

201330032A

厚生労働科学研究費補助金
健康安全・危機管理対策総合研究事業

**ソーシャル・キャピタルの概念に基づく
多部門連携による地域保健基盤形成に関する研究**

平成 25 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 近藤尚己

平成 26 (2014) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

ソーシャル・キャピタルの概念に基づく多部門連携による地域保健基盤形成に関する研究	1
近藤尚己	

II. 分担研究報告

1. 自治体における地域づくり型の保健活動におけるソーシャル・キャピタルの概念の活用法についての理論的研究	12
近藤尚己	
2. 自治体における多部署・官民連携体制の構築による地域づくり型の介護予防対策の推進に関する研究	23
近藤尚己, 芦田登代, 近藤克則	
（資料）神戸市のワークショップ作業シート	
（資料）御船町の小地域別診断結果シート	
3. 高齢者の健康状況に関する神戸市のベンチマーキング	34
尾島俊之, 芦田登代	
4. 介護予防事業の優先地域を選定するためのツール開発に関する研究	43
近藤尚己, 芦田登代	
（資料）介護予防事業実施対象地区選定シート	
（資料）介護予防事業実施対象地区選定シート活用の手引き	
5. 日本老年学的評価研究（JAGES）2013年調査の結果： 神戸市と御船町の特徴と主な集計結果	56
近藤克則, 芦田登代	
6. 自治体における多部署連携を進めるための会議のファシリテーション手法 に関する研究：「一人からみんな（1-2-4-ALL）」手法の活用経験の報告	75
河村洋子, 芦田登代, 近藤尚己	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	78

ソーシャル・キャピタルの概念に基づく
多部門連携による地域保健基盤形成に関する研究

研究代表者 近藤 尚己 東京大学大学院医学系研究科准教授

研究要旨 健康日本21（第二次）の基本姿勢となるなど、地域のソーシャル・キャピタルを醸成することで健康増進を図る「地域づくり型」の保健施策の重要性が高まっている。しかしソーシャル・キャピタルの概念には誤解や乱用が多く、その醸成手法も発展途上である。そこで本研究は、地域づくり型の保健施策を進めるために、まずソーシャル・キャピタルの概念を整理し、その醸成方法の在り方を検討すること、そして介護予防を例に、自治体との連携による実践で、その課題や手法についての知見を得ることを目的とした。まず、概念整理の結果、地域づくり型の公衆衛生活動においては、コールマンやパットナムによる定義に基づき、グループメンバー同士やグループ同士の良好な関係性を追求するような、集団の凝集的特性としてのソーシャル・キャピタルの醸成を進めることが概念的に合致していた。また、自治体職員が主導する地域づくり型の介護予防施策におけるソーシャル・キャピタルの推進には、まず自治体内の各部署が特定の共通の目的のもとに連携して活動する横断的な連携システムを作ることが重要であると考えられた。これをもとに、兵庫県神戸市および熊本県御船町において連携会議の立ち上げと多部署連携会議の運営を、研究者の参画を伴い実施した。その結果、共通の目的の保有、参加部署それぞれにとって合目的であるための運営の工夫、効果的なファシリテーション手法の活用、ソーシャル・キャピタルの負の効果への対処などの重要点が確認された。これらに留意しつつ準備を進め、両自治体において、実際に連携会議を立ち上げることに成功した。また、日本老年学的評価研究（JAGES）による地域診断とその結果の見える化ツールであるJAGES-HEARTを活用して、23年に実施した神戸市でのJAGES調査結果に基づき、神戸市の地域診断を行った。JAGES-HEARTをさらに実践的に活用するため、「介護予防事業実施対象地区選定シートver.2.1」を開発して、神戸市で実際に使用した。要介護のリスク、社会参加状況、社会経済状況、地域づくりのための資源等について学区単位で数値評価することで、介護予防施策の優先順位が高い地域を客観的に選定できるツールである。連携会議では、「ひとりからみんなへ（1-2-4-all）」といった会議のファシリテーション手法を活用し、多様な部署が参画する会議においての有用性を確認した。加えて、今後の地域づくりの介入効果判定のベースラインとするため、今年度はJAGESの2013年調査を上記2自治体で実施し、自治体の特徴等について把握した。2年目の計画では、第6次介護保険事業計画の立案と合わせて、データを活用した連携組織の運営による地域づくりとソーシャル・キャピタルの醸成の具体化と取り組みの継続実施をめざし、その評価をする。

A. 研究目的

<背景>

ソーシャル・キャピタルは、近年、政治学や経営学、社会学、経済学など、多くの分野で大きく注目されている概念であり、社会疫学による知見の蓄積により、公衆衛生分野でもその積極的な活用を検討する段階にきている。たとえば、健康日本21（第二次）においては、ソーシャル・キャピタルの醸成を主眼とした社会環境の整備（地域づくり）による健康増進対策を推進することが強調されている（小宮山洋子，2012）。しかし、ソーシャル・キャピタルという概念には、これまで社会的ネットワークや社会的支援といった社会関係に関する諸概念でとらえられていた事象との混同があるなど、誤解や誤用が多く、今後のソーシャル・キャピタルの概念の普及や活用の妨げとなることが懸念される。

また、健康の社会的決定要因の概念に依拠すれば、健康増進のための社会環境の整備を進めるためには、都市計画や教育、就労支援など、保健に直接は関係しないが、健康に大きな影響を与える社会的要因へのアプローチが必要であるが、これは保健セクターのみでは不可能であり、関連する他の部署や市民、民間企業等との幅広い連携が求められる。しかし、そのような多部署連携のしくみが備わっている自治体はほとんど見られず、本来の意味での“地域づくり”による保健対策があまり進められていないのが現状である。

また、社会環境の整備を進めるためには、地域を、健康に影響を与える社会環境の視点で客観的に評価し、地域診断することも求められる。本研究班の研究者らは、地域環境やソーシャル・キャピタルなど、健康の社会的決定要因を解明するために、平成15年より大規模な縦断疫学研究である日本老年学的評価

研究：JAGESを続けてきた。これまでに地域診断と健康格差への対策ツール「JAGES-HEART」や地域格差の可視化ツール「介護予防WEBアトラス」を開発した（近藤克則，2012，近藤克則，2014）。JAGES-HEARTは、政策評価の枠組み理論を応用し、高齢者の健康状態に関する地域の常用を、①インプット（資源：予算措置など）、②プロセス（計画・配分・サービス利用）、③環境（活動機会の密度、インフラなどへのアクセス）、④個人の行動（運動、栄養など）、⑤健康アウトカム（要介護認定、死亡など）の5要素に分け、それぞれについて、地域ごと平均値と地域格差、社会経済格差について自治体単位で計算して見やすく編集し、公表したものである（具体例を図1，図2に示す）。これにより、自治体間比較（ベンチマーキング）および自治体内の小地域間比較を可能とするものであり、自治体における高齢者保健対策の計画・立案・評価・改善というマネジメントプロセスを支援することをねらいとしている。これらは健康日本21（第二次）が求める、地域づくりによる保健対策に資することを視野に入れ、開発されたものであり、健康日本21（第二次）が求める、地域づくりによる保健対策に資することを視野に入れ、開発されたものである。

しかし、今後の課題として、自治体ではこのようなデータツールの活用に基づく社会環境の整備による保健対策の経験が乏しいことがあげられている。

<研究の目的>

以上より、本研究の目的は、自治体との連携のもと、JAGES-HEARTを基盤として、ソーシャル・キャピタル理論を踏まえた地域づくり型の健康増進・健康格差対策のための実践的エビデンスを提供することである。また、

そのための幅広い地域連携基盤の構築の方策を提案することである。これらによりJAGESの研究成果の本格的な社会実装につなげ、今後の地域づくり型の介護予防施策の全国展開に資することを目指す。

<平成25年度の実施内容>

上記の目的を達成するために、初年度である平成25年度は、以下の6つの研究を実施し、分担研究報告書としてまとめた。

- 1) 自治体における地域づくり型の保健活動におけるソーシャル・キャピタルの概念の活用法についての理論的研究
- 2) 自治体における多部署・官民連携体制の構築による地域づくり型の介護予防対策の推進に関する研究
- 3) データに基づく地域診断ツール: JAGES-HEART2010を用いた神戸市のベンチマーキング
- 4) 介護予防事業の優先地域を選定するためのツール開発に関する研究
- 5) JAGES2013年調査結果: 神戸市と御船町
- 6) 自治体における多部署連携を進めるための会議のファシリテーション手法に関する研究: 「一人からみんな(1・2・4・ALL)」手法の活用経験の報告

B. 研究方法

- 1) 自治体における地域づくり型の保健活動におけるソーシャル・キャピタルの概念の活用法についての理論的研究

ソーシャル・キャピタルの概念について、主にその定義と健康への影響について文献的検討を行い、定義の相違を分類した。これを踏まえ、自治体における「地域づくり型」の公衆衛生活動の進め方について、理論的考察

と、事例的な検討から掘り下げた。

- 2) 自治体における多部署・官民連携体制の構築による地域づくり型の介護予防対策の推進に関する研究

介護予防対策を目的として、兵庫県神戸市および熊本県御船町における連携会議の立ち上げと多部署連携会議の運営を、研究者の参画を伴い実施した。

- 3) データに基づく地域診断ツール: JAGES-HEART2010を用いた神戸市のベンチマーキング

2010-11年度にJAGESプロジェクトと自治体が共同で実施した「健康とくらしの調査」のデータを用いて、JAGES-HEARTの枠組みにより自治体間のベンチマーキングを行った。使用したデータ元の調査は31自治体保険者で実施され、回収率は66.3%であった。用いた指標はJAGES-HEARTによる評価項目のうち、JAGES調査によって把握できる主要17項目であった。各指標の値は直接法による年齢調整を施した。

- 4) 介護予防事業の優先地域を選定するためのツール開発に関する研究

JAGES2010年-11年調査のデータを用いて、市内を小地域単位で客観的に評価し、どの地域に改善のニーズが集積しているのかを可視的に評価することで、優先的に介入すべき地域を選定するツール「介護予防事業実施対象地区選定シート(version2.1)」を開発した。

- 5) JAGES2013年調査結果: 神戸市と御船町

2013年に全国30自治体を対象としたJAGES2013年調査を実施した。その一部として、本研究では兵庫県神戸市と熊本県御船町におい

て調査を実施した。今本報告書では、主な指標について、調査結果を集計した。

6) 自治体における多部署連携を進めるための会議のファシリテーション手法に関する研究：「一人からみんな（1-2-4-ALL）」手法の活用経験の報告

多部署連携に欠かすことのできない効果的かつ効率的なディスカッションのための「場」づくりのツールとして提唱されたLiberating Structuresの一手法である「一人からみんな（1-2-4-ALL）」を、御船町での地域包括ケア推進会議において活用した。これは、共有された情報や知識に対して一人ひとりが自分の考えを反映させ、人数が多少にかかわらず、皆必ず一度は自主的に発言をすることが促される仕組みをもった手法である。会議には、財務や防犯などにかかわるものも含まれた多様な部署からの参加があった。

（倫理面への配慮）

JAGES調査は日本福祉大学倫理審査委員会の許可を得て実施した。

C. 研究結果

7) 自治体における地域づくり型の保健活動におけるソーシャル・キャピタルの概念の活用法についての理論的研究

ブリュデューなどが定義する、個人が社会関係を通じて得られる資源、としての定義がある一方で、健康日本21（第二次）などが目指す地域づくり型の公衆衛生活動においては、コールマンやパットナムによる定義に基づき、グループメンバー同士やグループ同士の良好な関係性を追求するような、集団内における関係の凝集的特性を意味する、「集団レベルのソーシャル・キャピタル」の醸成を進める

ことが概念的に合致していた。その推進のためには、保健関係の分野にとらわれず、幅広く、自治体内の多部署や住民組織、民間団体が参集するような連携組織の運営を行うことが有効なアプローチであると考えられた。一方、これまでの事例を見る限り、住民組織との連携については多くの事例がみられるものの、特に自治体内の部署間連携について、その事例がほとんど見られていないなど、今後目指すべき方向性が確認された。また、集団レベルのソーシャル・キャピタルには負の側面があることを踏まえ、地域の文化や慣習を十分に把握したうえでの地域づくりを進めることの重要性も確認された。

8) 自治体における多部署・官民連携体制の構築による地域づくり型の介護予防対策の推進に関する研究

ソーシャル・キャピタルに関する概念整理の結果を踏まえて、神戸市、御船町の担当職員らとの準備を進め、保健や介護の枠を超えた幅広い部署出身のメンバーを含めた多部署連携会議をそれぞれ発足した。準備のプロセスの中で、幅広い職種の積極的参加を促すには、目的を共有することと互いの利益が尊重されることをめざした運営方法の工夫が必要であることや、ソーシャル・キャピタルの負の側面への対処など、理論的に重要と考えられたことが、実際に極めて重要なポイントであることが確認された。

9) データに基づく地域診断ツール：JAGES-HEART2010を用いた神戸市のベンチマーキング

ベンチマーキングの結果、神戸市の指標は、参加31自治体の中では全般的に良好な傾向であったが、女性の喫煙においては31自治体平

均値より1.53%上回っていた。また健診未受診者の割合は31自治体平均値よりも男性で3.7%、女性で6.93%上回っていた。会やグループの参加率や交流している友人数については、31自治体の平均値をやや下回っていた。「やせ」「喫煙」「グループ参加」においては男女の差がみられ、グループ参加は男性では31自治体平均値よりも5%低かった。

1 0) 介護予防事業の優先地域を選定するためのツール開発に関する研究

作成した「介護予防事業実施対象地区選定シート（version2.1）」を用いて、実際に神戸市の第6期介護保険事業計画の策定に向けた取り組みの中で、そのツールを用いて「モデル地区」を選定するために活用した。各行政区の担当者が同ツールを使って地域診断を行い、他の地域情報と併せて市の担当者に報告し、最終的に、介入予定地区、つまり「モデル地区」として4地区を選定した。

1 1) JAGES2013年調査結果:神戸市と御船町

神戸市では、65歳以上の住民15,705名に対して郵送調査を行い、73.7%から回答を得た。御船町では、65歳以上の高齢者2,000人に調査票を配布し、回収率は70.8%であった。

単純集計の結果、観察した項目はおおむね似通っていたが、「1か月間に会った友人知人数では顕著な違いが観察された。「いない」と回答した人は、神戸市男性17.33%、女性6.63%、御船町男性8.7%、女性3.57%であった。

1 2) 自治体における多部署連携を進めるための会議のファシリテーション手法に関する研究:「一人からみんな（1-2-4-ALL）」手法の活用

「一人からみんな」の手法を用いたのは多部署から集まった12名の地域包括ケア推進会議であった。自主防災組織の活用による地域づくりというテーマに関して、まず5分間、それぞれが一人で意見をまとめ、次に2人ペアでそれをシェアし、さらにペア同士をくっつけ4人グループとして意見出しをした後、フロア全体での討論をした。この手法によって、すべての人が必ず自身の意見を持ち、それを発言する機会を提供することができた。全体で50分のセッションの中で、一定の量の課題や取り組み案を出すことができた。

D. 考察

研究初年度である25年度は、ソーシャル・キャピタルの理論的背景についての整理を行い、それをもとに、兵庫県神戸市および熊本県御船町において、地域づくり型の介護予防施策を進めるための第一歩として、多部署連携による継続的な検討会議の場を1年かけて立ち上げることができた。連携会議では、JAGES-HEARTや介護予防事業実施対象地区選定シートなどを用いて、調査に基づく客観的なデータに基づき、小地域単位で評価した地域診断結果を用いることで、課題が多く対策の優先度を上げるべき地域の把握と介入対象地域の選定が達成された。「介護予防事業実施対象地区選定シート（version2.1）」については、開発後、実際に自治体での介護保健活動に用いられ、円滑に対策の優先対象地域の選定が行われたことから、実用面での有用性も確認されたといえる。

JAGES2010年調査データを用いた神戸市のベンチマーキングの結果からは、神戸市は他の自治体と比較すると比較的良いグループに属していた一方で、健診受診の推進や社会的な交流の推進などに改善の余地があると考え

られた。男女差が大きかった項目については、男女別にその要因を検討し、対策を進めていく必要がある可能性がみられた。このようなベンチマーキングが、複数自治体との比較により自身の自治体の課題を客観的に判断し、対策へとつなげるのに有用であると考えられた。今後、他の多くの自治体にも応用可能なツールの開発をめざし、地域の特性に応じた評価項目の適切性および妥当性、また使いやすさの追求等の改善に取り組む予定である。

JAGES2013年度調査は前回調査よりも大幅に（約10%）回収率を向上させることができた。これは調査票のデザインの影響に加え、督促ハガキを出したことの効果も大きかったと考えられる。回収率の変化したことは、回答者の傾向に2つの調査の間で相違がある可能性を示唆している。つまり、2010年調査では回答しなかったある特性を持つ人たちが、今回の調査では回答したといったことが、データの特性に影響を与えた可能性がある。これについては、今後、2010年と2013年のデータの比較を進める際に留意する必要がある。また、単純集計の結果からは、都市の構造や人的交流に影響を与える文化や交流機会の数など、人々の交流に関する環境が、神戸市と御船町で異なることが考えられた。今後の介護予防策を講じるうえでは都市規模に応じた対応が求められる可能性が見出された、今後詳細な分析を進め、地域性を考慮した対策につなげるヒントとしたい。

最後に、連携会議において試用してみたファシリテーション手法であるLiberating Structures法の一つ「一人からみんな（1-2-4-ALL）」を、介護予防を目的とした多部署連携会議で活用する経験を得、その有効性についての「手ごたえ」を得た。

E. 結論

ソーシャル・キャピタルの概念を活用し、その醸成を目指した地域づくり型の介護予防施策を進めるための、理論的、実践的なエビデンスやノウハウを蓄積することを目的とした本研究班の初年度の活動では、ソーシャル・キャピタルの理論に関する基本的な概念整理、地域づくり型の対策を推進するための組織としての多部署連携会議の発足、多部署連携会議において、地域診断や対象地域の優先順位づけのためのツール開発、および今後の取り組みの評価のベースラインとするため等の目的のための、疫学調査の実施を行った。

本年度の成果をベースとして、次年度は、多部署連携による地域づくり型の介護予防施策の実施、そのための連携会議の継続運用をめざす。その成果を、対象2自治体における第6次介護保険事業計画へと反映することを視野に入れる。また、調査によって得られたJAGESのデータを縦断的に個人単位でリンクし、これをもとにJAGES-HEARTおよび介護予防事業実施対象地区選定シートのバージョンアップを行い、関連研究を論文化する。

自治体の多部署連携会議では、会議の継続運営を最も重要な目標とするが、可能な範囲で、住民組織や民間企業などとの連携など、集めるグループの幅を広げたワークショップの開催を試みる。

F. 健康危機情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

原著論文：

近藤尚己（2014）「地域診断のための健康格差指標の検討とその活用」『医療と社会』

vol.24,no.1,pp.47-55.

近藤尚己 (2014)「東日本大震災復興期における高齢者の健康状態および社会参加状況に関する調査結果」『Geriatric Medicine』vol.52, no.2, pp.147-151.

近藤尚己 (2013)「社会階層と健康：疫学のアプローチ」『理論と方法』vol.28(1), pp. 21-33.

近藤尚己 (2014)「相対所得仮説とソーシャル・キャピタル」『経済セミナー』no. 676, pp.24-28.

書籍：

Naoki Kondo, Kokoro Shirai (2013). Microfinance and health (Chapter 10). In., Ichiro Kawachi, SV Subramanian, Soshi Takao (Eds.), Global perspectives on social capital and health. Springer, New York, in press.

近藤尚己・白井こころ (2013)「マイクロファイナンスと健康 (第10章)」イチロー・カワチ, 高尾総司, SVスブ라마ニアン(編), 近藤克則, 白井こころ, 近藤尚己 (監訳).『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』日本評論社.

近藤尚己 (2013)「健康の社会的決定要因と健康格差」日本国際保健医療学会 (編)『国際保健医療学第3版』杏林書院. pp23-26.

2. 学会発表

Naoki Kondo. Physical and Social Environment and depression: 1.5 Years after the 2011 Great East Japan Earthquake. The 5th annual meeting of the International Society for Social Capital Research, Turku, Finland, June 3, 2013.

Naoki Kondo. Physical and Social Environment and depression: 1.5 Years after the 2011 Great East Japan Earthquake. PeSeTo Inter

national meeting. Seoul (S. Korea). May28th, 2013.

(招待講演) 近藤尚己「これからの健康・介護予防政策：健康格差社会と自治体」自治体議会政策学会第15回自治政策講座. 神奈川県民ホール (神奈川県). 平成25年5月13日.

(招待講演) 近藤尚己「日本はなぜ健康になったか？地域の取り組みと国の政策の貢献」ハーバード大学公衆衛生大学院武見国際保健プログラム設立 30 周年記念シンポジウム. 日本医師会大講堂 (東京都) 平成25年11月23日.

(招待講演) 近藤克則「健康格差社会と地域における健康づくり」宮城県看護協会研修会. 平成25年10月5日. 宮城県看護協会 (宮城県).

(招待講演) 近藤尚己「支えあいで作る健康長寿・御船町」平成25年11月26日. 御船町カルチャーセンター.

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得
なし

2. 実用新案登録
なし

3. その他
なし

<引用文献>

近藤克則 (2012)『介護予防ウェブアトラス』(<http://www.doctoral.sakura.ne.jp/WebAtlas/>)

近藤克則 (2014)「健康格差と健康の社会的

決定要因の「見える化」: JAGES2010-11 プロジェクト」『医療と社会』
vol.24,no.1,pp.5-20.

小宮山洋子 (2012) 『厚生労働省告示第四百三十号「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」
(http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_03.pdf).

図1 JAGES-HEARTの一部. 自治体ごとに各指標についての評価を行い, 色分けして示すことで比較を容易にしている.

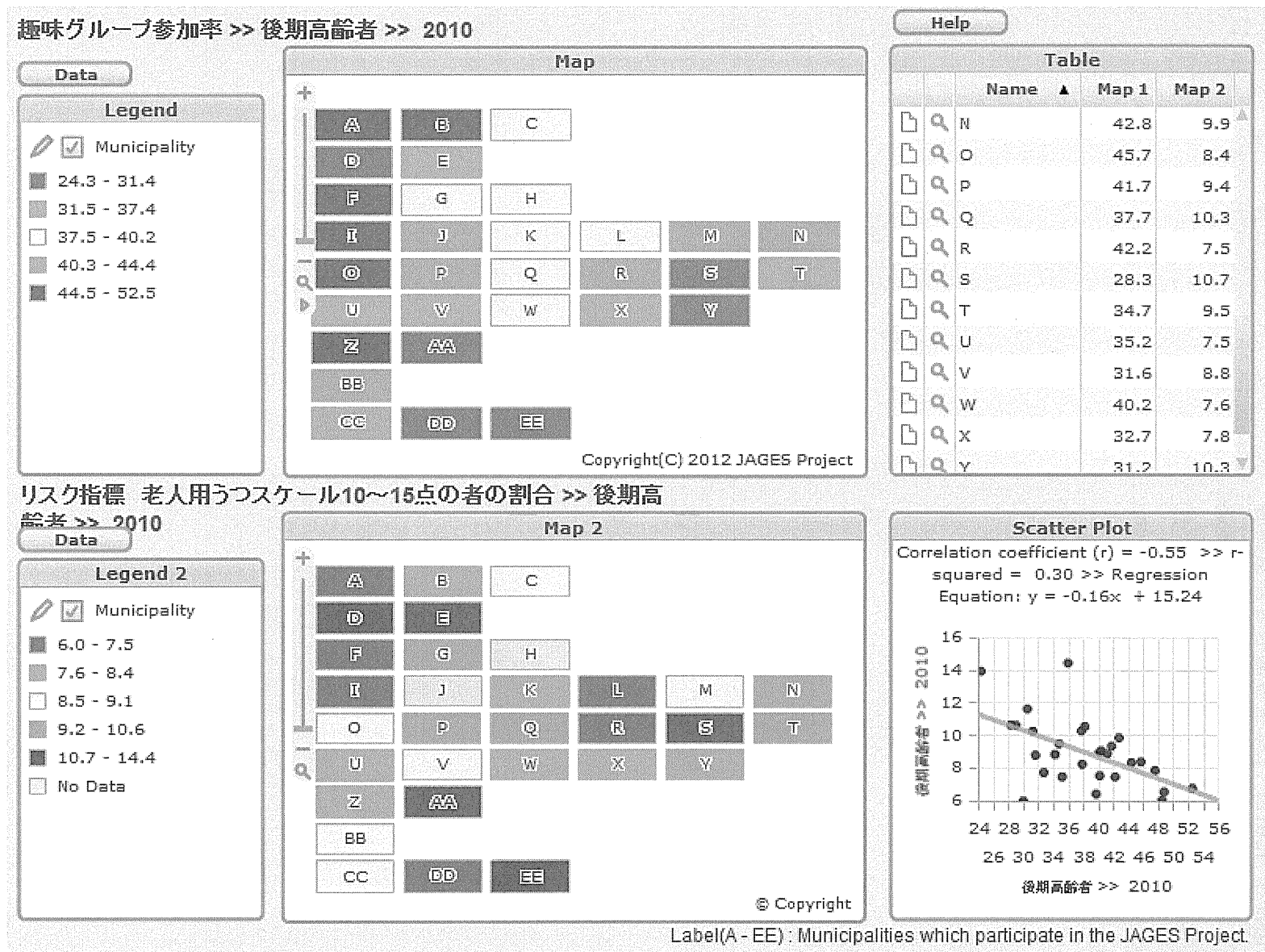


図2 介護予防ウェブアトラスの一部（2指標の比較機能を持ったページの例）

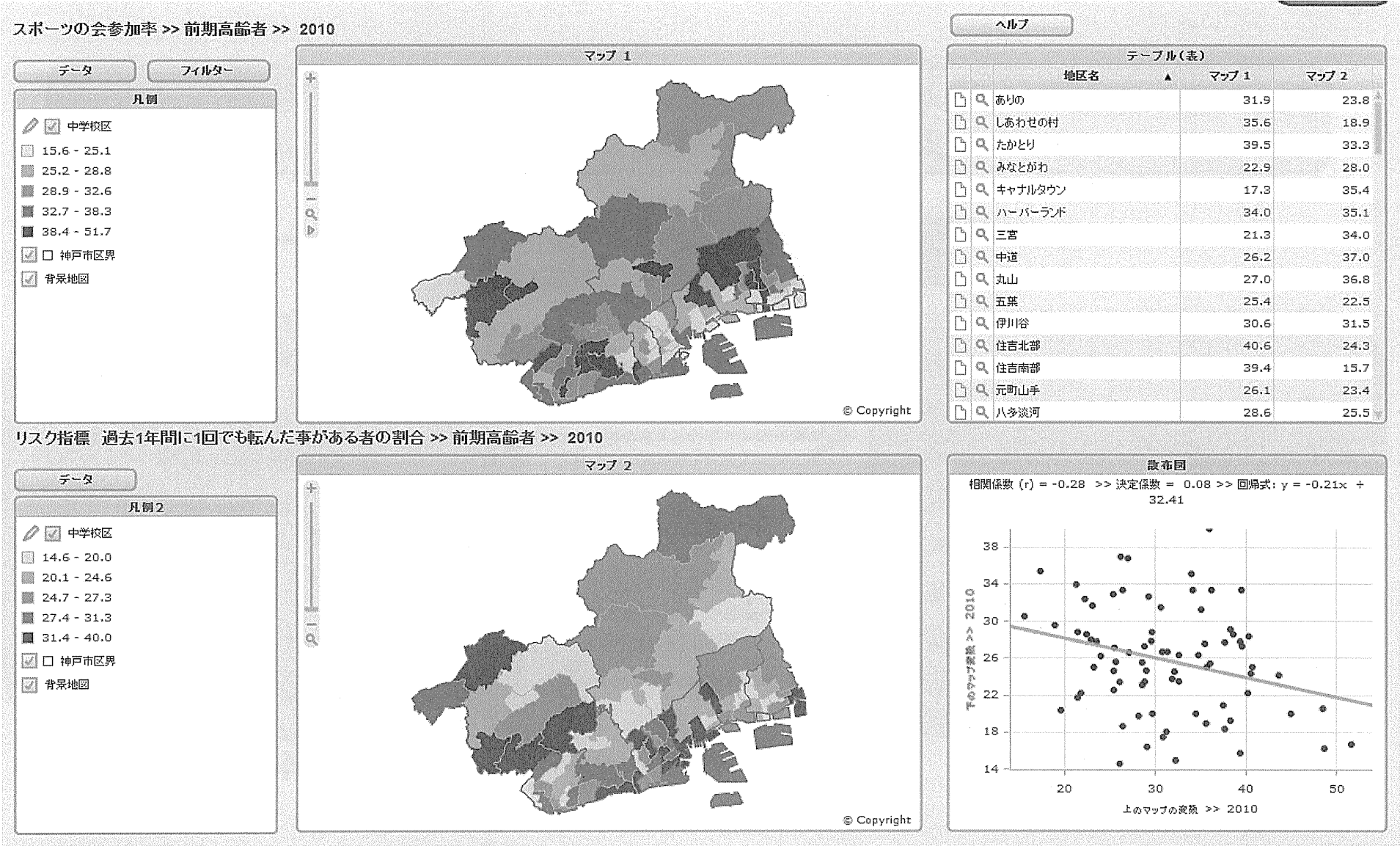
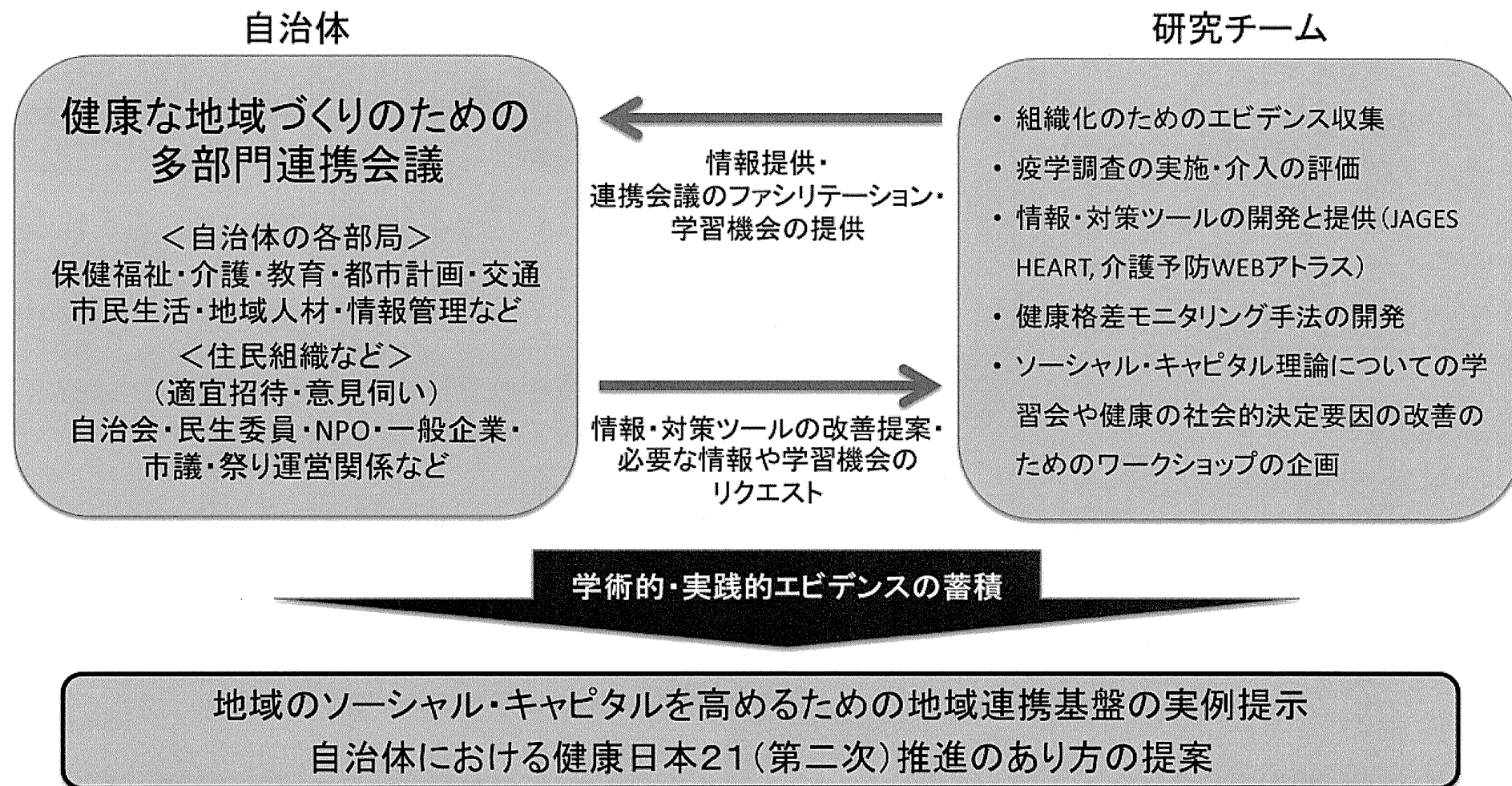


図3 研究の概念図



自治体における地域づくり型の保健活動における
ソーシャル・キャピタルの概念の活用法についての理論的研究

研究代表者 近藤 尚己 東京大学大学院医学系研究科准教授

研究要旨 健康日本21（第二次）の基本姿勢となるなど、地域のソーシャル・キャピタルを醸成することで健康増進を図る「地域づくり型」の保健施策の重要性が高まりとなっている。しかしソーシャル・キャピタルの概念には誤解や乱用が多く、その醸成手法も発展途上である。そこで、ソーシャル・キャピタルの概念について、主にその定義と健康への影響について文献的検討を行い、定義の相違を分類した。これを踏まえ、自治体における「地域づくり型」の公衆衛生活動の進め方について、理論的考察と、事例的な検討から掘り下げた。ブリュデューなどが定義する、個人が社会関係を通じて得られる資源、としての定義がある一方で、健康日本21（第二次）などが目指す地域づくり型の公衆衛生活動においては、コールマンやパットナムによる定義に基づき、グループメンバー同士やグループ同士の良好な関係性を追求するような「集団レベルのソーシャル・キャピタル」の醸成を進めることが概念的に合致していた。その推進のためには、保健関係の分野にとらわれず、幅広く、自治体内の多部署や住民組織、民間団体が参集するような連携組織の運営を行うことが有効なアプローチであると考えられた一方、これまでの事例を見る限り、住民組織との連携については多くの事例がみられるものの、特に自治体内の部署間連携について、その事例がほとんど見られていないなど、今後目指すべき方向性が確認された。また、集団レベルのソーシャル・キャピタルには負の側面があることを踏まえ、また地域の文化や慣習を十分に把握したうえでの地域づくりを進めることの重要性も確認された。現在実施中である兵庫県神戸市および熊本県御船町での部署・官民連携組織の運営において、今後これらの知見について実践的な経験を踏まえ、考察を深めていく。

A. 研究目的

健康日本21（第二次）では、社会環境にアプローチする、地域づくり方の、いわゆるポピュレーション・アプローチによる保健対策を推進することが求められている。ソーシャル・キャピタルの醸成を主眼とした社会環境の整備による健康増進対策を推進することが強調されている（厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会、次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会、2012、小宮山洋子 201

2）。

ソーシャル・キャピタルは、公衆衛生分野で最もよく知られたパットナムの定義によれば、メンバー同士の信頼性や結束、互惠性の規範といったもので特徴づけられるグループの特性、と理解される（Putnam, 1992）。すなわち、地域住民同士の結束や信頼、助け合いの規範を醸成することが、公衆衛生分野において一般に「ソーシャル・キャピタルの醸成」として語られる意味合いといえる。とこ

るが、一方で、ソーシャル・キャピタルという用語を、これまで社会的ネットワークや社会的支援といった社会関係に関する諸概念の単純な延長上で独自の解釈を行って使用しているなど、概念への誤解や誤用、あるいは拡大解釈による活用例も見られ、今後のソーシャル・キャピタルの概念の普及や活用の妨げとなることが懸念される。

更に、地域において、ソーシャル・キャピタルを自治体などフォーマルな組織が主体となって醸成する手法やその成功例については、情報が不十分であり、その普及も進んでいない。

そこで本研究の目的は、ソーシャル・キャピタルの概念を整理し、地域づくり型の疾病予防活動を推進することを狙いとした活動において、この概念がどのように関与するか、またそういった地域づくり活動の効果を上げるためにソーシャル・キャピタルの概念がどのように役立つかについて、文献的・理論的に考察し、整理することとした。

B. 研究方法

まず、日本における近年の公衆衛生活動あるいはそのための指針等におけるソーシャル・キャピタルの概念の扱いについて、健康日本21（第二次）の策定に向けた議論を中心に整理した。次に、ソーシャル・キャピタルの理論的背景について、理論の起源と発展の経緯を中心に文献的に検討して概念を整理した。そのうえで、現在日本において自治体が進めるべき地域づくり型の保健活動の在り方について、ソーシャル・キャピタルの概念が持つ含意や留意点について考察した。

ソーシャル・キャピタルの概念については、それを提唱した主な研究者のうち、特に公衆衛生分野においてよく引用されるパットナム（Putnam, 1992）、コールマン（Coleman, 19

90）、ブリュデュー（Bourdieu, 1986）について、同概念をそれぞれ提唱した原書（ブリュデューはフランス語であったため英語訳のもの）を読み、概念を整理した。

（倫理面への配慮）

本研究は文献研究であり特段の倫理的配慮を要しない。

C. 研究結果

＜我が国の公衆衛生活動におけるソーシャル・キャピタルの概念の扱い＞

健康日本21（第二次）の基本姿勢を提示している「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」（小宮山洋子, 2012）では、

「四 健康を支え、守るための社会環境の整備
：個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、社会全体として、個人の健康を支え、守る環境づくりに努めていくことが重要であり、行政機関のみならず、広く国民の健康づくりを支援する企業、民間団体等の積極的な参加協力を得るなど、国民が主体的に行う健康づくりの取組を総合的に支援する環境を整備する。また、地域や世代間の相互扶助など、地域や社会の絆、職場の支援等が機能することにより、時間的又は精神的にゆとりのある生活の確保が困難な者や、健康づくりに関心のない者等も含めて、社会全体が相互に支え合いながら、国民の健康を守る環境を整備する。」とし、そのための具体的な「健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標」として、

1. 地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）

2. 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加
健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加
3. 健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加
4. 健康格差対策に取り組む自治体の増加
(課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数)

を掲げている。「健康日本21(第二次)の推進に関する参考資料」(厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会、次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会、2012)の中では、ソーシャル・キャピタルという言葉に「ソーシャル・キャピタルとは、ある社会における相互信頼の水準や相互利益、相互扶助に対する考え方(規範)の特徴」と定義し、これを用いて、個別の健康課題においてこれら目標を達成するための活動の在り方について述べられている。

すなわち、健康日本21(第二次)においては、個人レベル、組織レベル、加えて社会組織と個人、それぞれの関係性において、そのつながりを密にすることで保健活動を円滑を進め、ひいては自身の健康づくりに主体的に取り組む個人および組織を増やすことを目指す、という立場が読み取れる。

<自治体での取り組み状況>

現状でどのような地域づくりによる保健活動の取り組みが行われているかを明らかにするために、事例に関する文献を調べた。

まず、厚生労働省による健康日本21(第二次)の取り組み事例についての資料「地方自治体等の取組事例(2013年8月版)」(厚生労働省、2012)では、38の取り組みが紹介されている。そのほとんどは医療機関等における、組織的な特定保健指導の事例や知識の普及啓発にかかわる活動であった。地域のフォーマル・インフォーマルな組織の連携や住民の参画を促すような社会環境の整備を目指した事例として、三重県の元気クラブいなべ」の事例のみであった。

一方、地域づくり型の保健対策の先進事例については、分担研究者尾島が中心となり事例の収集と公表を進めてきた。成果の一部は保健師ジャーナル誌上で25年4月より「事例集：新しい健康日本21へのヒント」として連載されている(2013-2014)。26年5月号までに、13の自治体での取り組みが紹介された。そのほとんどで強調されていたのは、健康づくり(体操教室・サロン等)の活動を行う住民組織の育成や既存の住民組織(老人クラブや食生活改善推進員、愛育会など)との連携によるそれら活動の推進であり、また、そういった住民との活動を自治体の保健行政のマネジメントシステムに組み込んで計画的に推進している事例も見られた。

一方、地域づくり型の保健対策の先進事例については、分担研究者尾島が中心となり事例の収集と公表を進めてきた。成果の一部は保健師ジャーナル誌上で25年4月より「事例集：新しい健康日本21へのヒント」として連載されている(2013-2014)。26年5月号までに、13の自治体での取り組みが紹介された。そのほとんどで強調されていたのは、健康づくり(体操教室・サロン等)の活動を行う住民組織の育成や既存の住民組織(老人クラブや食生活改善推進員、愛育会など)との連携によるそれら活動の推進であり、また、そういった住民との活動を自治体の保健行政のマネジメントシステムに組み込んで計画的に推進している事例も見られた。

<ソーシャル・キャピタルの概念的分類>

ソーシャル・キャピタルを定義した主な文献を確認したところ、研究者によって定義がまちまちであるが、まずどの定義も「社会関係に内在する資源的な側面」という包括的な要素を備えていた。まず、ソーシャル・キャピタルという言葉が広く社会科学や保健の分野で注目されるようになった政治学者パットナムの著書「Making Democracy Works」(Putnam, 1992)では、イタリアにおける観察研究の成果として、人々同士の信頼や結束の強さ、互惠性の規範といった特性が資源(キャピタル)として機能し、国や地域社会の政策の効率向上に貢献するとしている。人々が、

特定の価値観や信念、利害関係等によって互いに信頼して結束あっている様子を社会的凝集性（social cohesion）が高いというが（Kawachi and Berkman, 2000）、パットナムの立場は、そのように凝集的（cohesive）な構造を持った集団の特性を資源としてとらえ、ソーシャル・キャピタルと定義する立場である（＝集団レベルのソーシャル・キャピタル）。類似の定義として、社会学者コールマンのものがある（Coleman, 1990）。コールマンは、個人が何らかの行為を起こすための資源の一つとしてソーシャル・キャピタルを扱っており、それは「グループの構造あるいは関係性についてのある側面であり、それによって個人のある種の行為を促す」ものと定義している（12章）（Coleman, 1990）。

もう一つは個人の社会的ネットワークの中にある財としてとらえる立場である（＝個人レベルのソーシャル・キャピタル）。主要な論者ブリュデューは、「互いの認識と互惠関係が備わった強固なネットワークを通じて得られる実在あるいは潜在的な資源の集まり」をソーシャル・キャピタルであるとしている（Bourdieu, 1986）。個人の目標達成のためには文化資本（教育など）や経済資本（金銭など）を有することが必要であるが、たとえこれら資本を持っていなくても、自身の社会的ネットワークの中の誰かが有している場合、人間関係を通じてそれを利用できる。したがって、ネットワークを広げることに投資することで、多くの財にアクセスできるようになる（Lin, 2001）。

<健康への影響機序>

集団レベルのソーシャル・キャピタル：集団レベルのソーシャル・キャピタルは、本人の意思にかかわらず、集団内のすべての人に文脈的な影響を与える。したがって、健康への

正の効果としては、以下が考えられる。すなわち、

（１）社会的ネットワークが豊かなため、その機能面（社会的サポートや社会関係によるストレスの低減）で有利になる。信頼関係にある集団内での生活は精神的にも有利である。
（２）健康的な規範が形成される。たとえば少年の喫煙などに対する監視機構が働く。（３）協調行動が進み政策の効率に作用する（Putnam, 1992）。互惠性の規範が整っていれば、共有資産（税や自治会費など）の活用に関する合意形成が進みやすいと言われている。また、波及効果も考えられる（Kawachi, et al., 2013）。自治会活動が盛んであれば、自治会員ではない人も、その地域に住んでいれば、災害時などには自治会がこれまで築き上げてきたソーシャル・キャピタルの恩恵を受けるであろう。

集団レベルのソーシャル・キャピタルの負の影響：社会関係は常に健康に対して良好に機能するとは限らず、ソーシャル・キャピタルにも負の影響があることが指摘されている。ポータスによれば、（集団の）ソーシャル・キャピタルの負の側面として（１）集団外の人への排除（２）集団からの過度の要求（３）強すぎる規範による自由の制限（４）強制的なメンバーの平均化（抜け駆けの禁止）を挙げている（Portes, 1998）。これらは、社会的な孤立や過剰な精神的ストレス、個人の自由の過度の制限などにつながり、健康面にも悪影響を与えかねない。Pronyk らは、南アフリカでのマイクロクレジット・プログラムを通して、地域のソーシャル・キャピタルを醸成することで感染症予防効果が高まるかを比較実験により検証した（Pronyk, et al., 2008, Pronyk, et al., 2008）。その結果、地域への任意的な信頼度は有意に改善し、男女とも HIV 感染予防

効果との関連を示したが、新たな個人間の関係が増えたことで、女性の罹患率はむしろ上昇した、という“副作用”が生じた。HIV 感染予防という点では予防的に働いていた、既存のコミュニティの規範（女性の社会進出の制限）が、破壊されたことで生じた結果である可能性が指摘されている。また、女性が性的接触を金銭的な取引の付随手段として用いることが一定の慣習となっていたという背景の関与も推察された。このように、地域におけるソーシャル・キャピタルの醸成の際には、地域の既存の文化や規範、慣習等について十分に把握しておくことや、それを熟知している住民との協力の重要性を示唆している。

個人レベルのソーシャル・キャピタル: 一方、個人がアクセスできる具体的な資源としての、個人レベルの定義については、アクセスしたネットワーク内の資源が、健康や健康行動の達成にそれぞれの効果を発揮すると理解される。個人レベルのソーシャル・キャピタルは、高度に目的依存的だといわれている。つまり、目的と資源の組み合わせによっては全く役立たない資源もあるだろうし、負の影響が出ることもあり得る (Kawachi, et al., 2008)。

実証分析結果: 集団レベルのソーシャル・キャピタルが及ぼす健康への影響についての実証分析結果には膨大な積み上げがある。しかし最近のレビューでは、未だ多くの研究が横断研究にとどまっており、地域レベルの認知的ソーシャル・キャピタルが個人の認知（近隣への信頼感など）の影響と独立して健康に文脈的な効果を持つかについては明確な結果が得られていないなど、更なる検討が必要であるとしている (Murayama, et al., 2012)。また、ネガティブな関連についての知見も蓄積されつつあり、個人の属性（社会経済状況な

ど）との交互作用も観察されているなど新たな広がりを見せている (Kawachi, Takao, Subramanian and al, 2013)。

国内では、日本老年学的評価研究による、高齢者における研究の積み上げが顕著である。たとえば、スポーツの実施は、一人で行うより、スポーツ組織への参加を行ったほうが介護予防につながる (Kanamori, et al., 2012) といった知見が得られている。Kondo らは山梨県の伝統的な結束型ソーシャル・キャピタルとして無尽講を取り上げ、その活動強度が高くやポジティブな参加態度であるほどその後の介護や死亡のリスクが低い一方で、金融的性質が強いとむしろリスクを上げる可能性ことを見出した。同じソーシャル・キャピタルでも、活用法により両側面の影響が出る可能性を示唆している (Kondo, et al., 2012)。

D. 考察

＜ソーシャル・キャピタルの定義と公衆衛生活動＞

以上、文献的な検討から、ソーシャル・キャピタルには、集団の特性であり、集団内のメンバー全員に影響を及ぼすものとするパットナムやコールマンの立場と、個人がネットワークを通じてアクセスすることのできる資源（財）としてとらえるブルデューらの立場に大別されることがわかった。集団のレベルのソーシャル・キャピタルはグループの構造に備わっているため、そこで生活する人々に個人の意思とは無関係に多様なさまざまな文脈的 (contextual) 影響を与え得る。一方、個人レベルのソーシャル・キャピタルは、あくまで個人一人一人が個々の目的（健康を含め）を達成するための資源として機能するものを意図していた。

また、日本の公衆衛生分野で語られる「（地域における）ソーシャル・キャピタルの醸成」

とは、健康日本21（第二次）に関連する資料を読む限り、明らかに集団（地域・社会）の特性としてのものを意識しており、前者の定義をもとにした議論となっている。これは、「社会環境の整備」「地域づくり」というポピュレーション・アプローチの視点と整合的であり、論理が一貫している。このように、公衆衛生は通常（個人ではなく）集団や社会の環境を介入対象とする、という基本的立場がある。その意味で親和性が高いのは、集団レベルのソーシャル・キャピタルの定義、といえよう。このことが、パットナムの定義が公衆衛生分野において大きな支持を集めた理由と思われた（Berkman and Kawachi, 2000）。

＜保健施策としての、地域におけるソーシャル・キャピタルの醸成をどう進めるか＞

次に、保健のコンテクストにおいて、ソーシャル・キャピタルの醸成をどのように進めるかについて、理論的背景から整理したい。

健康日本21（第二次）において醸成すべきとして想定されている集団レベルのソーシャル・キャピタルには、

- 1) 個人間（集団内）のもの
- 2) 集団間のもの
- 3) 個人と集団との間のもの

というように3種類に分類できよう。それぞれ、どのように推進されるべきであろうか。

個人間（集団内）のソーシャル・キャピタルの醸成：この、集団内の一人一人の関係性を醸成するような活動のアプローチとしては、2つ考えられる。つまり、

- 1) 「互いにつながり、助け合いましょう」といった住民同士の結束や規範を促す啓発のアプローチ

- 2) 住民の社会参加を促したり、住民同士の交流が増えるような仕組み（しかけ）を構築することで、間接的に個人間の関係性を密にするアプローチ

である。

前者の事例としては、岩手県陸前高田市の「はまってけらいん・かだってけらいん（あつまりましょう・語りましょう）運動がある（2014）。同運動の名称を書いたのぼり旗を市役所などの公的機関や個人店舗など、人の集まりやすい場所に多数設置し、また地元広報誌やラジオなど各メディアを通じて住民同士の交流の促進を図るキャンペーンである。

後者の事例としては、全国展開が進んでいる高齢者向けのサロン事業があげられよう。公的機関の支援により立ち上げたサロン事業を住民主体の運営に切り替えて行くことで、参加者同士、運営ボランティア同士、ボランティアと参加者、といった個人間の関係性が豊かになり、健康へのよい効果の可能性も報告されている（Ichida, et al., 2013）。

組織間のソーシャル・キャピタルの醸成：グループ同士、部門同士が密に連携することで、円滑な施策の展開を目指すのが組織間のソーシャル・キャピタルを醸成するのが目的であるが、これは、組織同士の関係性を密にすることに他ならない。地域の保健施策においては、まず関連団体が連携し合う場づくりが求められよう。たとえば、連携会議のような活動を、自主的に、あるいは政策的な義務の提示により促すことで達成され得る。特定の事項において、それに関与しそうなステークホルダーである各組織や団体が、共通した目的意識のもとで継続的に顔を合わせ、共同で物事を進めるような組織的枠組みを構築するのである。具体的な例としては、高齢者におけ

る地域包括ケアシステムや、その推進のための地域(包括)ケア会議の運営があげられる。医療や介護の連携においては、自治体の保健部門と医療機関や医療専門職の代表組織(医師会、歯科医師会、理学療法士会、看護師会など)や介護サービス事業者、社会福祉協議会などと連携し、共通のマネジメントシステム上で活動するような取り組みである。先にあげた健康日本21(第二次)の事例集に、そのような活動が一部紹介されていた(厚生労働省, 2012)。

介護予防については、高齢者の社会参加を積極的に促すことが必要であり、これは保健部門で対応できる範疇を超えるため、より広範な組織間の連携が求められる。まず自治体内において、保健を担当する部署にとどまらず、雇用、生涯学習、ボランティア、学校(世代間交流のため)、財務/税務(貧困や孤立リスク者の把握)など、多様な要素を担当する部署が連携する必要がある。また、関連する地域の一般企業やNPO、住民組織との連携も効果的であろう。先に紹介したように、これまで「先進事例」として収集してきた自治体活動の中では、自治体の保健担当部署が様々な住民組織と連携して進めている活動が多くみられた(尾島俊之(企画)ほか, 2013-2014)。一方で、保健とは直接無関係な部門や民間団体との連携については未だほとんど事例が集まっていない。

先に述べた陸前高田市は、2011年の東日本大震災で甚大な被害を受けた自治体である。現在、地域包括ケア会議を拡大運用し、「陸前高田市保健医療福祉未来図会議」として、自治体の保健や介護部門が中心となり、同自治体や周辺で活動をしている支援NPOや大学関係者が月1回集まり、互いの活動に関する情報交換や今後の復興の在り方についての方針づくりに取り組んでいる(陸前高田市, 2014)。

組織と個人の間のソーシャル・キャピタルの醸成: 最も直接的な手法としては、地域包括ケア会議のようなグループ同士の連携組織に、住民組織を加え、可能な限り主体的に参加してもらうことであろう。このことで、住民と自治体内の各組織との信頼関係が醸成されることが期待される。

以上、個人間、集団間、個人と集団という3つの関係性におけるソーシャル・キャピタルの醸成について検討した。3種類を個別に検討したが、全体を見渡してわかることは、自治体が地域づくり型の公衆衛生活動を推進するためにとるべき、集団レベルのソーシャル・キャピタルの推進アプローチとして、多部署・官民の連携が不可欠である、ということである。そういった連携システムの中で、組織間の信頼関係や共同的マネジメント、個人間の関係性の醸成、といった多様な活動が進めることが、効果的な地域づくり型保健活動へと結びつくと考えられる。

個人の行為と社会構造とが相互に影響し合っていること、そして個人の行為の観察から社会をとらえるべきとする立場(ミクロ・マクロ・リンク論)をソーシャル・キャピタル論の展開の際にも指摘しているコールマンによっても、これは支持される。組織間の連携の強化は、個人間の連携の強化につながり、逆もまたあり得るし、個人と組織との関係性の改善にもつながる可能性がある(Coleman, 1990, 小山弘美, 2011)。

<広範な多部署・官民連携のための条件>

以上を踏まえ、多部署・官民の連携を継続的に進めるための条件について整理する。組織論的立場や、筆者らによる実践的経験(次章の分担報告を参照のこと)から、以下のよ