

住民主体の介護予防促進とソーシャルキャピタルの醸成

高取 克彦^{1) 2)}

¹⁾ 畿央大学健康科学部理学療法学科, ²⁾ 畿央大学ヘルスプロモーションセンター

(〒635-0832 奈良県北葛城郡広陵町馬見中4-2-2)

The role of fostering social capital in health promotion and care prevention for the elderly.

Katsuhiko TAKATORI^{1) 2)}

¹⁾ Department of Physical Therapy, Faculty of Health Sciences, Kio University

²⁾ Health promotion Center, Kio University

(4-2-2 Umami-naka, Koryo-cho, Kitakatsuragi-gun, Nara, 635-0832, Japan)

要約 ソーシャルキャピタル（社会関係資本）とは社会関係を構成する多様な要素の中でも、構造的な要素である「ネットワーク」と、認知的な要素である「信頼」「互酬性の規範」の3要素に焦点を当てた概念であり、「地域力」や「ご近所のつながりや信頼から生まれる力」など、より平易な表現が用いられる場合もある。近年、ソーシャルキャピタルの向上が疾病や健康関連アウトカムに有益な変化をもたらすことが報告されている。一方、超高齢社会である我が国では地域包括ケアシステムの構築が進められているが、中でも介護予防は健康寿命の延伸および社会保障費削減のための中心的役割を果たし、その鍵は専門職依存からの脱却と地域住民同士の「つながり」「支え合い」にある。本稿ではソーシャルキャピタルの概念から健康との関係、また住民主体の健康増進、介護予防の具体的な進め方に関して解説する。

Keywords：高齢者・ソーシャルキャピタル・健康増進・介護予防

1. ソーシャルキャピタルと健康

ソーシャルキャピタル（Social Capital）の概念については、古くは社会学や経済学、政治学といった分野で発展してきた背景がある。ソーシャルキャピタルと健康との関係性について明らかにされてきたのは比較的最近のことであり、健康寿命の延伸や閉じこもり予防、認知機能低下の予防など個人や集団に有益な可能性が示されてきている¹⁾。ソーシャルキャピタルの定義にはいくつかのものがあるが、代表的なものとしてPutnam²⁾が提唱したものが挙げられ、その構成要素は(1)そこに存在する一般的信頼、(2)互酬性の規範、(3)市民社会の中での水平性と多様性のあるネットワークの3つが重要とされている。ソーシャルキャピタルはそのタイプによりボンディング（bonding：結束）型とブリッジング（bridging：橋渡し）型に分類される³⁾。ボンディング型ソーシャルキャピタルとは、言葉の通りいわゆる原子や分子の結合（bond：ボンド）を意味し、血縁関係の様な強い信頼関係と結びつきを持つ垂直的な社会関係のことをいう。一方、

ブリッジング型ソーシャルキャピタルは、架け橋（bridge：ブリッジ）的な緩やかな信頼とつながりで結びついている水平的な社会関係を指す。ボンディング型は結びつきが非常に強い一方で、排他的な力として作用する可能性もあるために、近年ではブリッジング型ソーシャルキャピタルが重要であるという考え方が強い。

我が国においてはJAGES（Japan Gerontological Evaluation Study）プロジェクト⁴⁾によりソーシャルキャピタルと健康との大規模調査が実施されており、ソーシャルキャピタルの醸成と介護予防との関連性が明らかにされつつある。地域のソーシャルキャピタルと4年間の要介護状態の発生を調べたコホート研究⁵⁾では、指標のひとつである「地域の信頼」が弱い地域に住む女性は、信頼が強い地域に住む女性に比べて、要介護状態になるリスクが68%高くなることを示している。また24保険者を対象とした同プロジェクトの研究では、同じくソーシャルキャピタル指標のひとつである「地域組織への参加割合」との関連から、要介護認定率と参加割合には多くのモデルで負の関連を認め

ている⁶⁾。また後期よりも前期高齢者、垂直的よりも水平的な組織（趣味・スポーツ関係など）、高頻度よりも中・低頻度の参加頻度でより強い関連を示したと報告されている⁶⁾。

これらのことから、地域高齢者の健康増進、要介護状態の予防には行政主導による中央集中型の健康教室や介護予防教室ではなく、住民同士のネットワーク、互酬性の規範といったソーシャルキャピタル要素の醸成が重要であることが伺える。一方で、医療・介護専門職は地域サロンなどの通いの場の持続性、継続性を高める要所での介入や健康状態の評価、また後述する住民レベルでの介護予防の担い手育成などの役割が期待されている。

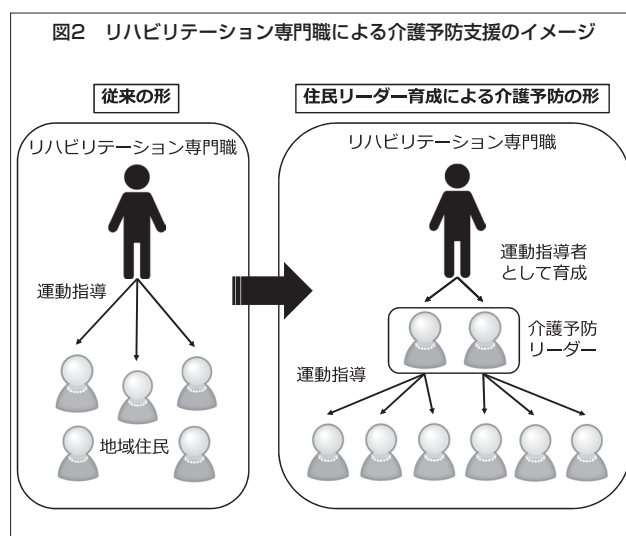
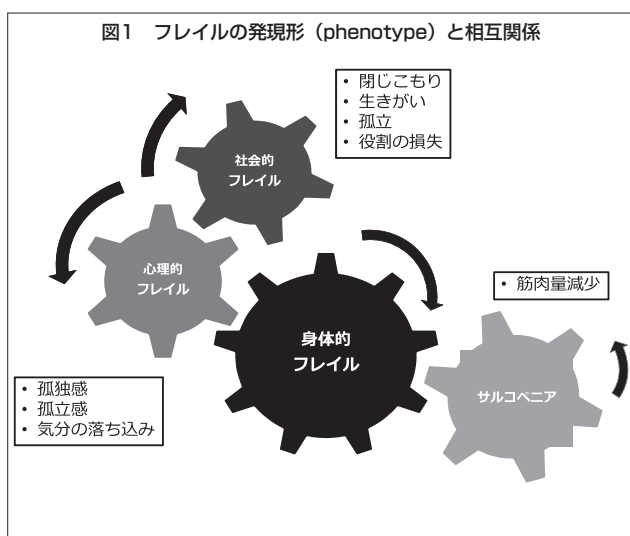
2. 心理・社会的フレイル（ソーシャルフレイル）と介護予防

いわゆる2025年問題に向けて、我が国では地域包括ケアシステムの整備と社会保障費の削減が国家戦略となっている。介護給付費の膨張を抑えるために重要な柱にはリハビリテーションによる要介護高齢者の重症化予防・再発予防（三次予防）が挙げられるが、今後は軽度要介護認定者（要支援相当）の増加が推計されているため、介護予防の促進（一次予防、二次予防）が重要視されている。我が国では、生産年齢人口の減少により「騎馬戦型」から「肩車型」へと支える側の人口が減少していくことが推測されており、国が進める地域包括ケアシステムの中では新しい介護予防として、元気高齢者が虚弱高齢者を支える仕組みづくり、高齢者の生きがい、出番づくり、集いの場の創生などの「自助」「互助」の観点で最も重要視されている⁷⁾。近年、注目されているフレイルの概念^{8) 9)}では、身体的な虚弱状態のみならず、精神・心理的フレイル、社会的フレイルなどが、要介護状態となるリスク要因で

あることが指摘されている（図1）。

身体的フレイルとは文字どおり運動機能などの身体機能低下や虚弱化、サルコペニア（加齢性筋肉減少症）などを表すが、心理・社会的フレイルとはソーシャルサポートの低さを示し、Valtortaら¹⁰⁾は孤独感や社会的孤立を抱えている人は心疾患や脳卒中発生率が高いことを報告している。社会参加の側面では愛知県武豊町で実施された地域サロン立ち上げから支援を通じた5年間の前向き研究¹¹⁾にて、地域サロン参加者は非参加者に比較して要介護認定発生率が低く、これは年齢や性別、収入、日常生活活動性を調整しても有意であったと報告している。これらの事から、健康寿命延伸・介護予防には身体的側面だけでなく、人とのつながり、社会活動や参加が重要であることが明らかになってきている。また心理的フレイルには直接的には関連づけられていないが、近年、高齢者の主観的年齢（Subjective age, Self-perceived ageなど）が健康状態や疾病への罹患リスク、生命予後に関連するという報告がなされてきている^{12) 13)}。主観的年齢と実年齢（Chronological age）との不一致の大きさは健康状態へ影響し、主観的年齢が実年齢より高齢であることは、実年齢より若いと感じている者に比較して心臓疾患の発生率が高いことや寿命の短さ¹²⁾、認知機能低下¹³⁾と関連していると報告されている。

上記に伴い、介護予防における理学療法士や作業療法士などの専門職の役割も変化しつつあり、国による新しい総合事業に向けてのガイドライン¹⁴⁾では介護予防におけるリハビリテーション専門職の役割は従来からの運動指導者としてだけでなく、住民主体の介護予防の仕組みづくりや街づくりへの関わりが求められている（図2）。



3. 介護予防の担い手となる住民リーダー育成について

我々はこれまで奈良県内の複数の自治体と連携し、いわゆる「自助」「互助」の観点から介護予防の担い手となる住民リーダーを育成してきた。また平成27年度からは、文部科学省私立大学戦略的研究基盤形成事業「ソーシャルキャピタル創出とヘルスケアデータ一元化による地域包括ケアシステム研究拠点の形成」(通称KAGUYAプロジェクト)¹⁵⁾のとして奈良県広陵町と連携し(図3)、その一環として大学キャンパスを活用した「介護予防リーダー養成講座」を実施している。従来から実施されている介護予防サポーターではなく「リーダー」を育成するというコンセプトにより、これまで101名の認定者を養成している(平均年齢64歳、年齢30代～80代)。KAGUYAプロジェクトでの養成講座では、座学と実技構成された講義を週2回、4週間(全11回)実施した。講座内容は「簡易な運動指導に必要と考えられる知識面の座学」、「運動指導の方法を学ぶ実技、および受講者が互いに介護予防に対する考え方や、講座修了後の活動などについて話し合うグループワーク」で構成されている。(図4)講師には保健師・看護師・理学療法士など10名以上の専門職が参加しており、特に養成講座の中心となる運動指導に関する部分では医療・介護の現場で勤務している理学療法士を外部講師として招いている。また養成講座の最終日には筆記試験による認定試験を実施し、合格者に対しては自治体が介護予防リーダーとして認定する形式を取っている。受講者の募集の際には、いわゆるアドミッションポリシーを明確に示し、養成講座修了後の活動に対する十分な理解が得られる様、実施主体である市町村の地域包括支援センターと共に事前説明会を実施している。これにより受講希望者と養成側のミスマッチを防ぎ、実際の地域活動が可能な方々に向けた講座であることを確認している。認定者は運動指導、

レクリエーション、健康講座など地域のニーズに合わせてこれらを提供できる准専門職的なスキルを有しており、養成後のメンバー間の交流や大学教員・理学療法士など専門職による支援によりフォローアップ講座を月1回、約半年間実施している。フォローアップ講座では、消防署による一般救命講習や地域包括支援センターの職員による介護予防からみたサロン、通いの場についての講義や自立したボランティア集団としての組織構成、地域活動を通じての意見交換会などを行っている。

図4 介護予防リーダー養成講座カリキュラムの例(A町)

回数	テーマ
第1回	開講式：1.介護予防とは。2.A町における介護予防の現状と課題。3.自己紹介とグループワーク
第2回	運動器の仕組みと加齢による影響
第3回	認知症・高齢者のうつについて
第4回	ストレッチングの理論と実際
第5回	筋力増強・持久力向上の理論と実際
第6回	バランス運動の理論と実際
第7回	全身持久力向上の理論と実際
第8回	運動習慣定着に向けた指導方法、現場実習プログラム作成
第9回	介護予防教室現場実習
第10回	高齢者向けレクリエーションの理論と実際
第11回	認定試験・修了式・合格発表・リーダー認定

座学と実技、グループワーク、発表の組み合わせにより一講座90分で構成

4. 介護予防リーダーによる地域活動の実際

現在、介護予防リーダーは養成された自治体毎にチームとして活動しており、集いの場の立ち上げや既存サロンへの出前講座、運動教室などを通じて、多くの地域高齢者の健康づくりに貢献している。リーダーは4人から5人程度の班構成により活動を行っており、提供する運動プログラムは理学療法士の指導の元に作成した共通プログラムや介護予防向けに専門職がアレンジしたご当地体操などを使用している。これらのプログラムはウォーミングアップを目的としたストレッチング、下肢筋力強化を目的とした運動、バランス能力を高めるための運動、レクリエーションおよび脳トレーニングを目的とした項目により約40分程度のプログラム構成となっている。これらに加えて、現在では各班により音楽を取り入れたリズム運動や口腔体操など、独自のプログラムを取り入れながら介護予防リーダー自身のオリジナルプログラムへと発展している。

平成27年度下半期からは健康運動指導士が中心となって実施されていた一次予防教室を介護予防リーダーによる住民主体型介護予防教室へと完全移行した自治体もあり、ここでは地域別に4箇所(体育館、公民館など)の教室運営を実際に介護予防リーダーが行い、現在では合計150名以上の地域高齢者の運動指導・交流の場として継続されている。教室は週1回、6ヶ

図3 KAGUYAプロジェクトパンフレット

畿央大学は、広陵町の健康づくり、まちづくりに貢献します。

若者と高齢者が世代をこえて元気でいきいきと暮らせる広陵町をめざします。

広陵町×畿央大学 KAGUYA プロジェクト

Keeping Active across Generations Linking the Youth and the Aged

KAGUYAプロジェクトとは？

KAGUYAの目指すところ？

KAGUYAプロジェクトが果たす目的は？

お問い合わせ先

〒630-0192 奈良県広陵町大宮1-1-1 広陵町健康づくりセンター 2F TEL 0745-54-1601

月間を1クールとして実施されており、教室内容は「運動」「レクレーション」「交流」を含む60分から90分のプログラムで構成される。また従来の運動中心型ではなく、住民間の繋がり、自主的な社会活動への意欲を涵養させるため、交流プログラムも積極的に取り入れている。運動プログラムは脚力強化とバランス強化に重点を置いたものとし、前述した基本プログラムおよび筆者が奈良県健康長寿共同事業¹⁶⁾と共同開発した「誤嚥にナラン！体操DVD」を取り入れ、基本運動メニューは共通化した上で、各教室独自の取り組みを介護予防リーダーが考案する形で実施されている。「誤嚥にナラン！体操」は口腔体操と咳嗽力の強化、下肢筋力、身体バランス向上を目的として、考案されたもので、地域高齢者を対象に一定の身体機能改善効果を認めている¹⁷⁾。教室の前後では理学療法士などの専門職が参加者の身体機能および心理面についての評価を実施し、教室前後の変化や基準値との比較についてのフィードバックを行っている。

上記の他に既存のサロンや老人会など地域の団体からの依頼を受け、「出前講座」としての活動も実施されている。具体例として、介護予防リーダー活動の窓口を社会福祉協議会に設置している自治体では、既存の通いの場に対する活性化と介護予防的な視点の導入、介護予防リーダー活動の啓発を目的に単発の出前講座を継続的に実施している。ここでは、地元の病院や介護・福祉施設に勤務するリハビリテーション専門職と連携し、ロコモティブシンドロームや老年症候群、フレイルなどに関する講義を専門職が実施し、運動指導の部分に関しては、専門職ではなく意図的に住民主体の形になる様、介護予防リーダーによる実演を実施している。つまり、専門職は参加者に対する直接的な運動指導ではなく、「見守り」に徹する事に重点を置いている。また介護予防リーダーによる新たなサロンも立ち上がり、より地域に密着した通いの場として機能している。

5. 住民主体の介護予防促進によるソーシャルキャピタル醸成

前述の通り、ソーシャルキャピタルの基本的要素は「つながり」「信頼」「互酬性の規範」「社会活動」が中心とされている。介護予防リーダーによる住民主体の介護予防促進はこれらの要素を全て含むものと考えている。つまり、介護予防リーダーによる組織構成は地域住民による水平型のソーシャルキャピタルと言え、高齢者の健康寿命延伸に対して同じ目標を共有するつながりを持った集団である。またその活動は介護予防リーダー自身の健康度や健康観に影響する可能性があり、さらに住民主体という特性から、実際に関わる対

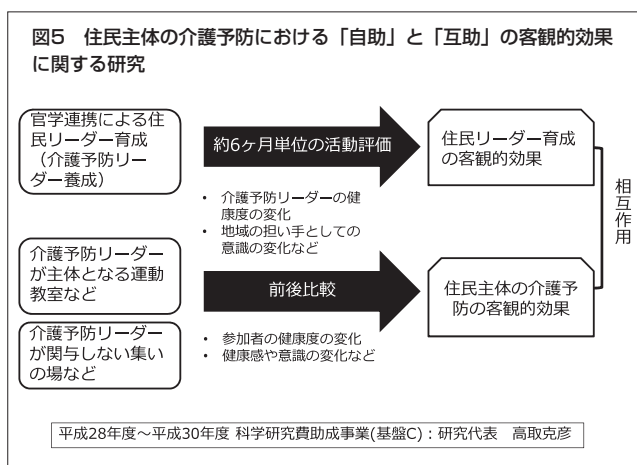
象者にとってのある意味お手本ともなる。

健康行動は他者に伝播すると考えられており、フラミンガム研究のデータを用いた研究例では、禁煙行動や肥満対策などが直接的なネットワークでつながった近親者のみでなく、友人の友人まで行動が伝播することを示している¹⁸⁾。従って、「互酬性の規範」の観点から、これらの活動の継続・発展は直接的に関与しない地域高齢者の健康行動にも良好な影響を与え、「地域への信頼」にも貢献する可能性がある。

6. 介護予防における自助と互助の客観的効果の検証

今後の地域包括ケアシステムの中での新しい介護予防を推進し、その真の効果を明らかにするためには、地域住民へ向けた介護予防の「見える化」が必要とされる。現在、厚生労働省による地域包括ケア「見える化」システム¹⁹⁾やJAGESプロジェクトによる介護予防政策サポートサイト²⁰⁾により都道府県および市町村別の高齢化率、要介護認定率、通いの場の普及率など多くの情報が地図情報上に示され、専門職だけでなく一般にも公開されるようになってきている。地域力を反映するソーシャルキャピタル強度に関しては、近年、健康度や疾病の発生率など数多くの調査研究が報告されているが、現時点ではまだこれらは地域特性を反映しているとは言い難く、地域包括ケアシステムの重点である地域特性を活かした取り組みに直接適用する事は難しい。従って、上述した見える化の取り組みも今後、より小地域の地域診断が可能となる様に発展していくものと思われる。

これまで、理学療法士など専門職による介護予防の事業効果は運動機能や認知機能面を中心に明らかにされつつあるが、住民主体の介護予防による効果は十分に調査されておらず、また住民リーダー(介護予防リーダー)としての活動自身が教室参加者だけでなく自身の健康状態に及ぼす相互作用についてはこれまで調査されていない。我々は、住民リーダー育成による介護予防の推進が健康寿命の延伸やソーシャルキャピタル強度(地域住民の信頼・ネットワーク・社会活動)に及ぼす影響を小地域単位でも明らかにしていきたいと考えている(図5)。



文献

1. 相田 潤, 近藤克則：ソーシャルキャピタルと健康格差. 医療と社会 24 (1) ; 57-74, 2014.
2. Putnam RD, Leonardi R, Nanetti RY. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton, NJ: Princeton University press, 1993; 163-185.
3. 稲葉陽二：ソーシャル・キャピタルの潜在力. 日本評論社, p81, 2008.
4. 日本老年学的評価研究ホームページ. <https://www.jages.net/> (平成29年8月23日閲覧)
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. 伊藤大介, 近藤克則：要支援・介護認定率とソーシャル・キャピタル指標としての地域組織への参加割合の関連：JAGESプロジェクトによる介護保険者単位の分析. 社会福祉学.54:56-69, 2013.
7. 厚生労働省ホームページ：地域包括ケアシステム. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (平成29年8月23日 閲覧)
8. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults : evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56 : M146—56
9. 荒井秀典 (編)：フレイルハンドブック-ポケット版-. (株) ライフサイエンス, p2-4, 2016.
10. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, et.al. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic

review and meta-analysis of longitudinal observational studies. Heart (British Cardiac Society) . 2016 Apr 18

11. Hikichi H, Kondo N, Aida J, et al. Effect of community intervention program promoting social interactions on functional disability prevention for older adults: propensity score matching and instrumental variable analyses, JAGES Taketoyo study. Journal of Epidemiology and Community Health; J Epidemiol Community Health 2015; 69: 905-910.
12. Rippon I, Steptoe A. Feeling Old vs Being Old: Associations Between Self-perceived Age and Mortality. JAMA Intern Med.175:307-309, 2015.
13. Stephan Y, Sutin AR, Luchetti M, et al. Feeling Older and the Development of Cognitive Impairment and Dementia. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2016 Jul 19. pii: gbw085. [Epub ahead of print]
14. 厚生労働省：介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000088520.pdf>. (平成28年11月25日 閲覧)
15. KAGUYAプロジェクトホームページ. <https://kaguya.kio.ac.jp/> (平成29年8月23日 閲覧)
16. 奈良県公式ホームページ：奈良県健康長寿共同事業実行委員会. <http://www.pref.nara.jp/26016.htm>. (平成28年11月25日 閲覧)
17. Takatori K, Matsumoto D, Nishida M, et al. Benefits of a novel concept of home-based exercise with the aim of preventing aspiration pneumonia and falls in frail older women: a pragmatic controlled trial. BMJ Open Sport & Exercise Medicine. BMJ Open Sport Exerc Med 2016;2:e000127 doi:10.1136/bmjsem-2016-000127
18. Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. N Engl J Med. 357:370-379, 2007.
19. 厚生労働省：地域包括ケア「見える化」システム. <https://mieruka.mhlw.go.jp/>. (平成29年8月23日 閲覧)
20. 介護予防政策サポートサイト. <http://www.yobou-bm.umin.jp/> (平成29年8月23日 閲覧)

