは, ソーシャル・キャピタルを「相互利益のための協調を促す, ネットワーク, 信頼, 互酬性の規範といった社会組織の特徴」として捉える考え方である。この解釈は, 社会的凝集性理論にもとづいており, ソーシャル・キャピタルを集団の特性として捉え, 個人の健康への文脈効果を分析しようとする。一方, Bourdieu は, ソーシャル・キャピタルを「相互交流や相互承認にもとづく, 多かれ少なかれ制度化された人間関係における長期的なネットワークを所有することによる, 実質的もしくは潜在的なリソースの集合体」と捉え, ソーシャル・キャピタルを個人のリソースとして注目している (Baum & Ziersch, 2003; Bourdieu, 1986)。Lin も, 個人のソーシャル・ネットワークの中に埋め込まれたリソース, すなわち同様に個人のもつリソースとして定義している (Lin, 1999)。

健康であるからソーシャル・キャピタルが豊かになるという因果の逆転を排除して, ソーシャル・キャピタルから健康への効果を確認していくために

は、前向きデザインによる研究および介入研究からのエビデンスを得ることが求められる。ソーシャル・キャピタルを活用した、健康アウトカム改善のための介入プログラムもいくつか存在する。次節では、まず個人レベル、および地域レベルのソーシャル・キャピタルに関する前向きデザインによる研究について紹介する。

9.2 ソーシャル・キャピタルの健康への前向きデザインによる研究からのエビデンス

9.2.1 個人レベルのソーシャル・キャピタル研究

個人レベルのソーシャル・キャピタルが健康アウトカムに及ぼす影響を検証した前向きコホート研究はいくつか存在する。個々の研究がそれぞれにさまざまなソーシャル・キャピタル指標（たとえば、組織活動参加、投票行動、社会的ネットワーク、信頼など）を測定して用いているものの、概して有害な健康事象に対する抑制効果を示している。

フィンランドの地域住民対象の研究では、因子分析によって個人レベルのソーシャル・キャピタルを三つのタイプ（余暇活動参加、個人間の信頼、居住安定度）に分類したうえで、男性では余暇活動参加に活発なことが、女性では余暇活動参加に活発なことと個人間の信頼が高いことが、全死因死亡を抑制する効果をもつことを明らかにしている（Hyypä et al. 2007）。地域在住高齢者を対象にした日本のコホート研究では、Aidaら（2011）が男女ともに友人とのネットワークが少ないほど全死因死亡が高いことを報告している。一方で、女性においては一般的信頼が低いほど全死因死亡が低いという、Hyypäらの研究結果とは逆の結果を示した。これは、ソーシャル・キャピタル研究において文化的背景の違いを考慮することの重要性を示唆している。

その他にも、いくつかの地域ならびに職域における前向き研究で個人レベルのソーシャル・キャピタルと健康アウトカムとの関連が検証されている。主観的健康（Giordano & Lindstrom, 2010；Liukkonen et al. 2004）、健康行動（Kouvonen et al. 2008；Väänänen et al. 2009）、抑うつ（Fujiwara &

Kawachi, 2008；Oksanen et al. 2010；Webber, Huxley, & Harris, 2011；Wu et al. 2010）。また、凝集性の強い組織（無尽講などの名称で呼ばれる日本の伝統的な回転型貯蓄金融講 [rotating savings and credit association；RO-SCA]、第10章参照）に深く関与しているほど、高齢者の生活機能が高く維持されることも報告されている（Kondo et al. 2007）。

9.2.2 地域レベルのソーシャル・キャピタル研究

社会的凝集性理論では、ソーシャル・キャピタルは集団やコミュニティの特性として、すなわち文脈的な概念として捉えられている。MachinkoとStarfield（2001）は、ソーシャル・キャピタルと健康との関連について、マクロレベル（国、州、地域、自治体）、メゾレベル（近隣、ブロック）、ミクロレベル（社会的ネットワーク、社会参加）、個人の心理レベル（信頼、規範意識）という四つの分析レベルを提唱している。ソーシャル・キャピタルの個人の健康への効果として、個人レベルでの効果（構成効果）以外の文脈効果を検証するには、マルチレベル分析によるアプローチが必要となる。ソーシャル・キャピタルと健康との関連について、とくにマルチレベル分析を用いた前向き研究に注目した文献レビューでは、以下に示す知見が認められた（Murayama, Fujiwara, & Kawachi, 2012）。

全死因死亡をアウトカムにした研究では、地域レベルのソーシャル・キャピタルのプラスとマイナス両方の側面が文脈効果として報告されている。たとえば、英国での研究では、近隣活動が盛んでない地域に居住しているほど個人の全死因死亡率が高かった（Mohan et al. 2005）。一方、米国シカゴでの研究では、居住地域の集会的効力の強さは全死因死亡を抑制する効果をもつが、居住地域の社会的ネットワークの緊密さは全死因死亡にその逆の効果をもたらしていた（Wen, Cagney, & Christakis, 2005）。また他方、ニュージーランドの研究では、近隣レベルのソーシャル・キャピタル（近隣地域における無償のボランティア活動の参加割合）と全死因死亡との関連はなかった（Blakely et al. 2006）。死因別にみると、地域レベルのソーシャル・キャピタルは、自殺（Desai, Dausey, & Rosenheck, 2005）、アルコール関連死（Blomgren et al. 2004）、がん死亡（Islam et al. 2008）を抑制することが確

かめられている。さらに、入院率との関連では、小単位行政区域ごとの投票割合を地域レベルのソーシャル・キャピタルとした研究で、うつによる入院への影響はみられなかったものの (Lofors & Sundquist, 2007), 心疾患および精神疾患による入院に対して予防的な効果がみられた (Lofors & Sundquist, 2007; Sundquist et al. 2006)。主観的健康については、個人レベルでも地域レベルでも市民活動参加との関連は認められなかったが、社会的信頼は個人レベルでも地域レベルでも主観的健康の高さに影響していた (Snelgrove, Pikhart, & Stafford, 2009)。

上記は地域を基盤とした研究であったが、職域を基盤とした前向き研究でもソーシャル・キャピタルの健康に対する文脈効果の議論がなされている。フィンランドの公務員を対象にした前向きコホート研究では、自己評価による職場レベルのソーシャル・キャピタルが高いほど全死因死亡が抑制されていた (Oksanen et al. 2011)。また、職場レベルのソーシャル・キャピタルが低いほど主観的健康が低いことも報告されている (Oksanen et al. 2008)。

文献レビューの結果、研究によって対象者や研究フィールド (たとえば研究対象とした国)、追跡期間、ソーシャル・キャピタルおよび健康アウトカムとして用いた変数に違いはあるものの、概して個人レベルのソーシャル・キャピタルも地域・職域レベルのソーシャル・キャピタルも、健康アウトカムに対して有益な効果をもつことが明らかになった。同時に、今後の研究で取り組むべき視点もみえてきた。まず、高齢者におけるソーシャル・キャピタルの効果に焦点を当てた研究は非常に少ない (とくに、地域レベルのソーシャル・キャピタルの効果について前向きデザインで検討した研究は、現時点ではない)。地域レベルのソーシャル・キャピタルが高齢者の健康にどのような影響を及ぼすかという命題は、高齢化が進展する社会では今後ますます必要性が高まってくるであろう。次に、これらの研究は、ほとんどが欧米で行われたものであり、アジア諸国からのマルチレベル分析を用いたエビデンスは限られていた。欧米諸国に比べ、アジア諸国は高齢化問題が深刻である (図9.1参照)。また、文化や規範などが異なる社会や国では、異なる関連が報告されていることを考慮すると、アジア諸国での検証とエビデンスの蓄積は優先課題であろう。さらに、ソーシャル・キャピタルはいつも健康に

望ましい影響を与えるとは限らない。ある集団には有益でも、別の集団には有害な影響があるかもしれない (Mitchell & LaGory, 2002; Ziersch & Baum, 2004)。今後の研究の方向性を考える際、認知的/構造的、水平型/垂直型を組み合わせたソーシャル・キャピタル指標を用いて健康への影響の違いを検討した、日本における最近の研究が参考になる (Murayama, Wakui et al. 2012)。この研究は、マルチレベル分析を用い、個人レベルの共変量を調整したうえで、各レベルにおける個人の主観的健康との関連を明らかにしている。個人レベルでは近隣住民への信頼が低く、スポーツや趣味、娯楽活動に参加していないほど、地区レベルでは社会保障制度への信頼が低い (地区ごとに個人レベルの回答を集計) ほど、主観的不健康であることが示された。しかし一方で、地区レベルで近隣住民への信頼が低いことは、主観的不健康であることに逆に関連していた。つまり、近隣住民への信頼が高い地区に居住しているほど、その住民は主観的不健康である可能性を報告しているのである。今後はソーシャル・キャピタルの各構成要素が健康に対してどのように影響するか (方向および程度) に関する知見を積み上げていく必要がある。

9.3 介入プログラムの計画と実行

前節では、ソーシャル・キャピタルと健康の関連についての先行研究を紹介した。一般に、コホート研究を含む観察研究では、リスク因子・曝露要因や対象者の特性が、特定の疾患への罹患しやすさ、またはある健康状態への陥りやすさにどのように関係するかを検討する。ソーシャル・キャピタルと健康についての研究の場合、市民参加や社会的信頼のようなソーシャル・キャピタルという特定の曝露因子が健康状態にどう影響するのか、という仮説へのヒントを探ることになる。これに対し、介入研究は観察研究とは異なり、調査者が曝露因子を制御できる。曝露因子を変化させることで、特定の介入プログラムやヘルスケアサービスの有効性を検証することができる。また、介入プログラムの安全性、費用対効果、許容範囲について検証し、確立させ

することも可能である。

9.3.1 介入プログラムのレベルの設定

介入研究は、無作為化比較試験と非無作為化比較試験（あるいは準実験デザイン試験）の2種類に大きく分けられる。無作為化比較試験は、選択バイアスや交絡要因の影響を制御することが可能なため、臨床研究におけるゴールドスタンダードとされる。しかし、たとえば地域で大規模なプログラムを実施する場合、研究者やプログラム関係者がプログラムを常に理想的な状態にコントロールすることがむずかしく、無作為化比較試験のデザインを採用できないことが少なくない。この問題に対処するために、クラスター無作為化試験という研究デザインを採用することが推奨される（Bland, 2004; Murray, Varnell, & Blitstein, 2004）。クラスター無作為化試験は、無作為化比較試験のように対象者個人をランダムに割り付けるのではなく、個人が所属する社会集団や単位をランダムに割り付ける。クラスター無作為化試験の利点は、研究対象者個人をランダムに割り付ける必要がない点、対象者間のコンタミネーション（例：1人の対象者の行動変容が他の対象者の行動に影響する）を研究者がクラスター内での事象としてコントロールできる点などが挙げられる。

地域における介入プログラムを実施する際にはさまざまなアプローチ方法が考えられる。エコロジカル（生態学的）な観点からは、介入プログラムは一般的に「個人レベル」「グループ／組織レベル」「地域レベル」「政策レベル」の四つのレベルに分類できる。個人レベルの介入プログラムは、個人の知識、態度、行動、健康状態をターゲットにしたものである。個人は、健康に関する介入プログラムの基本的な介入単位の一つである。健診結果にもとづく事後措置は、個人レベルをターゲットにしたものといえる。グループ／組織レベルの介入プログラムは、ターゲットとする集団のメンバー個人の健康意識や健康行動の改善だけでなく、メンバーの健康意識や健康行動に影響を及ぼしうる集団の風土の改善もめざしたものである。このタイプの介入プログラムは、グループや組織を介入単位とし、健康行動や環境の改善のために個人間のつながりやネットワークを活用していく（例として、9.5で紹介

するりぷりんとプログラム）。セルフヘルプ・グループ、学校、職域での介入プログラムもこのレベルに該当する。地域レベルの介入プログラムは、環境や社会構造にはたらきかけ、地域住民の健康増進をめざす（例として、9.6、および第4章で紹介する武豊プロジェクト）。地理的なコミュニティに含まれる地域住民全体の健康増進を目的とする介入プログラムはこれに相当する。最後に、政策レベルの介入プログラムは、自治体での禁煙条例など健康に関する法律や政策にはたらきかける。

個人の行動にのみ焦点を合わせた健康増進プログラムは、アウトカムへの影響が実施前の期待値よりもたいてい低くなってしまふ。介入プログラムが地域で実施され、地域住民をターゲットにするのであれば、社会状況（social context）を幅広く考慮すべきである（Glass, 2000）。

9.3.2 ニーズアセスメント

介入プログラムを計画する者（実践者あるいは研究者）は、ニーズアセスメントを行うことにより、全体のロードマップ——プログラムの方向性やゴール、ゴールに到達するための目標や適切なエンドポイント（アウトカム）——を描くことができる。さらに、ニーズアセスメントにより、対象集団に対して偏った見方をしてしまうことがなく、その集団の健康問題を解決するための有効かつ文化的背景を考慮した適切なプログラムを提供する基礎データを得ることができる（Price, Dake, & Ward, 2010）。ニーズアセスメントには、1次データ、2次データの両方を集めて分析すること、そして介入プログラムの対象集団や実施環境について把握しておくことが必須である。プログラム参加者、スタッフ、利害関係者（stakeholder）らは、諮問委員会（advisory board）と協働しながら、プログラムのワーキンググループを構成する。ワーキンググループは、さまざまなタイプの利害関係者で構成されることが望ましい（Guttmacher, Kelly, & Ruiz-Janecho, 2010）。なぜなら、プログラムにおける優先順位を決定しやすだけでなく、プログラムの進行中や評価時点でのプログラムへの支援のみならず、終了後の次回計画策定時にも支援を獲得しやすいからである。

9.3.3 実行計画

介入プログラムの全体としての目的は、プログラム期間を通じて変わらないにしても、プログラム内での特定の活動目標は個別に設定されるべきである。この段階では、スタッフはプログラムの内容計画から実行計画に移行していかねばならない。重要なことは、実際的で具体的な「実行計画 (action plans)」を立てることである (Breny et al. 2010)。実行計画は、プログラムの目的、目標、介入内容にもとづいて作成され、プログラムが想定するアウトカム (具体的な活動、関係をもつべき人、時間枠組みを含む) を達成するためにどう進行していけばよいかについて記す概要である。一度作成されれば、実行計画はスタッフがプログラムの進捗状況を確認し、修正を行い、プログラム内容を記録していく際の助けとなる。

ロジックモデル (論理モデル) も、実行計画を立てる際に役立つ。ロジックモデルは、プログラムに内在する論理を視覚的に表現するものであり、これによりプログラムに含まれる要素同士の関係性を明確にでき、対象者や関係者からプログラムの全体計画について同意を得るのに役立つ (Breny et al. 2010; W. K. Kellogg Foundation, 2004)。プログラムのリソース (インプット)、活動 (アウトプット)、期待される変化 (アウトカム) の関係性を示すモデルでもあり、インプットには資金、人材、設備、備品、スペースなどの主なリソースが、アウトプットにはプログラムの具体的な戦略や介入内容が含まれる。また、アウトカムは予期され望まれる結果を含み、変化の時期によって短期、中期、長期の三つのタイプに分類できる。

これらは、スタッフや関係者がプログラムを作成する際に非常に役立つだけでなく、実施するうえでも、実際にプログラムを形にし、予定どおりの時期や方法で目標を達成していく助けとなる。

9.4 ソーシャル・キャピタルの醸成をめざした介入プログラムのエビデンス

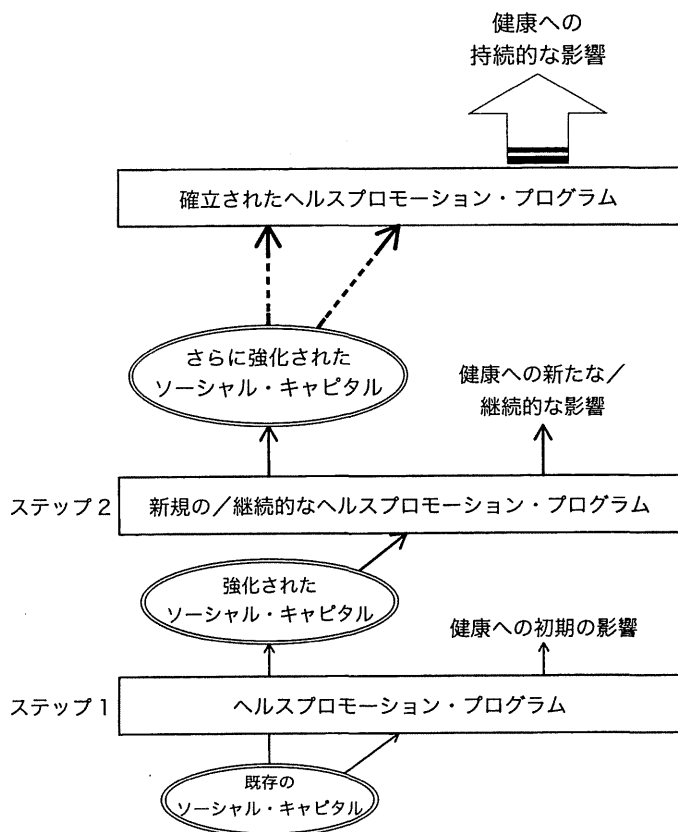
個人レベル、および地域レベルのソーシャル・キャピタルの健康に対する

効果について分析した研究が多数存在することは、前述のとおりである。多くは認知的／構造的ソーシャル・キャピタルのいずれもが健康に有益な効果をもつことを示している。ソーシャル・キャピタルを醸成するための介入手段を考える場合は、グループ活動参加のように対象事象が具体的な構造的ソーシャル・キャピタルにはたらきかけるほうが現実的だろう。対して、社会的信頼のような抽象的な認知的ソーシャル・キャピタルにはたらきかけることをめざしたプログラムは、実施し評価することがむずかしい。

簡単にソーシャル・キャピタルを醸成できる方法など存在せず、相当の物理的リソース、人的リソースを必要とする。従来、予防的介入といえば一般集団を対象にする (たとえば、マス・メディアを通しての介入) か、あるいは健康リスクをもつ個人を対象にするかのどちらかであった。前向きデータを用いたマルチレベル分析の研究成果によって、近隣 (あるいは地理的な区域) レベルのソーシャル・キャピタルとさまざまな健康アウトカムとの関連が示されてきた。これは、ソーシャル・キャピタルの程度が低い近隣地区 (あるいはその他の文脈 [context] や環境) が介入プログラムのターゲットとなりうることを示している。

ソーシャル・キャピタルは偶然に発生するわけではなく、広く地域レベルでの構造的な影響力により形成される。影響力とは、人種隔離やサービス・設備の計画的削減といった政策的なものだけでなく、脈々と続く住民の流動や自治体の住宅投資施策、地域のインフラのあり様なども包括的に含む (Kawachi, Subramanian, & Kim, 2008)。ソーシャル・キャピタルを醸成させるということ自体は、その広く構造的な地域介入を代替することではなく、それらを補填することとして考えるべきである (Szreter & Woolcock, 2004)。図9.2は、地域のソーシャル・キャピタルとヘルスプロモーション・プログラム (介入プログラム) の関係を示したものである (Murayama, Fujiwara et al. 2012)。どんな地域でも、種類やレベルに違いはあれ、それぞれに独自のソーシャル・キャピタルをもつ。地域が現時点でもつソーシャル・キャピタル——市民参加、首尾一貫性、コミットメントに非常に近いもの——が、プログラムの有効性や効率性に影響を及ぼす。つまり、プログラムがもたらす健康への効果は、プログラムの良し悪しや参加者特性によって変わるだけ

図9.2 ソーシャル・キャピタルとヘルスプロモーション・プログラムの理想的な関係



出所) Murayama, Fujiwara et al. 2012

でなく、地域の既存のソーシャル・キャピタルによっても影響を受けるのである。同時に、地域でプログラムを行うこと自体もソーシャル・キャピタルに影響を及ぼす（醸成する方向に影響することがより望ましい）。プログラムによって影響を受け、高められたソーシャル・キャピタルは、次に新たに展開されるプログラム、あるいは継続して行われるプログラムに好影響を与えていく。このようなポジティブなサイクルが繰り返されると、プログラムの効果が地域の中で持続性をもつようになる。つまり、介入プログラムとソ

ーシャル・キャピタルは互恵的な関係性をもちうるのである。

ソーシャル・キャピタルの醸成をめざしたプログラムはいくつか存在する (Baum & Palmer, 2002; de Souza & Grundy, 2007; Fujiwara, Natsume et al. 2012; Hampshire & Matthijsse, 2010; Jones et al. 2010; Ottesen, Jeppesen, & Krusturup, 2010; Pronyk et al. 2008)。無作為化比較デザインによるブラジルでの研究は、中学校1, 2年生に対して高齢者が自身の思い出を語り、共有するという4カ月間の世代間交流活動であり、結果として個人レベルのソーシャル・キャピタルが向上したと報告している (de Souza & Grundy, 2007)。具体的には、介入群の高齢者は、対照群の高齢者よりも認知的ソーシャル・キャピタル（近所の人とは親切である、人は正直なものである、家族との関係は良い、という認識）の程度が2倍近く向上した。生徒については、介入群の生徒は対照群に比べて3倍近く主観的健康が向上したものの、人は自己中心的なものだという質問への回答には差はみられなかった。

Ottesenら (2010) は、デンマークで活動量の低い女性を対象に、個人レベルのソーシャル・キャピタルの醸成をめざした身体活動プログラムの効果を検証した。身体活動としてサッカーとランニングが用いられた。いずれのスポーツも、結束型ソーシャル・キャピタル、橋渡し型ソーシャル・キャピタルに対してポジティブな効果がみられたが、サッカーのようなチーム競技のほうが、ランニングのような個人競技よりもソーシャル・キャピタルの醸成には有効であることを示した。

Pronykら (2008) の研究は、地域を基盤とした介入プログラムが個人レベルのソーシャル・キャピタルと同時に地域レベルのソーシャル・キャピタルも変化させることができるかを検証した。彼らは、南アフリカ地方部でソーシャル・キャピタル（結束感、互恵的關係、グループ活動参加）を生み出すために、Intervention with Microfinance for AIDS and Gender Equity (IMAGE) プログラムを実施し、クラスター無作為化デザインを用いて評価した（地域のソーシャル・キャピタル醸成に向けた介入方法であるマイクロファイナンスについては、第10章参照）。IMAGE プログラムは、マイクロファイナンス、ならびに HIV 予防とパートナーからの暴力への対処訓練を含む。評価は、量的・質的の両面から行われた。2年後、介入群で構造的ソ

シャル・キャピタル（グループ活動参加）と認知的ソーシャル・キャピタル（集団活動に参加することによる結束感）の向上が認められた。質的アプローチでは、IMAGEプログラムへの参加者のさまざまな反応から、構造的ソーシャル・キャピタル（社会的ネットワーク）、結束型ソーシャル・キャピタル（社会的サポート、社会的規範）、橋渡し型ソーシャル・キャピタル（グループ活動への参加）がたがいに非常に複雑に絡み合うというソーシャル・キャピタル同士の関係構図が明らかになった。

アメリカのボルチモアで実施された Experience Corps[®] は、地域在住の高齢者を活用した健康増進に向けた最初の社会的アプローチ介入である (Fried et al. 2004)。個々の児童の教育関連アウトカムを向上させること、および高齢者ボランティアの健康と幸福度を改善させることをめざした公立小学校でのボランティア活動がプログラムの根幹である (Fried et al. 2004; Rebok et al. 2004)。Experience Corps[®] は、公立小学校を介入プログラムのセッティングの核としている。プログラムは、個人レベルのみならず、学校レベルと地域レベルのソーシャル・キャピタルにも影響を及ぼすことをねらっている。児童、保護者、教師、地域住民を巻き込み、これらすべてがさまざまなレベル（個人レベル、学校レベル、地域レベル）で相互に関係し合うようデザインされている (Glass et al. 2004; Rebok et al. 2004)。

しかし、ソーシャル・キャピタルの醸成をめざした実証的な介入研究はまだ多くはない。この分野では、実践的な介入研究の知見を蓄積していくことが非常に重要である。介入プログラムを成功させるための手法やソーシャル・キャピタル醸成を通じたヘルスプロモーションの手法を確立させる助けとなるだろう。

次の二つの節では、ソーシャル・キャピタルの醸成をめざした日本での実践事例を紹介する。一つ目は、高齢者と児童の世代間交流の促進をめざしたグループ/組織レベルのプログラムである「りぷりんとプログラム (REPRINTS)」, 二つ目は、自治体でのサロン活動を通じた高齢者の社会的かかわりの促進をめざした地域レベルのプログラムである「武豊プロジェクト」である。

9.5 りぷりんとプログラム (REPRINTS)：高齢者のための世代間交流型ヘルスプロモーション・プログラムの互恵的效果

日本の社会が今日直面している大きな問題の一つは、高齢世代の医療福祉ニーズの増大に伴い、若年世代の将来的な経済的負担が増加することである。しかし、世代間の不平等について議論するよりも、高齢世代にいかにか社会参加に目を向けさせるかについての議論を優先させるほうが、すべての世代、あるいは日本の社会全体にとっての利益につながる可能性がある。このような視点に立つと、日本では、高齢世代の身体的、心理的な健康増進を図り、かつ、世代間のかかわりを生み出し、さらに強めるような取り組みや活動へのニーズが存在しうる。このようにして高齢世代の社会参加を促すことができれば、後の世代の経済的負担増大という若年世代の関心事にも対応することができる。同時に、実は地域のソーシャル・キャピタルを醸成できる機会にもなりうるのである。

東京都健康長寿医療センター研究所（旧・東京都老人総合研究所；以下、研究所）は、2004年に介入研究プロジェクト「りぷりんと」を立ち上げた（藤原ら、2006；2007；2010；Fujiwara et al. 2009）。内容は、教育現場において就学前および就学中の児童に向けた絵本読み聞かせのボランティアを養成し、実際に地域で展開させていくというものであった。プログラムは公立小学校を基盤に展開されていった。その理由の一つは、アメリカの Experience Corps[®] プログラムをモデルとしていたからであり、もう一つは、公立小学校が昔から地域のさまざまな行事や活動の核として存在し利用されてきたからである。プログラムは、全国の三つの自治体でさまざまな組織と協働しながら進められてきた。現在では、研究所と各自治体からの助言と支援のもとに、地域の任意ボランティアネットワークとしてシニアボランティアによって自主運営されている。本節では、プログラムの理論的背景と概念枠組み、研究モデル、最新の評価の短期的結果について紹介し、議論していきたい。

9.5.1 プログラムの理論的背景

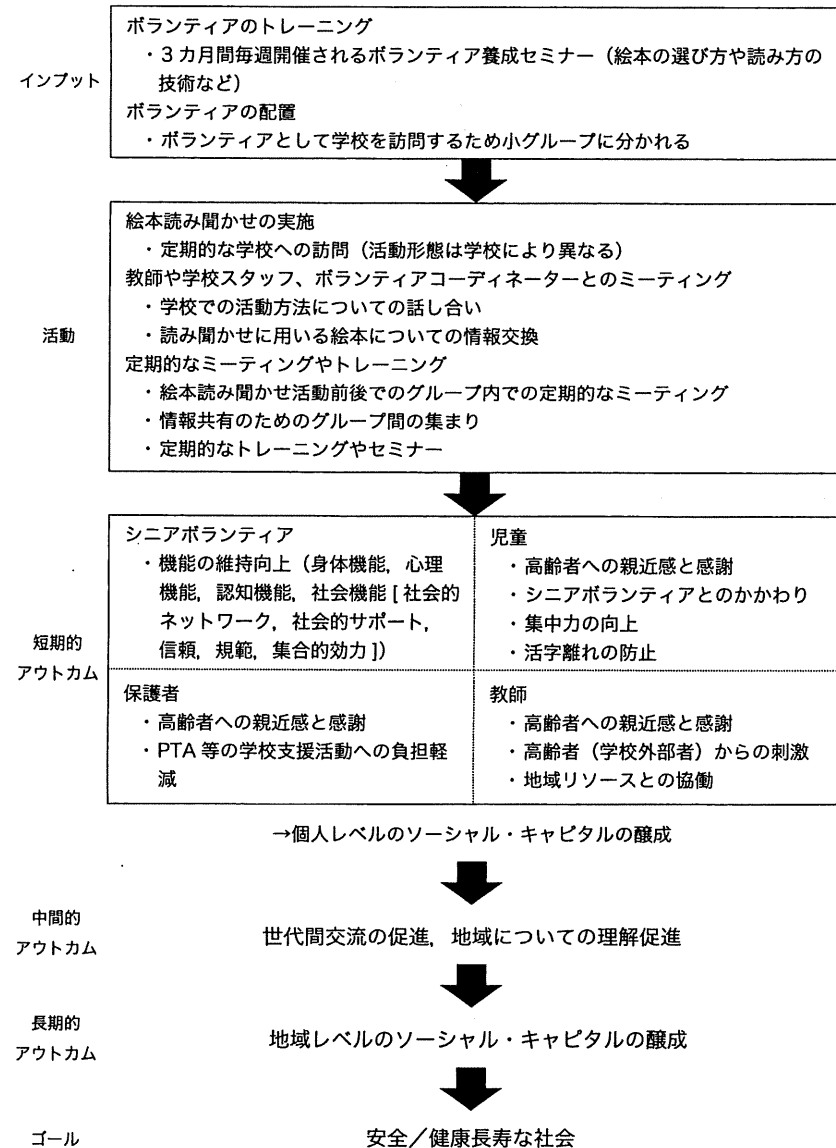
アメリカでは1990年代初頭から、高齢期に潜在する生産的 (productive) 側面はサクセスフル・エイジング (successful aging) の必要条件の一つとして考えられてきた。中でも、ボランティア活動は、有償労働とともに生産的加齢 (productive aging) のための活動として重視されてきた (Morrow-Howell, Hinterlong, & Sherraden, 2001)。北米の研究を概観すると、ボランティア活動は、そのメカニズムに関しては未解明な点が多いが、高齢期における身体的および心理的健康と強く相関することが明らかになっている (藤原, 杉原, & 新開, 2005)。さらに、同じくサクセスフル・エイジングの重要な側面として考えられている生活機能の維持に関していえば、日本で標準化された高次生活機能の測定尺度の一つである老研式活動能力指標 (Koyano et al. 1991) を用いた高齢者大規模縦断研究から、社会的役割や知的能動性にかかわる能力の低下が手段的自立 (Instrumental Activities of Daily Life; IADL) 障害の予測因子であることが報告されている (Fujiwara et al. 2003a; Fujiwara et al. 2003b)。いいかえると、日本人高齢者の身体的・心理的健康を維持するためには、社会的な役割をもちつづけ、知的な活動に取り組んでもらうことが必要だといえる。世代間交流型アプローチを用いたヘルスプロモーション・プログラムである「りぷりんとプログラム」は、ボランティアが社会に貢献し若い世代の助けになるだけでなく、上記のような高齢者自身の生産性や自立性の維持をめざして計画、実行されたという背景もあわせもっている。

上で述べたように、りぷりんとプログラムは地域の核である公立小学校を基盤としている。さらに、シニアボランティアだけでなく、児童、その保護者、教師、学校に配置されたボランティアコーディネーター等を含む、地域の人々を巻き込んだものである。そのため、地域内の異なるアクター同士の世代間関係を促進し、地域のソーシャル・キャピタルを醸成するための有益な手段となりうる。図9.3はプログラムのロジックモデルである。

9.5.2 プログラムのコンセプト

りぷりんとプログラムは、三つのコンセプトを含んでいる。一つ目のコン

図9.3 りぷりんとプログラムのロジックモデル



セプトは「世代間交流」である。これは、シニアボランティアが子どもたちの成長にかかわっていくことを指している。Erikson (1982) は、「世代継承性 (generativity)」を成人の基盤であり、自身の注意を自己から若年世代を含む他者へと拡張し、彼らに知識や知恵を伝達し、配慮や世話をするという生まれつきのニーズと定義している。この世代間交流プログラムでは、シニアボランティアには、子どもたちとのかかわるボランティア活動に従事することで子どもたちとその保護者世代との相互的な信頼を生み出すことや、長年培ってきた知識や価値観を若い世代と共有することが期待されている。高齢者は一般的に、自分たちのニーズや潜在力を理解していない者（たとえば若い世代）に囲まれたときこそ世代継承性を発揮しやすいといわれている。つまり、そのようなエイジズム（年齢差別）(Palmore, Branch, & Harris, 2005) に抗ったり、若い世代と信頼にもとづく関係を築くうえで世代継承性を発揮することは、高齢者にとって好ましいだけでなく重要なのである。

二つ目のコンセプトは「世代内交流」である。これは、シニアボランティアが他のボランティアと一緒に活動しながらグループ内で新たなネットワークを築いていくことを指す。社会的ネットワークの豊かさは、主観的健康や高齢期の心理的幸福に影響する（増地 & 岸, 2001; Ryff & Singer, 1996）。本プログラムは、シニアボランティアが継続的、かつ緊密に活動しているようにデザインされており、他のボランティアと有意義な関係を築いていけるようなしなやかさがなされている。

三つ目のコンセプトは「生涯学習」である。集中的に学習する機会があるようなボランティア活動は、参加者の認知機能を向上させる効果があることがわかっている (Fried et al. 2004)。プログラムでは、ボランティアに登録後の最初の3カ月間は集中的にトレーニングを行い、実際にボランティア活動をはじめめる前にも毎週のように練習をしてもらった。さらに、実際に活動をはじめてからも、絵本について学び、絵本を選び、読み聞かせの練習をし、他のボランティアからフィードバックを得るといった継続的な学習機会を提供した。

プログラムでは、児童とシニアボランティアをつなぐ主な媒体として絵本を使用している。児童対象の絵本は、さまざまな理由からシニアボランティ

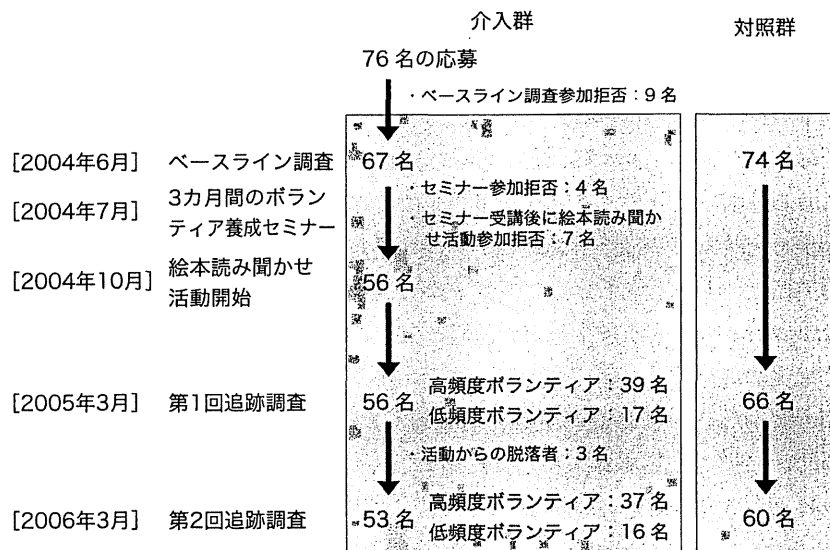
アの学習にとって適切な媒体であると考えられる。第一に、絵本の読み聞かせにはかならずしも専門的な知識や経験を必要としない。その代わりに、シニアボランティアには絵本に親しみをもってもらうことが重要である。第二に、絵本の読み方をいろいろ工夫しようとすると複雑な技術が必要になる。そのため、ボランティアは質を向上させるために継続的に学習をするようになる。こうした継続性をもてる活動は理想的である。プログラムでは、絵本の読み聞かせ経験をもつ3人のトレーナーがボランティア登録後の最初の3カ月間の養成セミナーを担当し、シニアボランティアに読み聞かせの技術や選書法についての指導、助言を行った。第三に、絵本の読み聞かせは児童だけでなく成人の発達にも適切と考えられている。「絵本は人生に三度」という作家・柳田邦男の言葉があるが、これは「幼い時（幼少期）、親になった時（子育て期）、人生の後半に差し加かった時（高齢期）の三度、絵本を読むべき」という意味である（柳田, 2004）。とくに高齢期には、人生経験が豊かであるからこそ、絵本に共感し感銘を受けやすいと考えられる。

9.5.3 プログラムのセッティングと利害関係者

プログラムの実施地域は、東京都中央区、神奈川県川崎市多摩区、滋賀県長浜市の三つの自治体であった。2004年時点の人口は、それぞれ9万人、9.4万人、6.2万人であった。2004年3月にりぷりとプログラムを展開できる自治体を探していた際、これらの自治体が名乗りを上げ、実施者とともにプロジェクトチームを立ち上げた。中央区は、児童への読書啓発と高齢者の生涯教育を推進しようとしていた教育委員会がカウンターパートであった。また、川崎市多摩区は介護予防事業のプログラムを展開しようとしていた保健福祉センターが、長浜市は健康日本21・地方計画の具体的なプログラムを模索していた健康推進課がカウンターパートとなった。

本プログラムは、学校を基盤にしたプログラムであるため、自治体の教育委員会や学校スタッフに内容について提案し、交渉し、プログラムを組み立てる必要があった。さらに、シニアボランティアの短期的目標は自身の健康状態や生活機能を維持・改善することであったため、各自治体の保健セクターのスタッフにもプログラムをつくり上げる過程で参加してもらった。

図9.4 りぶりんとプログラムの参加者のフロー図



まれていた。67名中、27名が中央区、19名が川崎市多摩区、21名が長浜市からの参加であった。養成セミナー終了後、2004年10月から絵本読み聞かせ活動が開始された。

対照群の参加者は、介入群の参加者と同様の方法に加え、プログラム実施者と介入群参加者による口コミによってリクルートされた。その結果、74名の高齢者が対照群として選定された。対照群は、りぶりんとプログラム以外の社会活動への参加者から集められた。この社会活動の中には、趣味の会、成人や高齢者へのボランティア活動、地域健康づくり活動などが含まれたが、子どもとの世代間交流を促進するような活動は除外した。プログラム実施者が研究プロトコルについて詳細に説明し、同意を得た後、対照群の参加者にも介入群と同じ形式でのデータ収集を行った。ただし、介入群が参加した絵本読み聞かせのボランティア養成セミナーや実際の読み聞かせプログラムへの参加はなかった。

1回目の追跡調査は2005年3月（ベースライン調査から9カ月後）に行われた。追跡調査では、ベースライン調査と同じ項目が測定された。67名中56名の介入群のシニアボランティアが活動を継続したが、11名は途中で活動を辞退した。継続者56名のうち、毎月2回以上活動に参加していた39名を「高頻度ボランティア」、月に1回以下の参加であった17名を「低頻度ボランティア」の2群に分類した。対照群では、66名が第1回追跡調査に回答した。2006年3月（ベースライン調査から21カ月後）には2回目の追跡調査を行い、介入群では53名（高頻度ボランティア37名、低頻度ボランティア16名）、対照群では60名が回答した。

9.5.4.2 ボランティア組織の構成：ボランティア養成セミナーと組織化

ボランティア養成セミナー：介入群のボランティアは、絵本の選び方や読み方の技術を学ぶため、2004年7月から3カ月間、毎週行われた養成セミナーに参加した。この中には、活動を行うにあたって必要と考えられる最近の学校生活や学校ボランティアのルールの基礎知識も含まれていた。

ボランティアの配置：ボランティア養成セミナーが終了すると、2004年10月から週1回、あるいは2週間に1回、教育現場（六つの小学校、三つ

9.5.4 シニアボランティアへのプログラム効果

9.5.4.1 デザインとリクルート

シニアボランティアへの効果検証は、介入群と対照群を設定した非無作為化比較試験デザインで行った。データは、プログラム前（ベースライン調査）、プログラム開始から1年後（第1回追跡調査）、および2年後（第2回追跡調査）の3時点で測定した（図9.4）。

プログラム参加者（介入群）をリクルートするために、2004年3月から7月までの間、対象地域の広報やチラシを通じて周知を行い、プログラムを広めるためのイベントを開催した。参加意向のある者は、所定の申込用紙を提出してもらい、集中的に3カ月間、毎週開催されるボランティア養成セミナー（2004年7月～9月開催）に参加してもらった。申し込みをした76名のうち、67名が養成セミナーに参加した。セミナー修了後には、全員がプログラムに参加することに正式に同意した。なお、同意内容には、子どもたちへの絵本読み聞かせボランティアとして教育現場（小学校など）で活動すること、およびデータ収集のための調査に継続的に協力してもらうことが含

の幼稚園、六つの学童保育)に絵本読み聞かせボランティアとして訪問するにあたり、6～10名のグループに分けられた。各ボランティアは、主にそのグループが定期的に訪れる小学校や幼稚園の所在地を考え、自分が所属するグループを選んだ。活動は、複数のボランティアが一緒になりグループ単位で行われた。各グループは、メンバー間で情報交換したり、読み聞かせ技術を高める方法を話し合ったり、プログラム事務局からの連絡事項を受け取ったりするため、読み聞かせ活動の前後で定期的にミーティングを行った。さらに、同じ自治体内のグループは、別に月に1回、情報交換とたがいの学びのために集まった。このグループ同士の集まりでは、絵本、ボランティア活動、老化と健康、現代の子どもの生活状況等についての知識を深めるための勉強会が計画され、読み聞かせのトレーナーや老年学や生涯教育の専門家が講師として招かれた。

ボランティア活動計画：活動場所である教育現場により活動の具体的方法はさまざまだが、全体に共通する部分もあった。たとえば、幼稚園では、約20人の子どもたちとまずは手遊びをし、その後3～4冊の絵本を読むという約30分間のセッションであった。小学校では、一時限目の授業の前に活動を行った。1人が1～2冊の絵本を読み、残りのメンバーは読み手を介助したり、読み聞かせの声やテンポ、児童の反応、留意点等について記録したりした。学校によっては、同じ日の昼休みや中休みに20～30分程度の読み聞かせの時間を設ける場合もあった。

9.5.4.3 測定項目

主な測定項目は以下のとおりであった。高次生活機能として老研式活動能力指標 (Koyano et al. 1991) をたずねた。身体機能として、歩行速度、開眼片足立ち、握力を測定した。心理機能として、主観的健康 (得点範囲: 0～3点, 0 = 健康でない, 1 = どちらかといえば健康でない, 2 = どちらかといえば健康である, 3 = 健康である), 老人用うつ尺度短縮版 (Geriatric Depression Scale [GDS] Short-version) (Burke, Roccaforte, & Wengel, 1991; Schreiner et al. 2003), Rosenberg の自尊心尺度の10項目版 (Rosenberg, 1979) をたずねた。認知機能として、エピソード記憶、日本版 RBMT

(リバーミード行動記憶検査) (綿森ら, 2002) 中の物語想起を用いた言語能力、語想起課題 (笹沼, 1988) の二つを測定した。最後に、社会機能として、「親戚」「仕事で知り合った人」「近所づきあいをしている人」「その他の友人 (学校・趣味のサークルで知り合った人など)」の四つの主体別に日頃つきあいのある人数をたずね、さらに、「孫 (またはひ孫)」「近所の子ども」「それ以外の子ども (ボランティアや催し物などを通じて接した場合)」「友人や近所の人たち」の四つの主体別に接触頻度 (6段階; 0 = まったく会わない (または該当する主体がない), 1 = 1カ月に1回未満, 2 = 1カ月に1回程度, 3 = 1カ月に2, 3回, 4 = 1週間に1回程度, 5 = 1週間に2回以上) をたずねた。

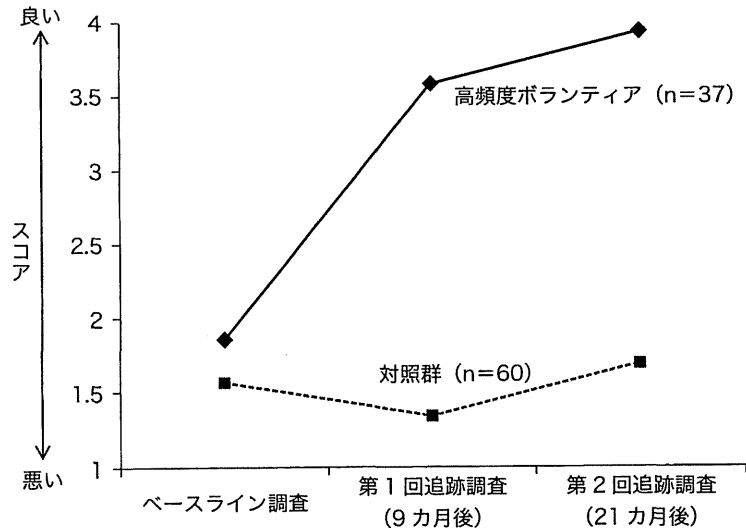
9.5.4.4 結果

対象者は、全員が基本的日常生活動作 (歩行, 食事, 排泄, 更衣, 入浴) は自立していた。介入群と対照群のベースラインデータを比較すると、いくつかの項目で差が認められた。対照群と比較すると、介入群のボランティアは孫がいる者の割合が高く (41.8% vs. 20.3%), ボランティア経験をもつ者の割合が高く (79.1% vs. 52.7%), 教育年数が長く (13.4 ± 2.5年 vs. 12.3 ± 2.5年), 通常歩行速度が速かった (86.7 ± 12.3m/分 vs. 81.3 ± 12.9 m/分)。それ以外の測定項目では統計的に有意な差はみられなかった。

りぷりんとプログラムへの参加者67名を、9カ月以上活動を継続していた者 (つまり、第1回追跡調査まで継続した56名) と9カ月以内に活動を辞退した者 (11名) に層別して比較したが、2群間にベースラインデータにおける基本属性、高次生活機能、ならびにその他の機能に差は認められなかった。また、第2回追跡調査まで継続した53名を活動頻度で分類したが、高頻度ボランティア (37名) と低頻度ボランティア (16名) の間でもベースラインデータにおける差はみられなかった。

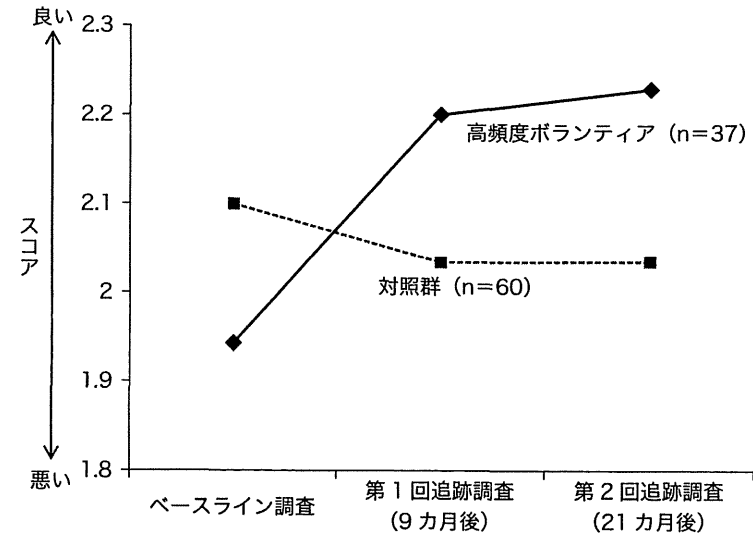
性、年齢を調整した一般化線形モデルを用いてプログラムの効果を検討したところ、グループ (高頻度ボランティア vs. 対照群) と調査時点 (ベースライン, 第1回追跡調査, 第2回追跡調査) の有意な交互作用が、ボランテ

図9.5 ボランティアや催し物などを通じて接した子どもとの接触頻度の21カ月の推移（得点範囲：0～5点）



注) 得点は、まったく会わない（または該当する主体がない）= 0点、1カ月に1回未満 = 1点、1カ月に1回程度 = 2点、1カ月に2、3回 = 3点、1週間に1回程度 = 4点、1週間に2回以上 = 5点。
出所) Fujiwara et al. (2009).

図9.6 主観的健康の21カ月の推移（得点範囲：0～3点）



注) 得点は、健康でない = 0点、どちらかといえば健康でない = 1点、どちらかといえば健康である = 2点、健康である = 3点。
出所) Fujiwara et al. (2009).

ボランティアや催し物などを通じて接した子ども（孫や近所の子どもは除く）との接触頻度 ($p < 0.01$), 主観的健康 ($p < 0.01$) に対してみられた。これらの効果は、第2回追跡調査まで継続していた（図9.5および図9.6）。

9.5.5 児童と保護者への互恵的效果

上記のように、りぷりんプログラムはシニアボランティアに対して好ましい効果をもたらしていた。児童への絵本の読み聞かせ、集中的なボランティア養成セミナー、そして絵本や読み聞かせの技術や方法について他のボランティアと毎週話し合うことによって、これらの効果が表れたと考えられる。シニアボランティアへの効果に加え、プログラムに関係するボランティア以外の者（ボランティア活動の直接的な受け手である小学生児童と、間接的な受け手であるその保護者）への効果も検討した。

9.5.5.1 セッティングと対象者

りぷりんプログラムを展開している三つの地域のうち、子どもへの効果検証の対象地域として川崎市多摩区が選ばれた。多摩区では、2004年11月から週2回、4～6名のボランティアがグループとなり、郊外の小学校（児童数470名）を絵本読み聞かせのために訪れている。この小学校では読み聞かせ自体は通常15～30分であるが、ボランティアは全体で2時間程度小学校に滞在する。この2時間には、打ち合わせと準備、実際の読み聞かせ活動が含まれている。プログラムは、全学年を対象に図書館で1日2回（朝と昼休み）行われる。とくに、1年生から4年生の担任教師は子どもたちに読み聞かせに参加するように促し、ボランティア自身も読み聞かせがはじまる前には児童への呼びかけを行っている。

児童に対する1年間の縦断的評価を行うため、1年生から5年生までの生徒402名を対象にした（6年生は卒業後に追跡ができなくなるため、68名の

6年生は対象から除外した)。自記式質問紙を用いて、ボランティア活動開始直後(2004年11月)にベースライン調査を、開始6カ月後(2005年5月)と12カ月後(2005年11月)に2回の追跡調査を行った。

保護者に対する2年間の縦断的評価については、ベースライン調査時点の1年生から4年生の児童全員の保護者230名(1~2年生〔低学年〕114名、3~4年生〔中学年〕116名)を対象にした(追跡期間中に卒業してしまう5年生、6年生の保護者は対象から除外した)。ベースライン(ボランティア活動開始直後の2004年11月)とその後6カ月ごと(2005年5月と11月、2006年5月と11月の4回)に全5回の自記式質問紙を用いた調査が行われた。反復横断デザインであったため、分析では各調査時点の回答分布を記述した。

9.5.5.2 測定項目

児童の評価調査では、Semantic Differential法(SD法、意味微分法)による高齢者への情緒的イメージを、本調査で独自に10項目作成して測定した(例:温かい—冷たい、愛想がよい—愛想が悪い、強い—弱い)。10項目を因子分析した結果、「評価性」(6項目;得点範囲は6~30点)と「活動性・力量性」(4項目;得点範囲は4~20点)の2因子に分かれたため、分析ではこの二つの下位尺度を用いた。

保護者の評価調査では、以下の7項目について5件法(得点範囲:1~5点)でたずねた。「子どもたちの読書・図書教育への影響」「子どもたちがシニア・高齢の方を尊敬すること」「子どもたちがシニア・高齢の方に感謝すること」「子どもたちがシニア・高齢の方に親しみをもつこと」「地域での安全・安心など町づくりへの影響」「保護者・PTAの立場から、学校支援活動についての時間や労力など物理的な負担が軽減すること」「保護者・PTAの立場から、学校支援活動についての責任や義務など心理的な負担が軽減すること」。保護者の学校支援活動は完全な自由意志による参画というよりも、ある種の慣習化、当番化された奉仕活動という特徴をもつ。学校支援活動についての負担の軽減(保護者への測定項目のうちの最後の2項目)は、以下の二つの仮説から設定した。第一は、高齢者が学校でボランティア活動を行うことにより、保護者が行わなくてはいけなかった学校支援活動を代替する

ことができ、それにより保護者の物理的(時間的)負担が軽減するという考えである。第二は、学校支援活動に参画できない保護者は参画している保護者に対して、潜在的に後ろめたさを持ち、ともすれば両者に気まずさが生じることがある。そんななかで、保護者と活動を共有してくれる高齢者ボランティアは、保護者を側面支援してくれる第三者という立場で安堵感を与え、心理的負担が軽減するという考えである。

9.5.5.3 結果

児童への効果:1年生から5年生までの402名のうち、全3回の調査に回答した345名を分析に含めた。分析対象者のうち、半数は男児で、4分の3がベースライン時に祖父母との同居経験がなかった。分析対象者は、ボランティアとの交流頻度により2群に分類された。「学校での絵本読み聞かせ活動に参加したことがあるか」という質問に対し、3回の調査のうち2回または3回とも「ある」と回答した者は「高頻度参加群(170名)」,1回のみ「ある」と回答、または「ある」と回答しなかった者は「低頻度参加群(175名)」とした。学年、性別、高齢者との交流経験の程度、社会的望ましさ尺度(中谷,1991)得点を調整した一般化線形モデルの結果、「評価性」の下位尺度で頻度群と調査回数間の交互作用がみられた($p=0.012$)。図9.7は2群の「評価性」得点の推移を示している。一方、「活動性・力量性」では有意な交互作用は認められなかった。

保護者への効果:図9.8に、低学年、中学年児童の保護者が回答した「保護者・PTAの立場から、学校支援活動についての時間や労力など物理的な負担が軽減すること」「保護者・PTAの立場から、学校支援活動についての責任や義務など心理的な負担が軽減すること」(以下、保護者の物理的負担の軽減、保護者の心理的負担の軽減)に関する得点の推移を示す。二元配置分散分析の結果、保護者の物理的負担の軽減には児童の学年($p=0.031$)と調査回数($p<0.001$)の主効果がみられた。保護者の心理的負担の軽減には、調査回数($p<0.001$)に主効果がみられた。2年間の追跡期間中、低学年および中学年児童の両方の保護者でこれら二つの項目の得点は低下していた。

図9.7 小学生児童の高齢者への情緒的イメージ(下位尺度「評価性」)の推移(得点範囲:6~30点):りぷりんとシニアボランティアとの交流頻度による層化

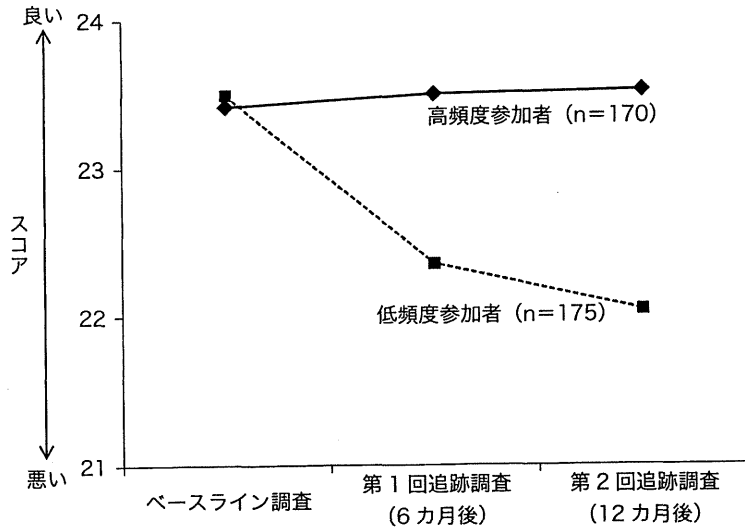
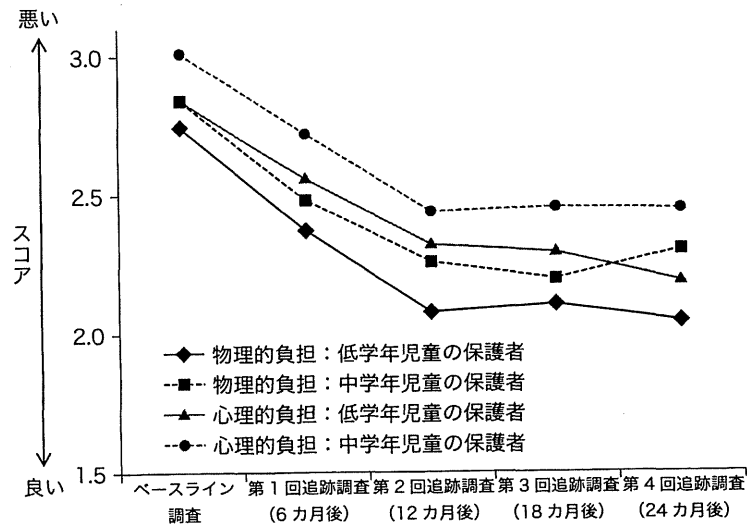


図9.8 保護者の物理的負担の軽減, 保護者の心理的負担の軽減の24カ月の得点推移(得点範囲:1~5点)



9.5.6 教師と地域への期待される効果

残念ながら、りぷりんとプログラムの教師への効果の定量的評価は現時点では実施できていない。しかし、導入校では、毎年教職員により活動に対する評価がなされているが、その結果、継続的に活動を依頼されている。これは、教職員による評価が一定水準以上であることを示唆している。さらに、教師へのヒアリングを通して、彼らが小学校現場でボランティアを活用することへの効果を実感していることが感じられた。彼らは、とくに教育的アプローチ方法に関して、ボランティアからかなりの刺激を受けているようであった。ボランティアが児童らとどのようにかかわり合っているか観察することで、教師自身の教育実践方法に新たな視点をもつことができていた。これらは、プログラムが及ぼした教師への定性的効果といえる。

また、プログラムの地域全体に与えた効果についても検証ができていない。プログラムが地域に影響を与え、そして地域レベルのソーシャル・キャピタルを変化させるだけの力をもっているのかを検証することは非常に重要である。りぷりんとプログラムは学校を基盤とした介入プログラムであるため、クラスター比較試験が評価デザインとして適しているであろう。プログラムが及ぼす地域全体への効果の検討は、優先度が高く、喫緊の課題である。

9.5.7 まとめ

りぷりんとプログラムは、児童に絵本を読み聞かせること、事前に集中的な読み聞かせボランティア養成セミナーを受けること、そして絵本や読み聞かせの方法について他のボランティア仲間と毎週話し合うことなどを通じて、シニアボランティアの知的活動性を規則的、周期的に活性化することを目的とした。実際に、いくつかのプログラムの効果が明らかになった。プログラムに参加したシニアボランティアでは、主観的健康、およびソーシャル・サポートや社会的ネットワークのいくつかの側面が改善した。また、プログラムの直接的な受け手である児童、間接的な受け手である保護者にも効果が認められた。教師や地域全体への効果を検証することは、次の重要な課題である。

本節では、りぷりんとプログラムによって、参加ボランティアの健康増進

だけでなく、ボランティア、児童、保護者、教師らによる身体的、心理的な相互作用もがもたらされる点について述べてきた。興味深いのは、児童の保護者はボランティアとの直接的なかわりをもっていないにもかかわらず、プログラムの波及効果がみられている点である。これは、プログラムが高齢世代と子どもをもつ保護者世代を結びつける媒介として作用していることを示唆する。学校を基盤にした本プログラムは、多世代間の社会的信頼、信用、規範意識を形成できる可能性をもち、地域全体のソーシャル・キャピタルを醸成させるきっかけ、しかけとなりうるといえる。

9.6 武豊プロジェクト：地域介入の試み

介入研究のもう一つの実践例として、「武豊プロジェクト」を紹介する。これは、日本福祉大学健康社会研究センターが取り組む愛知老年学評価研究 (Aichi Gerontological Evaluation Study: AGES) (Kondo, 2010) の一部である。このプロジェクトは、ソーシャル・キャピタルや社会疫学の理論を基盤に、社会環境への介入を通じて高齢者の社会参加を促進させることをめざしている。

9.6.1 プロジェクトの理論的背景

介入内容を計画するにあたり、まず AGES コホートのデータを用いて生活機能低下のリスク要因の評価を行った (Nishi et al. 2011)。新たに要介護認定を受けた高齢者を対象に、まだ要介護認定を受けていなかった1年前の調査時点にさかのぼり要介護リスクの数を調べた。要介護リスク評価指標として、厚生労働省によって提唱されている生活機能低下のリスク要因である、口腔機能低下、低栄養、転倒歴、うつ、閉じこもり (外出頻度週1回未満) の五つを用いた。結果は、1年以内に身体・認知機能が低下し要介護認定を受けたあるいは1年以内に死亡した者の半数には、要介護リスクがみられなかった。1年前にはリスクをもたない者が半数もいるということは、リスクが高い高齢者をスクリーニングし、介入する「ハイリスク戦略」だけでは、

高齢者全体をカバーできず不十分ということである。そのため、ハイリスク戦略と並ぶ、「ポピュレーション戦略」に注目し、これの戦略にもとづく新たなプログラムを開発することにした。

ほかにも、趣味をもつこと、社会的ネットワークをもつこと、社会参加していることは、健康長寿 (healthy aging) にプラスであることが推定された。逆に、趣味がなく、外出頻度が少ない高齢者は、機能低下や死亡のリスクが高かった (平井 & 近藤, 2007; 平井ら, 2009; 竹田, 近藤, & 平井, 2010; 吉井ら, 2005)。また、居住地域のソーシャル・キャピタルが低いほど、そこに住む個人の主観的健康が低いことがマルチレベル分析で明らかになった (Ichida et al. 2009)。これらの結果は、ソーシャル・キャピタルを醸成することが高齢者の健康に寄与する可能性を示す。さらに、公共施設からの距離が近いほど施設の利用率が高いこと (平井 & 近藤, 2008b)、人口密度の高い地域に居住しているほど閉じこもりになりにくいこと (平井, 近藤, & 埴淵, 2008c) も、それぞれ明らかになった。

9.6.2 プロジェクトのコンセプト

武豊プロジェクトの目的は、高齢者の身体・認知機能の低下を抑制するために、ポピュレーション戦略による介護予防プログラムを開発することである。プロジェクトがめざしたのは、ソーシャル・キャピタルと社会疫学の理論を基盤に、社会環境の改善を通じて、社会参加と社会的サポート・ネットワーク、ソーシャル・キャピタルを涵養・醸成することである。介入により社会環境を変化させることで、個人レベルでの健康改善や幸福感の向上を期待した。また同時に、個人レベルの効果だけでなく、ボランティアに取り組む人の増加など地域レベルのソーシャル・キャピタルも介入プログラムによって醸成されることを期待した。武豊町は知多半島に位置し、名古屋市から約45分でアクセスできる。介入をはじめた2007年当時の人口は約4.2万人、高齢化率は17.2%であった。

前述の AGES の成果から、五つのプログラム・コンセプトを定めた (表 9.1)。1点目は、ポピュレーション戦略にもとづくものである。プログラムはさまざまな社会環境に介入していくことを目的とした。「憩いのサロ

表9.1 武豊プロジェクトの主なプログラム・コンセプト

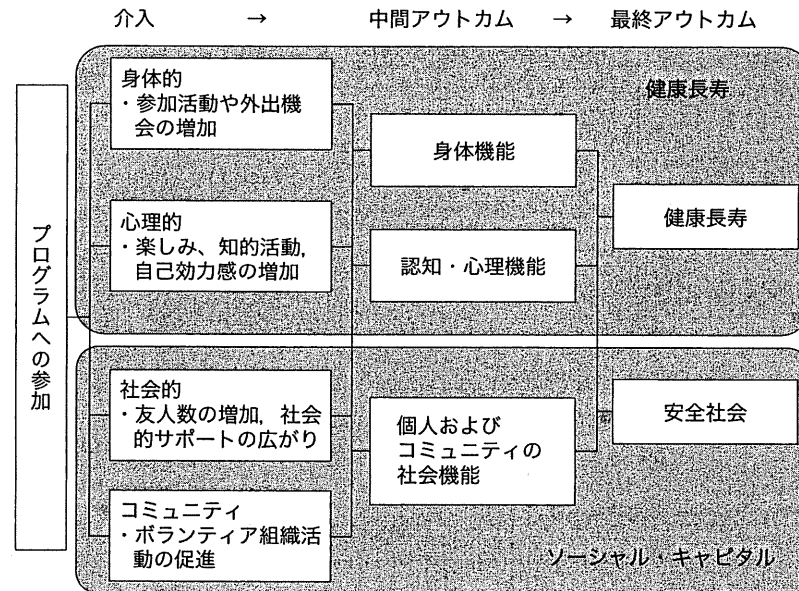
ポピュレーション戦略	プログラムは社会環境に介入することをめざしている。プログラムは、サロンと呼ばれる活動として行われている。
活動拠点多い	町の中心部で開催されているだけでなく、町全体で数多く開催されている。高齢者は会場に歩いて簡単に行くことができる。
ボランティアの活用	専門職ではなく、ボランティアによって運営されている。活動拠点多くなるとスタッフの数も必要になってくる。
自治体の協力	場所の提供、財政援助、広報活動に関して町が支援している。
活動が多様	体操だけでなく、いろいろな楽しめる活動（娯楽プログラム）が提供されている。

ン」(以下、サロン)と呼ばれる拠点とそれを運営するための活動を展開してきた。2点目は、プログラムは町の中心部でのみ実施するのではなく、活動拠点となるサロンを町のあちこちに開設することである。徒歩圏内に会場を設定することで、高齢者がアクセスしやすくなることをめざした。3点目は、プログラムは専門職の支援を受けながら、主にボランティアによって運営される点である。これは、活動拠点を多くすると運営スタッフもより多く必要になることに加え、ボランティア活動自体がボランティア自身の健康増進に効果的と期待されるためである。4点目は、町がプログラムに対して場所の提供、財政援助、広報活動、ボランティア研修などを通じた支援を行う点である。5点目は、プログラムでは体操だけでなく、いろいろな楽しめる活動(娯楽プログラム)も提供するという点である。

図9.9に、武豊プロジェクトのプログラム理論を示す。プログラムの目的は、身体的活動、心理的活動および知的活動にはたらきかけることにより、個人の健康長寿を促進することである。もう一つの目的は、ソーシャル・キャピタルが豊かで安心できる地域をつくることである。友人数や社会的サポートが増え、地域でのボランティア活動が促進されれば、地域の健全な社会機能が高まる。これによって、地域のソーシャル・キャピタルが醸成されることを期待した(平井 & 近藤, 2008a)。

プログラムには、川柳や俳句、ゲームなど知的機能を使う内容や、卓球や健康体操などの身体機能を使う運動なども含まれる。ただのおしゃべりや歓

図9.9 健康長寿と安全な地域づくりをめざしたプログラム理論



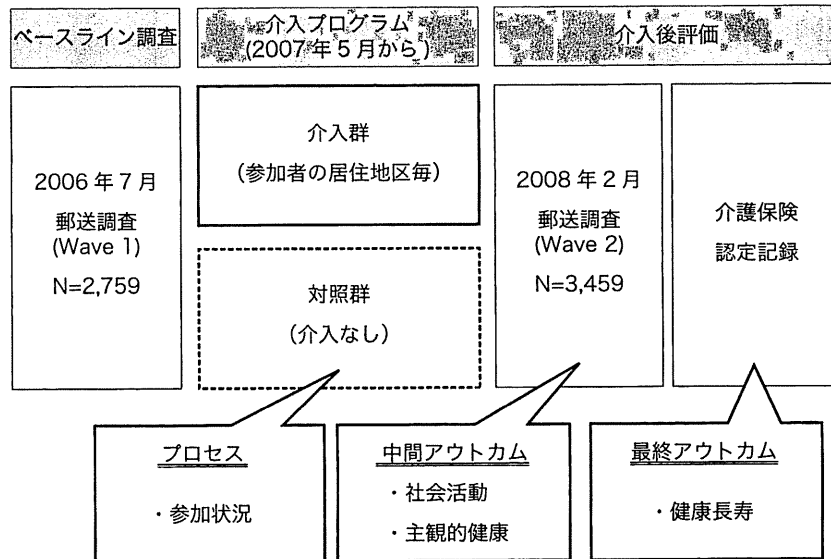
出所) 竹田, 近藤, & 平井 (2009).

談も、とくに女性には好まれる。また、最近では徐々に子どもとの交流プログラムが増えてきている。これらの多種多様なプログラムはボランティアによって企画運営されている。

9.6.3 プログラム評価

2006年、介入前の状況を把握するために、AGESプロジェクトの一環として郵送による自記式質問紙調査を実施した。その後、2007年には三つのサロンが開設され、2012年までに九つのサロンが展開されている。サロン活動参加者への追跡調査(「お元気チェック」)は毎年実施している。2008年には、町在住の一般高齢者(介護保険認定を受けている者は除く)全員に対し郵送質問紙調査を実施し、介入後の中間アウトカム評価を行った。さらに、介護保険データを用いて要介護認定割合の抑制という最終アウトカムの評価も計画し、現在進行中である(図9.10)。

図9.10 プログラム評価のスケジュール



出所) 平井 (2009)。

9.6.4 中間アウトカム評価

2007年5月に運営を開始した三つのサロンにおいて、2008年2月までの10カ月間で、全部で39セッションが開催された。つまり、一つのサロンあたり月平均1～2セッションが開催されていることになる。実参加人数は548名、延べ参加人数は2,341名、登録ボランティアは87名であった。介護保険認定を受けていない高齢者人口で除して算出した参加割合は9.4%であった。2006年（介入プログラム開始前）と2007年（介入プログラム開始8カ月後）を比較すると、2006年には実参加人数は93名、延べ参加人数は328名であったのに対し、2007年には実参加人数は412名、延べ参加人数は1,555名になっていた。月当たりの比（2007年/2006年）を計算すると、実参加人数は6.6倍、延べ参加人数は7.1倍になった（平井 & 近藤, 2008a）。また、地理情報システム（GIS）を用いた参加者の居住地分布の分析では、多くの参加者が自宅に近いサロンを訪れていた。プログラムがうまく機能し

はじめたことを受け、武豊町は2020年までに14カ所のサロンを開設することを決定し、町の総合計画にサロンを徐々に整備することを明記した。この数は、保育所数の11カ所（2007年）よりも多い。

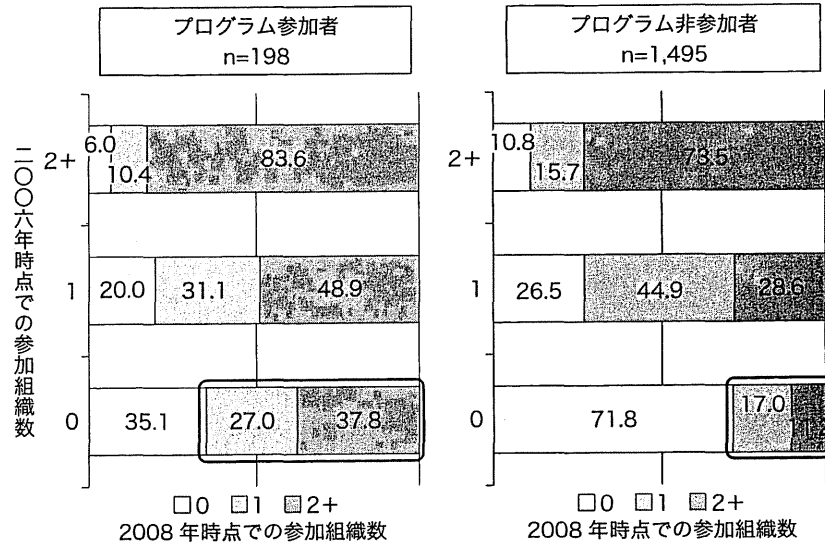
プログラム参加者を対象にした調査では、調査への協力者321名のうち、30%以上の者がプログラムに参加するようになって、より幸福感を感じ、友人数が増え、プログラムを通じて健康に関する情報を得ていると回答した。

次に、プログラムへの参加者と非参加者の比較を行った。介入前調査（2006年）、介入後調査（2008年）の両方の調査に回答した1,693名を分析対象とした。これらの調査では、ソーシャル・キャピタルに関する変数として、信頼、互酬性規範、社会的サポート、社会参加を含めている（平井, 2010; 平井 & 近藤, 2011）。このうち、社会参加に関する項目の評価について紹介する。各個人が所属する地域組織の数を算出し、参加者と非参加者間で比較した。地域組織としては、「町内会」「スポーツの会や団体」「趣味の会」「宗教団体」「ボランティア団体」「政治団体」「業界団体」「市民団体」の八つをたずねた（図9.11）（近藤ら, 2010）。通常、社会活動に積極的な者は、いろいろな活動やプログラムにも参加する傾向がある。そこで2006年（介入前調査）時点での参加組織数にしたがって全体を3群（参加なし/1組織/2組織以上）に分類し、層別比較したところ、プログラム参加者は非参加者に比べて、2008年時点の参加組織数が統計的に有意に増加していた。たとえば、2006年時点ではどの組織にも参加していなかった群では、非参加者では何らかの地域活動に参加するようになった者が全体の約28%であったのに対し、参加者では約65%であった。

参加組織数の変化に加え、プログラムへの参加者における社会的サポート授受の変化を検討した。ここでは、調査に回答したサロン活動のボランティア40名とその参加者33名のデータを用いた。情緒的・手段的・情動的サポートを含む社会的サポートの授受がプログラム開始6カ月後に増加したと回答した者は、サポートの種類によりそれぞれ約30～80%であった（図9.12）（竹田, 近藤, & 平井, 2009）。

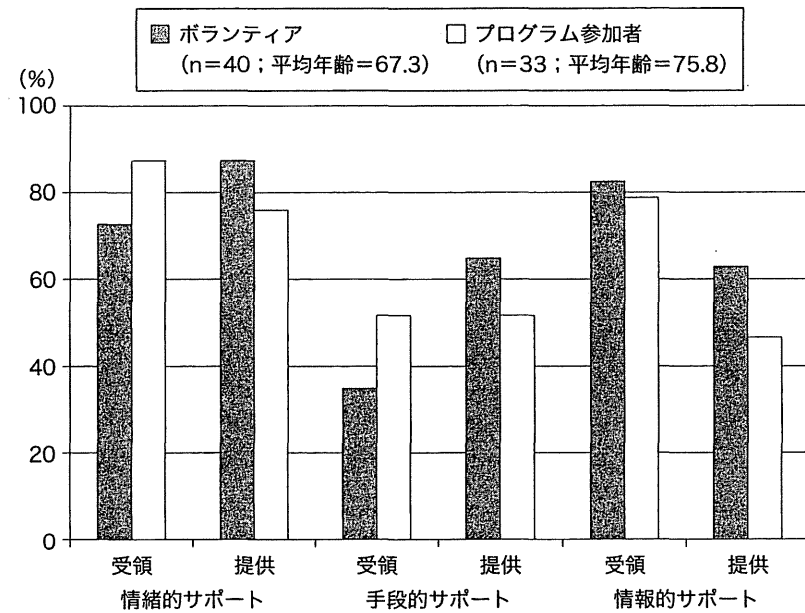
以上より、これらの中間アウトカム評価にとどまるものの、サロンの開設という社会環境への介入による社会参加の促進を通してソーシャル・キャピ

図9.11 プログラム参加者と非参加者での組織参加数の変化



注) 参加組織は、「町内会」「スポーツの会や団体」「趣味の会」「宗教団体」「ボランティア団体」「政治団体」「業界団体」「市民団体」の8組織をたずねた。
出所) 近藤ら (2010).

図9.12 プログラム開始6カ月後の社会的サポート増加者の割合



タルの醸成をめざした本プログラムが、地域での高齢者の社会参加や社会的サポートの拡充に影響を与えていることが確認できた。

9.6.5 まとめ：ソーシャル・キャピタルから健康への影響経路

Kawachi と Berkman (2000) は、ソーシャル・キャピタルが健康に影響を及ぼすメカニズムについて、①健康情報や健康行動の変化、②サービスや施設へのアクセスの変化、③心理社会的プロセス、④政策レベルの影響、という四つの仮説を提案した。武豊プロジェクトでは、これらの仮説を支持する変化が観察された。①参加者はプログラムの中で健康に関する情報が増えたと回答していた。②サロンの運営にかかわるボランティアが増えるにつれ、家の近くにサロンが開設されて、より気安くサロンに参加できるようになった。③社会的サポートや社会参加が増加したことで、健康にポジティブな効果がもたらされることが期待できる(第4章も参照)。さらには、

④プログラム導入が成功を収めたため、プログラムを提供する場(サロンの会場)を増やすことを町は総合計画の中の施策として位置づけた。中間アウトカムから最終アウトカムに至るまでの変化についてはさらに観察を要するものの、中間評価におけるこれらの変化は、ソーシャル・キャピタルと健康を結ぶメカニズムについての仮説を部分的ながら支持するものであったといえる。

9.7 結論

本章では、ソーシャル・キャピタルの理論を活用し、高齢期の健康増進をめざした介入研究のエビデンスを議論し、現在も継続されている日本での二つの事例(「りぷりん」とプログラム)と「武豊プロジェクト」を紹介した。