

通っていたんです。その母が亡くなって、なんかお手伝い、恩返しじゃないけど、そういうことをしたいと思って。」(シニアボラ・女性)

「(老人会の様な集まり) その中で、麻雀のクラブを立ち上げようということになって、その時にここにボランティアをやられている方がいて、誘われて始めたのがきっかけです。」(シニアボラ・男性)

■ボランティアを続ける意義

：共通して、ボランティアを続けるために自分が元気でいないといけないという自身の健康の為や生活のリズムづくりが半分と、喜ばれるといった相手から与えられる感謝を挙げていた。また、男性から、現役時代にほとんどつながりが無かった地域で、あいさつできる知人が増えた事や地域ケアプラザ(様々な福祉サービスを定期的に提供する横浜市の福祉拠点)などの施設の存在を知ることができた事が語られた。

「歌うからにはやっぱり自分でもトレーニングしなきゃいけないって、ボイトレーニングも欠かさずやっておりますので、ひとつの元気のもと。」(シニアボラ・男性)

「今日もあなたの笑顔が見えて良かったわって、こう手を出して握ってくださるとか、そういうことはやっぱり嬉しい。」(シニアボラ・女性)

■活動の進め方について

：調査に協力頂いたシニアボラの多くは十数年、同じ施設で定まった曜日に活動を継続しており、仲間意識が醸成されていた。活動回数は、週1回から数回の人まで存在し、活動年数の長い女性で活動回数が多かった。

活動の進め方は、シニアボラと施設職員・専門職との間で意見交換が行われ、随時、改善されていた。例えば、インタビューで訪問した施設でシニアボラが担っていた仕事(入所者の洗濯物を繕い・畳んで仕分け)では、シニアボラからの提案で作業スペースのレイアウト(写真左)や作業手順が改善され、それを他の人々と共有するための張り紙がシニアボラにより掲示されていた(写真右)。

またデイサービスでの水彩画や詩吟などの講座では、利用者の希望やボランティアの得意分野に応じて柔軟にプログラムが組まれていた。外に出られない利用者のために、

壁にボランティアが書いた季節の絵を掲示するといった企画も、以下のコメントにあるように、ボランティアの自発的な発案から実施されていた。

「自分で描いてきたの(季節の風景画)を並べて、ここでみなさんに見てもらおう。でも職員はやってくれないので、張り替えも全部ボランティアです。」(シニアボラ・男性)



写真:施設内の洗濯部屋と作業手順に関する張り紙

一方、近年の制度改正で、ボランティアの自由裁量の幅も狭まってきており、以下のコメントに代表されるように、判断が必要なことは職員に確認をするという不文律がボランティアの間で徹底されていた。

「この方の場合にはちょっと職員呼んだほうがいいなっていう時は呼んで、(職員に利用者を)連れて行ってもらうって感じで。」(シニアボラ・男性)

新たに入ってきたシニアボラに対し、受け入れ先の施設での定まったトレーニングや共通のマニュアルは存在せず、古参のボランティアがこれらの活動の進め方を教えていた。

元気づくりステーション事業では、活動の進め方について、最初は保健師などの専門職が方向性を示すものの、最終的には世話役がリーダーとなり自主運営を目指すことが明示されている。インタビューでも、世話人のネットワークを活かし、勉強会の企画、活動PRや男性メンバーの獲得について、独自の働きかけがなされていた。しかし、グループ立ち上げから一年未満ということもあり、完全な自主運営に移行することについては、世話人から以下のような戸惑いの声が聞かれた。

「(担当者から世話人への声かけがあった際に)指導はいたただけるということで、その点は安心しているんですけど。自主運営になるととても自信がない。いろいろ、考えなきゃいけないのかなって思って。」(元気づくり・女性)

■活動が換金可能なポイントとして評価されるボランティアポイント制度について

：シニアボラからは共通して、ポイントの換金があるから活動をしているわけではないとしつつ、交通費や材料費が賄われることや、行政が活動を認めてくれて応援してくれているのがわかることが嬉しいという声が聞かれた。また、男性からは、換金やチケットなどに交換できることよりも、自身の生活のリズムの記録として位置づけ、タイムカードの様にすべての活動が記録されることを望む人も存在した。

「本質的には変わらないけれども、やっぱり認めてもらって、(市に)後ろから応援していただくっていうのはうれしくなっています。」(シニアボラ・女性)

調査から得られた示唆と課題

本調査の協力者では、退職後に空いた時間を地域の為に役立てたい、親の介護を終えて今度は恩返しをしたいという思いがボランティアを始める動機となっていた。高齢の世代には、それまでの生活で民生委員などを経験してきた、地域でなんらかのボランティアを行ってきた猛者で、多くの時間を活動に費やし、複数の活動にも関わっているボランティア・ホリックとも呼ばれる人が多く存在していた。ボランティア先進国で知られるオランダ・イギリスで行った調査¹⁾でみられた、週1回、月に数回程度、できる範囲で、できることを細く長く続けるといった、あくまで自己のライフスタイルを維持することを最優先にして活動を行う人は、比較的、若い世代の女性で多く見られた。

現在のように一人の活動家が多く役割を担い、地域社会が成立している現在のあり方には限界がきている。次年度の介護保険改定では生活支援が自治体に移管され、その担い手としてボランティアへの期待が高まるなかで、活動に関わる人の裾野を広げていくことが求められている。今後は、ボランティア・ホリックこそが素晴らしいという既存のボランティア観を柔軟に変えていくことが重要ではなかろうか。同時に、それらの活動を通じて地域を知り、関わることで、自身の生き方や終わり方を主体的に選び取るための自助につながるという動機づけを、高齢者のみならず中年・壮年世代に向け発信していくことが求められてい

るのではなかろうか。

また、本調査の協力者からは、判断が困難な場合は専門職に相談するという原則は守りつつも、活動のやり方を定めず、改善に向けたアイデアが取り入れられることが肯定的な感情として語られていた。このことから、長期間な活動を促すには、知識経験の豊富な高齢者の主体性を引き出していく事が必要であると考えられる。この為に、高齢者のボランティア活動に関わる専門家、受け入れる施設の担当者には、高齢者のやりたいことを丁寧に引き出して実際の活動につなぐだけではなく、個々に異なり変化していく体力やモチベーションを考慮しつつも主体性を引き出していくといった、コーディネーターとしての長期的な視点が重要といえるのではないだろうか。

最後に、本インタビュー調査に協力頂いたみなさま、実施に向けてご協力頂いた市職員の方々に御礼申し上げます。

<参考文献>

- 1)一般社団法人 長寿社会開発センター国際長寿センター：平成25年度 プロダクティブ・エイジング(生涯現役社会)の実現に向けた取り組みに関する国際比較研究(厚生労働省老人保健健康増進等事業)報告書(2014)。
- 2)Rowe JW, Kahn RL: Successful Aging, The Gerontologist, 37 (4), 433-440 (1997)。
- 3)中村好一, 金子勇, 河村優子ほか: 在宅高齢者の主観的健康感と関連する因子, 日本公衆衛生雑誌, 49 (5), 409-416 (2002)。
- 4)松田晋哉, 筒井由香, 高島洋子: 地域高齢者のいきがい形成に関連する要因の重要度の分析, 日本公衆衛生雑誌, 45 (8), 704-712 (1998)。
- 5)藤原佳典, 西真理子, 渡辺直紀ほか: 都市部高齢者による世代間交流型ヘルスプロモーションプログラム; "REPRINTS" の1年間の歩みと短期的効果, 日本公衛雑誌, 53 (9), 702-713 (2006)。
- 6)内閣府:平成25年度 高齢者の地域社会への参加に関する意識調査
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h25/sougou/zentai/index.html> (2014/9/12アクセス)。
- 7)内閣府:平成22年度 第7回 高齢者の生活と意識に関する国際比較調査
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h22/kiso/zentai/index.html> (2014/9/12アクセス)。



◇PROFILE 澤岡 詩野(さわおか・しの)

ダイヤ高齢社会研究財団 研究部 主任研究員。
東京工業大学大学院卒、工学博士。東京理科大学助手を経て、2007年より現職。研究テーマは高齢期の社会関係。業績として「都市のひとり暮らし後期高齢者における他者との日常的交流」(共著『老年社会科学』)、「都市部の企業退職者の社会活動と社会関係におけるインターネットの位置づけ」(単著『老年社会科学』)など多数。

一人暮らし高齢者における 他者への信頼と互酬性に関する個人の認識と健康との関連

—世間一般と居住地域に対する認識のかい離に着目して—

ハセベ マサミ*1 コイケ タカシ*1*4 フカヤ タロウ*1 ノナカ クミコ*1
長谷部 雅美*1 小池 高史*1*4 深谷 太郎*1 野中 久美子*1
コバヤシ エリカ*2 ニシ マリコ*1 ムラヤマ ヨウ*1 スズキ ヒロユキ*1 フジワラ ヨシノリ*3
小林 江里香*2 西 真理子*1 村山 陽*1 鈴木 宏幸*1 藤原 佳典*3

目的 他者への信頼や互酬性に関する個人の認識を高め、地域の認知的ソーシャルキャピタルを醸成するには、個人の認識の特徴を詳細に把握することが重要である。そこで本研究では、一人暮らし高齢者を対象に「一般他者への信頼と互酬性」および「居住地域への信頼と互酬性」に関する認識の度合いにおいてかい離があるのか、かい離がある群（ない群）は諸特性や健康との関連においてどのような特徴があるのかを明らかにした。

方法 2011年9月に、東京都大田区A地区の一人暮らし高齢者2,569名を対象に、郵送による質問紙調査を実施した。分析対象者は、実質独居で信頼と互酬性の設問にすべて回答した980名（38.1%）とした。分析では、一般他者と居住地域への信頼（互酬性）が両方高いA群、一般他者の方が高いB群、居住地域の方が高いC群、両方が低いD群を設定した。分析手順は、4群の構成比率を算出し、各群と諸特性との関連を χ^2 検定（性別、暮らし向き、教育歴、居住形態、孤立状況）、多重比較（年齢、居住年数）、Kruskal-Wallis検定（老研式活動能力指標）を用いて検討した。個人の認識と健康指標との関連は、4群を独立変数、主観的健康感と日本語版WHO-5を従属変数とするロジスティック回帰分析を行った。

結果 個人の認識にかい離があった人は、信頼で16.7%、互酬性で16.6%であった。A群は、D群に比べて高次生活機能が自立、社会経済的地位が高く、孤立の割合が低いという特徴が示された。B群はD群に比べて高次生活機能が自立、C群は他の3群に比べて居住年数が長く、高次生活機能がA群・B群よりも低下していた。D群を基準カテゴリとしたロジスティック回帰分析（すべての諸特性を調整）の結果、主観的健康感の良好さに対する各群のオッズ比はすべて統計的に有意ではなかった。一方、WHO-5の良好さに対しては、A群のオッズ比が信頼で2.03（95%信頼区間1.33-3.10, $p=0.001$ ）、互酬性で1.79（95%信頼区間1.18-2.72, $p=0.007$ ）であった。

結論 個人の認識にかい離があった人の割合が少ないという結果は、加齢と共に生活圏が縮小するため、一般他者と居住地域への認識が一致する傾向にあることを示唆する。また、一般他者と居住地域への信頼と互酬性が両方高いことが生活状況や精神的健康の良好さと関連する一方で、居住地域への互酬性の高さが主観的健康感の良好さと関連する可能性も示唆された。そこで、一人暮らし高齢者においては、健康維持や孤立予防のために、社会参加等を通じた地域互酬性の醸成が求められる。

キーワード 認知的ソーシャル・キャピタル、信頼、互酬性、一人暮らし高齢者、主観的健康感、日本語版WHO-5

*1 東京都健康長寿医療センター研究所研究員 *2 同主任研究員 *3 同研究部長 *4 日本大学文理学部助手

I はじめに

近年、数々の疫学調査から、ソーシャル・キャピタル (Social Capital) (以下、SC) は、健康を規定する社会的決定要因として注目を集めている¹⁾。SCはもともと、社会学や経済学等の領域で議論されてきた概念であり、様々な定義や測定方法が存在している²⁾。公衆衛生学の領域では、SCの定義 (構成要素) として、Putnam³⁾の「信頼」「互酬性の規範」「ネットワーク」がよく用いられている。この定義に基づく先行研究の多くは、SCが醸成された社会の方が、人々の健康が良好であることを示している⁴⁾。一方でHarpham⁵⁾は、健康に対して異なる関連があることを理由に、SCを認知的SC (人々の価値や認識) と構造的SC (客観的に検証できる人々のつながり) に区別して検討することの必要性を指摘している。

本研究で着目する認知的SCは、一般他者 (general) や居住地域の人 (local) への信頼や互酬性に関する個人の認識の度合いを、集団単位で集計したものである。先行研究を振り返ると、認知的SCの測定項目の一部として、信頼や互酬性に関する個人の認識が測定されると共に、個人の認識と健康指標との関連が検討されてきた。研究結果を概観すると、信頼や互酬性に関する個人の認識の高さと主観的健康感や抑うつ等の健康指標との間に、良好な関連性を示す結果が得られている⁶⁾⁷⁾。ただし、これらの研究は、信頼や互酬性の対象が、一般他者もしくは居住地域のどちらか一方のみであるため、健康との関連における両者の比較は難しい。両者を分けて比較することが必要な理由として、例えばmurayamaらの研究があげられる。教育歴・所得・職業などの社会経済的地位 (socio-economic status: 以下、SES) と4種類の社会的信頼 (一般、地域、自治会、行政) との関連を検討した結果、SESが低い人は、地域のSESが低下すると共に一般的信頼も低下するのに対して、地域信頼は逆に高くなることを指摘している⁸⁾。つまり、一般他者に対する信頼と居住

地域に対する信頼は、それぞれ異なる特徴や影響力をもつ可能性が考えられるのである。しかし、両者の相違に着目して健康との関連を検討した研究はわずかであり、国内では福島らが一般的信頼 (地域外の見知らぬ他者への信頼) よりも地域信頼 (集落自治会や町内会範囲に住む他者への信頼) の方が、主観的健康感との関連が大きいことを明らかにしている程度である⁹⁾。

また、健康との関連を検討する前段階として、そもそも信頼や互酬性に関する個人の認識が、一般他者と居住地域でどの程度異なっているのかについては、居住地域への信頼の方が高くなる傾向が確認されている⁹⁾¹⁰⁾が、個人における認識の乖離を検証した研究は見当たらない。信頼や互酬性に関する個人の認識を一般他者であれ居住地域であれ、介入によって醸成しようとする場合には、対象者の特徴に応じた介入が効果的であるのは経験的に理解されている。そこで、信頼や互酬性に関する個人の認識の乖離に着目して検討を行うことは、対象者の詳細な特徴把握を促進するだけでなく、結果として適切な介入プログラムにつながると考えられる。

他方、一人暮らし高齢者は、超高齢化や核家族化の進行に伴って増加の一途をたどっており、2035年には高齢者世帯に占める一人暮らし世帯の割合は、37.7%になると推計されている¹¹⁾。すなわち、一人暮らしは、近い将来における在宅高齢者の最も一般的な居住形態となるのである。加えて、一人暮らし高齢者は、社会的孤立やさらには、その終末像といえる孤立死のリスクを抱えることから¹²⁾、地域社会との良好な関係性については同居者のいる高齢者よりも、とりわけ切実と考えられる。よって、社会的孤立を予防する手立てを講じる上でも、一人暮らし高齢者の信頼や互酬性に関する個人の認識を、一般他者と居住地域という対象別に検討することは重要である。

以上の背景を踏まえ、本研究では一人暮らし高齢者を対象として、第1に他者への信頼と互酬性に関する個人の認識の度合いが、一般他者と居住地域を対象とした場合に、乖離がみられるのか、第2にかい離がある群 (ない群) は

諸特性や健康との関連において、どのような特徴があるのかを明らかにすることを目的とした。

Ⅱ 方 法

(1) 対象者と調査方法

本研究では、東京都大田区A地区における住民基本台帳上(2011年8月19日現在)の65歳以上の一人暮らし高齢者2,569名を対象とした。対象地域は、東京都23区で3番目の人口規模である大田区の中で住宅地と商業地を中心とする地域である。調査は、2011年9月に、大田区福祉部高齢事業課が実施主体、東京都健康長寿医療センター研究所が協力する形で、郵送配布、郵送回収による質問紙調査を実施した。その結果、1,676名から有効回答(回収率65.2%)が得られた。分析では、住民基本台帳上は一人暮らしであるが、実際には同居者がいる者を除いた1,092名のうち、信頼と互酬性に対する認識の設問にすべて回答した980名を対象とした。

(2) 調査項目

第1に、信頼と互酬性に関しては、先行研究¹³⁾を参考に、一般他者と居住地域の両方に対する認識を問うことができる項目を設けた。信頼では「一般的信頼：一般的に人は信頼できる」と「地域信頼：近隣の人は信頼できる」を、互酬性では「一般的互酬性：多くの場合、人は他人の役に立とうとする」と「地域互酬性：近隣の人は、多くの場合、他人の役に立とうとする」を、それぞれ「そう思う」から「そう思わない」までの4段階の選択肢で測定した。分析では「そう思う+どちらかといえばそう思う」を高群、「どちらかといえばそう思わない+そう思わない」を低群とし、信頼と互酬性で4群(A群：一般高・地域高/B群：一般高・地域低/C群：一般低・地域高/D群：一般低・地域低)をそれぞれ設定した。

第2に、健康に関しては、身体的健康の指標として主観的健康感を「とても健康だ」から「健康ではない」までの4段階で測定し、「とても健康だ」と「まあ健康な方だ」を良好、

「あまり健康でない」と「健康ではない」を不良、と定義した。精神的健康の指標は、最近2週間の気分状態を尋ねる5つの質問項目からなる日本語版WHO-5(以下、WHO-5)の合計得点を用い、13点以上を良好、12点以下を不良と定義した¹⁴⁾。

第3に、その他の諸特性として、性別、年齢、老研式活動能力指標(高齢者の高次生活機能を測定する13項目の尺度)¹⁵⁾、教育歴(中学卒業以下/高校卒業以上)、暮らし向き(苦勞している/どちらともいえない・ゆとりがある)、居住形態(賃貸/持ち家)、大田区での居住年数(「1年未満」から「60年以上」まで9段階)、孤立状況(別居家族や友人との対面・非対面での接触頻度が月2、3回以下を孤立)を測定した。

(3) 倫理的配慮

調査の実施にあたっては、東京都健康長寿医療センター研究所の倫理審査委員会の承認を得た(平成23年8月4日)。調査対象者に対しては、調査の趣旨、個人情報保護、調査協力が任意であることを依頼文で説明し、調査票への回答・返送をもって本調査への同意が得られたものとした。

(4) 分析方法

まず、信頼と互酬性に対する個人の認識が、一般他者と居住地域でどの程度かい離しているかについて、A、B、C、D群の構成比率を算出した。次に、この4群の特徴を明らかにするために、4群と諸特性との関連を χ^2 検定(性別、暮らし向き、教育歴、居住形態、孤立状況)、多重比較(年齢、居住年数)、Kruskal-Wallis検定(老研式活動能力指標)を用いて検討した。最後に、個人の認識のいかい離と健康指標との関連を検討するために、4群を独立変数、主観的健康感(良好vs.不良)とWHO-5(良好vs.不良)を従属変数とするロジスティック回帰分析を行った。分析には、IBM社 SPSS Statistics 20を用い、有意水準は両側5%とした。

Ⅲ 結 果

(1) 信頼と互酬性に関する認識のikai離状況

表1には、信頼と互酬性に対する個人の認識について、一般他者と居住地域でどの程度ikai離しているのかを構成比率で表した。信頼では、ikai離のないA群（一般高・地域高）の割合が59.4%、D群（一般低・地域低）の割合が23.9%であった。一方、ikai離のあるB群（一般高・地域低）の割合は11.1%、C群（一般低・地域高）の割合は5.6%であった。互酬性では、ikai離のないA群が58.3%、D群が23.9%であり、ikai離のあるB群が14.3%、C群が2.3%であった。

(2) 信頼と互酬性に関する認識のikai離と諸特性との関連

信頼と互酬性に対する認識において、ikai離のある群、ない群の特徴を明らかにするために、4群と諸特性との関連を分析した結果を表2に示した。信頼では、性別と年齢を除く諸特性において統計的に有意な群間差が認められた。老

表1 他者への信頼と互酬性に関する認識のikai離状況 (n=980)

(単位 名、()内%)

	A群 (一般高・ 地域高)	B群 (一般高・ 地域低)	C群 (一般低・ 地域高)	D群 (一般低・ 地域低)
信 頼	582 (59.4)	109 (11.1)	55 (5.6)	234 (23.9)
互酬性	571 (58.3)	140 (14.3)	23 (2.3)	246 (25.1)

研式活動能力指標では、Kruskal-Wallis検定の結果、A群とC・D群間およびB群とD群間に分布の相違がみられ、A群とB群の方が得点の高い人が多いという結果であった。暮らし向き、教育歴、居住形態、孤立状況では、 χ^2 検定の結果、A群とD群の間に差が認められた。具体的には、A群において暮らし向きが「苦勞している」、教育歴が「中学卒業以下」、居住形態が「賃貸」「孤立」の割合がそれぞれ低いという結果であった。居住年数では、Tukey法による多重比較の結果、C群とD群との間に違いがみられ、C群の方が大田区での居住年数が長かった。

他方、互酬性では、年齢と居住年数を除く変数において群間差が認められた。性別では、統

表2 他者への信頼と互酬性に関する認識と諸特性との関連

	信 頼				P 値 ¹⁾	群間比較
	A群	B群	C群	D群		
性別 (男性) (%)	28.6	29.0	31.5	33.8	0.534	-
年齢 (平均値±標準偏差)	75.2±6.7	73.7±6.5	75.6±7.3	75.0±6.8	0.148	ns
老研式活動能力指標 ²⁾ : 中央値[25%-75%]	12[11-13]	12[10-13]	11[9-13]	11[9-13]	<0.001	A群×C・D群, B群×D群
暮らし向き (苦勞) (%)	25.6▽	36.8	35.2	48.0▲	<0.001	-
教育歴 (中学卒業以下) (%)	22.8▽	26.4	35.2	34.5▲	0.004	-
居住形態 (賃貸) (%)	36.6▽	49.5	35.8	56.6▲	<0.001	-
居住年数 ³⁾ (平均値±標準偏差)	6.9±1.7	6.9±1.7	7.3±1.4	6.6±1.8	0.012	C群>D群
孤立状況 (孤立) (%)	23.9▽	30.8	30.2	42.2▲	<0.001	-
	互酬性				P 値	群間比較
	A群	B群	C群	D群		
性別 (男性) (%)	27.5▽	31.4	18.2	36.2▲	0.052	-
年齢 (平均値±標準偏差)	75.3±6.4	73.8±7.1	74.6±7.2	75.2±7.2	0.127	ns
老研式活動能力指標: 中央値 [25%-75%]	12[11-13]	12[10-13]	11[9-13]	11[9-12]	<0.001	A群×D群, B群×D群
暮らし向き (苦勞) (%)	27.6▽	37.3	30.4	42.0▲	0.001	-
教育歴 (中学卒業以下) (%)	24.1▽	22.4	39.1	33.8▲	0.011	-
居住形態 (賃貸) (%)	37.7▽	45.1	40.9	53.2▲	0.001	-
居住年数 (平均値±標準偏差)	6.9±1.7	6.9±1.6	7.1±1.3	6.7±1.7	0.244	ns
孤立状況 (孤立) (%)	23.9▽	29.2	30.4	42.1▲	<0.001	-

注 1) 年齢・居住年数は一元配置分散分析と多重比較 (Tukey法) を行い、平均値の差が5%水準で有意だったカテゴリーを示した。老研式活動能力指標はKruskal-Wallis検定を行い、分布が5%水準で異なっているカテゴリーを示した。性別、暮らし向き、教育歴、居住形態、孤立状況は χ^2 検定と残差分析 (▲: 5%水準で有意に多い, ▼: 5%水準で有意に少ない) を行った。ns: 有意差なし
2) 老研式活動能力指標は、13項目の合計得点 (0~13点) を算出した。
3) 居住年数は、「1年未満」から「60年以上」までを、1~9点に得点化した。

計学的に有意な傾向ではあるが、男性の割合がA群で低く、D群で高いことが明らかとなった。老研式活動能力指標では、A群とD群間およびB群とD群間に分布の相違がみられ、A群とB群の方が得点の高い人が多いという結果であった。暮らし向き、教育歴、居住形態、孤立状況では、A群において暮らし向きが「苦勞している」、教育歴が「中学卒業以下」、居住形態が「賃貸」「孤立」の割合がそれぞれ低いという結果であった。

(3) 信頼と互酬性に関する認識のいか離と健康指標の関連

信頼と互酬性に関する認識を独立変数(基準カテゴリ: D群)、健康指標を従属変数とする

ロジスティック回帰分析を用いて、個人の認識のいか離と健康指標との関連を検討した。調整変数として上記の諸特性を投入したが、老研式活動能力については、先行研究の結果⁷⁾から健康指標との間に強い関連が想定されることから、調整した場合としない場合とに分けて検討した。

まず、老研式活動能力指標を除く諸特性を調整した上で検討した結果(表3)、従属変数が主観的健康感の場合、信頼において統計的に有意な関連が認められ、D群に対するA群のオッズ比が1.59(95%信頼区間(以下、CI)1.08-2.33)であった。同様に、従属変数がWHO-5の場合では、D群に対するA群のオッズ比が信頼で2.38(95%CI:1.62-3.50)、互酬性で2.19(95%CI:1.50-3.20)であった。

表3 他者への信頼と互酬性に関する認識と健康指標の良好さとの関連①(老研式活動能力指標を未調整)

		主観的健康感 (n=819)			WHO-5 (n=802)		
		オッズ比	95%信頼区間	P値	オッズ比	95%信頼区間	P値
信頼	A群	1.59	1.08-2.33	0.018	2.38	1.62-3.50	<0.001
	B群	1.46	0.83-2.59	0.192	1.43	0.82-2.48	0.209
	C群	0.99	0.48-2.04	0.979	1.08	0.53-2.23	0.828
	D群	(基準カテゴリ)			(基準カテゴリ)		
	モデル適合度	$\chi^2=3.70$ (df=8)			$\chi^2=7.59$ (df=8)		
互酬性	A群	1.30	0.89-1.89	0.177	2.19	1.50-3.20	<0.001
	B群	0.86	0.51-1.45	0.578	0.97	0.58-1.63	0.918
	C群	2.80	0.76-10.29	0.120	1.14	0.43-3.07	0.789
	D群	(基準カテゴリ)			(基準カテゴリ)		
	モデル適合度	$\chi^2=3.13$ (df=8)			$\chi^2=18.58$ (df=8)		

注 性別、年齢、暮らし向き、教育歴、居住形態、居住年数、孤立状況を調整した。モデル適合度は、Hosmer & Lemeshow検定を用いた。

表4 他者への信頼と互酬性に関する認識と健康指標の良好さとの関連②(老研式活動能力指標を調整)

		主観的健康感 (n=755)			WHO-5 (n=742)		
		オッズ比	95%信頼区間	P値	オッズ比	95%信頼区間	P値
信頼	A群	1.12	0.73-1.74	0.600	2.03	1.33-3.10	0.001
	B群	1.50	0.77-2.92	0.236	1.57	0.84-2.92	0.156
	C群	0.98	0.44-2.24	0.979	1.07	0.49-2.35	0.863
	D群	(基準カテゴリ)			(基準カテゴリ)		
	モデル適合度	$\chi^2=13.41$ (df=8)			$\chi^2=4.20$ (df=8)		
互酬性	A群	0.87	0.56-1.34	0.519	1.79	1.18-2.72	0.007
	B群	0.81	0.45-1.47	0.486	0.92	0.52-1.63	0.781
	C群	2.47	0.62-9.87	0.200	1.00	0.36-2.83	0.994
	D群	(基準カテゴリ)			(基準カテゴリ)		
	モデル適合度	$\chi^2=14.71$ (df=8)			$\chi^2=5.44$ (df=8)		

注 性別、年齢、老研式活動能力指標、暮らし向き、教育歴、居住形態、居住年数、孤立状況を調整した。モデル適合度は、Hosmer & Lemeshow検定を用いた。

次に、老研式活動能力指標も調整した上で分析を行った結果(表4)、調整する前には統計的に有意であった主観的健康感との関連は消失した。他方、WHO-5の場合には、オッズ比の値は低くなったが、調整前と変わらず統計的に有意な関連が認められた。具体的には、D群に対するA群のオッズ比が信頼で2.03(95%CI:1.33-3.10)、互酬性で1.79(95%CI:1.18-2.72)であった。

また、統計的に有意ではなかったが、互酬性に対する認識と主観的健康感との関連におけるC群のオッズ比は、調整前の分析でA群を上回っており、調整後の分析ではA群、B群と関連する向きが異なっていることが示された。

IV 考察

本研究ではまず、信頼と互酬性に関する個人の認識について、一人暮らし高齢者を対象に、一般他者と身近な居住地域の人で認識の度合いにいか離がみられるのかを検討した。その結果、信頼と互酬性どちらの認

識においても、かい離がある人の割合は少ないことが示された。これは、高齢期における生活圏が加齢とともに狭い範囲の地域（自治会、町内会）へと縮小する¹⁶⁾ことから、信頼と互酬性に関する指標においても、一般他者と居住地域への認識が一致する傾向にあることを示唆するものと考えられる。

次に、認識にかい離がある群（B、C群）とない群（A、D群）の特徴を検討した結果をまとめる。全体的な傾向として、かい離がなく一般他者と居住地域に対する認識の両方が高いA群は、他の3群（特に、D群）に比べて高次生活機能が自立、社会経済的地位が高く、孤立者の割合が低いという特徴が明らかとなった。対して、かい離がなく両方が低いD群は、A群とは対照的な結果を示した。以上のことから、一人暮らし高齢者の生活状況や生活の質には、一般他者と居住地域のどちらか一方ではなく、両方に対する信頼と互酬性に関する認識の高さが関連していることが示唆された。他方、かい離があり一般的信頼または一般的互酬性の方が高いB群は、D群に比べて高次生活機能が自立していた。A群の結果も踏まえると、高次生活機能の自立は、生活圏や移動範囲の広さと関連する¹⁶⁾ため、一般他者に対する認識の高さと関連する可能性が考えられる。対して、かい離があり地域信頼または一般的互酬性の方が高いC群は、他の3群に比べて大田区での居住年数が長く、高次生活機能がA群、B群よりも低下していた。このことから、居住年数の長さと高次生活機能の低下が、居住地域における信頼と互酬性に関する認識の高さと関連することが示唆された。

最後に、個人の認識のかい離と健康指標との関連について検討した結果をまとめる。信頼に関する認識と身体的健康の指標である主観的健康感との関連では、高次生活機能（老研式活動能力指標）を調整するか否かで結果に違いがみられた。具体的には、調整しなかった場合、D群に比べてA群は、1.6倍ほど主観的健康感が良好であったが、調整後にはその関連性が消失するという結果であった。また、有意な関連は

認められなかったが、互酬性に関する認識でも、高次生活機能を調整することで、オッズ比の値や向きが大きく変化していた。これらの結果から、信頼と互酬性に関する個人の認識と身体的健康との関連においては、調整変数である高次生活機能が大きく関連している可能性が示唆された。このことは、高次生活機能を構成する項目の多くが、身体的な健康状態と密接に関わるため、ごく自然な結果といえるかもしれない。しかし、先述した先行研究⁷⁾では、老研式活動能力指標を調整しても、信頼と互酬性に関する認識が主観的健康感と関連するという結果が示されていることから、この点については今後の検討課題である。

一方で、精神的健康の指標であるWHO-5との関連では、信頼と互酬性で同様の結果が示され、高次生活機能の調整の有無に関わらず、D群に比べてA群は1.8~2.4倍ほどWHO-5が良好であった。すなわち、精神的健康の良好さには、一般他者と居住地域の両方に対する信頼と互酬性に関する認識の高さが関連することが示唆された。この点については、これまでの先行研究をおおむね支持するものである。ただし、福島ら⁹⁾やmurayamaら⁸⁾が指摘する、信頼する対象（一般他者、居住地域）による相違は本研究では確認されなかった。その背景には、以前より指摘されてきた研究者ごとに異なる測定項目の問題に加えて、分析枠組みの違いが考えられる。よって、一般的信頼と地域信頼とで、どちらの方が健康指標に対して強い関連があるのかについては、慎重に検討を重ねる必要がある。

また、統計的に有意ではなかったが、互酬性に関する認識と主観的健康感との関連におけるC群のオッズ比（調整前：2.80、調整後：2.47）の高さは注目すべき結果であると考えられる。なぜなら、地域互酬性を醸成させることが出来れば、主観的健康感の維持・向上につながる可能性があるからである。Freitagら¹⁷⁾によると、一般的信頼や互酬性は、幼少期のしつけによって形成される性格であるのに対して、地域信頼や互酬性はその都度、具体的な経験に基づき形成される認識であるという。この理論に基づくと、

地域信頼や互酬性は、介入の仕方によっては変容する余地が存在することになる。そこで、有効な手段となり得るのが地域での社会参加である。社会参加の方法は人により様々であろうが、社会参加を通じた地域住民、専門職等とのつながりが、地域互酬性を醸成するきっかけになると考える。その際、本研究の結果を踏まえると、居住年数や高次生活機能レベルを考慮した社会参加へのつながりが求められる。そして社会参加は、居住地域に対する信頼や互酬性に関する個人の認識を高めるだけでなく、一人暮らし高齢者のリスクである社会的孤立の予防策にもなる点で有効な方法であると考え。一方で、WHO-5との関連におけるC群のオッズ比（調整前：1.14、調整後：1.00）は、全く高い値ではなかった。この結果は、居住地域に対する互酬性の高さだけでは、精神的健康の良好さとは関連しないことを示唆するものである。身体的健康（主観的健康感）の場合は、近隣住民との助け合い（例：見守り・声かけ、食事の差し入れ）が、時として身体的健康に直接結びつくことがあるのに対して、精神的健康の場合は、近隣住民との関係性だけでは良好さを維持するのが難しいことが推察される。

以上のように本研究は、これまで対比して検討されることが少なかった一般他者と居住地域に対する信頼と互酬性に関する個人の認識について、新たに「認識のかい離」という分析枠組みを用いて健康との関連を検討した研究である。今後は、地域レベルの認識（認知的SC）も考慮したマルチレベル分析や前向き研究が求められる。

謝辞

本研究の実施に際し、ご協力いただいた中川久美氏、綱引康雄氏（大田区福祉部高齢事業課）、澤登久雄氏（大田区地域包括支援センター入新井・センター長）および住民の皆様には厚くお礼申し上げます。

本研究は、平成23年度厚生労働科学研究費補助金・認知症対策総合研究事業「認知機能低下高齢者への自立支援機器を用いた地域包括的シ

ステムの開発と評価」（研究代表者：藤原佳典）の助成により実施したものである。

文 献

- 1) Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health : a review of prospective multi-level studies. *Journal of Epidemiology* 2012; 22(3) : 179-87.
- 2) Kawachi I, Subramanian SV, Kim D. *Social Capital and Health*. New York : Springer, 2008.
- 3) Putnam RD. *Bowling Alone : The Collapse and Revival of American Community*. New York : Simon & Schuster, 2000.
- 4) Islam MK, Merlo J, Kawachi I, et al. Social capital and health : does egalitarianism matter? A literature review. *International journal for equity in health* 2006 ; 5 : 3.
- 5) Giordano GN, Lindstrom M. The impact of changes in different aspects of social capital and material conditions on self-rated health over time : A longitudinal cohort study. *Social Science & Medicine* 2010 ; 70(5) : 700-10.
- 6) Nieminen T, Martelin T, Koskinen S, et al. Social capital as a determinant of self-rated health and psychological well-being. *International Journal of Public Health* 2010 ; 55(6) : 531-42.
- 7) 太田ひろみ. 個人レベルのソーシャル・キャピタルと高齢者の主観的健康感・抑うつとの関連 : 男女別の検討. *日本公衆衛生雑誌* 2014 ; 61(2) : 71-85.
- 8) Murayama H, Arami R, Wakui T, et al. Cross-level interaction between individual and neighbourhood socioeconomic status in relation to social trust in a Japanese community. *Urban Studies*. Published online before print December 21, 2013. doi : 10.1177/0042098013513648.
- 9) 福島慎太郎, 吉川郷主, 市田行信, 他. 一般的信頼と地域内住民に対する信頼の主観的健康感に対する影響の比較. *環境情報科学論文集* 2009 ; 23 : 269-74.
- 10) Sturgis P, Smith P. Assessing the validity of generalized trust questions: What kind of trust are

- we measuring ?. *International Journal of Public Opinion Research* 2010 : 22(1) : 74-92.
- 11) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の世帯数の将来推計 (全国推計) (2013年1月推計).
 - 12) 藤原佳典. 高齢者の安否確認と孤立死予防策. 楠葉陽二, 藤原佳典編著. ソーシャル・キャピタルで解く社会的孤立. 京都: ミネルヴァ書房, 2013 : 164-80.
 - 13) 埴淵知哉, 平井寛, 近藤克則, 他. 地域レベルのソーシャル・キャピタル指標に関する研究. *厚生指標* 2009 : 56(1) : 26-32.
 - 14) Awata S, Bech P, Koizumi Y, et al. Validity and utility of the Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index in the context of detecting suicidal ideation in elderly community residents. *International Psychogeriatrics* 2007 : 19(1) : 77-88.
 - 15) 古谷野亘, 柴田博, 中里克治, 他. 地域老人における活動能力の測定: 老研式活動能力指標の開発. *日本公衆衛生雑誌* 1987 : 34(3) : 109-14.
 - 16) 大畑政子, 荳場一則, 丸山優, 他. 大都市近郊に居住する高齢者が感じる生活圏. *日本公衆衛生雑誌* 2006 : 53(12) : 899-906.
 - 17) Freitag M, TraunMuller R. Spheres of trust : An empirical analysis of the foundations of particularised and generalised trust. *European Journal of Political Research* 2009 : 48(6) : 782-803.

介護予防とソーシャルキャピタル

藤原 佳典

はじめに

急速に進行する少子超高齢社会や人口減少社会にどう対応するかは行政関係者のみならず、研究者や健康・介護福祉現場の実務者にとっても緊喫の課題である。一方、高齢期の疾患や障害には医学的・生物学的要因のみならず心理社会的に多種多様なリスク要因が存在する。そのため、個々のリスク要因に対処することは政策としては効率的とはいえず、現実的にも困難である。同時に、既にリスクを有する個人をを対象としたハイリスク・アプローチも効率的とはいえない。

高齢者の圧倒的な人口（=数）と個々の高齢者が抱える複雑な生活背景を考慮すると、今後、財源やマンパワー等の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・アプローチである。これは、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といえる。このポピュレーション・アプローチを遂行するためには、従来、われわれが健康教育の名のもと介入してきた栄養・運動といった生活習慣の是正のさらに上流に位置する健康の社会的決定要因（social determinants of health, 以降、SDH）に着目し、社会的格差を解消していくような政策が望まれる。SDHとは、たとえば、住宅、教育、雇用、所得、近隣環境などがあげられるが、その中で介入可能な要因として最も期待されるのがソーシャルキャピタル（以降、

SC）である。

1. SCの定義とは

SCはもともと社会学や経済学等の領域で議論されてきた概念であり、さまざまな定義や測定方法が存在する。近年、保健医療や公衆衛生学の分野においてSCの注目は高まっている。たとえば、国は、地域保健対策の推進に関する基本的な指針改正（平成24年7月31日厚生労働省告示第464号）において、「地域保健対策の推進に当たって、地域のSC（信頼、社会規範、ネットワークといった社会関係資本等）を活用し、住民による自助及び共助への支援を推進すること。」とSCの健康政策への導入を明示している。

保健医療・公衆衛生学分野では、SCの定義（構成要素）は、団結力や地域力といった社会的凝集性に基づいた集団の特性としてとらえられる場合とネットワークに基づいた個人の特性としてとらえられる場合が一般的である。両者は共通する部分も多く、完全に分離することはできない。しかし、後者は従来のソーシャルサポート・ネットワークの概念と重なる部分が多いため、地域全体の健康水準の向上をねらう地域支援の方向性から考えると、前者のPutnam¹⁾の「人々の協調行動を活発にすることによって社会の効率性を高めることのできる、信頼、規範、ネットワークといった社会的組織の特徴」がよく用いられている。この定義に基づく先行研究の多くは、SCが醸成された社会の方が、人々の健康が良好であることを示している²⁾。一方で、健康に対して異なる関連があるこ

筆者：東京都健康長寿医療センター研究所社会参加と地域保健研究チーム

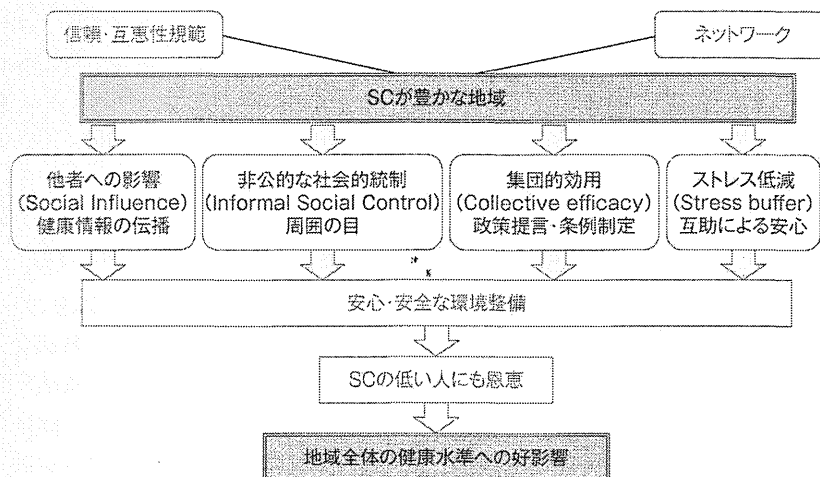


図1 ソーシャル・キャピタルが健康へ及ぼす機序 (Kawachi and Berkman, 2001¹⁾)

とを理由に、SCを認知的SC(人々の価値や認識)と構造的SC(客観的に検証できる人々のつながり)に区別して検討することの必要性が指摘されている。

さらに、Machinkoら²⁾は、SCと健康との関連について、マクロレベル(国、州、地域、自治体)、メソレベル(近隣、ブロック)、ミクロレベル(グループ・団体、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)という4つの分析レベルを提唱している。

SCが健康へ及ぼす作用機序については、図1に示すように4つの経路が知られている³⁾。第1に、SCが豊かな環境であれば、ネットワークが密なため、運動教室の開講や禁煙活動などの健康情報に関する有益な情報が伝播しやすい。第2に、住民相互の非公的な社会的統制が強いため、一般的によくないとされる行動や逸脱行動への制御が働きやすい。たとえば、未成年が喫煙していると、近所のおばちゃんや母親に告げ口してくれる。第3に、住民の団結により、行政など公的機関に発言力が強くなるため、さらなる社会サービス・資源が充実しやすい。たとえば、高齢者も子育て世代も使えるサロンや公園が整備されたり、禁煙など健康福祉に関する条例が制定されやすくなる。第4に、「他人を見たら泥棒と思え」といった日常ではストレスが蓄積するが、ソーシャルサ

ポート・ネットワークが豊かな環境であれば、防犯面だけでなく、一人ぐらしの不安や多様な負のライフイベントも緩衝される。

2. SCとヘルスプロモーション活動の関係

保健医療や介護福祉に従事する者にとっては、従来のヘルスプロモーション(以降、HP)とSCの関係を整理しておくことも重要である。身近な事例によりSCの概念について認識して頂きたい。これまで、何らかの介入プログラムを企画・運営した経験がある読者においては、たとえば同じ介護予防プログラムを導入した場合であっても、A町では有効な介入効果が得られたのに、隣接するB町では効果どころか、参加者の募集にも苦労した経験はあるだろう。あるいは、同一地域で同一プログラムを実施した場合に、昨年度はプログラム修了後、自主グループ化に成功したのに、今年度は、参加者のまとまりが悪く、トラブルの連続で自然消滅したという苦い経験をもつ人も少なくないはずである。

地域を基盤とした介護予防事業に代表されるHPプログラム・活動の効果と有効性は、たとえ同じようなデザインのプログラムであっても、場所や地域性、そのプログラムが実施されることになった文脈(context)、つまり経緯や状況によっ

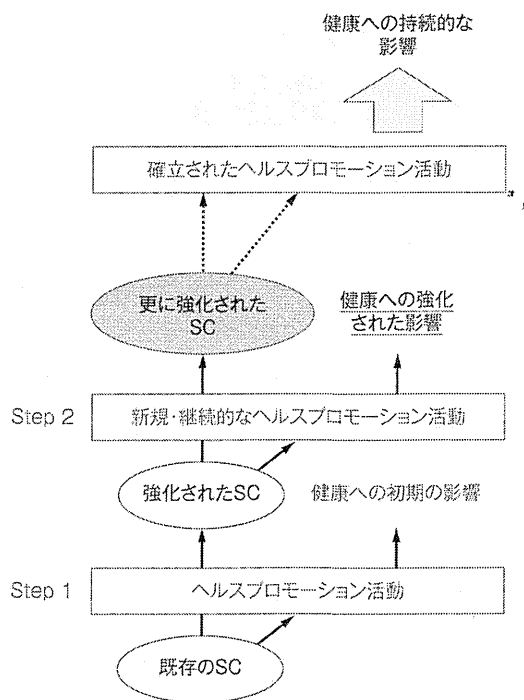


図2 ソーシャル・キャピタルとヘルスプロモーション活動の理想的な関係 (Murayama et al., 2012²⁾)

て変わってくる。

個々のプログラムに留まることなく、介護予防事業という施策自体が、住民や関連機関に受け入れられやすく、各事業が連携して成功するか、その可否は、個々のプログラムの特性のみに依拠するのではない、もともとの住民や地域の特性、行政や関連機関との関係性などの背景要因に影響される場合が実は多いのである。このようなプログラムや事業、さらには政策の有効性やそのアウトカムといえる健康格差を説明する概念がSCといえる。

このようにSCはHPプログラム・活動が人々の健康や生活に与える効果を強化したり、HPプログラム・活動自体を評価する際に活用可能な理論基盤でもある。図2は筆者らが提唱する地域でのSCとHPプログラム・活動の関係図である²⁾。HP活動の健康への影響は、プログラムの良し悪しや参加者特性に加えて、地域のSCによっても影響される。同時に、地域でのプログラムの実施が成功すれば、SCのさらなる醸成に好影響

を及ぼす。このようなポジティブな相乗構造が継続されると、プログラムの効果が地域の中で持続性を持ち、住民ボランティアと協働する介護予防事業のようなHPプログラム・活動とSCは互恵的に発展しうる。

しかし、SCとプログラムの関連は主催者に十分理解されず、SCの活用が不十分あるいは見過ごされがちである場合が散見される。SCは偶然に発生するわけではなく、地域の風土歴史や住民の特性等によりそれぞれの地域独自に形成されるものである。そのため、SCとプログラムとの関係性はプログラム遂行のプロセスおよび達成アウトカムの両者の視点から詳細に検証されるべきである。

3. SCが健康におよぼす影響のエビデンス

筆者らの文献レビューの結果²⁾、研究によって対象者、フィールド、追跡期間、SC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SCも地域レベルのSCも、健康アウトカムに対して保護的な効果をもつことが明らかになった。同時に、高齢者におけるSCの効果に焦点を当てた研究や、わが国を含むアジア諸国からのSCと健康に関するエビデンスはきわめて少ないことが課題として認識された。

このような状況下ではあるが、わが国の地域高齢者を対象とした大規模コホート研究JAGESプロジェクトによると、SCが脆弱な地域に住む女性は豊かな地域に住む女性に比べて4年間の要介護状態の発生リスクが68%高まるが、男性では有意な関連はみられなかった⁵⁾。さらに、Murayamaらは、近隣には同じような背景の人が多く住んでいる(結束型SCが豊かな)環境下で、異なる背景の人との付き合いが多いある人(橋渡し型SCが豊かな環境)はそうでない人に比べて2年後の抑うつが有意に抑制されることを示した⁶⁾。ある集団にはSCは有益でも、違う集団には過剰に閉鎖的・拘束的な要因が関与者に窮屈さ・憔悴感をもたらすがために無益あるいは有害な影響があるかもしれない。このようなSCのダークサイ

的な可能性についても検討する必要がある。

2. ソーシャル・キャピタルの醸成を目指した介入プログラム～SCの醸成による介入研究～

文書のボランテアで最初に実施された Experience Corps® (以降、EC)⁹⁾は、公立小学校をフィールドに高齢者ボランティアが学校支援ボランティア活動を行う介入プログラムである。児童の基礎学力の向上、問題行動の低減と高齢者ボランティアの健康とQOLの改善が認められた。ECでは、個人レベルのみならず、学校レベルと地域レベルのSC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。

しかしながら、SCの醸成を目指した実証的な介入研究はきわめて少ない。そこで、筆者らはECを参考に高齢者と児童の世代間交流の促進を目的としたプログラムである「REPRINTS」(Research of PRoductivity by INTergenerational Sympathy, http://www2.tmig.or.jp/healthpromotion/reprints_about.html)⁹⁾を開発した。

「REPRINTS」プログラムの対象フィールドは、東京都心部（東京都中央区）、首都圏住宅地（川崎多摩区）、地方小都市（滋賀県長浜市）を選び、2004年6月一般公募による60歳以上ボランティア群67名と基本属性および身体・社会活動性の類似した対照群74名に対して、ベースライン調査を行った。3カ月間（週1回2時間）のボランティア養成セミナーを修了後、6～10名単位のグループに分かれ地域の公立小学校、幼稚園等へ週1～2回程度訪問し、絵本の読み聞かせによる交流活動を行った9カ月間の短期的な効果として、活動継続者56名は孫、近隣以外の子どもとの交流頻度および近隣以外の友人・知人の数が対照群に比べて有意に増加した。ボランティア群は対照群に比べて「地域への愛着と誇り」、健康度自己評価、および握力において有意な改善または低下の抑制

がみられた。

児童への効果については「REPRINTS」ボランティアの1年間の世代間交流活動により、対象児童の高齢者イメージがどのように変化したかを検証した⁹⁾。川崎市立A小学校では、ボランティア4～6名が週2日訪問し、絵本の読み聞かせを継続している。高齢者イメージは児童の成長とともに一般には低下する可能性があるが、「REPRINTS」ボランティアとの交流頻度が高い児童では、1年後も肯定的なイメージを維持した。さらに、A小学校の保護者への波及効果を検証した¹⁰⁾。その結果、ボランティアの認知度と学校行事への協力についての「保護者の物理的・心理的負担の軽減」が、児童の学年を問わず高まった。

以上より、「REPRINTS」プログラムによる、高齢者ボランティアと児童の互恵的效果が検証されたのみならず、児童を媒介として、高齢者と保護者世代にまたがる三世代の信頼感が構築される可能性が示唆された。

■ おわりに

近年の学術的・政策的な注目により、SCは健康課題の解決において、いささか救世主のように認識される感がある。その潜在的な可能性は計り知れないものの、SCと健康アウトカムとの間にはいくつもの介入要因があるため、実際には、高度な統計分析手法をもってしてもその効果は顕在化しにくい。

一方、来たる介護保険事業の改正により介護予防事業の推進については、ますます地域のSCの醸成が必須となる。SC研究の多面的なアプローチの中でも、介護予防事業に速やかに反映させるためには介入プログラムの開発・検証が最優先課題である。研究者や実践家においては、SCと介護予防事業に関する長期・大規模追跡調査のエビデンスを蓄積するとともに、地域のボランティア団体、NPOなどのリソースと協働しながら小規模でも、より多くの介護予防プログラムを開発・評価していくことが望まれる。

文 献

- 1) Putnam RD : Bowling Alone : The Collapse and Revival of American Community. Simon & Schuster, 2000.
- 2) Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I : Social capital and health : a review of prospective multilevel studies. *J Epidemiol*, 22 : 179-187, 2012.
- 3) Machinko J and Starfield B : The utility of social capital in research on health determinants. *Milbank Quarterly*, 79 : 387-427, 2001.
- 4) Kawachi I and Berkman L F : Social cohesion, social capital, and health. In : Berkman LF and Kawachi I, eds., *Social Epidemiology*. pp174-190. Oxford University Press, 2000.
- 5) Aida J, Kondo K, Kawachi I, et al. : Does social capital affect the incidence of functional disability in older Japanese? A prospective population-based cohort study. *J Epidemiol Community Health*, 67 : 42-47, 2013.
- 6) Murayama H, Nishi M, Matsuo E, et al. (2013). Do bonding and bridging social capital affect self-rated health, depressive mood and cognitive decline in older Japanese? A prospective cohort study. *Soc Sci Med*. ; 98 : 247-252.
- 7) Fried LP, Carlson MC, Freedman M. et al. : A social model for health promotion for an aging population : initial evidence on the Experience Corps model. *J Urban Health*, 81 : 64-78, 2004.
- 8) 藤原佳典, 西真理子, 渡辺直紀ほか : 都市部高齢者による世代間交流型ヘルスプロモーションプログラム—“REPRINTS” の1年間の歩みと短期的効果—。 *日本公衆衛生雑誌*, 53 : 702-714, 2006.
- 9) 藤原佳典, 渡辺直紀, 西真理子ほか : 児童の高齢者イメージに影響をおよぼす要因—“REPRINTS” 高齢者ボランティアとの交流頻度の多寡による推移分析から—。 *日本公衆衛生雑誌*, 54 : 615-625, 2007.
- 10) 藤原佳典, 渡辺直紀, 西真理子ほか : 高齢者による学校支援ボランティア活動の保護者への波及効果—世代間交流型ヘルスプロモーションプログラム“REPRINTS” から—。 *日本公衆衛生雑誌*, 57 : 458-466, 2010.

地域住民と協働で作り広めている 健康体操

川崎市多摩区における7年間の取り組み



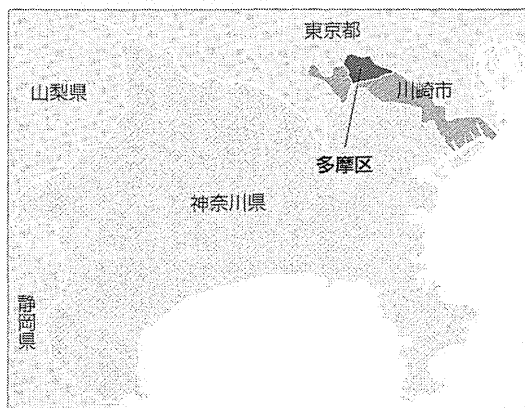
長谷川香澄 川崎市多摩区役所保健福祉センター

地域の概要

川崎市は神奈川県北東部にあり、その中でも多摩区は市の北西部に位置し、北に多摩川が流れ、南に多摩丘陵が広がり、山坂が多く、緑が多く残っている地域です(図)。かつては、「多摩川梨」の栽培で知られ、農村地帯も多かったです。現在ではJR1本と私鉄2本が通っており、都心への交通手段に恵まれていることもあり、大規模な住宅開発が進み、人口が増えています。

総面積は20.39 km²、2013(平成25)年10月1日現在、人口21万3728人、高齢化率17.4%で、高齢化率は全国的に比較すると低いです

図 川崎市多摩区の位置



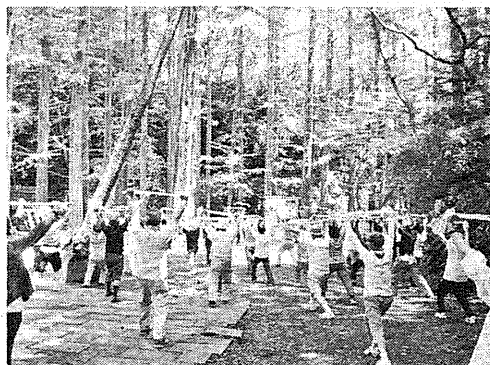
が、年々割合が高くなっています。要支援・要介護者はともに増え続け、2013年4月1日現在、要支援者1856人、要介護者4228人となっており、65歳以上のおおよそ6人に1人が要支援者または要介護者となっています。

「多摩区みんなの公園体操」とは

「多摩区みんなの公園体操」(以下、公園体操)は、2006(平成18)年8月から開催され、今年8月で8年目を迎えます。現在は区内30会場で実施され、ボランティアの数は106名(男性35名；女性71名)と多くの地域住民に支えられながら広がりを見せています(写真1)。

公園体操を始めた当時から、住民は健康への

写真1 多摩区みんなの公園体操



関心が高く、かつ住民の健康づくりに意識の高い人が多く、ボランティア活動をしている人が多くいました。そしていつまでも生き生きと自分らしく生活していくため、歩いて行ける身近な複数の会場(公園、老人いこいの家、町内会館、公民館、集会所等)で誰でも実施できる体操をしたいというニーズが高まっていました。

そこで、運動習慣の確立には住民が自ら生き生きと活動していけるような住民主体の健康づくり活動が必要であると考え、多摩区運動普及推進員と行政の協働で健康運動指導士の助言を受けながら、公園体操を作りました。

公園体操の目的は次の3つです。

- ①高齢になっても健康で幸せに過ごすため、体操を通して健康づくりと介護予防の輪を広げること
- ②体操を身近な地域に広めることにより、高齢者の運動習慣の獲得、社会的交流(孤立予防)の機会を設けること
- ③健康づくりや介護予防ボランティアを養成し、協働で「健康づくり・介護予防」活動を発展させること

これらの目的を踏まえ、「多摩区みんなの公園体操」を実施してきました。

公園体操を普及するために配慮したことは、ボランティアが安全かつ安心して活動していくための支援や、地域に根づいた活動にしていくための工夫、参加者を増やすための工夫、そして、ボランティアと保健福祉センターの役割分担などについてです。

●体操を作り、学習し、広めた経緯

2006年5月、多摩区運動普及推進員を中心とした住民に働きかけ、多摩区健康づくり体操作成委員会を設置、保健師・健康運動指導士とともに学習会や話し合いを積み重ね、「多摩区みんなの公園体操」を完成させました。

公園体操は、準備体操、主体操、手ぬぐい体操、整理体操からなり、心地よい音楽とともに

に、30分間、ストレッチ、ヨガ、筋トレの要素を含み、手ぬぐい1本で高齢者でも安全に参加できる体操です。継続することで、柔軟性が高まり、血行促進、筋肉強化や転倒予防をねらう体操となっています。

同年8月、活動の定着と継続、各会場の運営上の課題などについて情報交換・交流することを目的に、「多摩区みんなの公園体操運営委員会」を設置するとともに、体操のポイントを学習する学習会(4回、延べ152名参加)を経て、14の会場で体操がスタートしました。

同年11月、健康づくり・介護予防体操ボランティアの育成と地域の健康づくり活動の普及啓発を目的に、健康づくり・介護予防体操ボランティア養成教室を開催しました。

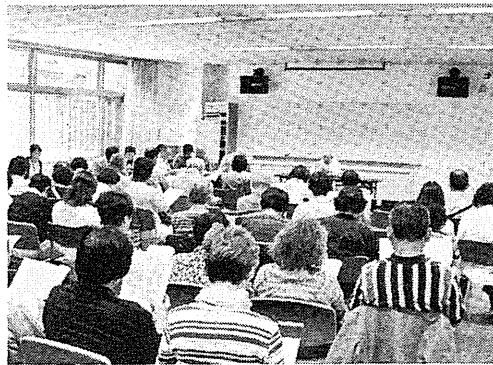
同年12月からは、地域への普及啓発を目的として、パンフレットやガイドマップ、広報誌の作成を行い、その後、2011年からは便りを年1~2回発行し、ボランティアが協力して、各町内会に持参し、回覧の依頼をしています。

一方、2010(平成22)年10月からは、世代間交流や若い世代への普及啓発目的として、子どもの外遊び事業(他課主催の地域で子どもと親が遊びを体験する場)に参加するようになりました。これをきっかけに、子育て世代に対して、公園体操のアピールにもなり、世代間交流を図れる会場も出てくるようになりました。

●組織立った仕組みの工夫

組織は、役員および各会場の代表者が集まる運営委員代表者会のもとに、地区ごとのグループミーティングが3か所あります。グループミーティングでは、運営上の問題点や参加者を増やす工夫などについての意見交換をします。そこで出た意見を運営委員代表者会に持ち寄り、1人ひとりのボランティアの意見が会全体に伝わるようになっていきます。さらに運営委員代表者会(写真2)では会全体の意思統一を図り、話し合った内容を各会場へ返し全体の意思統一が

写真2 運営委員代表者会



図れるような仕組みを、保健師とボランティアが話し合って作ってきました。

現在の取り組み

現在、体操の実施会場は、公園27か所、神社3か所に広がり、参加者は30代の子育て世代から90代まで、幅広い年代の住民2万7000人が参加しています。午前8時半から9時頃にスタートし、ボランティアはカセットテープ、デッキの管理、体操当日の会場準備、緊急時の連絡など、各会場の運営を担い、また、参加者への声かけや目配りを行っています。

保健師は、地区活動や個別の関わりで出会った日中の出かけ先がない閉じこもりがちな高齢者や、入院のために体力が落ちた方の生活リズムを整えたり、運動習慣の獲得のために公園体操の参加を勧めています。情報につながりにくい住民が健康づくりや地域とのつながりに結びつくように関わっています。また、適宜会場に出向き、参加者に対し目配りをし、安全面への配慮や、参加者の健康相談、季節ごとに健康講話、保健福祉センター事業の紹介などを行っています。さらに円滑な活動を行うため、ボランティアとの調整を行ったりしています。

表 体操を実施した感想

①体への効果
・体調がよくなった
・体が軽くなった
・体が柔軟になった
・痛みやこりが軽減した
・健康状態を維持できている
②心への効果
・気持ちが明るくなる・元気になった
・晴れ晴れとした気持ちや爽快感を感じる
・前向きな気持ち・積極性・意欲
・1日が楽しく、快適に過ごせる
・仲間と一緒に体操することが楽しい
③生活や健康意識の効果
・生活のリズムが安定し、メリハリがついた
・体操に行くこと、仲間に会うことが楽しみであり、心待ちにしている
・毎日の生活に自信と安定感をもてるようになった
④人や社会との関わりの効果
・周りの人との挨拶や会話が aumentado
・新しい友人が増え、親しさを感じるようになった
・人と人とのつながりがうれしい
・体操に行くことで元気をもらえる
⑤人と人をつなげる地域づくりの効果
・近所や知人のお互いを気遣う心ができた
・身近な人たちとの交流と広がり
・お互い情報交換ができるようになった
・みんなの姿を見て自分も励まされる

取り組みの成果と評価

体操を実施する取り組みについて、参加者からは、表のようにさまざまな感想が寄せられています。

このような声が口コミで伝わり、参加者の増加につながっています。なかには、異なる会場を渡り歩き、月曜日から金曜日まで毎朝体操を行っているという方がたくさんいます。

会場によっては、子育て世代の親子の参加があり、子どもが場を和ませたり、高齢者から歓迎してもらえたりするなど世代間の交流がみられています。また、参加者同士で、30~50名

でバス旅行に行ったり、年に数回、御茶会などをしたりと、体操以外での交流も活発に行われています。

ボランティアにも体操をとおして変化が見られ、2007(平成19)年度のアンケートでは、「参加者が元気になったり喜んでくれたりする様子が自分の励みになっている」「体操に参加し自分の筋力強化になっている」など、自分自身についての感想が非常に多くありました。しかし、2011年度には、「積極的に広報活動をして、公園体操を多くの人に知ってもらいたい」という意見が多く聞かれるようになりました。そこで、『多摩区みんなの公園体操だより』をボランティアの方で作成し、さらに自主的に回覧するなど、自ら積極的に活動する姿勢へと変化してきました。

公園体操をとおして、参加者もボランティアも、身体面以外に自らの活動姿勢にも大きな変化が見られるようになりました。

3つの課題

今後に向けて、いくつかの課題があります。

第1点は、ボランティアが高齢化した現在、運営に関わる次世代を担う人材の育成です。若い世代を引き込むために、ボランティア養成講座やその他健康づくり事業、介護予防普及啓発事業を実施した際にグループワークを取り入れ、必ず身近な地区活動の紹介を行い、ボランティア活動につながるきっかけづくりになるような工夫をしています。次世代を担う人材育成が、今後の活動の鍵となっています。

第2点は、住民主体に向けての取り組みです。会議などの司会や書記は、各会場の持ち回り制にしたり、広報誌やその他、ボランティアが新たな活動を提案した際には、主体的に活動できるような役割分担を行うなど、工夫してい

ます。今後も活動を末永く維持していくために、ボランティアのもっている力を引き出し、かつのびのび活動できるように支援していきたいと考えています。

第3点は、地域のネットワークへの組み入れです。公園体操は、保健師だけの力だけでなく、地域住民の大きな力があつたからこそ、ここまで継続でき、そして拡大できているのだと思います。しかし、活動の維持・拡大のためには、地域ネットワークに組み入れることが重要です。今後は、他部署や地域包括支援センター、社会福祉協議会や自治会・老人会との連携を強化し、新たな人材の確保や閉じこもりの人などの参加者の拡大、そして運営に関する協力など得られるようにしたいと考えています。

おわりに

現在、わが国でも第二次「健康日本21」が策定され、取り組んでいるなか、川崎市でも「第2期かわさき健康づくり21」の中の具体的取り組みの方向性に運動習慣のきっかけの場づくりを進めると掲げられています。若い世代からの運動習慣の獲得は、健康づくり・介護予防には不可欠であるため、公園体操は、子育て中の若い世代への運動習慣のきっかけづくりとしてぜひ、普及させたいと考えています。

また、今後の介護保険制度の見直しに伴い、ソーシャルキャピタルの醸成の必要性にますます迫られています。

地域住民と目的を共有して、公園体操をより一層盛り上げていきたいと考えております。運動の輪、そして人とのつながりの輪が地域に広がることで、生き生きとした笑顔と活気が満ち溢れ、さらに人と人が支え合う地域社会が実現することを期待しています。健康づくり・介護予防、そして社会的交流の促進、健康寿命の

延伸，健康格差の縮小をめざし、「多摩区みんなの公園体操」が誰もが知っているような地域に密着した体操になるよう，今後も支援していきたいと考えます。

長谷川香澄◎はせがわ・かすみ
川崎市多摩区役所保健福祉センター
〒214-0014 神奈川県川崎市多摩区登戸 1775-1

事例へのコメント

東京都健康長寿医療センター研究所 藤原佳典

「多摩区みんなの公園体操」の特筆すべき点は、都市部の新興住宅地におけるソーシャルキャピタルを活用した地域保健事業にあります。川崎市多摩区は高度成長期に新興住宅地として開発されました。元々、農園であった頃の幼少期から住み続ける旧住民と、他地域から移住しその後退職したサラリーマン家庭から構成され、住民は多様な価値観や生活背景をもっています。このような新旧住民が混在する地域はわが国のほとんどの自治体で見られ、行政職は、両者に満足いくサービスを提供することに頭を悩ませることが多いと思います。

ソーシャルキャピタルの理論で、橋渡し(ブリッジング)型のソーシャルキャピタルが健康に及ぼす影響については知られていますが、背景や特徴の異なる住民を団結・連携させることは実際には容易ではありません。そこで、保健センターの保健師は、構想の時点から多摩区運動普及推進員と連携し、実技の専門家である健康運動指導士の助言を受けながら、体操のプログラムを作成しました。また、プログラム作成よりもっと重要なことは運営方法です。そこで、保健師は運営委員会を設立しました。さらに、地区ごとにより身近なグループミーティングを設置するなど、住民が連携しやすい仕組みを作りました。

橋渡し型のソーシャルキャピタルを醸成するうえで、重要な点は、関与者間で組織の理念や目標を共有することです。結束(ボンディング)型の組織、つまり血縁や古くからの地縁で結びついた住民だけで構成される組織ならば、文章化し、確認しなくても阿吽で理解できることも多いでしょうが、橋渡し型の組織の場合にはそうはいきません。「体操=健康」と漠然とはイメージできても、健康に対する意識やニーズもまちまちでしょう。そこで、多摩区みんなの公園体操は目的を明示しています。

第1に、高齢になっても健康で幸せに過ごすため、体操をとおして健康づくりと介護予防の輪を広げること、第2に、体操を身近な地域に広めることにより、高齢者の運動習慣の獲得、社会的交流(孤立予防)の機会を設けること、第3に、健康づくりや介護予防ボランティアを養成し、協働で「健康づくり・介護予防」活動を発展させること、としています。

このように共通目的を明示することは、住民の自主グループ活動においては、常に関与者の行動面、精神面のよりどころになります。体操の組織や活動が拡大したり、リーダーが交代しても、常にぶれない根幹にあたります。健康のための体操ならば何でもアリではなく、これはソーシャルキャピタルの構成要素の1つである「規範」にもつながるでしょう。

ともすれば自主活動と自由活動をはき違える住民も少なくありません。ソーシャルキャピタルは「信頼」「互恵性」「ネットワーク」と捉えられがちですが、その前提にある、「公共性=みんなのため」を忘れてはいけません。多摩区みんなの公園体操のネーミングにおける「みんな」に込められた思いこそ、行政保健師が住民に啓発すべき端的なメッセージではないでしょうか。