

島嶼地域住民の主観的健康感とその関連要因 — 集落レベルのソーシャル・キャピタルに着目して —

森隆子¹⁾, 兒玉慎平¹⁾, 波多野浩道²⁾

要旨

本研究の目的は、主観的健康感に影響する要因について、集落地域レベルでのソーシャル・キャピタルに着目した形で関連を検討し、今後の保健活動のあり様に関する基礎資料を作成することである。島嶼に居住する地域住民710名を対象に、自記式質問紙調査を実施した。個人レベルのソーシャル・キャピタル得点を基にクラスター分析を行い「橋渡し型」「結合型」「中間型」集落の3つに分類した上で、集落特性毎に主観的健康感の関連要因を回帰分析で検討した。「橋渡し型」集落では家族・親戚との支援関係の豊かさが、「結合型」「中間型」集落では集落民同士の支援関係の豊かさが有意に影響していた。集落地域レベルでのソーシャル・キャピタル特性を踏まえた保健活動を展開することの重要性が示唆された。

キーワード：集落レベルのソーシャル・キャピタル，主観的健康感，島嶼住民，保健活動

緒言

一人ひとりを支えるには、自助・互助による支え合い、制度やサービスによる公的な支援、共助による助け合いの発展や充実を中心とした多様な主体による柔軟かつ重層的な支援が重要となってくる¹⁾。公的サービスを中心としたフォーマルサポートの資源が絶対的に少ない島嶼部²⁾において、住民の多くが伝統的な近隣や家族との関係を基盤とした多様なネットワークを構築してきた³⁾。筒井⁴⁾は、地域包括ケアシステムを公的サービスだけでなく地域共同体による互助や自助を組み合わせたシステムとして位置づけているが、近隣を軸とした近所付き合いや助け合いが頻繁に行われている島嶼においては、住民の健康において社会的なつながりである自助・互助が担っている役割が大きいと考えられる^{5) 6)}。近年、このような社会的なつながりをソーシャル・キャピタル（以下、SC）として概念化し、健康づくりや保健施策等との効果的な関連を検証する動きが高まりをみせている^{7) 8) 9)}。保健師活動指針においても、地区活動を通じたSCの醸成を図り住民の自助及び共助を支援して主体的

かつ継続的な健康づくりを支援する方策の重要性が明記され¹⁰⁾、健康増進計画においてもSC概念の導入が推進されている¹¹⁾。このように健康づくりに関連する多くの政策においてもその導入が認められ、地域特性について社会的要素を含めて多角的にとらえた保健活動の展開を支援する基盤が整えられてきている。

一方、島嶼における地区組織を考える際に、集落を準拠集団に捉える視座は非常に重要である。集落間における高い隔絶性を有することが多い島嶼では、従来互助や共助の範囲についても集落をひとつの単位として捉える意識文化が根付いているところが多い⁵⁾。長年にわたって自治会等の地域組織運営や冠婚葬祭、伝統文化の継承といった人々の生活の基礎となってきた集落の歴史に、個性豊かで脈々と受け継がれてきた地域の固有性をみることが出来る³⁾。支援の枠組みとしての地域単位をどのように設定するべきかについては、これまでもさまざまな議論がなされている。たとえば、地域包括ケアシステムの構築においては、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域として、具体的には中学

¹⁾ 鹿児島大学医学部保健学科看護学専攻地域看護・看護情報学講座

²⁾ 藍野大学医療保健学部看護学科

連絡先：森隆子

〒890-8544 鹿児島市桜ヶ丘8-35-1

Tel/Fax : 099-275-6795

E-mail: moriryu@health.nop.kagoshima-u.ac.jp

校区が単位に想定されている¹²⁾。また、人口減少や高齢化の著しい中山間地域等においては一体的な日常生活圏を構成している集落を「小さな拠点」の空間単位として捉える動きも活発化してきている¹³⁾。以上を踏まえて、島嶼において集落を基盤とした小規模単位でのヘルス・コミュニティの構想を導けることは、より暮らしに密着した主体的な健康づくりの喚起において非常に重要であると考えられる。

そこで、本研究では、島嶼で生活する住民の主観的健康感に影響する要因について、集落地域レベルでのSCに着目した形で関連を検討することで、今後の保健活動のあり様に関する基礎資料を作成することを目的とする。

研究方法

1. 対象

1) 対象者

A県B郡C町にある21集落に居住する20歳以上75歳未満の住民1400名（国民健康保健加入者1200人，社会保険加入者200人を集落の人口に応じて無作為に抽出）とした。

2) 対象地域の概要

C町が属するのは、C町を含めて2つの市町村が存在するD島である。D島は、本土からの距離は500km、最も近いとされる島嶼との距離でも一定以上離れていることから隔絶性、環海性、狭小性が高く、人口は1万を超える島嶼である。C町は人口6,806人、高齢化率29.8%（平成22年国勢調査）、人口減少と高齢化の顕著な進行がみられるが、集落によって状況にばらつきがみられる。大小合わせて21の集落があり、集落への帰属意識が強く各々がスローガンを掲げている。地域住民は集落のことを「字」と呼称している。

C町内で利用可能なフォーマルな資源としては、病院1か所、診療所・医院2か所がある。保健部門としては、町立の保健センターと地域包括支援センターが1か所ずつあり、ライフサイクルに応じた保健事業を展開している。

2. 方法

1) 調査方法：自記式質問紙調査により実施した。本調査の実施に先駆けて、研究の趣旨及び概要を事前に区長会等にて説明した後、各集落の民生委員に配付を依頼した。回答後は郵送にて回収した。調査期間は平成22年12月6日～12月24日である。

2) 調査内容

(1) 個人の属性、主観的健康感、生活習慣、保健行動、

ソーシャル・サポート

個人の属性として「性別」「年齢」「同居家族の有無」、「仕事の有無」「経済的な暮らし向き」の項目を回答する形とした。健康状態を示す指標として「主観的健康感」を、4段階で評価した。

生活習慣に関する項目については、「喫煙」「飲酒」「休養（十分な休息・睡眠とリフレッシュができていますか）」「食事（1日最低1食のきちんとした食事の有無）」「運動習慣（運動に関する関心を6段階で回答したもから変換）」「社会活動への参加（集落内外14活動への参加の有無）」について回答する形とした。最終的に、健康的な生活習慣の実施状況を表す指標として、すべての項目を加算した総合得点を用いた。

保健行動に関しては、「かかりつけ医の有無」「過去1年間での健診（人間ドック）受診の有無」「保健事業への参加経験の有無」「保健事業への参加意向の有無」を回答する形とした。

「ソーシャル・サポート（以下、SS）については、対象を家族・親戚と集落（アンケート上では当該地域の呼称である「字」を使用）の2種類に分けて、情緒的サポート（『あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人がいますか』という受領に関する項目、『あなたは誰かの心配事や愚痴を聞いていますか』という提供に関する項目：計2問）・手続的サポート（『あなたが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ますか』という受領についての項目・『あなたは、周りの人が病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしあげようと思えますか』という提供についての項目：計2問）の有無を回答してもらい、家族・親戚との社会支援関係（家族・親戚SS）と、集落との支援関係（集落SS）別に合計得点を計算した。

(2) ソーシャル・キャピタル

SCを構成する要因として、「社会活動（集落内）」「社会活動（集落外）」「地域への信頼感（5段階）」「地域の互酬性（5段階）」「地域への愛着（5段階）」「近所付き合いの程度（4段階）」「近所付き合いの人数（4段階）」「凝集性（祭りへの積極的参加の有無）」を把握した。「社会活動」については、地縁的活動を中心に自治体の活動を聴取の上で設問を設けた。

3) 分析方法

SCを構成する項目得点を基に、クラスター分析を用いて、その類似性により集落を3つに類型化した。SCにおける基本的な分類として「結合型」と「橋渡し型」がある。結合型は、組織の内部における人と人との同質的な結びつきであり、内部での信頼や協力、結束を生むものとされる。橋渡し型は、異なる組織間における異質

な人や組織を結びつけるネットワークとされる。そこで、本研究では集落を組織単位としたSC特性について、具体的にはSC得点の傾向に応じて、集落外部とのつながりがより豊かな傾向にある「橋渡し型」、集落内部のつながりがより強い傾向を示す「結合型」、橋渡し型と結合型の中間に属する（「橋渡し型」「結合型」いずれの傾向もそれほど強くない）「中間型」に分類した。そして、SCの3類型毎に、個人の属性、生活習慣、保健行動、SSの主観的健康感への影響について、重回帰分析を用いて分析を行った。なお、SCの3類型で人口規模や（集落同士の）距離の近さに違いは見られなかった。

3. 倫理的配慮

対象者への説明は、研究内容、プライバシーの保護、研究への協力は自由意思に基づくものであり、対象者に不利益のないよう配慮すること等について記入した説明書を基に、調査対象集落のコーディネーター（保健師を含むC町健康増進部門の職員・民生委員等）に説明を依頼した。また、本研究は鹿児島大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施した。

結果

回答があったのは710名であった（回収率：50.7%）。集落毎にみても、ある程度一定の回答率が認められた。

1. 研究参加者の特徴

(1) 個人レベルの項目

属性・健康度自己評価・生活習慣・保健行動

男性350名（49.3%）、女性360名（50.7%）、平均年齢は57.3±13.7歳であった。

家族構成では同居家族のいる者が614名（86.5%）何らかの形で就業をしている者が537名（75.6%）、であった。経済的な暮らし向きとしては、心配のない者が455名（64.1%）と半数以上を占めた。

主観的健康感については、「非常に健康」「まあまあ健康」と答えた者がそれぞれ113名（15.9%）、463名（65.2%）と多く、「あまり健康でない」と答えた者は98名（13.8%）、「健康ではない」は21名（3.0%）と続いた。

健康に関する生活習慣については、喫煙しているものは140名（19.7%）であり、飲酒は396名（55.8%）の者が行っていた。休養については、休息・睡眠を十分とり心身ともにリフレッシュできている者が473名（66.6%）と半数以上を占めた。食事については、腹八分目を心掛けている者が426名（60.0%）であった。運動に対する関心/行動については、何らかの運動を行っているものが293名（41.3%）であり、運動しなくてはと思うが実行できない者が311名（43.8%）いた。社会活動につい

ては、525名（73.9%）と多くの者が参加していた。

保健行動については、かかりつけ医のいる人が408名（57.5%）おり、過去1年以内に健診や人間ドッグを受診した者が463名（65.2%）であった。

ソーシャル・サポート

家族・親戚からの情緒的サポートについては、603名（84.9%）が受領できると回答し、560名（78.9%）が提供すると回答した。手段的サポートについては、606名（85.4%）が受領できるとし、642名（90.4%）が提供できると回答した。

集落については、情緒的サポートの受領ができると回答したものが359名（50.6%）、360名（50.7%）が提供すると回答した。手段的サポートは、受領できると回答した者は145名（20.4%）、提供すると回答した者は355名（50.0%）であった。

(2) 地域レベルの項目（ソーシャル・キャピタル関連項目）

集落内での社会活動については、「自治体・婦人会・青年団・壮年団による活動」へ参加している者は280名（39.4%）、「趣味の会等の活動（大正琴・手芸等）」が89名（12.5%）、「ボランティアによる活動」240名（33.8%）、「スポーツ活動」134名（18.9%）、「安全を守るための活動（消防団・パトロール等）」86名（12.1%）、「字の行事」432名（60.8%）、「伝統を伝承する活動（やっこ、三味線、踊り等）」95名（13.4%）であった。

集落外での社会活動については、「趣味の会等の活動（唄等）」69名（9.7%）、「ボランティアによる活動」192名（27.0%）、「スポーツ団体による活動（ミニバレー等）」112名（15.8%）、「同業者団体による活動（商工会、組合等）」123名（17.3%）、「町の行事への参加（小学校行事、町民体育大会等）」293名（41.3%）、「集落外を含めた伝統を伝承する活動」100名（14.1%）、「公民館講座等による学習活動」75名（10.6%）だった。

地域への信頼感については、「とても信頼できる」「まあ信頼できる」419名（59.0%）と半数以上を占めた。地域の互酬性（設問：「あなたの字の人々は、お互いに助け合う気持ちがあると思いますか」）は、「とてもそう思う」「まあそう思う」が453名（63.8%）だった。地域への愛着では、「とても愛着がある」「まあ愛着がある」が497名（70.0%）であった。

近所付き合いの程度では、「日常的に立ち話をする程度の付き合いはしている」が291名（41.0%）と最も多く、次いで「お互いに相談したり、日用品の貸し借りをする等、生活面で協力し合っている人がいる」253名（35.6%）であった。近所付き合いの人数については、「ある程度の人と面識・交流がある（概ね5~19人）」が285名（40.1%）、「字内のかなり多くの人と面識・交流

表1 対象者の属性（全体／ソーシャル・キャピタル特性別）

		全体		ソーシャル・キャピタル特性別					
		(n=710)		橋渡し型 (n=340)		結句型 (n=159)		中間型 (n=180)	
		n	%(M±SD)	n	%(M±SD)	n	%(M±SD)	n	%(M±SD)
個人の属性									
性別	男性	350	49.3	171	50.3	75	47.2	90	50.0
	女性	360	50.7	169	49.7	84	52.8	90	50.0
年齢		710	57.3±13.7	340	56.9±13.4	159	58.4±13.6	180	56.1±14.6
同居家族	あり	614	86.5	296	87.1	139	87.4	149	82.8
	なし	80	11.3	36	10.6	14	8.8	29	16.1
	無回答	16	2.3	8	2.4	6	3.8	2	1.1
仕事	あり	537	75.6	268	78.8	120	75.5	127	70.6
	なし	165	23.2	69	20.3	36	22.6	51	28.3
	無回答	8	1.1	3	0.9	3	1.9	2	1.1
経済的な暮らし向き									
	ゆとりがあり、心配なし	68	9.6	22	6.5	22	13.8	19	10.6
	あまりゆとりはないが、心配なし	387	54.5	176	51.8	96	60.4	100	55.6
	ゆとりがなく、多少心配である	159	22.4	89	26.2	29	18.2	35	19.4
	苦しく、非常に心配である	64	9.0	36	10.6	4	2.5	20	11.1
	無回答	32	4.5	17	5.0	8	5.0	6	3.3
健康度自己評価									
主観的健康感									
	非常に健康である	113	15.9	51	15.0	26	16.4	31	17.2
	まあまあ健康である	463	65.2	226	66.5	99	62.3	118	65.6
	あまり健康でない	98	13.8	46	13.5	26	16.4	21	11.7
	健康ではない	21	3.0	9	2.6	4	2.5	8	4.4
	無回答	15	2.1	8	2.4	4	2.5	2	1.1
健康に関する生活習慣									
喫煙									
	吸っている	140	19.7	69	20.3	28	17.6	39	21.7
	吸っていない	540	76.1	257	75.6	123	77.4	137	76.1
	無回答	30	4.2	14	4.1	8	5.0	4	2.2
飲酒									
	飲む	396	55.8	184	54.1	92	57.9	103	57.2
	飲まない	274	38.6	136	40.0	61	38.4	68	37.8
	無回答	40	5.6	20	5.9	6	3.8	9	5.0
十分な休息・睡眠とりフレッシュ									
	できている	473	66.6	225	66.2	105	66	121	67.2
	できていない	223	31.4	108	31.8	50	31.4	57	31.7
	無回答	14	2.0	7	2.1	4	2.5	2	1.1
食事量(腹八分目を心がけている)									
	はい	426	60.0	204	60.0	99	62.3	104	57.8
	いいえ	270	38.0	131	38.5	56	35.2	72	40
	無回答	14	2.0	5	1.5	4	2.5	4	2.2
運動習慣									
	定期的な運動を実行(6か月以上)	108	15.2	40	11.8	27	17.0	36	20.0
	定期的な運動を実行(6か月未満)	19	2.7	11	3.2	0	0.0	7	3.9
	時々やっている	166	23.4	74	21.8	32	20.1	46	25.6
	今すぐにも実行したい	14	2.0	9	2.6	1	0.6	3	1.7
	運動しなくてはと思うが、実行できない	311	43.8	152	44.7	76	47.8	75	41.7
	関心はない	68	9.6	40	11.8	17	10.7	10	5.6
	無回答	24	3.4	14	4.1	6	3.8	3	1.7
社会活動への参加									
	何らかの社会活動をしている	525	73.9	240	70.6	131	82.4	128	71.1
	いずれの社会活動をしていない	117	16.5	63	18.5	12	7.5	39	21.7
	無回答	68	9.6	37	10.9	16	10.1	13	7.2

表 1 対象者の属性（全体／ソーシャル・キャピタル特性別） つづき

	全体		ソーシャル・キャピタル特性別					
			橋渡し型		結句型		中間型	
	(n=710)		(n=340)		(n=159)		(n=180)	
	n	%(M±SD)	n	%(M±SD)	n	%(M±SD)	n	%(M±SD)
保健行動								
かかりつけ医								
いる	408	57.5	196	57.6	93	58.5	99	55.0
いない	259	36.5	122	35.9	54	34.0	72	40.0
無回答	43	6.1	22	6.5	12	7.5	9	5.0
健診・ドッグの受診(過去1年間)								
受診した	463	65.2	213	62.6	107	67.3	117	65.0
受診していない	206	29.0	110	32.4	39	24.5	53	29.4
無回答	41	5.8	17	5.0	13	8.2	10	5.6
保健事業への参加経験								
あり	241	33.9	111	32.6	54	34.0	63	35.0
なし	469	66.1	229	67.4	105	66.0	117	65.0
保健事業への参加意向								
行ってみたい	417	58.7	196	57.6	83	52.2	117	65.0
特にない	293	41.3	144	42.4	76	47.8	63	35.0
ソーシャル・サポート								
家族・親戚								
情緒的サポート(受領)あり	603	84.9	283	83.2	141	88.7	154	85.6
なし	73	10.3	40	11.8	8	5.0	22	12.2
無回答	34	4.8	17	5.0	10	6.3	4	2.2
情緒的サポート(提供)あり	560	78.9	261	76.8	119	74.8	155	86.1
なし	97	13.7	52	15.3	22	13.8	20	11.1
無回答	53	7.5	27	7.9	18	11.3	5	2.8
手段的サポート(受領)あり	606	85.4	289	85.0	139	87.4	151	83.9
なし	72	10.1	36	10.6	10	6.3	24	13.3
無回答	32	4.5	15	4.4	10	6.3	5	2.8
手段的サポート(提供)あり	642	90.4	308	90.6	143	89.9	162	90.0
なし	32	4.5	17	5.0	4	2.5	11	6.1
無回答	36	5.1	15	4.4	12	7.5	7	3.9
集落(字)								
情緒的サポート(受領)あり	359	50.6	178	52.4	84	52.8	82	45.6
なし	249	35.1	116	34.1	41	25.8	80	44.4
無回答	102	14.4	46	13.5	34	21.4	18	10.0
情緒的サポート(提供)あり	360	50.7	182	53.5	73	45.9	87	48.3
なし	241	33.9	108	31.8	51	32.1	73	40.6
無回答	109	15.4	50	14.7	35	22.0	20	11.1
手段的サポート(受領)あり	145	20.4	69	20.3	40	25.2	30	16.7
なし	432	60.8	212	62.4	79	49.7	123	68.3
無回答	133	18.7	59	17.4	40	25.2	27	15.0
手段的サポート(提供)あり	355	50.0	172	50.6	78	49.1	87	48.3
なし	239	33.7	117	34.4	41	25.8	74	41.1
無回答	116	16.3	51	15.0	40	25.2	19	10.6

がある(概ね20人以上)」が246名(34.6%)と多かった。凝集性では、地元の行事や祭りには積極的に参加したい者が463名(65.2%)と多かった。

2. 主観的健康感の関連要因

1) 2変数間の関連

主観的健康感と、個人の属性(性別、年齢(高齢者/

非高齢者)、同居家族の有無、経済的な暮らし向き、仕事の有無、生活習慣(良好な生活習慣得点)、保健行動(かかりつけ医の有無、過去1年間における健診や人間ドック受診の有無、保健事業への参加経験、保健事業への参加意向の有無)、SS(家族・親戚SS、集落SS)の2変数間で関連を検討した。

対象全体で有意な関係性が見られたのは、年齢(MW

検定 $p<0.001$ 若い方がより高得点), 経済的暮らし向き (Spearman の相関係数 $p<0.001$ 余裕ある人がより高得点), 仕事の有無 (MW検定 $p<0.001$ 仕事している方が高得点), かかりつけ医の有無 (MW検定 $p=0.013$ いない方が高得点), 家族・親戚SS (Spearman の相関係数 $p=0.000$ 支援が多いほど高得点), 集落SS (Spearman の相関係数 $p=0.008$ 支援が多いほど高得点)であった。

2) 全体で見た主観的健康感の関連要因：重回帰分析

全体で2変数間の関連が見られた項目について、重回帰分析を行った。性別と年齢については強制投入を行い、その他の項目についてはステップワイズ法を用いて変数を選択した。

その結果、年齢、経済的暮らし向き、仕事の有無、家族・親戚SSの授受、集落SSの授受が主観的健康感に有意な影響を与えていた(表2)。高齢であり、経済的なゆとりがあるほど、また仕事をしている方が主観的健康感が高く、家族・親戚SSの豊かな方が主観的健康感が高かった。かかりつけ医、集落SSはモデルに残らなかった。

表2 主観的健康感の関連要因：全体

	β (標準化係数)	p
性別	-0.034	0.439
年齢(年齢高齢)	-0.192	0.000
経済的暮らし向き	0.158	0.000
仕事の有無	0.163	0.000
かかりつけ医	-	-
家族・親戚SS	0.140	0.002
集落SS	-	-

3) SC特性別に見た主観的健康感の関連要因：重回帰分析

「橋渡し型」「結合型」「中間型」集落のSCの3類型毎に、同様の分析を行った。「橋渡し型」集落では、年齢、経済的暮らし向き、仕事の有無、家族・親戚SSの授受が、主観的健康感に有意な影響を与えていた(表3)。「結合型」集落では、年齢、かかりつけ医の有無、集落SSの授受が関連していた(表4)。「中間型」集落では、年齢、経済的暮らし向き、集落SSの授受が関連していた(表5)。

表3 主観的健康感の関連要因：「橋渡し型」集落

	β (標準化係数)	p
性別	-0.084	0.163
年齢(年齢高齢)	-0.129	0.032
経済的暮らし向き	0.161	0.008
仕事の有無	0.301	0.000
かかりつけ医	-	-
家族・親戚SS	0.168	0.005
集落SS	-	-

表4 主観的健康感の関連要因：「結合型」集落

	β (標準化係数)	p
性別	-0.027	0.775
年齢(年齢高齢)	-0.280	0.005
経済的暮らし向き	-	-
仕事の有無	-	-
かかりつけ医	-0.267	0.010
家族・親戚SS	-	-
集落SS	0.195	0.042

表5 主観的健康感の関連要因：「中間型」集落

	β (標準化係数)	p
性別	-0.051	0.546
年齢(年齢高齢)	-0.235	0.007
経済的暮らし向き	0.183	0.034
仕事の有無	-	-
かかりつけ医	-	-
家族・親戚SS	-	-
集落SS	0.176	0.040

考察

1. 主観的健康感の関連要因

全体で見た場合に、家族・親戚SSが関連していた。SC特性毎に主観的健康感の関連要因を分析したところ、「結合型」集落と「中間型」集落では集落のSSの豊かさが主観的健康感を高めることに有意に関連していた。一方、「橋渡し型」集落については、集落SSの豊かさは要因とならず、家族・親戚SSの豊かさが有意な関連要因であった。つまり、「橋渡し型」集落では、集落外とのネットワーク形成が開かれていることによって集落SSが強く機能せず、家族・親戚SSが得られることで高い主観的健康感につながると考えられた。「結合型」集落、「中間型」集落については、SC特性として「橋渡し型」集落と比べて比較的集落内での密接性が高く、集落SSの豊かさが主観的健康感の高まりに影響を及ぼすと考えられた。主観的健康感の関連要因についてはこれまでもSCとの関連が特に島嶼以外で多く検証されてきた¹⁴⁾が、今回、島嶼における集落レベルでみた場合においても、SCの特性が主観的健康感のあり様に影響を与

えていることが示された。

3. SC 特性を踏まえた保健活動の展開

多くの研究によって、SC が蓄積されている地域では人々の健康が醸成されやすいことが示されてきている。このことから、ヘルスプロモーション活動の展開においても、人々の信頼感や協調行動を促進させるような SC の視点を導入した介入設計が効果的である¹⁵⁾と考えられる。

今回、同じ自治体内においても、SC 特性に基づき地域をより小単位で類型化してみた場合に、良好な健康状態に影響をもたらす要因がそれぞれ異なっている可能性が示された。特に主観的健康感の高まりにおいては、「橋渡し型」集落では家族・親戚 SS を介したアプローチ、「結合型」集落「中間型」集落では集落 SS を介したアプローチが有効である可能性が示唆された。このことから、SC の特性を生かした働きかけを考慮できることによって、保健活動をより効果的に構築・展開できるものとする。たとえば、結合型 SC の高さは組織内におけるネットワークの結びつきの強さから、従来組織に対して内向きで時に外部に対して排他的になりやすいといった負の側面も指摘されてきた。この点について、井上¹⁶⁾は、農村における社会活動を考える際、実際の活動自体に参加はしていなくても（個人の SC は低くても）、地域の SC が高ければその個人にも健康上の恩恵もたらされる可能性について論じている。本研究においても、SC に代表される集落内外における「多様な関係」が集落内の個人の健康に影響する可能性を示されており、特に橋渡し型あるいは結合型 SC の高い地域の特性をリフレーミングして捉えなおすことによって、そのような「多様な関係」を創発する契機となる可能性を示唆するものとする。一方、当該地域の保健師は集落単位の社会活動等へ公私を通じて積極的に参加し、これまで多くの集落に溶け込みつつ保健活動を展開してきた。これは、集落単位の SC の実践活動への応用にほかならず、今後、公私共に地域の暮らしに入り込むなかで培われた保健師の身体性や、保健師の把握している実践知としての SC との関連¹⁷⁾も併せた検証を行いながら、集落単位ないし島嶼全体の固有文化を守り育てる保健活動の更なる統合的発展をめざしたい。

4. 研究の限界と今後の課題

今回の研究では、個人レベルでの SC 回答項目から、地域レベルでの SC 得点を統計学的に算出し、自治体内での相対的な特徴として 3 つに分類を行った。分類の妥当性については、同一自治体内での相対的な分類であるため、一般化には限界がある点も否めない。本研究は自

治体行政職員や区長等との検討を経て確認し、同意を得たものであり、当該地域における類型化としては一定の妥当性を得られたものと考えが、今後は対象をほかの自治体にも広げて、本研究で得られた知見を確認していく必要がある。

謝辞

研究にご協力いただいた地域住民の皆様ならびに自治体職員、区長、民生委員の皆様にご心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生労働省：社会保障審議会介護保険部会第47回平成25年9月4日資料1（生活支援、介護予防等について）
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000021717.pdf (2016.12.26 アクセス)
- 2) 志水幸，小関久恵，亀山育海：離島高齢者の社会とのかかわりの状況に関する研究 - 山形県酒田市飛島における実態調査結果を中心に - . 北海道医療大学看護福祉学部紀要2004；11：73-78
- 3) 森保洋之，橋部好明，菊川照正，他：瀬戸内の島嶼集落のサステナビリティ・システムに関する研究 - 山口県祝島集落，広島県宮島集落等々の集落を対象とした考察 - . 住総研研究論文集2012；39：177-188
- 4) 筒井孝子：地域包括ケアシステムの未来 - 社会的介護から，地域による介護へ - . 保健医療科学2009；58(2)：84-89
- 5) 鳥谷めぐみ：離島社会における保健医療の総合的研究(3) - 高齢者の生活を中心に - . 天使大学紀要2002；2：185-194
- 6) 金城八津子，畑下博世，河田志帆，他：離島に居住する生活機能低下をきたした独居高齢者の“生活の術”. 日本地域看護学会誌2013；16(2)：63-70
- 7) 近藤克則，平井寛，竹田徳則，他：ソーシャル・キャピタルと健康. 行動計量学2010；37(1)：27-37
- 8) 桜井良太，清水由美子，川崎千恵，他：ソーシャル・キャピタルに着目したヘルスサポーターの養成プログラム作成の試み - 参加者特性と養成講座参加に伴う意識変化の検討. 応用老年学2015；9(1)：129-137
- 9) 田口貴久子，夏原和美：地域のソーシャル・キャピタルと住民の健康診査・がん検診受診行動との関連. 日本赤十字秋田看護大学日本赤十字秋田短期大学紀要2015；19：17-26
- 10) 厚生労働省健康局長通知：地域における保健師の保

健活動について (保健師活動指針). 2013

http://www.nacphn.jp/topics/pdf/2013_shishin.pdf (2016.12.26
アクセス)

- 11) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会：健康日本21 (第2次) の推進に関する参考資料. 2012
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf (2016.12.26 アクセス)
- 12) 厚生労働省社会保障審議会介護保険部門会 平成25年8月28日資料3 (地域包括ケアシステムの構築に向けて)
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000018729.pdf (2016.12.26
アクセス)
- 13) 国土交通省 (国土政策局集落地域における「小さな拠点」形成推進に関する検討会：集落地域の大きな安心と希望をつなぐ「小さな拠点づくり」ガイドブック. 2013
- 14) 儘田徹：日本におけるソーシャル・キャピタルと健康の関連に関する研究の現状と今後の課題. 愛知県立大学看護学部紀要2010 ; 16 : 1-7
- 15) 湯浅資之, 西田美佐, 中原俊隆：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. 日本公衆衛生雑誌2006 ; 53(7) : 465-470
- 16) 井上智代, 渡辺修一郎：農村における健康に資するソーシャル・キャピタルの質的分析. 日本農村医学会雑誌2015 ; 63(5) : 723-733
- 17) 埴淵智哉, 村田陽平, 市田行信, 他：保健師によるソーシャル・キャピタルの地区評価. 日本公衆衛生雑誌2008 ; 55(10) : 716-723

Determinants of subjective health of residents in remote island -from a perspective of settlement level Social Capital -

Ryuko Mori¹⁾, Shimpei Kodama¹⁾, Hiromichi Hatano²⁾

- 1) Department of Community Health Nursing and Nursing Informatics, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kagoshima University
- 2) Department of Nursing, Faculty of Healthcare Science, Aino University

Address correspondence to: Ryuko Mori
8-35-1, Sakuragaoka, Kagoshima, 890-8544, Japan
E-mail: moriryu@health.nop.kagoshima-u.ac.jp

Abstract

The aim of this study was to examine determinants of subjective health in remote islands from a perspective of settlement level Social Capital (SC). In this study, random sampled 710 residents at one city in a remote island were surveyed by self administered questionnaire. We divided the residents into three categories of social capital (bridging SC group, bonding SC group and intermediate SC group) and examined each group by multiple regression analysis. In the bridging SC group, high social supports from family members statistically influenced subjective health of residents. In the bonding SC group and the intermediate SC group, high social supports from settlement members statistically influenced subjective health. It is suggested that settlement level SC is an important factor of effective health program for residents in remote islands.

Key words: settlement level social capital, subjective health, residents in remote islands, healthcare activity