

[原著論文]

健康長寿高齢者の居住地（町部・郡部）における ソーシャル・キャピタルの醸成の特性比較

田尻千春¹、福本久美子²、久佐賀眞理³

【要旨】 本研究では、健康な暮らしを支える社会的ネットワーク特性等の要因の地域比較から、健康推進をはかるために担うべき保健師の役割と機能の一端を明らかにすることを目的に、健康長寿高齢者の社会的ネットワーク特性の地域比較を行った。A市の同一日常生活圏内に住む介護保険認定を受けていない80歳以上の高齢者12名に、半構造的面接法による調査を行った。人口が集中し高齢化率が低い町部と高齢化率が高く交通アクセスが乏しい郡部に分け同じ日常生活圏域とされる地域包括圏域での地域差を検討した。結果、ソーシャルキャピタル関連項目及び社会的ネットワーク関連項目は郡部が有意に高く、挑戦意欲は町部が有意に高かった。よって、介護保険制度上同一の日常生活圏域であってもソーシャルキャピタル醸成度及び社会的ネットワーク特性は異なることが明らかとなり、地域的、風土の多様性は、小規模なコミュニティ単位で把握することが重要であると考えられた。したがって、保健師は地域に赴き地区把握を基礎としたヘルスプロモーションのコーディネーターとしての専門性を深め、人や組織を巻き込み連動する力を養い地域特性を踏まえた支援を行う必要があると考えた。

キーワード：ソーシャルキャピタル、社会的ネットワーク、保健師、ヘルスプロモーション

【緒言】

日本の社会背景は、世界に類をみない急速な少子高齢化や核家族化など家族機能の変化などにより地域相互扶助機能が希薄化し、地域コミュニティの崩壊が進んでいると言われている。WHOは、1986年ヘルスプロモーションを提唱した。ヘルスプロモーションとは、「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである。」と定義されている¹⁾。ヘルスプロモーションの政策を行う専門家は、「住民主役」を念頭におき、保健部門と他の社会的、政治的、経済的、そして物質的環境の構成する部門と連携をはかり、コミュニティに現存する人的・物質的資源を活かした柔軟なシステム開発が重要であると示されている¹⁾。

しかし、ヘルスプロモーション活動等において、同一プログラムを同じプロセスで行ったとしても、その活動が進展する地域（組織）もあれば、停滞する地域がある。その要因として、社会的ネットワークや社会的サポートの有無、リーダーといった社会

的要素に加え、関係者相互の信頼関係、地域や組織内の規範といったソーシャル・キャピタル（以下SCとする）という目には見えがたい事象を含んだコミュニティのあり方にあると推察されている²⁾。SCの定義は概ね、「信頼」、「互酬性の規範」「人的ネットワーク」の3要素であるとされ、「信頼」「互酬性の規範」などの価値観の高まり、または喪失が「人的ネットワーク」の拡大や縮小に影響を与えるとされている。稲葉³⁾は、SCのネットワークを形成しているタイプにより、異質な者同士を結びつけるブリッジング（橋渡し）型と同質な者同士が結びつくボンディング（紐帯強化）型の2種類に分類している。

SCの概念は、1986年頃から社会学を始め、経済学、政治学などで議論されていたが、公衆衛生学において関心がもたれたのは1996年頃と歴史はまだ浅い⁴⁾。CINII (Citation Information by NII) により、「SC」の検索を行うと、602件（平成22年3月現在）該当するが、「健康」を重ねて検索すると、先行研究は29件と少ない。高齢者のSCに関する先行研究をみる

¹ 玉名市役所（九州看護福祉大学大学院修士課程修了） ² 九州看護福祉大学看護福祉学部 看護学科

³ 長崎県立大学シーボルト校 看護栄養学部

と、生田ら⁵⁾は、内閣府が行った全国のSC醸成度に比べ周防大島のSC醸成度は高く、公的機関や町内会などのあつまりなどを身近なネットワークとして活用し問題解決を図っているが、自分自身に関する問題を抱えた際、他者への信頼感が薄れ、ネットワークが縮小し、支援と結びつきにくいというSCの縮小が生じると考察している。

社会的ネットワークと健康及び早期死亡との関連に関する研究は、多種多様な測定指標を用いた縦断的研究が展開されている。岸ら⁶⁾は、ネットワークの効果には男女差、地域差があるが、男女ともにネットワークサイズが大きい人は小さい人に比べ早期死亡の抑制効果が認められること、情緒的サポートの受領が多い人は少ない人に比べてリスクが低い一方、手段的サポートに関しては、ベースラインでサポート受領が多い人は少ない人に比べて早期死亡のリスクが高いという関連について指摘している。

そこで、本研究では、健康な暮らしを支える社会的ネットワーク特性等の要因の地域比較から、健康推進をはかるために担うべき保健師の役割と機能の一端を考察する。

【方法】

I. 研究目的

健康長寿高齢者の健康な暮らしを支える社会的ネットワーク特性等の要因の地域比較から、高齢者が健康推進をはかるために担うべき行政保健師の役割と機能の一端を明らかにすること。

II. 研究方法

1. 調査対象

A市の、ある地域包括支援センターが管轄する地域（以下地域包括圏域）*1に住む介護保険認定を受けていない80歳以上の高齢者（男女各6名）を以下の3群から4名ずつ計12名を無作為抽出する。

A群 一次予防事業*2の体操教室に参加している高齢者（二次予防事業対象者は除く）。

B群 二次予防事業の体操教室に参加している高齢者。

C群 二次予防事業の対象者*3ではあるが、上記教室のどちらにも参加していない高齢者。

2. 調査方法 訪問面接調査

事前に電話で承諾を得た対象者宅に訪問し、用意した質問用紙をもとに聞き取りを行い、研究者が記入した。同意を得た対象者に関しては、ICレコーダーに録音した。

3. 調査実施期間

2010年7月1日～2010年9月30日の2か月間

4. 調査内容

福本ら⁷⁾による「高齢者を対象とした健康な地域づくりの評価に関する研究（高齢者の健康度とSC指標との関連）」で用いられた質問項目を基に、対象者の基本的属性（年齢、性別、行政地区、同居家族の状況、治療の有無、暮らし向き、持ち家状況、居住年数）、主観的健康観、挑戦意欲、老研式活動能力指標（13項目）、生活満足度（9項目）、SC関連項目（12項目）を作成し、ソーシャル・ネットワーク関連項目（5問）を追加して作成。

5. 分析方法

調査対象者が居住する地域包括圏域を町部（交通アクセスが良い町の中心部に存在する高齢化率が低い1小学校区）と、郡部（交通アクセスが乏しい農村部及び山間部に存在する高齢化率が高い5小学校区）に分類し比較した（表1）。比較方法は、単純集計後、平均及び標準偏差を算出し、比較した。設問項目の得点化は、以下のとおり修正し、集計を行った。また、ノンパラメトリック検定を行い有意差の判定を行った（有意水準 $\alpha=0.05$ 未満）。なお、統計分析には、統計ソフトSPSSVer. 19を用いた。

表1 町部・郡部の概要

	町部	郡部	地域包括圏域全体
人口	12,945人	7,535人	20,480人
高齢化率	25.90%	30.90%	27.75%
介護保険認定率	22.10%	21.90%	22.02%
内 要支援認定率	36.60%	25.80%	32.21%

※平成22年4月現在

1) 生活と心身の状況

「経済的ゆとり」「主観的健康観」「挑戦意欲」は、得点を反転させすべて健康に正の影響を与えると考えられる項目から高得点となるように集計を行った。

2) IADL、生活満足度、SC関連項目

「IADL」は、「はい」を1点、「いいえ」を0点として集計を行った。「生活満足度」は、生活満足度が高いものを1点、低いものを0点として集計を行った。3つの選択肢がある項目(質問①及び③)は0点～2点として集計を行った。「SC関連項目」は、SCが醸成されている回答を高得点とし最低点を1点として集計を行った。質問①及び②は「はい」を2点、「場合による」を1点、「いいえ」を0点とした。活動参加状況に関する質問(質問⑤及び⑥)は、現在参加しているものを2点、過去参加していたものを1点とし、回答の数すべて合計した。

3. 社会的ネットワーク関連項目⁹⁾

ネットワーク分析の内、エゴセントリック測定法の項目を参考に、表2に基づいて得点化し集計した。また、サポートの種類を組み合わせて注目し、サポートの種類ペア別に交友者数を集計し図にした。交友者の関係性と居住地は、集計し表とした。

表2 社会的ネットワーク関連項目得点化指標

項目	得点化指標			
	本数			
①情緒的サポート	本数			
②情動的サポート	本数			
③手段的サポート	本数			
④評価的サポート	本数			
本人から交友者までの距離(居住地)	同居 4点	市内 3点	県内 2点	県外 1点
本人と交友者の関係性(関係性)	家族 4点	親戚 3点	友人 2点	世話人 1点
交友者数	人数			
紐帯数	本数			

*紐帯数とは、本人と交友者に存在するサポートの数の総数

※サポートの種類は、①心配事などの相談相手となる「情緒的サポート」②情報によるリソースの提供などの「情動的サポート」③常日頃の物質的援助やサービスを含む「手段的サポート」④共感や認めてもらえるという「評価的サポート」の4種類とする。

6. 倫理的配慮

九州看護福祉大学倫理審査委員会の審査を受け、承認を得た(承認番号:22-007)

【結果】

I. 対象者の属性(表3)

A群の条件にあてはまる教室は24教室あり、条件に該当する高齢者は、男性3名、女性6名であった。男女それぞれ無作為抽出後依頼し、女性1名の拒否があり、残った対象者からさらに抽出した。B群の条件にあてはまる教室は1教室あり、条件に該当する高齢者は、男性2名、女性4名であった。依頼に対する拒否はなかった。C群の条件に該当する高齢者は、男性16名、女性17名であった。女性1名の拒否があったため、残った対象者から抽出し選定した。対象者の平均年齢は、86.0歳(男性84.5歳、女性87.5歳)であった。

表3. 対象者の属性

項目	A群 (n=4)	B群 (n=4)	C群 (n=4)	項目	A群 (n=4)	B群 (n=4)	C群 (n=4)
性別				居住地			
男性	2	2	2	町部	2	2	2
女性	2	2	2	郡部	2	2	2
年齢構成				居住歴			
80代前半	1	2	2	20年未満	1	0	1
80代後半	3	0	0	20年以上	3	4	3
90代	0	2	0	家族構成			
平均年齢	86.3歳	87.0歳	84.8歳	独居	1	1	1
				夫婦世帯	2	0	3
				3人以上	1	3	0

1. 生活と心身の状況(表4)

【経済的ゆとり】に有意差はなく、【不便さ】も郡部の方が不便を感じている人が多かったが、有意差はなかった。

【主観的健康観】は、有意差がなかったが、【挑戦意欲】は、町部が有意に高かった。

表4. 生活と心身の状況

質問項目	町部	郡部	総計	p値
	M±SD	M±SD	M±SD	
経済的ゆとり	2.17±1.34	2.17±1.21	2.25±1.16	1
不便さ	3.17±0.90	1.83±1.07	2.67±1.25	0.05
主観的健康観	2.67±0.94	2.50±0.76	2.75±0.72	0.72
挑戦意欲	3.67±0.75	1.00±1.53	2.17±1.72	0.01*

M±SD:平均±標準偏差

*p<0.05

2. 老研式活動能力指標（IADL）、生活満足度、SC関連結果（表5）

IADL及び生活満足度は町部が高かったが有意差はなかった。SC関連項目は、「近所づきあいの頻度」及び総合点において郡部が高く有意差があった。

表5 SC関連項目

質問項目	町部	郡部	総計	p値
	M±SD	M±SD	M±SD	
居住地域で、一般的に人を信頼できるか。	1.67±0.75	2.00±0.00	1.83±0.55	0.32
居住地域で、多くの場合、他人の役にたとうとするか。	1.00±1.00	2.00±0.00	1.50±0.87	0.06
居住地域への愛着があるか。	3.33±0.75	4.00±0.00	3.67±0.62	0.06
居住地域で、地域で解決しなければならない課題を地域 の力で解決できると思うか。	3.33±0.75	4.17±0.90	3.75±0.92	0.12
ボランティア、NPO、市民活動、スポーツなど趣味の会に 現在または過去入っているか。	1.50±1.26	0.83±0.69	1.25±1.01	0.39
地縁活動、その他団体に現在または過去入っているか。	2.50±1.26	2.67±1.49	2.92±1.44	0.87
近所の方との付き合いの濃密さ	2.50±0.50	3.50±0.50	3.08±0.76	0.02*
近所の方との交友人数	2.83±0.90	3.67±0.47	3.25±0.83	0.12
別居家族や親せきとの交流の濃さ	4.17±0.69	4.00±0.82	4.17±0.80	0.73
困った時に助けてくれる人の有無	1.00±1.00	1.00±1.00	1.00±1.00	1.00
困っている人がいたとき、助けようと思うか。	1.00±1.00	1.00±1.00	1.00±1.00	1.00
身近に、一緒にいてほっとする人がいるか。	0.83±0.37	1.00±1.00	0.92±0.28	0.32
合計	25.67±1.89	29.83±2.48	28.33±3.64	0.01

M±SD:平均±標準偏差

*p<0.05

3. ネットワーク分析結果(表6. 図)

総合得点、各得点ともにすべて郡部の方が高かった。また、情緒的サポート及び情報のサポートを除きすべて有意差があり、情緒的サポートも関係があるといえる。

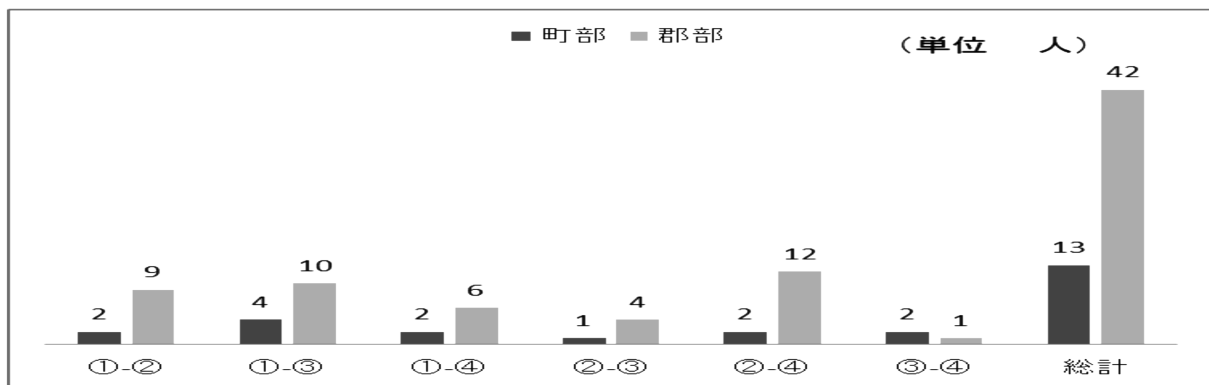
サポートの組み合わせは、町部は、情緒的サポートと手段的サポートを含む組み合わせが最も多く、郡部は、情報のサポートと評価的サポートを含む組み合わせが最も多かった。1交友者あたりのサポート数平均は、町部が1.38、郡部が1.66と郡部が多かった。

交友者の関係性別人数は、世話人を除き郡部が多かった。また、親戚を除きすべての交友者が市内在住者であった。

質問項目	町部	郡部	総計	p値
	M±SD	M±SD	M±SD	
情緒的サポート	1.67±0.75	3.67±1.60	2.67±1.60	0.06
情理的サポート	1.33±0.94	3.00±2.08	2.17±1.82	0.22
手段的サポート	1.17±0.69	2.67±0.75	1.92±1.04	0.01 *
認知的サポート	1.17±1.46	3.83±1.34	2.50±1.94	0.02 *
距離	11.83±5.73	22.17±3.53	17.00±7.02	0.03 *
関係性	9.00±3.00	21.67±7.02	15.33±8.32	0.01 *
人数	4.00±2.31	7.83±2.27	5.92±2.98	0.02 *
交友者紐帯数	4.00±4.97	18.67±8.18	11.33±9.98	0.02 *
合計	34.17±17.24	83.50±22.34	58.83±31.73	0.02 *

M±SD: 平均±標準偏差

* p<0.05



※①:情緒的サポート ②:情理的サポート ③:手段的サポート ④:評価的サポート

図. 同一交友者から受けるサポートの組み合わせ

【考察】

I. 健康長寿高齢者の特性による分析

対象者の家族構成は、社会的ネットワークにのみ支えられている独居が3名いた。その対象者は、居住年数が20年以上と長く、健康とSCの関連に、「居住年数」が関与していることが示唆されたが、福本らの報告も同様の結果であった⁷⁾。これは、居住年数が長いほど仲間意識の強い強固なSCが醸成され、健康により影響を与えられるためと考えられる。また、健康長寿高齢者の交友者の居住地をみると、85.7%が市内または同居者であり、友人は全員が市内在住であり、健康長寿を維持しかつ公的サポートを受給しないためには、居住歴が長く同居または市内でのネットワークが形成されていることの必要性が示唆された。つまり、社会的ネットワークは高齢になると、ネットワークが縮小するか空間的に制約さ

れる傾向がある⁸⁾ため、高齢期での転入者へのサポートが必要であると考え。特に、強固なSCが醸成している地域に高齢者が転入してきた場合、孤立する可能性が高いため、地域ネットワークに参画できるよう外部からの支援が必要であると考え。

また、同一交友者から受けているサポートの組み合わせは、「手段的サポート兼評価的サポート」の交友者が最も少なく、「情緒的サポート兼手段的サポート」「情理的サポート兼評価的サポート」の交友者が最も多かった。これは、評価的サポートは一方的な援助を受けている交友者から得難く、情報交換や情緒面の安定など相互にサポートを享受している対等な関係から得られやすいためと考え。岸ら⁹⁾の研究でも、高齢者が情緒的サポートを受けることは早期死亡に対して抑制効果が示されている一方、一方的に過剰な手段的サポートを受けている高齢者は、

自立心や身体能力にネガティブな影響がもたらされるため、受領と提供の均衡（互酬性）が重要であるとしている。

以上のことから、高齢者が健康であるためのネットワーク特性は、様々な種類のサポートを相互に提供しあい、個人の状況や立場、地域特性に応じた適度な提供であることが望ましいことが示唆された。一方で、高齢期での新たなネットワーク形成は困難であるため、高齢期での転入者への外部支援が必要だと考える。

II. 町部、郡部による特徴の比較

A市に3つある地域包括圏域の内、最も人口が多い圏域から本研究の対象者選定を行った。市の中心部にあり生活資源へのアクセスが簡便で高齢化率が他小学校区よりも低い1小学校区（町部）と、農村及び山間部を中心とした高齢化率が高い5つの小学校区（郡部）に分け、分析を行った。結果、SC関連項目及び社会的ネットワーク関連項目は郡部が有意に高く、挑戦意欲は町部が有意に高かった。福本らの報告でも健康と挑戦意欲の関係が示唆されている⁷⁾。本研究の結果では、町部はSC醸成度が低いが高齢者の挑戦意欲が高く、郡部では挑戦意欲は低いが高齢者のSC醸成度が高く、町部と郡部による差があった。南オーストラリア州の先行研究でも、農村部が都市部よりネットワーク、市民参加、凝集性が高いという同結果を報告している⁹⁾。また、植淵¹⁰⁾らも、SC指標は地域の諸特性と関連しており、地域住民の移動性と人口密度を指標とした都市化に関して強い関連がみられ、都市的地域ではSCが低い傾向があったとし、本研究と同様であった。町部に比べSCが醸成していた郡部に長く居住している高齢者は、積極的な姿勢の継続は困難となっていたが、交友頻度は高く社会的ネットワークを維持できているため、交通アクセスが不便な地域での生活を継続できていると考える。

本研究において、日常生活圏域とされる地域包括圏域を町部と郡部に分類したが、SC醸成度及び社会的ネットワーク特性に差があった。広井¹¹⁾は、「大都市型」「地方都市型」「農村地域型」の市町村規模によってニーズと課題が異なることを報告しており、資源を活かすためにそれぞれの地理的風土的多様性を再認識し、地域の固有性に目を向ける重要性を指摘している。本研究の結果から、地域的、風土的多

様性は、日常生活圏域よりもさらに狭い小規模なコミュニティ単位で把握することが重要であることが示唆された。原田¹²⁾も、介護保険制度上概ね人口2万人程度の範囲を「日常生活圏域」と定めているが、行政側の管理上の生活圏域であり、地域特性を活かした支援を行うためには広すぎることを示唆し、旧市町村、中学校区、小学校区、自治会、町内会と重層的にとらえ、身近な地域で活動を展開することが重要であるとしている。

以上のことから、介護保険制度上「日常生活圏域」と定められる地域であっても町部と郡部での社会的ネットワーク特性は異なることが示唆され、健康な地域づくりに携わる者は、小学校区や行政区といった小規模な範囲の地域特性を把握し、介入できるよう工夫することが重要であると考えられる。

III. ネットワーク特性からみた行政保健師の役割

本研究の結果、「地域ネットワーク特性の把握は、小学校区や行政区などの小規模な範囲で行う必要があること。」「強固なSCが醸成された郡部で高齢者の健康維持には、居住歴が関与していること。」「町部で挑戦意欲を持つことができない高齢者が健康を維持するためには、支援が必要であること。」の3点が示唆された。

行政保健師が高齢者の健康維持のためのサポートを検討する際、地域で強固なネットワークがある地域（郡部）では、転入高齢者をハイリスク群とし、ネットワークに参加できる支援や地域への働きかけが必要であると考えられる。一方で、転出入が多く社会的ネットワークが強固ではない町部では、挑戦意欲を喪失しやすいライフイベント時への配慮や、挑戦意欲の維持や新たなネットワークを形成できる趣味の会などの高齢者が参画しやすい集いを活発にすることが有効であると考えられる。このように、行政保健師は、介護保険制度上限界とされる日常生活圏域よりも小規模な範囲での地域特性を把握し、地域に応じたハイリスク高齢者に対する支援が必要であると考えられた。

小規模な範囲での地区特性を把握した保健活動を実践するためには、行政保健師の地区担当制が有効であると考えられる。しかし、看護協会における調査結果において、行政保健師のうち、「地区担当」と回答している者は3割程度であり、地域活動を一度も経

験しない保健師が少なくないと報告している¹³⁾。地区担当の経験をもたないまま業務分担制となるとコミュニティの中から自ら担当する人を切り取って支援する方法になりやすく、保健師の職能である「気づき（把握）」の視野¹⁴⁾を狭くし、顕在するニーズをもたない予防のためのアプローチや地域特性を活かしたポピュレーションアプローチが困難になると考える。武智¹⁵⁾は、新人保健師は特に地域保健活動の経験が必要と述べており、担当地域の拡大及び住民のニーズが多様化しているからこそ、地域に赴き地区把握を基礎としたヘルスプロモーションのコーディネーターとしての保健師の専門性を深める必要があると考える。また、市町村合併や財政難など現実対応可能な日常生活圏域よりも小規模なネットワーク特性を把握し保健活動を展開させるためには、今まで以上に住民や行政職員、様々な機関を巻き込みコミュニティの現状に応じた支援ができる専門性が必要となると考える。

本研究で実践したネットワーク分析の方法は、コミュニティの特性を把握し、新たな資源を発見でき、ネットワーク特性を積み重ねる作業や結果は、コミュニティの特性を共有するツールとなり、地域の課題を共有するきっかけと成り得る。また、保健師にとって先入観にとらわれず総合的にコミュニティを観察する方法として有効であると考えられる。

【結語】

ソーシャルキャピタル関連項目及び社会的ネットワーク関連項目は郡部が有意に高く、挑戦意欲は町部が有意に高かった。よって、介護保険制度上同一の日常生活圏域であってもソーシャルキャピタル醸成度及び社会的ネットワーク特性は異なることが明らかとなり、地域的、風土的多様性は、小規模なコミュニティ単位で把握することが重要であると考えられた。したがって、保健師は地域に赴き地区把握を基礎としたヘルスプロモーションのコーディネーターとしての専門性を深め、人や組織を巻き込み連動する力を養い地域特性を踏まえた支援を行う必要があると考えた。

【本研究の限界】

本研究では、対象者数が少なく、地域が限定されており、今回得られたデータは健康長寿高齢者の一部に限られている。また、SCに影響を及ぼすとされている教育歴の影響を加味しておらず、高齢者自身が社会的サポートの提供者である側面を反映していない。今後は、対象者を様々な年齢層に拡大し、対象者数を積み重ねることにより、コミュニティ全体のネットワーク特性を明らかにする必要がある。

【謝辞】

本研究を行うにあたりご協力いただいた、健康長寿高齢者の皆様に深く感謝申し上げます。

注

- *1 介護保険法により、おおむね人口2～3万人に1箇所を目安に、保健福祉圏域との整合性をはかかって各市町村が配置するとされている地域包括支援センターが担当している1つの日常生活圏域。
- *2 介護保険法によって定められた地域支援事業の一つ。介護保険未認定高齢者への介護予防事業。
- *3 介護保険法により、介護保険未認定者への実施が定められた全国統一の自記式調査において、「生活機能の低下有り」と判断された高齢者。

【文献】

- 1) 島内憲夫. ヘルスプロモーションWHO：バンコク憲章. 垣内出版；2012. p35
- 2) 湯浅資之. ソーシャル・キャピタル概念のヘルスプロモーション活動への導入に関する検討. 日本公衆誌. 日本公衆衛生協会. 2006；53(7). p. 465
- 3) 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・社会の諸問題. 生産性出版；2007. p. 5
- 4) イチロー・カワチ. ソーシャルキャピタルと健康. 日本評論社；2008. p9 - 11
- 5) 生田奈美可. 豊かなソーシャル・キャピタルと縮小の危機 - 周防大島の高齢者の予備調査から -. 山口県立大学大学院論集第8号；2007. p39 - 46
- 6) 岸玲子. 高齢者の早期死亡ならびに身体機能に及ぼす社会的サポートネットワークの役割. 日本公衆誌. 2004；51(2). p79 - 90

- 7) 福本久美子. 高齢者の健康度とソーシャル・キャピタルの醸成度の関連、日本公衆衛生学会総会抄録集：2010. p223
- 8) 安田雪. ネットワーク分析～何が行為を決定するか～. 新曜社；1997. .2 - 21
- 9) Ziersch AM. Social capital and health in rural and urban communities in South Australia. Aust NJ Public Health. 2009；33(1). p7 - 16
- 10) 植淵知哉. 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). p.26 - 33
- 11) 広井良典. コミュニティを問い直す一つながり・都市・日本社会の未来. ちくま新書；2009. p.12 - 14
- 12) 原田正樹. ソーシャル・キャピタルの質とは地域の福祉力を高めるための実践から. 保健師ジャーナル. 2011；67(2). p.101 - 105
- 13) 社会法人日本看護協会. 保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書. 平成21年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業；2011. p.24
- 14) 尾島俊之. ソーシャル・キャピタルと地域保健一アセット・モデルとニーズ・モデルを含めて. 保健師ジャーナル. 2011；67(2). p.96 - 99
- 15) 武智晴子. 分散配置を好機に職能を活かす. 保健師ジャーナル. 2011；67(10) . p.851 - 857

[Original Article]

**Research for social capital building as seen from the regional
comparison of social network characteristics of elderly
showing healthy longevity**

¹Tajiri Chiharu, ²Fukumoto Kumiko, ³Kusaga Mari

*¹Tamana City Hall, ²Kyushu University of Nursing and Social Welfare, ³University of
Nagasaki Siebold Campus*

[Abstract]

In this study, we aimed to understand how social capital as a result of social networking can help support a healthy lifestyle, the role public health nurses should play in order to promote health, and the results presented by region and social network.

In City A, using a process of loosely structured interviews, we examined 12 people aged 80 years or older who had not undergone an insurance Needs Assessment Report.

I focused on examining regional differences within community circles, separating groups into areas with low and high rates of aging populations in cities and areas with limited transport access in rural communities.

The results indicated that rural areas had a higher incidence of social capital and social networking, and their willingness to create such networks yielded better outcomes.

Thus, it is clear that long-term care insurance based on creating a system to incorporate everyday lifestyles and social capital building in small community units is becoming increasingly important.

Therefore, public health nurses believe that it is necessary to provide support to deepen our understanding and create a foundation upon which coordinators for the promotion of health can bring people and organizations together to improve regional care.

Keywords: Social capital, Social network, Public health nurse, Health promotion

* Corresponding author.