

【原著論文】

## 過疎地域高齢者の主観的健康感に影響を与える ソーシャル・キャピタル要素

谷川 千春<sup>1</sup>・福本久美子<sup>2</sup>・中川 武子<sup>3</sup>・戸渡 洋子<sup>4</sup>

### 【要旨】

【目的】人口減少が著しい過疎地域の高齢者の健康度とソーシャル・キャピタル（以下、SC）の地域特性を明らかにし、良好なSCを醸成するための条件を明らかにすることを目的とした。【方法】主観的健康観、SC項目（市民参加、社会的連帯、互酬性）、地域特性項目について質問紙調査を行った。対象は、人口密度が低い過疎地域2町に住む高齢者614名（有効回答者）である。【結果】過疎地域は、日本老年学的評価研究が行った全国調査と比較して市民参加率が低く、ロジスティック回帰分析の結果、主観的健康観には市民参加及び社会的連帯が関連していた。また、SCの醸成には、生活の不便さ、集う場所及びバス停の有無と相関があった。【結論】過疎地域でも、市民参加は主観的健康観を維持する重要なSC項目である。一方で、JAGESの研究結果である都市部と比較し過疎地域では市民参加率が低い。これは、インフラが乏しく、市民参加の場が都市部より少ないことが一因であると考えられ、住民参加の場である通いの場等の地域支援事業は貴重な場になっているが、過疎地域では担い手の確保が課題である。今後、住民参加の場を維持するために、貴重な転入者や外部人材が住民参加できるよう、価値観が異なる人が疎外されない橋渡し型のSCが醸成されるよう介護予防に携わる保健師等の専門職が介入する必要がある。さらに、住民参加の場が集約され、参加が困難にならないよう、今後さらに人口減少が進むことを踏まえ、全国一律の制度設計ではなく、住民参加の場への交通手段の支援も検討する必要がある。

キーワード：ソーシャル・キャピタル、市民参加、主観的健康観、介護予防

### 【緒言】

近年、ソーシャル・キャピタル（Social・Capital：以下、SCとする）は、我々の日常生活における重要な社会・経済現象と結びついているとし、1990年代以降、教育や市民活動、医療など様々な分野で議論されてきた<sup>1)</sup>。SCは、様々な分野の研究者が独自の定義を行っているが、最も多用されている定義は、パットナムによる「調整された諸活動を活発にすることによって社会の効率性を改善し得る信頼、規範、ネットワークといった社会組織の特徴」である<sup>2)</sup>。また、稲葉は、様々な定義には共通して、「社会における信頼・規範・ネットワーク」の基本要素が組み込まれているとし、「心の外部性を伴った信頼・規範・ネットワーク」と定義している<sup>3)</sup>。

公衆衛生領域でも、SCと健康の関連が注目され、厚生労働省は、「住民組織活動を通じたソーシャル・キャピタル醸成・活用にかかる手引き」に基づいた地域保健対策の推進を行っている<sup>4)</sup>。

また、日本老年学的評価研究（JAGES）では、日本の高齢者の地域レベルの健康に関わるSC要素「互酬性」「社会的連帯」「市民参加」を測るツールを開発し、地域レベルの市民参加が社会的結束よりも健康上の成果とより密接に関連していることを明らかにしている<sup>5)</sup>。JAGES調査では健康指標の一つとして、主観的健康感を用いている。主観的健康感とは、自分自身の健康状態を、自分自身が自己評価したものであり、「病気と共生する、ないし受容する健康感を大切にして障害を持ちやすい高齢者にも健康的である生活が大切であることや、個々人が質

<sup>1</sup>熊本大学、<sup>2</sup>前九州看護福祉大学、<sup>3</sup>九州看護福祉大学、<sup>4</sup>熊本保健科学大学

の高い生活を送れることを重視すること」から、多くの研究で使用されてきており、本研究でも健康指標として用いた<sup>6)</sup>。

SCの醸成は、健康に良い影響を与える研究がある一方で、社会的結束の強い地域では、①部外者の排除②グループメンバーへの過度な要求③個人の自由の制限④規範の下方修正が起こりやすいという負の側面も指摘されており健康への負の影響も考慮する必要がある<sup>7)</sup>。また、特定の人への信頼が健康に与える影響は、農村部より都市部で有効であるという結果<sup>8)</sup>や、うつ病の有病率は人口密度が低い自治体の方が高いが、男性のうつ病リスクは、社会的結束や互酬性に関連し、日本の農村部では低い傾向にあるといった結果<sup>9)</sup>があり、地域特性別のSCによる健康への影響を明らかにすることが必要である。特に、人口減少が著しく高齢者比率が高い過疎自治体では、一人あたりの所得が低く、経済的ゆとり感が充分とは言えず、人的資源や社会的資源が不足している傾向にあることや、社会的流動性が低く、閉鎖的であるため、SCの負の影響を受けやすい<sup>8)</sup>。

そこで、本研究では、人口減少が著しい過疎地域の高齢者の健康度とSCの地域特性を明らかにし、良好なSCを醸成するための条件を明らかにすることを目的とした。

## 【方法】

### I. 調査対象

本研究は、人口密度が100人/km<sup>2</sup>未満の2自治体A町及びB町（H27年度国勢調査の高齢化率は、A町37.6%、B町44.5%、）内の小学校区〔以下、小地域〕の高齢者（60歳～80歳）を対象とした。（表1）A町では海沿地域のa1地区と山林地域のa2地区、B町の小地域は、医療機関があるb1地区と農林業中心のb2地区、（以下順に、a1、a2、b1、b2）とした。

### II. 調査方法

2017年10月1日現在の該当年齢者を住民基本台帳より抽出し、無記名自記式質問調査を行い、郵送法にて配布回収を行った。調査期間は、2017年12月～2018年1月である。対象地区別調査票の配布数、回収数及び有効回答率は表2の通りである。

回収調査票の内、①回答者年齢が81歳以上、②介護を受けている③SC項目4項目の内、50%以上無回答のいずれかに該当する調査票は、無効とした。

また、小地域名がわからない対象については各町の総計に加え分析を行った。

なお、本研究は、九州看護福祉大学倫理委員会の承認後調査を行った（承認番号 No29-020）。

表1 老年人口及び人口密度

西暦	A町			B町			全国		
	1980	2015	2045 (推計)	1980	2015	2045 (推計)	1980	2015	2045 (推計)
老年人口割合(%)	14.3	37.6	53.1	14.6	44.5	62.3	9.1	26.6	38.3
人口密度 (人/Km <sup>2</sup> )	117.2	75.5	36.4	48.4	27.8	11.8	309.7	336.3	271.1

「日本の地域別将来推計人口(平成30年3月推計)」「平成27年国勢調査」より算出

表2 対象地区別調査票の回収率・有効回答率

	A町				B町				総計
	a1	a2	その他	計	b1	b2	その他	計	
配布数	270	303	0	573	351	173	0	524	1097
回収数	145	186	16	347	174	120	12	306	653
回収率(回収数/配布数)(%)	53.7	61.4	—	60.6	49.6	69.4	—	58.4	59.5
有効回答数	141	172	14	327	168	110	9	287	614
有効回答率(有効回答数/配布数)(%)	52.2	56.8	—	57.1	47.9	63.6	—	54.8	56.0

### Ⅲ. 調査項目

JAGES（日本老年学的評価研究）プロジェクト作成の「健康とくらしの調査」項目を基に作成した。

#### 1. 対象者の基本属性

年齢、性別、教育年数、家族形態、居住年数、居住形態、経済状況のゆとり

#### 2. 主観的健康観

主観的健康観は、「よくない・あまりよくない・ある程度よい・とても良い」の4件法で回答を求め、ロジスティック回帰分析では、「よくない・あまりよくない」を「0：よくない」、「ある程度よい・とてもよい」を「1：よい」と併合した。

#### 3. SC 項目

##### 1) 市民参加に関する項目（9種類）

ボランティア、スポーツ関係、趣味関係、学習・教養、特技や経験を他者に伝える活動、老人クラブ、町内会、介護予防活動、収入のある仕事の各項目について、5件法で回答を求めた。ロジスティック回帰分析では、「月に1回以上の参加がある」を「1：ある」、「年に数回・参加なし」を「0：なし」と併合した。また、いずれかの項目において、月1回以上参加しているものを「1：ある」、いずれもないものを「0：なし」とし、集計した。

##### 2) 社会的連帯に関する項目（4項目）

「あなたの地域の人々は、一般的に信用できると思うか」「あなたの地域の人々は、多くの場合、他の人の役に立とうと思うか」「あなたは現在住んでいる地域にどの程度愛着があるか」の3項目は、「1. 全くない、思わない」から「5. とてもある、思う」までの5件法で回答を求めた。「あなたは、地域内のご近所の方とどのような付き合いをしているか」は、「1. 全くしていない」から「4. 日常的に協力し合っている」までの4件法で回答を求めた。ロジスティック回帰分析では、5件法の項目については1～3までの回答を0点、4、5の回答を1点とし、4件法の項目は、1、2を0点、3、4を1点に併合し、得点化し合計を求めた。

##### 3) 互酬性の項目（4項目）

「心配事や愚痴を聞いてくれる人がいるか」「あなたが心配事や愚痴を聞いてあげる人がいるか」「あなたが病気で数日間寝込んだ時に世話をしてくれる人がいるか」「看病や世話をしてあげる人がいるか」の4項目を尋ね、いる場合を1点、いない場合を0

点とし、得点化し合計した。

#### 4. 地域特性項目

自治会費支払いの有無、徒歩圏内にある公園の有無と利用頻度、商店の有無、公共交通機関の有無、行事の有無と参加の有無、集える場所の有無とその参加の有無を尋ねた。

### Ⅳ. 分析方法

各項目の単純集計後、JAGESの健康に関するSC指標項目については、平均値を算出した。統計ソフトSPSS Ver25を用いて、SC項目及び主観的健康観に関して2変量をKendallの順位相関係数で分析した。SC項目はSC醸成度の高低による集団間の比較をするため、SCスコアの平均値と標準偏差によって3区分に分類した。20点以下を「低得点群」、21点以上33点以下を「中得点群」、34点以上を「高得点群」とした。検定における有意水準は $P < 0.05$ とした。その後、市民参加、社会的連帯、互酬性主観的健康観を説明変数、主観的健康観を従属変数とする2項ロジスティック回帰分析を実施した（モデル1）。また、同じ分析を、性別、年齢区分、居住歴区分、教育年数区分を追加投入し、実施した。

### 【結果】

#### I. 対象者の属性等

対象地区は両地区ともに高齢化率が40.0%を超え、人口密度が100人/km<sup>2</sup>未満の過疎地域である。表3に小地域別の対象者の属性を示した。有効回答対象者614名の平均年齢は69.6歳だった。家族構成は、1人暮らしの割合が全体では13.4%で、b2が9.1%と最も少なく、a1が19.9%と最も多かった。最終学歴が高校以上と回答した割合は、全体では53.6%であり、a2が30.8%と最も少なく、b2が74.5%と最も多かった。経済状態は、「大変苦しい」または「やや苦しい」と答えた割合が、全体では28.2%であった。b1が15.5%と最も少なく、a2が41.9%と最も多かった。

#### Ⅱ. 健康に関するSC指標の平均値

JAGESが、作成した11項目の健康に関連するSC指標について、本研究対象地域の小地域の平均を算出した。「市民参加」の平均値は、全小地域におい

表3 対象者の属性

小地域区分		a1 n:141		a2 n:172		b1 n:168		b2 n:110		全体 N:614	
年齢平均値		69.2歳		69.5歳		70.1歳		69.3歳		69.6歳	
家族構成	1人暮らし	28	19.9%	19	11.0%	19	11.3%	10	9.1%	82	13.4%
	夫婦二人	54	38.3%	79	45.9%	82	48.8%	38	34.5%	260	42.3%
	子との2世帯	19	13.5%	24	14.0%	26	15.5%	17	15.5%	86	14.0%
	子と孫の3世帯	11	7.8%	18	10.5%	17	10.1%	9	8.2%	58	9.4%
	その他	29	20.6%	31	18.0%	22	13.1%	35	31.8%	124	20.2%
	無回答	0	0.0%	1	0.6%	2	1.2%	1	0.9%	4	0.7%
居住年数	20年以上	114	80.9%	165	95.9%	154	91.7%	101	91.8%	548	89.3%
教育年数	高校以上	76	53.9%	53	30.8%	107	63.6%	82	74.5%	329	53.6%
経済状況	大変苦しい	4	2.8%	16	9.3%	9	5.4%	6	5.5%	35	5.7%
	やや苦しい	35	24.8%	56	32.6%	17	10.1%	22	20.0%	138	22.5%
	ふつう	90	63.8%	94	54.7%	121	72.0%	71	64.5%	391	63.7%
	ややゆとりがある	10	7.1%	5	2.9%	19	11.3%	10	9.1%	44	7.2%
	大変ゆとりがある	1	0.7%	1	0.6%	2	1.2%	0	0.0%	4	0.7%
	無回答	1	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.9%	2	0.3%

て全項目で JAGES の平均値を下回っていた。「社会的連帯」の項目は、全体では「役に立とうと思う気持ち」のみ1.6ポイント上回った。B 町合計では、「愛着を持っている」も1.4ポイント上回っていた。A 町は a1 が特に低く、3 項目とも平均値を下回っていた。「互酬性」の項目では、全体では全項目で JAGES の平均値を上回っていた。小地域別でみると、b1 が「愚痴を聞いてあげる人がいるか」という項目のみ下回っていたが、その他の項目はすべて

上回っていた。

### Ⅲ. 主観的健康観及び SC 醸成度との相関

主観的健康観と SC との相関は、b2 のみ認め、小地域間差があった ( $p < 0.05$ )。一方で、全体でも有意差を認めた。

主観的健康観と年齢には、a2 のみ負の s 相関を認め、全体でも負の相関を認めた。主観的健康観と経済状況のゆとりでは、a2、b2 及び全体において

表4 コミュニティの SC 健康尺度平均値

健康尺度項目(回答基準)		a1 (n=141)	a2 (n=172)	A町 (n=327)	b1 (n=168)	b2 (n=110)	B町 (n=287)	合計 (n=614)	※JAGES 平均値
市民参加	ボランティア・グループに参加する頻度(月1回以上)	5.0	12.3	9.2	7.1	10.9	8.4	9.0	12.6
	スポーツ関係のグループやクラブに参加する頻度(月1回以上)	13.5	19.8	17.4	21.4	14.5	18.1	17.8	25.9
	趣味関係のグループに参加する頻度(月1回以上)	20.6	16.3	18.0	25.6	19.1	22.3	20.0	34.3
	学習・教養サークルに参加する頻度(月1回以上)	4.3	4.7	4.9	8.3	7.3	8.0	6.4	9.9
	特技や経験を他者に伝える活動に参加する頻度(月1回以上)	2.8	2.3	2.8	1.2	5.5	3.1	2.9	6.2
社会的連帯	地域の人々は一般的に信用できと思うか(とても・まあできる)	59.6	68.0	63.9	70.2	66.4	68.6	66.1	68.6
	地域の人々は多くの場合、他の人の役に立とうと思うか(とても・まあ思う)	46.8	54.7	51.1	58.9	56.4	56.8	53.7	52.1
	現在住んでいる地域にどの程度愛着があるか(とても・まあある)	74.5	75.6	74.6	83.3	76.4	80.5	77.4	79.1
互酬性	病気で数日間寝込んだときに看病や世話をしてくれる人がいるか(いる)	97.9	98.8	98.5	99.4	98.2	99.0	98.7	94.7
	心配事や愚痴を聞いてくれる人がいるか(いる)	99.3	98.8	99.1	100.0	99.1	99.3	99.2	92.5
	心配事や愚痴を聞いてあげる人がいるか(いる)	95.7	96.5	96.0	93.5	95.5	94.4	95.3	94.3

※JAGESの平均値は、2013年全国13道府県30市町村(702地域)の平均値

(%)

【人口密度】1000人以上/km<sup>2</sup>:15市町、100人以上1000人未満/km<sup>2</sup>:8市町、100人未満/km<sup>2</sup>:6市町村

相関を認めた。

SC と居住年数では、小地域ではb1で相関を認めた。全体ではSC と居住年数、経済状況において、相関を認めた。

主観的健康観と地域特性の相関（表6）をみると、全体では生活の不便さ及び行事への参加において有意差を認めた。地区別にみると、生活の不便さではすべての地区で相関を認めたが、行事への参加ではb2 地区のみ相関を認めた。

SC との相関について、「行事への参加」及び「集える場所の利用」は、SC の構成要素と重なるため、SC との分析は行わなかった。SC との相関をみると、全体では、生活の不便さ、公園の有無、バス停駅の有無、行事の有無、集う場所の有無との有意差を認

めた。特に「集える場所の有無」は小地域でもb1を除き、有意差を認めた。

#### Ⅳ. SC 要素と主観的健康観の関連

主観的健康観を目的変数、市民参加、社会的連帯、互酬性を説明変数とする2項ロジスティック回帰分析の結果を表7に示した。

市民参加及び社会的連帯と主観的健康観の間に有意な関連がみられ、市民参加ではオッズ比（Odds Ratio:OR）及び95 % 信頼区間（Confidence Interval : CI）は、1.94（1.22-3.09）、社会的連帯では1.20（1.10-1.30）であった。（モデル1）交絡要因を調整したモデル2においても、同様に、市民参加及び社会的連帯との間に有意な関連が見られた。

表5 対象者の属性と主観的健康観及びSC醸成度との相関

小地域区分		a1 n:141		a2 n:172		b1 n:168		b2 n:110		全体 N:614	
項目	最小値⇄最高値	主観的 健康観 (4段階)	SC (3区分)	主観的 健康観 (4段階)	SC (3区分)	主観的 健康観 (4段階)	SC (3区分)	主観的 健康観 (4段階)	SC (3区分)	主観的 健康観 (4段階)	SC (3区分)
SC(3区分)	低 1⇄3 高	.034		.087		.138		.282**		.137**	
年齢区分	低 1⇄4 高	-.112	-.007	-.252**	-.007	-.021	-.019	-.030	-.028	-.114**	-.011
居住年数区分	低 1⇄3 高	-.117	.201*	-.099	.014	.012	.193**	.055	.074	-.034	.140**
経済状況のゆとり	低 1⇄5 高	.072	.103	.140*	.168*	.132	.186**	.182*	.178*	.148**	.151**

※kendallの順位相関分析による

※表中の数字は、相関係数。\*:5%水準、\*\*:1%水準で有意(両側)

表6 地域特性と主観的健康観及びSC醸成度との相関

小地域区分			a1 n:141		a2 n:172		b1 n:168		b2 n:110		全体 N:614	
項目	最小値⇨最高値		主観的 健康観 (4段階)	SC (3区 分)	主観的 健康観 (4段階)	SC (3区 分)	主観的 健康観 (4段階)	SC (3区 分)	主観的 健康観 (4段階)	SC (3区 分)	主観的 健康観 (4段階)	SC (3区 分)
地域 特性	生活の不便さ	有 1⇨5 無	.242**	.072	.228**	.086	.382**	.139*	.264**	.190*	.294**	.110**
	公園の有無	少 1⇨4 多	.040	.184*	-.057	.161*	-.023	.121	.193*	.129	.048	.153**
	商店の有無	少 1⇨4 多	.114	.089	-.017	.069	.032	.091	.003	-.040	.052	.044
	バス停駅の有無	少 1⇨4 多	.061	.201*	.038	.209**	-.020	.159*	-.044	.185*	.044	.189**
	集う場所の有無	少 1⇨4 多	.056	.297**	-.021	.330**	.049	.098	.185*	.280**	.070	.248**
	行事の有無	少 1⇨4 多	.093	.136	-.035	.204**	-.103	.193**	.113	.230*	.021	.195**
	行事への参加	少 1⇨4 多	.021		.080		.047		.320**		.116**	
	集える場所の利用	少 1⇨4 多	-.060		.000		.026		.230 <sup>+A1</sup>		.063	

※Kendallの順位相関分析による

※表中の数字は、相関係数。\*:5%水準、\*\*:1%水準で有意(両側)

表7 SC要素と主観的健康観の関連

変数	集計方法	モデル1		モデル2	
		OR(95%CI)	p	OR(95%CI)	p
市民参加	1カ月に1回以上の参加の有無	1.94 (1.22-3.09)	0.005	1.67(1.08-2.58)	0.021
社会的連帯	4項目「あり」の合計	1.20 (1.10-1.30)	0.000	1.31(1.10-1.56)	0.003
互酬性	4項目「あり」の合計	0.77 (0.51-1.17)	0.224	0.65(0.40-1.07)	0.090
年齢区分	低1⇔4高			0.70(0.57-0.86)	0.001
経済状況のゆとり	低1⇔5高			1.05(0.74-1.47)	0.801
生活の不便さ	有1⇔5無			1.74(1.38-2.19)	0.000
集う場所の有無	少1⇔4多			0.97(0.65-1.43)	0.871

※表中の数値はオッズ比 (Odds Ratio:OR) 及び95%信頼区間 (95%Confidence Interval:CI)を示す。

※目的変数:主観的健康観 (0:健康ではない、1:健康)

## 【考察】

### I. 対象者の属性

本研究の対象地域は、2町ともに人口密度が100人/km<sup>2</sup>未満で、過疎法第2条及び第41条の条件に該当する全部過疎地域に該当する市町村である。

対象者の平均年齢は、全小地域において69歳～70歳であり、大きな差はなかった。対象者の世帯構成割合は、一人暮らし率が13.4%であり、全国の65歳以上の独居率14.7%<sup>10)</sup>より低かった。地域別ではa1のみ19.9%と高く、平均値を上昇させていた。

教育歴は、対象者の平均年齢である69歳の中学卒業年(1963年)の中学卒業後就職率が30.7%<sup>11)</sup>であり、教育年数高校以上53.6%は全国と比較し教育歴が短い傾向にあった。しかし、教育年数は小地域間で差があり、a2は30.8%と最も教育歴が短く、経済的状況において「大変苦しい」「やや苦しい」と答えた割合が、41.9%と最も多かった。

### II. 主観的健康観とSC醸成度との関連

全体では、主観的健康観とSC項目との相関がみられ、先行研究<sup>12) 13) 14) 15)</sup>にもあるようにSC醸成度が高い人は、主観的健康観が高いという結果になった。一方で、b2以外の地区では、有意差は見られなかったことから、SCと主観的健康観の関連には地域差があり、個人的な背景に影響を受けることが示唆された。b2地区は、他の地区に比べて教育歴が高校以上である割合が74.5%と最も高く、SC醸成度が主観的健康観に影響を与える要因として教育歴が関連する可能性がある。また、年齢及び経済状況が主観的健康観に影響を与えたことから、高齢になるほど、疾病や障害を抱え、身体的健康が阻害さ

れやすく主観的健康観も相関して低下しやすいといえる。

### III. 過疎地域における健康に影響を与えるSC関連項目の特徴

JAGESが開発した健康に影響を与えるコミュニティレベルでのSCを測定するための11項目の尺度<sup>5)</sup>によって30市町村(702地域)の平均値と比較したところ、市民参加の項目はいずれの小地域もすべての項目で平均値を下回っていた。JAGESが対象とした30市町村の内、24市町は人口密度が100人以上の市町であり、本研究地域より都市部の地域が多く、過疎地域では市民参加率が低い可能性がある。これは、市民参加の項目は地縁型以外の参加頻度を測る項目が多く、都市部と比較し参加可能なグループの種類が少なく、交通アクセスが不良な地域では可能な参加範囲が限定されやすいという環境的要因が大きいと考えられる。人口密度の差による交通アクセスを含むインフラの格差と主観的健康感について考察されているアメリカのカンザス州における、18歳以上の成人を対象とした調査<sup>16)</sup>では、1平方マイル(約1.6km<sup>2</sup>)あたりの人口密度が6人未満を「フロンティア」、6～19人未満を「農村部」、20人～39人未満を「密集した農村部」、40～149人未満を「半都市部」、150人以上を「都市部」として分類し、コミュニティへの評価及び自己評価による健康状態(主観的健康感)との関連を明らかにしている。農村部と半都市部以上の都市部を比較するとインフラが整っていない農村部はコミュニティへの評価が低く、コミュニティへの評価が主観的健康感に直結していることを明らかにし、物質的インフラへの投資や制度への構造的介入の必要性に言及している。イ

ンフラの不足がコミュニティ評価を低下させ、主観的健康感の低下と関連しているという結果は、生活の不便さが主観的健康観と関連しているという本研究の結果と矛盾しない。また、高齢者を対象とした本研究では、インフラの不足が市民参加率にも影響を与え、コミュニティへの評価や信頼をさらに低下させている可能性がある。バス停、集う場所、行事の有無と SC に有意差があったことから、SC の醸成にはインフラが重要であることがわかる。

健康に影響を与える SC 指標の内、互酬性の項目は、A 町及び B 町がすべての項目において平均を上回っていたが、主観的健康観との関連において有意差がなかった。これは、コミュニティレベルの SC 項目が全国平均と比較しても得点が高く差がつかなかったこと、社会流動性が低く結束の強い地域では、互酬性の高さは個人の自由を阻害するなど健康に対し、SC の負の影響を与える側面も考えられる。

#### IV. 過疎地域の高齢者の介護予防政策

社会交流と健康との関連について、先行研究では、同居以外の人との交流が月 1 回ある高齢者は、認知症、早期死亡を抑制する<sup>17)</sup>ことが明らかとなっている。また、月 1 回未満の者は、例えば生活に満足していても要介護状態になるリスクが高まること<sup>18)</sup>も報告されている。さらに、市民参加の種類は、スポーツや趣味の会などの対等な関係性の方が、町内会や職業などの上下関係がある会よりも抑うつ症状を抑制するために効果的であった。<sup>19)</sup> 加えて、活動参加理由が「楽しいから」と答えた者の主観的健康観が高い<sup>14)</sup>と報告されており、個人の趣味嗜好に合った多種多様な活動の場があることが望ましい。

現在、介護保険制度では総合事業による通いの場の創設が進められており、渡辺<sup>20)</sup>は、2010年から2016年にかけて SC が増加した要因の一つであると述べており、特にインフラに限られ、市民参加の場が限定される過疎地域では、住民が参加できる住民参加の場が重要な役割を果たしていると考えられる。しかし、高齢化のさらなる進展に伴い、今後の活動の場の維持のためには、担い手の確保が課題である。地域の産業や歴史などの資源を活かした高齢者自身が担い手となれる風土を活かした取り組みや、地元の人材に限定せず、貴重な転入者や頻繁に来訪する「関係人口」と呼ばれる人々が、疎外されず担い手

として活躍できる工夫が必要である。そのためには、保健師等介護予防に携わる専門職は、企画段階から住民や外部の人材、多職種等様々な人材をつなぎ、結合型 SC の負の影響である価値観の異なる人材の疎外が生じないように、橋渡し型の SC を醸成が重要である。

一方で、人口減少とともに通いの場が集約されエリアが広域になることは否めない。広域化によって、今まで参加できていた ADL 状況であっても高齢者の参加が困難になるという課題がある。現在の法制度では通いの場へ通う交通手段は個人に任されており、通えなくなってしまうと、早期に要介護状態になる可能性がある。介護予防のために住民参加を促すためには、全国一律の制度設計ではなく、インフラが乏しい過疎地域では交通手段確保の支援も検討する必要がある。

#### 【今後の課題】

本研究は、A 町及び B 町限定の調査であり、地域が限局しているため、過疎地域の中でも地域特性によって結果が異なる可能性があることは否定できない。今後は、地域を拡大して信頼性及び妥当性を検討していく必要がある。また、高齢化が進行し、同地区であっても人口密度がさらに急速に減少する傾向にあるため、経時的に分析をする必要がある。

高齢者における高齢者の健康と SC との関連に関する研究は増加しているが、過疎地域の特性との関連に言及したものは少ないため、本研究の結果は、過疎地域での SC 特性を踏まえた介護予防施策に寄与できると考える。

#### 【結論】

過疎地域において、主観的健康観と相関がある SC 項目は、市民参加及び社会的連帯であった。一方で、健康に影響を与えるコミュニティレベルでの SC 尺度によると、過疎地域の市民参加率は、JAGES が調査した全国のコミュニティ平均値をすべて下回っていた。市民参加が少ない要因として、インフラ等の環境要因が考えられる。

そのような中、地域支援事業による通いの場は、住民参加の貴重な場所になっている。しかし、今後、

担い手が不足することが予想されるため、既存の資源を活かし参加者自身が担い手となる活動内容及び、外部からの人材が疎外されない橋渡し型のSCが醸成が必要である。このためには、行政保健師等介護予防事業に携わる専門職による支援が求められる。また、通いの場への交通手段は高齢者自身に委ねられていることから、介護保険制度は全国一律の制度設計ではなく、インフラが乏しい過疎地域では交通手段の確保の支援も検討する必要がある。

### 【謝辞】

本研究は、科学研究費助成事業（基盤研究C：課題番号26463583，平成26～29年）「地域特性に基づく健康とソーシャルキャピタルの醸成の在り方に関する研究」の一部である。本研究にご助言いただきました浜松医科大学尾島俊之教授をはじめ、ご協力いただいた皆様に心より感謝申し上げます。

### 【文献】

- 1) 稲葉陽二. ソーシャル・キャピタル「信頼の絆」で解く現代経済・社会の諸課題. 東京：生産性出版；2007.p2-3.
- 2) ロバート・D・パットナム. 河田潤一訳. 哲学する民主主義伝統と改革の市民的構造. 東京：NTT出版；2001.P206-207.
- 3) 稲葉陽二. ソーシャル・キャピタルの潜在力. 東京：日本評論社；2008.p13
- 4) 厚生労働省（2014）. 平成26年（2014）度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.  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000092157.pdf>
- 5) Masashige Saito, et al. Development of an instrument for community-level health related social capital among Japanese older people: The JAGES Project. Journal of Epidemiology. 2017;27(5):p221-227.
- 6) 岡戸順一. 主観的健康感の医学的意義と健康支援活動. 総合都市研究. 2000;73:p125-133.
- 7) イチロー・カワチ. ソーシャル・キャピタルと健康. 東京：2008.p134-139.
- 8) Yukihiro Sato, et al. Generalized and particularized trust for health between urban and rural residents in Japan: A cohort study from the JAGES project. Social Science & Medicine. 2018;202:p43-53.
- 9) Mariko Kanamori, et al. Differences in depressive symptoms by rurality in Japan: a cross-sectional multilevel study using different aggregation units of municipalities and neighborhoods (JAGES). International Journal of Health Geographics; 2021:p20-42.  
統計局（2015）平成27年国勢調査最終報告書「日本の人口・世帯」統計表.  
[https://www.e-stat.go.jp/stat-search/database?page=1&query=%E5%B9%B4%E9%BD%A2%E3%80%80%E6%A0%B8%E5%AE%B6%E6%97%8F&layout=dataset&toukei=00200521&tstat=000001080615&statdisp\\_id=0003411761&metadata=1&data=1](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/database?page=1&query=%E5%B9%B4%E9%BD%A2%E3%80%80%E6%A0%B8%E5%AE%B6%E6%97%8F&layout=dataset&toukei=00200521&tstat=000001080615&statdisp_id=0003411761&metadata=1&data=1)（閲覧日2022年5月29日）
- 10) 統計局（2021）学校基本調査卒業者に占める就職者の割合.  
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00400001&tstat=00001011528&cycle=0&tclass1=000001021812&tclass2val=0>（閲覧日2022年5月29日）
- 11) 于進, 小林恵子. 中国都市部における高齢者の主観的健康観と健康習慣, ソーシャル・キャピタルとの関連. 新潟大学保健学雑誌. 2019;16(1):p23-31.
- 12) 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の検討, 日本公衛誌. 2014;61:p71-85.
- 13) 中村好一, 金子勇他. 在宅高齢者の主観的健康感と関連する因子, 日本公衛誌. 2002;49(5):p409-416.
- 14) 柄澤美季, 玉浦有紀他. 地域活動参加状況と主観的健康感の関連からみた介護予防事業参加高齢者の特徴, 栄養学雑誌. 2020;78(5):p1-8.
- 15) K. Allen Greiner, Chaoyang Li et al. The relationships of social participation and community ratings to health and health behaviors in areas with high and low

- population density, Social Science & Medicine. 2004;59:p2303-2312.
- 16) 齊藤雅茂. 近藤克則他. 健康指標との関連からみた高齢者の社会的孤立基準の検討10年間の AGES コホートより, 日本公衛誌. 2015;62: p95-105.
- 17) 齊藤雅茂. 近藤克則他. 高齢者の生活に満足した社会的孤立と健康寿命総室との関連 AGES プロジェクト4年間コホート研究より, 老年社会科学. 2013;35(3):p331-340.
- 18) Haseda MAho et al. Community Social Capital, Built Environment, and Income-Based Inequality in Depressive Symptoms Among Older People in Japan: An Ecological Study From the JAGES Project. Journal of Epidemiology. 2018;28(3):p108-116.
- 19) Ryota Watanabe, Katsunori Kondo. Change in Municipality-Level Health-Related Social Capital and Depressive Symptoms: Ecological and 5-Year Repeated Cross-Sectional Study from the JAGES. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019;16:p1-10.

[Original Article]

## Social capital factors that affect the subjective health of the elderly in depopulated areas.

Chiharu Tanigawa<sup>1\*</sup>, Kumiko Fukumoto<sup>2</sup>, Takeko Nakagawa<sup>3</sup>, Youko Towatari<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Kumamoto University

<sup>2</sup> Former Kyushu University of Nursing and Welfare

<sup>3</sup> Kyushu University of Nursing and Welfare

<sup>4</sup> Kumamoto Health Science University

[Abstract]

We investigated the relationship between the health of the elderly and social capital (SC) in depopulated areas. A total of 614 participants completed an anonymous self-administered questionnaire. Depopulating areas are defined as having a population density of less than 100 people per square meter. The questionnaire inquired about basic participant characteristics, such as subjective health, SC (citizen participation, social solidarity, and reciprocity), and regional characteristics. The results showed that the public participation rate was lower than that of the national survey conducted by the Japanese Gerontological Evaluation Study. In addition, binomial logistic regression analysis performed using subjective health as the dependent variable indicated a significant correlation between subjective health and public participation and social solidarity. Citizen participation is an important SC item for maintaining subjective health even in depopulated areas. The aging of the population leads to a shortage of human resources to support local activities. In depopulated areas with low social mobility, immigrants and people living in other areas are more likely to be marginalized; hence, public health nurses need to foster ways of bridging SC so that supporters and immigrants living in other areas are not marginalized within the community. In addition, it is necessary to support transportation so that places for residents' activities will be physically integrated and the elderly will have access. In other words, it is necessary to consider the system design of the long-term care insurance service.

**Keywords:** *Social capital, Subjective health, Public participation, Care prevention*

---

\* Corresponding author.