

# 介護予防と健康な地域づくり推進 —ソーシャル・キャピタルと健康—

医療と技術

樺山 舞\*

Promoting long-term care prevention and healthy community development  
- Social capital and health -

Key Words : Older people, Social capital, Long-term care prevention, ICT, Loneliness

## はじめに

社会の絆や結束から生み出される資源である社会関係資本（以下、ソーシャル・キャピタル）が、我々の暮らす社会の基盤として非常に重要なものであり、その蓄積が健康の増進、地域の治安、教育の成果、経済開発、民主主義の機能化などの面で住民の生活環境を向上させるということに、近年大きな関心がよせられている [1]。政治学者 Putnam はこのソーシャル・キャピタルという概念を「信頼・規範・ネットワークといった社会組織の特徴であり、人々の協調行動を促進することにより社会の効率を高めるもの」と説明している [2]。

## ソーシャル・キャピタルと健康

ソーシャル・キャピタルの概念は健康長寿を実現する社会づくりにおいて非常に重要な示唆を与えるものであり、特に 2000 年以降公衆衛生の分野で注目されてきた。海外におけるソーシャル・キャピタルと健康に関する先行研究では、Kawachi らが社会疫学に Putnam の概念と手法を加え、アメリカの general social survey のデータを使い、所得格差があるほど人々の間に信頼感がなくなり、死亡率が高くなるとの発表をした [3]。その他では主に、主観的健康感 [4]、冠動脈疾患の発生率 [5]、性感感染・結核の罹患率 [6] などがソーシャル・キャピタルと

関連することが報告されている。欧米ではソーシャル・キャピタルの健康への影響を肯定的にとらえる論文が大半を占めているが、中には“影響はない”とするもの、逆に“ネガティブな影響がある”とする論文も報告されており、議論となっている。国内では近藤らのグループが、ソーシャル・キャピタルは主観的健康と一般的信頼や地域の格差の指標であるジニ係数とも関連していることを明らかとし [7]、藤澤らは全国成人を対象としてソーシャル・キャピタルと主観的健康とは相関していることを実証している [8]。

このような研究背景から、我が国の「今後の地域保健体制のあり方」検討においても、地域のソーシャル・キャピタル活用を通じた健康なまちづくりの推進が重要な課題として取り上げられており、近年のフレイル（※）対策や介護予防対策として、高齢者の地域における身近な「通いの場」づくりが推進されている。ただし、具体的に人々のどういった社会活動や専門職の介入が効果的なソーシャル・キャピタルを醸成し、またどのような機序で健康を増進させるのかという、作用経路や介入実践に結び付く知見は十分には得られておらず、さらなる研究の蓄積が必要な段階である。

これ迄、我々が行った地域在住高齢者を対象とした介護予防の研究においても、ソーシャル・キャピタルにつながる人々の交流や社会参加は、心身の健康や ADL（日常生活動作）の維持につながることを明らかとしてきた。しかし、新型コロナウイルス感染症の世界的大流行時、健康リスクの高い高齢者は外出自粛や対面での人との接触の制限がなされ、その生活様式の変化は身体・社会・認知機能の低下に大きな影響を及ぼした。また、コロナ禍において、生活の支援や社会的孤立の緩和等の手段として、ICT（情報通信技術）の活用が進められたものの、



\* Mai KABAYAMA

1975年11月生まれ  
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻  
保健学博士号取得（2017年）  
現在、国立大学法人大阪大学大学院  
医学系研究科 保健学専攻 総合ヘルス  
プロモーション科学講座 教授  
保健学博士 専門/保健学  
TEL : 06-6879-2522 (秘書 06-6879-2525)  
FAX : 06-6879-2526  
E-mail : kabayama@sahs.med.osaka-u.ac.jp

高齢者側の実態としてはその活用にも多くの課題が浮き彫りとなった。

### コロナ禍における自治体との共同研究

現在、我々の研究室では、複数の地域ベースの大規模コホート研究や、自治体との共同研究において、これらパンデミック等の健康危機の影響や社会情勢等も鑑みながら、効果的な介護予防対策・健康な地域づくりの推進に資するための調査や現場の事業評価を行っている。ここに、コロナ禍において実施した自治体との共同研究結果について紹介する [9]。

高齢者では ICT の使用や普及が高いとはいえず、自治体における DX 推進に向けて、まずはその利活用の実態を把握し、効果的な方策を検討することが必要である。今回紹介する研究は、外出自粛下における高齢者の健康課題を把握し、ICT の利用によって、高齢者の孤独感・社会的孤立と認知機能低下の関連性が緩和されるかどうかを明らかにすることを目的としたものである。研究は大阪府 A 町 (2021 年調査時の高齢化率約 47%) のコロナ対策事業の一環として、町と共同して実施した。調査対象者は住民基本台帳から 70-89 歳を年代で層別した 1,400 人とした。調査時期は 2021 年 2~3 月であり、匿名の自記式質問票を A 町役場宛ての返信用封筒とともに郵送した。本研究は、大阪大学臨床研究審

査委員会の承認を得て実施した (倫理審査承認番号 20369)。

回答は 1,003 名 (回答率 71.6%) から得られた。調査の結果、約 69% の高齢者が ICT を利用している実態が把握された。新型コロナウイルス感染症の流行によって主観的認知機能の低下があった、と報告した 80 歳代は 21.6% であり、70 歳代 (12.0%) の約 2 倍認められた。多変量分析の結果、70 歳代では、孤独感が高いと主観的認知機能が有意に低下を示した。80 歳代では、高い孤独感、孤立状態、ICT を利用していないことが有意に主観的認知機能低下と関連を示した。さらに、ICT 利用有無と孤独感または孤立状態との交互作用の検討を行ったところ、80 歳代では ICT 利用によって、孤独感または孤立状態と主観的認知機能低下の関連が緩和される関係性が認められた。70 歳代では関連は示されなかった (図 1、図 2)。

本研究結果は横断的分析であるため、因果関係は不明であるが、コロナ禍という健康危機の状況において、特に孤独感が高く・孤立状態にある 80 歳代の超高齢者では ICT 活用自体が認知機能低下を抑制する可能性があることが示唆された。一方、70 歳代では ICT 活用の独立した影響は認められなかったが、これは、70 歳代は 80 歳代よりも比較的認知機能を含む心身機能が高く、健康危機の状況に対

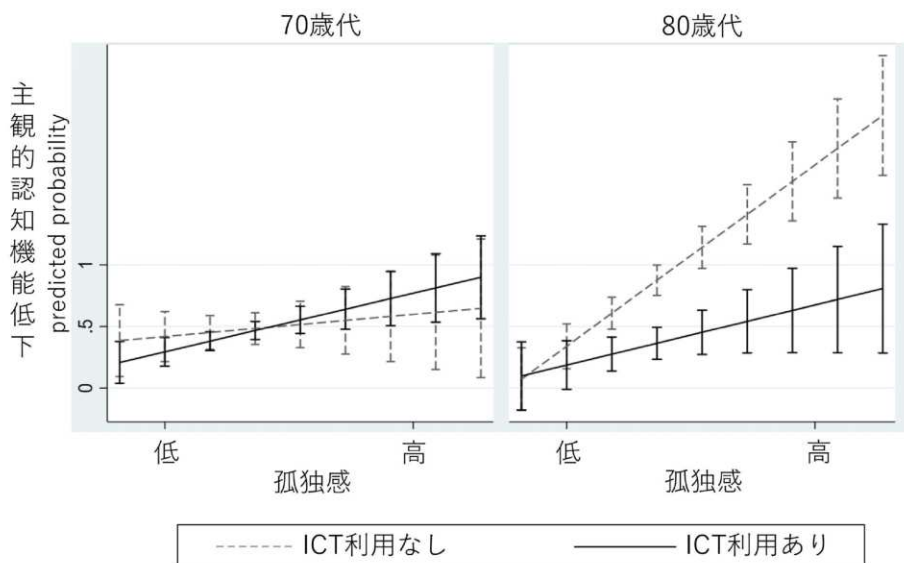


図 1 ICT の利用有無と孤独感の交互作用と認知機能低下の関連 [9]

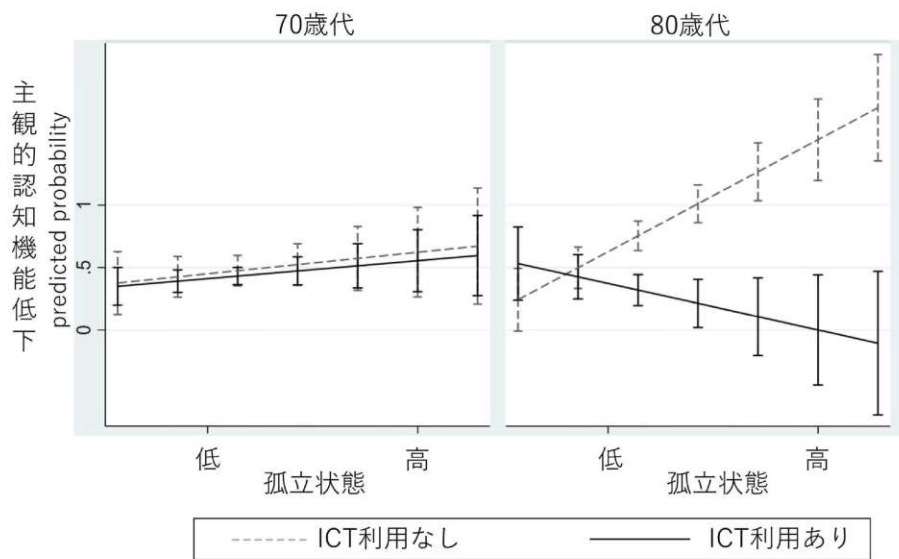


図2 ICTの利用有無と孤立の交互作用と認知機能低下の関連 [9]

する適応能力が高かったことによると推察された。今回孤独感や孤立は、主観的認知機能低下に関連を示したが、特に超高齢者ほど影響が強く認められたことから、超高齢社会においてはICT等も含めた資源をいかに活用しながら、ソーシャル・キャピタルが豊かな地域づくりを促進するかが、今後の健康危機への備えとしても重要であるといえた。

### おわりに

現在自治体ではDX推進を目指し、行政サービスにおけるICTの利活用が推奨されている。しかし高齢者ではその使用や普及が高いとはいえず、その利活用の実態も十分に把握されていない。また、様々な理由によりICTを利用できない者が一定割合存在することが想定され、ICTを使用した介護予防対策が急速に発展・普及した場合、さらなる情報格差による健康格差が拡大する恐れもある。また、セキュリティリスクへの対策やその不安感への対応、また活用における社会的サポート体制の不足など、実際の活用促進における課題も多々存在している。国際連合が掲げる「持続可能な開発目標 (SDGs: Sustainable Development Goals)」で掲げられている原則である、誰一人取り残されない社会の構築に向け、ソーシャル・キャピタルの醸成とICT活用

を含めた効果的な介護予防対策推進のさらなる検討が求められる。

※フレイル：フレイルとは、加齢とともに、心身の活力（例えば筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態である。多くの高齢者が活動的な状態と要介護の状態の中間的な段階であるフレイルを経て徐々に要介護状態に陥るとされているが、フレイルは適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能であると報告されている [10]。

### 引用文献

1. 金谷信子, ソーシャル・キャピタルの形成と多様な市民社会：地縁型 vs. 自立型市民活動の都道府県別パネル分析. *ノンプロフィットレビュー*, 2008 8(1): p. 13-31.
2. Putnam, R.D., *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Simon & Schuster. 2000: Simon & Schuster (柴内康文訳『孤独なボウリングー米国コミュニティの崩壊と再生』柏書房、2006年).
3. Kawachi, I., et al., *Social capital, income inequality, and mortality*. *Am J Public Health*,

1997. **87**(9): p. 1491-8.
4. Kawachi, I., B.P. Kennedy, and R. Glass, *Social capital and self-rated health: a contextual analysis*. *Am J Public Health*, 1999. **89**(8): p. 1187-93.
  5. Sundquist, K., M. Malmström, and S.E. Johansson, *Neighbourhood deprivation and incidence of coronary heart disease: a multilevel study of 2.6 million women and men in Sweden*. *J Epidemiol Community Health*, 2004. **58**(1): p. 71-7.
  6. Holtgrave, D.R. and R.A. Crosby, *Social determinants of tuberculosis case rates in the United States*. *Am J Prev Med*, 2004. **26**(2): p. 159-62.
  7. Ichida, Y., et al., *Social capital, income inequality and self-rated health in Chita peninsula, Japan: a multilevel analysis of older people in 25 communities*. *Soc Sci Med*, 2009. **69**(4): p. 489-99.
  8. Fujisawa, Y., T. Hamano, and S. Takegawa, *Social capital and perceived health in Japan: an ecological and multilevel analysis*. *Soc Sci Med*, 2009. **69**(4): p. 500-5.
  9. Li, Y., et al., *Cognitive decline and poor social relationship in older adults during COVID-19 pandemic: can information and communications technology (ICT) use helps?* *BMC Geriatr*, 2022. **22**(1): p. 375.
  10. 葛谷雅文, フレイル. 学会誌 JSPEN, 2021. **3**(2): p. 114-120.



ヤマセミ