

中山間地域再生に向けた健康福祉コンビニ構想の有効性の検討

第1報：生活者の健康実態からの考察

A study of health and welfare convenience service in view of regenerating intermediate and mountainous areas : A first report on the examination of the actual health conditions of the residents

田中マキ子¹⁾, 神田裕美²⁾, 白水麻子²⁾, 森口覚¹⁾, 小川全夫¹⁾
Makiko Tanaka¹⁾, Hiromi Kouda²⁾, Mako Shirouzu²⁾, Satoru Moriguchi¹⁾, Takeo Ogawa¹⁾

Abstract

In order to clarify issues related to regeneration of intermediate and mountainous areas, we conducted a hearing investigation from a perspective of health and welfare convenience service. In order to live in small-scale aging settlement, the residents required mental and physical health sustained by self-awareness as well as they adjusted their needs through expanding operation of day service functions. If we are to examine resident-participatory health and welfare service and materialize it, it is necessary to further analyze social resources possessed by individuals and to grasp needs of the entire community including small-scale aging settlements.

要旨

中山間地域再生に向けた課題を明らかにするために、健康福祉コンビニの視点から聞き取り調査による検討を行った。小規模高齢化集落に暮らすためには、自立意識に支えられた心身の健康が重要である他、デイサービス機能の拡大運用によって、ニーズへの調整を図っていた。今後、住民参加型健康福祉について検討し、健康福祉コンビニを具体化するためには、個々が持つ社会資源への更なる分析と小規模高齢化集落を含めた地域住民全体へのシーズやニーズの把握を行うことが必要であることが示唆された。

Key words: small-scale aging settlement, health and welfare convenience service, social capital, physical Health

キーワード：小規模高齢化集落、健康福祉コンビニ、ソーシャル・キャピタル、身体的健康

1. はじめに

山口県は、過疎高齢先進県であり、人口の高齢化はもとより、過疎地域の特徴から種々の課題を有している。その最たる現象として、中山間地域での急減な人口の減少（人の空洞化）と、その結果から生じる耕作面積の減少（土地の空洞化）がある。こうしたことから集落の小規模化・高齢化が進むと共に、地域をリードする人材不足等、集落機能の低下が顕著となっている。近年では、人が生活する機能が限界に達する状況も現れ、新たな地域コミュニティとしての組織作りが必要になってきた。さらに、こうした状況は山口県に限った現象ではなく、他地域においても散見され問題

の広がり呈している。

ここで考えていかななくてはならない問題とは、何であろうか。過疎・高齢社会の伸展は、そこで暮らす人々に対し公共サービスに関する機会・質の低下を招かざるを得ないことであろう。とりわけ社会が存続していくに必要とされる医療・福祉といった側面においても少しずつの不足状態が生じる事が予測される。特に、医療・福祉を展開するためには、多くのコストを必要とするので、経営効率を優先せざるを得ない実情も致し方ないとも言える。そのため、医療・福祉を利用する地域住民にとっては、身近な所で不便なく利用できるサービスが、遠くの町や市まで出かけていなくては利用できないなど、まずはアクセスでの不便が

1) 山口県立大学大学院健康福祉学研究科 教授

2) 山口県立大学大学院健康福祉学研究科博士後期課程

1) Graduate School of Health and Welfare, Yamaguchi Prefectural University

2) Graduate School of Health and Welfare, Yamaguchi Prefectural University

生じる。次には、医療財政改革が頻繁に行われているように、かかる医療費等への補助・扶助の切り下げから、経済的負担が生じる。こうした状況は、過疎地域に暮らす人々には、高い交通費と同等な保健・医療にかかる経費負担という構造を生じさせることになる。

このように過疎高齢地域に暮らすということには、多くの弊害や障害がある。しかし、そこに暮らす人々は、「ここの暮らしが好き」「ここでしか、生きていけない」と述べる人が大半で、生活するに不自由がなく暮らしやすい所へ移住すればいいというような短絡的な方向にはいかない。ここに、住み慣れた地域に生きることの意味やそこでの生活をどのように支えていかなければいけないかという課題が生じることになる。

そこで本論では、小規模高齢化集落に暮らす人々の健康実態から、中山間地域の再生プログラムとして、種々異なるコミュニティ・ネットワークを持つ地域住民にとって、健康福祉サービスとしてどのような機能が不可欠かつ利便性が高いものなのか考察したい。ここで用いる「健康福祉コンビニ」とは、巷に立ち並ぶコンビニエンスストアを参考に、いつでも・どこでも・だれでもアクセスできる必要な物=サービス提供拠点と本論では定義する。

2. 地域再生への評価

—ソーシャル・キャピタルの視点から—

地域再生に対し、従来どのようなアプローチがなされてきたのだろうか。地域評価や集団評価といったアプローチを得意とする学問領域としては、とりわけ社会学的接近であろう。中でも、民族社会学、家族社会学、農村社会学といった学問分野は多くの役割を果たしてきた。こうした活躍に対し、近年ソーシャル・キャピタルという経済学から派生した概念が登場し、学問領域に関わる研究者間で、さらには政府や国際機関などの政策決定者あるいは政策分析者の間で急速な高まりを見せている。

ソーシャル・キャピタルは、「広く、人々がつくる社会的ネットワーク、そしてそのようなネットワークで生まれる共有された規範、価値、理解と信頼を含むものであり、そのネットワークに属する人々間の協力を推進し、共通の目的と相互の利益を実現するために貢献するもの」と定義され、小さくは家族、大きくは国家のようなグループのネットワークを捉えてきた¹⁾。

ソーシャル・キャピタルを扱った分野は、社会理論と経済発展、家族および若者の行動、スクーリングと

教育、コミュニティ生活、仕事と組織、民主主義とガバナンス、集合的行為の問題などがある²⁾。この他、世界銀行はソーシャル・キャピタルと関連を持ちそれによって影響を受ける問題として、犯罪と暴力、経済と貿易、教育、環境、財政、保健、栄養と人口、情報技術、貧困と経済発展、農村開発、都市開発、水供給及び衛生をあげているなど、あまりに多くの事象に対し多くのコンテキストの中で用いられているために、明確な意味を失っているという指摘もあるほどである³⁾。

このようにソーシャル・キャピタル概念は、その多義性のため概念に対する一般的合意形成が存在しないとも指摘される。しかしながら、ソーシャル・キャピタル概念は、効果(アウトカム)が提示されている点、評価指標として利用可能である。そのため、介入方法や介入後の効果評価が必要となる政策課題には、有効な概念とされてきた。そこで、本論においても地域再生プログラムとしての有効性の評価判定を伴うので、ソーシャル・キャピタル概念に照らし考察することが有効と考えた。

本論で用いたソーシャル・キャピタルは、ロバート・パットナム「Making Democracy Work」1993年⁴⁾に示された、「人々の協調行動を活発にすることによって社会の効率性を高めることのできる、「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴」の定義を用い検討したい。ソーシャル・キャピタル概念のフレームワークは、図1に示す「Social Capitalの概念イメージ」が一般的に用いられる⁵⁾。ソーシャル・キャピタルの各構成要素は、表1のように捉えられるが、パットナムは、ソーシャル・キャピタルの各要素の機能性に着目するとともに、その関連性を対比的にタイプに分類し構成した(表2参照)。本論では、地域のソーシャル・キャピタル評価として、詳細な分類が可能なパットナムの分類が有効と考え、パットナムが提唱する

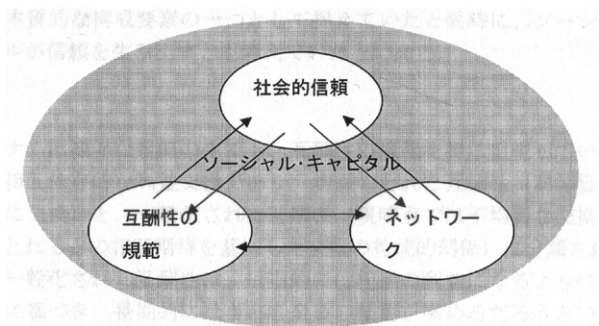


図1 Social Capitalの概念イメージ

表1 ソーシャル・キャピタルの各要素

各要素	捉え方
信 頼	Social Capitalの本質的な構成要素の一つであると同時にSocial Capitalが信頼を生み出す 信頼：社会の効率性と大いに関係する 自発的な協力が生み出され、自発的な協力がまた信頼を育てる
規 範	互酬性の規範を重視 互酬性：相互依存的な利益交換であり、均衡のとれた互酬性（同等価値のものを同時に交換）と、一般化された互酬性（現時点では不均衡な交換でも将来均衡がとれるとの相互期待を基にした交換の持続的関係）
ネットワーク	垂直的なネットワーク：職場内の上司と部下 水平的なネットワーク：合唱団や協同組合 家族や親族を超えた幅広い「弱い紐帯」を重視し、「直接顔を合わせるネットワーク」が核とされる

表2 パットナムによるSocial Capital の分類

性 質	統合型	橋渡し型
	組織の内部における人と人との同質的な結びつきで、内部で信頼や協力、結束を生むもの	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
形 態	フォーマル (例：PTA)	インフォーマル (例：バスケットボールの試合)
程 度	厚い：強い紐帯 (例：家族の絆)	薄い：弱い紐帯 (例：知らない人に対する相槌)
志 向	内部志向 会員の利益を促進する傾向 (共益型 例：商工会議所)	外部志向 公共の利益を促進する傾向 (公益型 例：赤十字)

*坂本治也「ソーシャル・キャピタル概念の意義と問題点」2002,ソーシャル・キャピタル研究会に筆者が加筆

ソーシャル・キャピタル分類から須金地区の実態を検討したい。

このように、近年注目を浴びるようになったソーシャル・キャピタルであるが、国内の動向としてはどのようなであろうか。主たる動きとして代表となるものは、平成17年4月、地域再生法に基づく地域再生基本方針が閣議決定され、地域の再生のためのひとづくり・人材ネットワークづくりの促進の中で、地域固有のSocial Capitalを活性化することが明記されたことがあげられる。内閣官房「地域再生基本方針」平成18年2月閣議決定（変更）に、「地域再生のために政府が実施すべき施策に関する基本方針：1）智恵と工夫の競争のサポート・推進、①地域再生のためのひとづくり・人材ネットワークづくりの推進」が掲げられている。地域の担い手として、福祉、まちづくりなどの特定の目的で組織されたNPO等や、講、自治会といった古

くから地域に存在する地縁的な組織を再活用するなど、地域固有の「ソーシャル・キャピタル」を活性化するとともに、これらの主体を含め、地域の企業、教育機関、公共団体などが、地域の重要な政策テーマに応じて連携し、各々の役割を明確にしつつ、特定の期間内に特定の目標を達成していく取組を適切に支援できるよう検討する、というものである。また、政府における検討動向として、政府内でも、経済産業省や文部科学省がソーシャル・キャピタルを提言等として取り上げている。その他の省庁においても、平成14年度に内閣府国民生活局が、ソーシャル・キャピタルと市民活動との関係に焦点をあて、その関係の検証やソーシャル・キャピタルの定量的把握などを試みたのを初めとして、各府省研究所等において検討されている。例として、1）経済産業省「ものづくり国家戦略ビジョン」ものづくり政策懇談会（平成17年11月）が開催さ

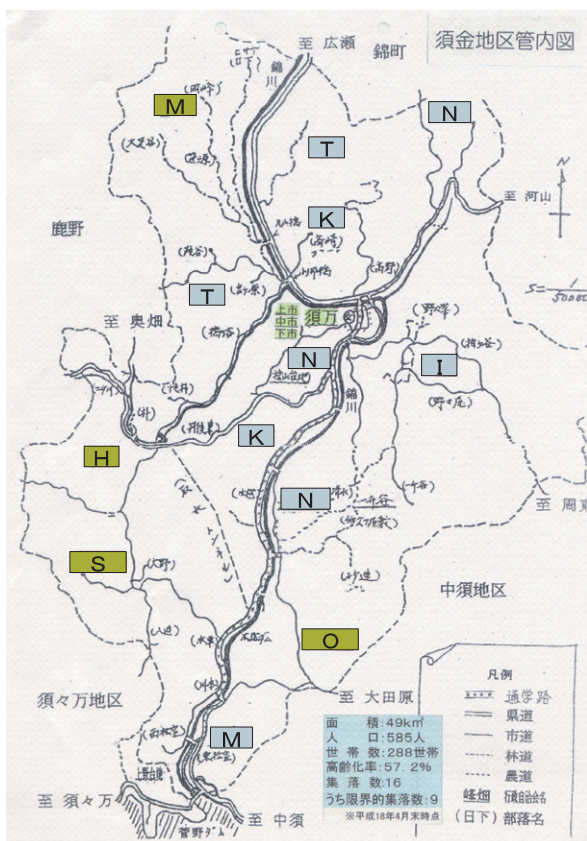


図1 須金地区管内図

れたり, 2) 文部科学省「ポスト2005における文部科学省のIT戦略の在り方に関する調査研究報告書」(平成17年3月)などがとりまとめられている。

このように, 国内の動向も鑑みあわせ, どのような資源を活用するかが評価できるソーシャル・キャピタル概念の視点から, 地域再生への評価を行うことは意義深いと言える。

3. 聞き取り調査と生活者の健康状態

調査は, 山口県周南市須金(中山間地域集落ネットワーク形成支援事業モデル地域)において行った。調査の目的は, 新たな地域コミュニティの組織づくりを促進するため, 高齢者の生活上の課題や健康状態等の実態を把握し, コミュニティの形態に合致した健康福祉サービスの在り方について, 居住地において包括的な健康福祉サービスにアクセスしやすい「健康福祉コンビニ」構築の視点から検討し, 必要とされるサービスの質や提供方法について明らかにすることである。

調査は, 平成19年9月24日(月)と9月25日(火)の2日間, 須金の4集落に住む16戸の高齢者世帯を中心に半構造化面接による生活実態の聞き取りを行った。選定した4集落は, 集落個数が少なく, 生活条件が厳しい, いわゆる小規模高齢化集落として捉えられる所である。1戸あたりの調査時間は概ね1時間30分

表3 須金地区の集落世帯と人口動態

集落	集落データ (2006年4月30日現在)						小規模 高齢化 集落
	世帯 (戸)	人口 (人)	高齢者人口 (人)		高齢化率 (%)	75歳以上 割合 (%)	
			65～74歳	75歳～			
I	6→4	8	1	6	87.5	75.0	*
S K	39	74	14	30	59.5	40.5	
S N	40	81	14	31	55.6	38.3	
S S	41	85	23	25	56.5	29.4	
N	22	37	7	21	75.7	56.8	
K	8→7	13	1	10	84.6	76.9	*
T	7→4	12	2	4	50	33.3	*
K	12	24	6	12	75	50	*
M	9→8	17	6	8	82.4	47.1	*
S A	5→3	7	1	4	71.4	57.1	*
H	6→5	13	2	6	61.5	46.2	*
N H	40	88	12	22	38.6	25	
K T	15	27	8	9	63	33.3	*
N W	14	35	9	6	42.9	17.1	
O	4	8	2	5	87.5	62.5	*
M M	20	46	11	11	47.8	23.9	
合計	288	575	119	210	57.2	36.5	9

程度であった。調査員は、本学大学院生3名並びに教員2名、山口県中山間地域班職員3名と周南市職員1名である。訪問調査は、調査員2名が一つの班を構成しそれぞれの調査対象世帯に対し行った。

倫理的配慮として、聞き取り調査対象者へ調査の趣旨を説明し、調査項目に対する解答について強要することなく協力が得られた方に対し実施した。聞き取り内容については、テープレコーダーに記録するとし、記録については口頭で説明し同意を得られた場合のみ録音した。

調査項目は、15領域から22項目の聞き取り事項を設定し独自の質問票として構成した。属性や性別、年齢、須金地区居住年数、家族構成等のフェイス項目の他、生活を維持する上で必要となる項目をあげた(資料1 質問項目一覧参照)。また、健康レベルをチェックするために、1) 体重、身長、計測(上腕周囲長・上腕皮下脂肪厚・下肢周囲長)、血圧測定等一般的健康チェック、2) 皮下脂肪率・骨格筋率・全身体脂肪率・BMI・基礎代謝量・内臓レベル等の身体の機能性評価、3) 健康に関するアンケート調査(11項目 二者択一方式)、4) 簡易食物摂取状況調査法を用いての、エネルギー、蛋白質、脂質、炭水化物、食塩の摂取量算出を行った。

1) 調査集落の概要

調査集落は、図1に示す緑色のエリアである。中心エリアは須万であり、この須万を中心として山間の集落が形成されている。須万には、市役所の支所、郵便

局や商店がある。JAの支所もあったが、平成19年10月をもって閉じている。集落の世帯・人口動態は表3に示す通りである。表内の世帯に示す矢印は、調査時点での世帯数である。死亡等のため、世帯数の自然減が起こっている。今回調査した集落は、小規模高齢化集落でも世帯数が少ない集落を意図的に選択した。厳しい生活条件での暮らし実態から、最低限度のサービスとしてどのような内容を検討しなくてはならないか、集落に特化した特異的要因が明らかになると共に、こうした要因が普遍性につながると考えたためである。

2) 調査結果の概要

聞き取り調査を実施した16世帯の世帯数と居住人数は表4のとおりであった。世帯における居住人数については、R集落は2世帯すべてが一人暮らしであり、H集落は、一人暮らし(2世帯)、夫婦又は母と息子の二人暮らし(2世帯)、夫婦と子供の三人暮らし(1世帯)、夫婦と子供の四人暮らし(1世帯)であった。M集落は、一人暮らし(2世帯)、夫婦二人暮らし(4世帯)、夫婦と子供の三人暮らし(1世帯)、O集落は、夫婦二人暮らし(1世帯)と、16世帯中一人世帯は6戸、高齢夫婦世帯が6戸と、相互に助け合う環境が期待できない中の生活であるということがわかった。さらに、インフォーマント世帯代表者の平均年齢は男女共に、79歳代と高齢であった(表5参照)。

居住年数は、集落別においてR集落は、50年未満、50年以上ともに1戸ずつであった。H集落は、50年未

表4 世帯数と居住人数

調査集落	調査世帯数	居住人数				
		一人	二人(夫婦)	二人(親子)	三人	四人
S集落	2	2	0	0	0	0
H集落	5	2	0	1	1	1
M集落	8	2	5	0	1	0
O集落	1	0	1	0	0	0
計	16	6	6	1	2	1

表5 年齢区分と平均年齢(世帯代表者年齢)

	70~75歳	76~80歳	80歳以上	計	平均年齢
男	1	4	4	9	79.2歳
女	1	2	4	7	79.7歳
計	2	6	8	16	79.4歳

表6 調査集落区と居住年数

調査落	調査世帯数	調査人数	50年未満	50年以上	不明
S集落	2	2	1	1	0
H集落	5	5	1	3	1
M集落	8	9	0	6	3
O集落	1	1	1	0	0
計	16	17	3	10	4

満1戸, 50年以上3戸であった。M集落は50年以上が6戸であった。O集落は50年未満が1戸であり, 居住年数は19年から82年の幅があった。比較的近隣結婚が多く, 地元で生まれて育ったという人も多く, 地域・集落への愛着が強い傾向を示した。

地域コミュニティとの関連では, 外出の目的や頻度, 付き合いの範囲等を聞いた。結果, デイサービスや病院・診療所通いが主たる外出の目的であり(表7参照), 付き合いの範囲は集落内の人を中心に家族等と狭い人間関係であった。調査対象者の中には, 付き合いとして「ない」と回答する人もあった(表8参照)。4集落に住む調査対象者は, それぞれにデイサービスを楽しみにしていた。健康度の高い対象者集団であるので, デイサービス利用は月2回程度である。しかし, デイサービス利用時には近隣者との会話や日常雑貨の買い出しと, 変化乏しい日常に刺激を与える日のようで, 口々に「デイサービスが楽しみ」と述べていた。

家族との関係においては, 月に1回程度は, 息子や娘が会いに来るパターンが大半のようであった。中には, 遠く離れた息子が, 毎朝電話をしてくれるというケースもあったが, そうしたケースはまれな例である。息子・娘との関係は, 市街地への通院や家屋の修繕等, 時折に援助を頼む程度で過度な依存と受け止められる

ものではなかった。経済的支援についても, 15世帯は自分たちの年金だけで生活をしており, 1世帯のみ何らかのかたちで支援を受けていた。中には, 子どもたちに経済的支援をしている世帯もあった。

ライフラインとしての食料調達は, 米は高齢であること, イノシシの被害に遭うなどで作付けを行っていない世帯がほとんどであった。野菜については, 自分たちが食べる程度のもので作っていたが, 山間ゆえにサルも多く, 「サルがおいしい所を食べて, サルの食べ残しを人間が食べている」と話された。水については, 山水を飲料水へ循環させている。

生活環境面からみても, 決して恵まれている集落ではない。近くに人影を感じる事がなく近所との距離があるほか, 離村し荒れた民家の合間をぬって, また荒れ果てた耕地の中, 中心市街地からも離れた山間での独居ないしは高齢夫婦の生活であり, 調査対象者たちのたくましさをつくづく思い知った。須金地区への居住の希望については, このままずっと住みたいと16世帯の全員が答えている。「子どもの頃から住んでいるから」や, 「町中に出て・・・, 子どもの面倒になるのも気兼ねだしねえ」と, 呑気な反面, 長く居住する中で身につけたライフスタイルを変えられるものではないことを, 生活の中から学習しているようであった。

また, 重要な要素として, 一見不便に思えるこの山間で生活することを支える基盤に, 自分の事は自分で行える, つまり生活していける能力がある=健康であるということが必須要件であった。自給自足的生活を維持し, 精神的にも住み慣れ, 癒しの機能を持つ須金地区に長く住み続けるためには, 心身共に今の健康状態が維持されないと「無理」であることも, それぞれのインフォーマントは自覚していた。

3) 生活者の現状-食生活と健康からの検討-

では, 須金地区に住む人々の健康状態は, どのよう

表7 外出の目的と頻度(複数回答)

	人数	頻度		
		週に1回	月に2~3回	年に1回
デイサービス	7	週に1回	月に2~3回	年に1回
病院・診療所	7	週に2回	月に1~2回	年に1回
買い物	4	週に1回	2週に1回	
その他(趣味の会等)	3	月に1~2回		
計	21			

表8 付き合いの範囲

	回答数
集落内	9
集落外	4
デイサービス	1
ない	2
計	16

であろうか。食生活に関する内容を中心に須金地区生活者と全国平均との関係から検討した。調査対象者は、全国統計との比較の意味から年齢区分を70歳以上とした。よって男性7名(平均年齢78.3歳)、女性13名(平均年齢77.8歳)を象者とした。調査は、聞き取り調査の後、11月12日(月)から15日(木)の4日間において、再度自宅を訪問し、身体計測、および食物摂取状況の聞き取り調査を行った。対象者の身体測定値とエネルギー、蛋白質、脂質、炭水化物、食塩摂取量を平成16年度国民健康・栄養調査の平均値との比較を行った。統計解析には、SPSS14.0J for Windowsを用いた。

①身体測定の結果

身体測定の結果は、表9となった。男性、女性とも

表9 男女別にみた須金地区と全国平均での身体計測の比較

男	須金地区 (78.3歳) n=7	全国(H16) (75~79歳) n=172
身長(cm)	158.3	160.1
体重(Kg)	56.9	59.7
BMI(Kg/m ²)	22.8	23.3
皮下脂肪率(%)	16.1	
骨格筋率(%)	27.2	
体脂肪率(%)	23.5	
基礎代謝量(kcal)	1364	
女	S地区 (77.8歳) n=13	全国(H16) (75~79歳) n=213
身長(cm)	143.5	146.8
体重(Kg)	47.3	49.8
BMI(Kg/m ²)	23.0	23.1
皮下脂肪率(%)	28.1	
骨格筋率(%)	21.1	
体脂肪率(%)	34.3	
基礎代謝量(kcal)	1049	

に、平均年齢に近い75~79歳の全国平均値と比較したが、男性では、身長、体重、BMIが、全国平均と比べてどの測定値も低い値を示したが、有意差は認められなかった。女性においても、身長、体重、体脂肪率が、全国平均と比べてどの測定値も低い値を示したが、有意差は認められなかった。

②アンケート調査からの結果

健康に関するアンケート調査結果は図2のようになった。

食の健康に重要な“食べる”ということを中心に検討すると、「入れ歯やかみ合わせに問題がある」や「食べ物や飲み物にむせる」という項目が目された。そこで相関関係を検討すると、「入れ歯やかみ合わせに問題がある」に關係のある項目は、「一日3回きちんと食べる」($r = -0.454$)、「一ヶ月間に体重が減ってきたと感じる」($r = 0.545$)であった。「食べ物や飲み物にむせる」に關係する項目は、「一人で食事をすることが多い」($r = -0.458$)、「買い物や食事の支度が一人で出来る」($r = -0.579$)であった。「入れ歯」に関し不具合を訴える人には健康上の問題が生じることがわかった。さらに、「体重の減少」や「食べる量が減ってきた」という項目が目された。「一ヶ月間に体重が減ってきたと感じる」に關係する項目は、「一人で食事をすることが多い」($r = 0.47$)と相関し、「一日3回きちんと食べる」と關係の認められた項目は、「一人で買い物や食事の支度が出来る」($r = 0.509$)と相関した。このことは、高齢者にとっての個食の意味を考えさせるものである。個食が食事の量や調理に与える影響は大きく、その結果、健康な食生活においては身体の状態に与える影響として無視できないことと痛感された。

③食物摂取状況調査の結果

食物摂取状況については、対象者本人への面接から得られた回答から点数を記入し、エネルギー摂取量(kcal)、蛋白質摂取量(g)、脂質摂取量(g)、炭水化物摂取量(g)、食塩摂取量(g)を計算した(表10参照)。

結果、70歳以上の全国平均値と比較すると、男性では、エネルギー摂取量($p < 0.01$)、蛋白質摂取量($p < 0.01$)、および脂質摂取量($p < 0.01$)が有意に低かった。また、パーセント値と比較すると、エネルギー摂取量、蛋白質摂取量、および脂質摂取量は、25%タイル値より高い値を示すものの、近似値を示した。食

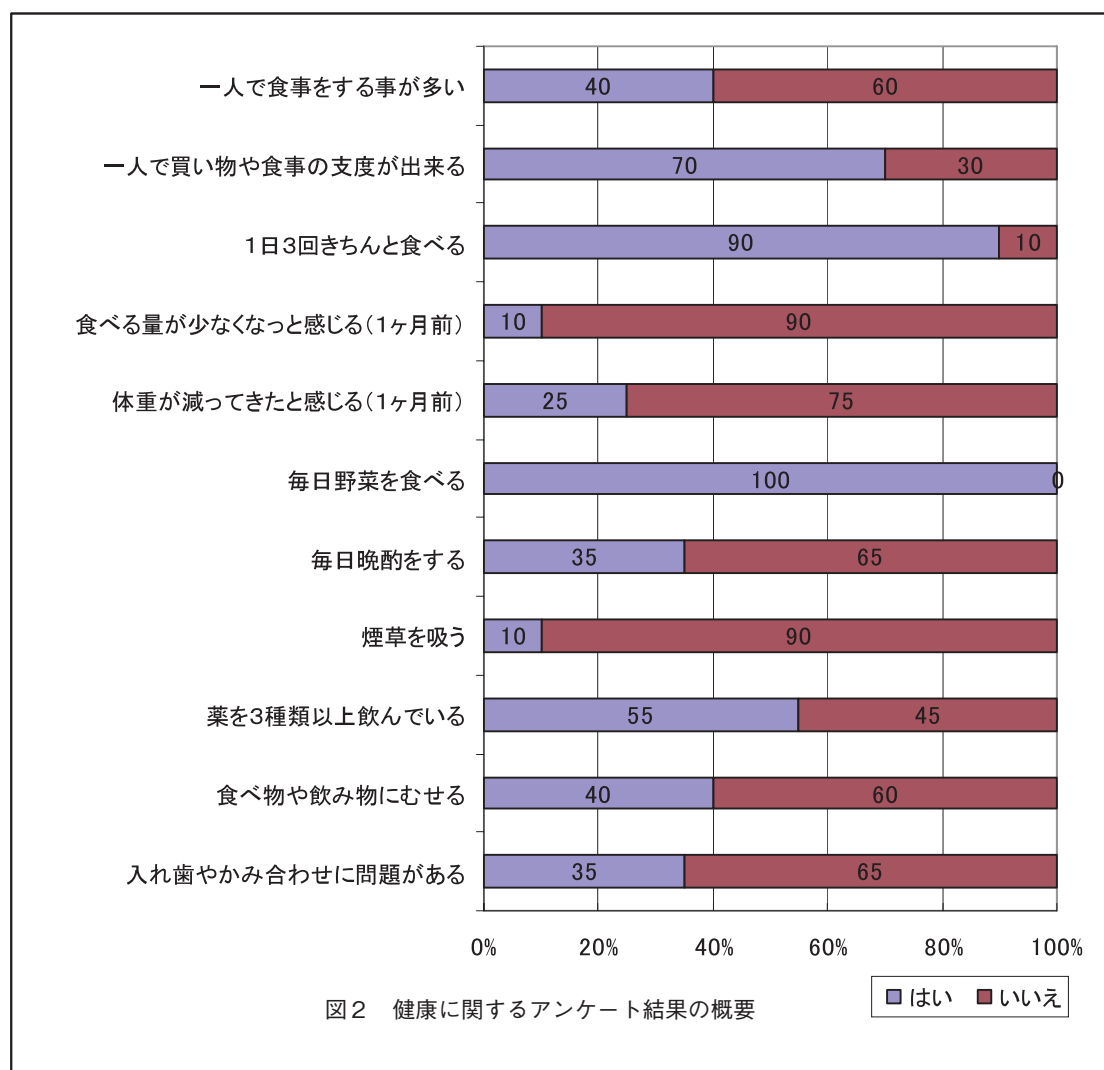


表10 男女別にみた須金地区と全国平均での食物摂取状況の比較

性別	須金地区 (年齢, n)	国民健康栄養調査 (H16)			t 値		
		70歳以上 n=576	50%タイル	25%タイル			
男	須金地区 (78.3±3.1歳) n=7	エネルギー摂取量 (kcal)	1934±505	1897	1589	3.21	**
		蛋白質摂取量 (g)	72.0±22.6	70.5	56.5	7.89	**
		脂質摂取量 (g)	45.7±20.6	42.9	31.1	1.98	**
		炭水化物摂取量 (g)	285.8±80.1	279.6	229.5	1.21	
		食塩摂取量 (g)	11.9±5.0	11.3	8.4	1.35	
女	須金地区 (77.8±4.1歳) n=13	エネルギー摂取量 (kcal)	1619±434	1599	1333	8.51	**
		蛋白質摂取量 (g)	62.8±20.6	62.5	47.8	6.67	**
		脂質摂取量 (g)	40.4±18.7	37.3	27.1	3.11	**
		炭水化物摂取量 (g)	246.4±69.0	240.4	200.8	7.65	**
		食塩摂取量 (g)	10.5±4.5	9.8	7.5	3.27	**

* p<0.05 ** p<0.01

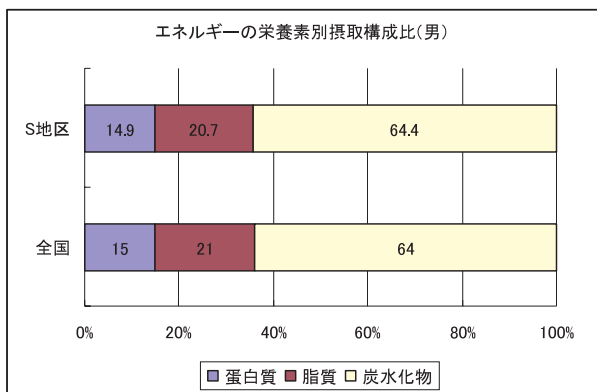


図3 男性における須金地区と全国結果の栄養素別摂取構成比比較

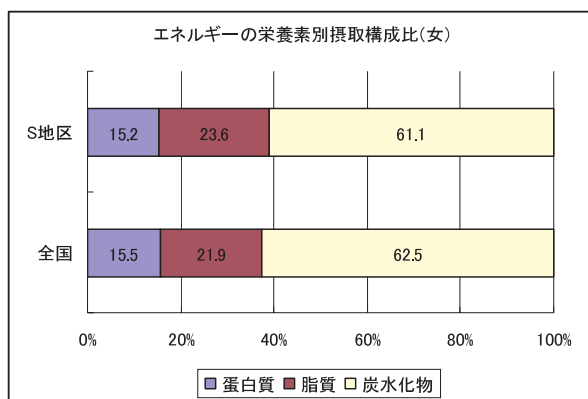


図4 女性における須金地区と全国結果の栄養素別摂取構成比比較

表11 男女別におけるBMIの須金地区と全国との比較

BMI	判定	全体		男 (n=7)		女 (n=13)	
		%	人	%	人	%	人
BMI<18.5	やせ	0	0	0	0	0	0
18.5≤BMI<25.0	普通体重	80.0	16	85.7	6	76.9	10
25.0≤BMI<30.0	肥満(1度)	20.0	4	14.3	1	23.1	3
30.0≤BMI<35.0	肥満(2度)	0	0	0	0	0	0

表12 男女別における肥満の須金地区と全国との比較

判定	全体		男 (n=7)		女 (n=13)	
	%	人	%	人	%	人
非肥満	60.0	12	57.1	4	61.5	8
肥満	40.0	8	42.9	3	38.5	5

*男性 25%≤体脂肪率・女性・35%≤体脂肪率を肥満とする

表13 男女別における内臓脂肪レベルの須金地区と全国との比較

内臓脂肪レベル	判定	全体		男 (n=7)		女 (n=13)	
		%	人	%	人	%	人
1～10未満	標準	65.0	13	42.9	3	76.9	10
10～14	やや高い	30.0	6	42.9	3	23.1	3
15以上	高い	5.0	1	14.3	1	0	0

塩摂取量は、平均値と比較すると有意な差はなかったが高かった。女性では、エネルギー摂取量 ($p < 0.01$), 蛋白質摂取量 ($p < 0.01$), 脂質摂取量 ($p < 0.01$), および炭水化物摂取量 ($p < 0.01$) が有意に低く、食塩摂取量 ($p < 0.01$) は有意に高かった。

次にエネルギーの栄養素別摂取構成比について、男女別に全国調査と比較した(図3, 4参照)。平成17年度より5年間使用される日本人の栄養摂取基準

(2005年版)では、70歳以上におけるエネルギー比率は蛋白質(P)が25%未満、脂質(F)が15以上25%未満、炭水化物(C)が50%以上70%未満とされている。須金地区では男性がP=14.9%, F=20.7%, C=64.4%, 女性がP=15.2%, F=23.6%, C=61.1%であった。全体的にエネルギー摂取量は低い傾向にあるが、男女ともにPFCバランスの良い食事であった。

表11には男女別におけるBMIの須金地区と全国との

比較を, 表12には男女別における肥満の須金地区と全国との比較, 表13 男女別における内臓脂肪レベルの須金地区と全国との比較を示す。

④身体的健康状態の考察

身体計測結果からBMIによる分類を検討した(表11参照)。18.5≤BMI<25.0(普通体重)は全体の80%で, 男性6名(85.7%), 女性10名(76.9%)であった。肥満(1度)は全体の20%で, 男性1名(14.3%), 女性3名(23.1%)となった。

厚生労働省が平成17年に介護保険制度を見直し、「介護予防」の大きな柱として「栄養ケア・マネジメント」を導入した。この制度は, 生活機能の低下が始まった虚弱高齢者(特定高齢者)の早期発見と早期対応を行うために, 基本検診受診の際に「基本チェックリスト」を行い, この結果等を踏まえて介護予防プログラムへの参加が望ましいと判定された者を「特定高齢者」として決定するとした⁶⁾。この「基本チェックリスト」のうち, ①6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少があり, ②BMIが18.5未満の者, 又は③血清アルブミン値3.5g/dl以下の者が「栄養ケア・マネジメント」プログラムへの参加が望ましいと判定される。この基準に照らすならば須金地区対象者の中には③については判断できないものの, ①②の該当者はおらず, 介護予防対象者からもはずれる「健康」グループと言える。

また, 体脂肪率を日本肥満学会の基準により非肥満・肥満に分類し検討すると(表12参照), 非肥満者は全体の60%で, 肥満者は全体の40%で, 男性3名(42.9%), 女性5名(38.5%)であった。さらに内臓脂肪レベルを判定した結果(表13参照), 内臓脂肪レベル1はおよそ内臓脂肪面積10cm²相当と推定され, 女性10名(76.9%)が「標準」であるのに対して, 男性は4名(57.1%)が「やや高い」「高い」に分類される。このことから, 女性は体脂肪率が高いものの皮下脂肪量が多いのに対して, 男性は内臓脂肪量が多く, メタボリックシンドロームで要注意とされている内臓脂肪100cm²を超えている者がいる可能性がわかった。

今回の調査対象者は, 魚肉卵類や乳製品を少しでも取るように気をつけながら, 自家製の野菜を中心とした伝統的な日本型食事をする者が多かった。米を主食として野菜や大豆製品, 魚や芋類を多く摂る日本型食事は, 食塩摂取量が多くなるのが欠点である。今回の対象者も塩分摂取量がやや多い結果となり, 高血圧症や脳血管疾患の予防のためにも塩分を控えた食習慣が

勧められる。

生活習慣病の発症予防の大きな目標に, 適正なエネルギーを摂取することによる肥満対策があげられている⁷⁾。食の欧米化に伴い年々肥満者が増加傾向にあるが, 昔ながらの食習慣を保っている高齢者の中にも, 特に男性において内臓脂肪型の肥満者が多かった。このことは, 食生活に特に問題がないと思われた須金地区では, 生活圏の範囲が限られている上に, 無理をして倒れては在宅での生活が出来なくなると用心するため, 活動を意識的に控えた生活をしているのではないかと推測される。また, 測定時期が11月で比較的体脂肪率を高める時期でもあったので, 正確な把握と健康維持への指導のためには, 夏期の状態と比較し再度検討を行う必要があるとも思われる。

平成7年から4年間取り組まれた「高齢者の栄養管理サービスに関する研究」の成果から, 蛋白質・エネルギー低栄養状態が, 介護の必要な高齢者の最大の栄養問題であることが提言された⁸⁾。須金地区における食事摂取量は身体レベルI(低い)の70歳以上の摂取目安量の範囲に位置し, 蛋白質・エネルギーともに現状を保つことが出来れば問題がないと思われる。しかし, 過疎化が進む須金地区においても, 山間部に居住する調査対象者は, 後期高齢者が多く, 周辺地域から孤立した生活を送っているため, 移動手段や生活必需品の調達など家族や社会的支援がなければ, 十分な買い物も出来ない世帯が多く, 生活が成り立たなくなる恐れがある。また, 高齢者の健康状態は脱水, 食欲不振, 転倒による骨折などで急激に悪化するため, 現時点で問題がなくても安心は出来ない⁹⁾。さらに須金地区では, サルやイノシシなどの被害で自家用の米, 野菜も確保出来ない可能性が高く, 最低限の食料を確保できる支援が途絶えない体制や定期的な安否確認が必要である。

そこで, 配食サービスについての要望を聞くと, 16戸世帯, 配食サービスは「いいねえ」と言われながらも, 「希望する」との回答はなかった。「山道は大変だから, 誰も引き受けてはない」や「冬, 雪が降れば無理でしょう」と, 現実問題としての厳しさを指摘する中に, 須金地区に見られる従来からの互酬性の規範や社会的信頼に関する慣習的行動様式の関与が想起された。

須金地区での食生活を中心とした身体的健康状態の把握から, 個食から派生する健康障害予測に関連するように, 社会資源としての支援内容が必要と示唆された。「体が思うように動かなくては, ここでは生活で

きない」とする対象者らの意識が、日々の健康管理にも如実に活かされている実態は、須金地区に住む対象者の心がけの結果であると同時に、ここで暮らしたいとする意識の強さに相関するものであろう。されど、意識や行動様式の変更が余儀なくされる状況が、ここ須金地区の現状にはある。健康問題の観点からも、どのようなサービス展開を行うべきか、そして住民の紐帯をどこへ繋げていくべきか検討する必要がある。

4. 須金地区における健康実態と健康福祉コンビニ

以上の結果を踏まえ、須金地区における健康実態と健康福祉コンビニについて検討したい。須金地区での聞き取りから、小規模高齢化集落における社会資源（ソーシャル・キャピタルパターン）がどのようなものであったか、パットナムの分類に照らしてみよう。

集落としての性質については、統合型と思われる。集落内での人間関係を重んじており、日々の生活において頼り切っているのではないが、常に近隣との距離を感じながら個々の生活を営んでいる。息子や娘と同居しない理由には、町中での生活が楽しいものではなく、不自由なもの、新しい環境への適合や人間関係構築への煩わしさや自信のなさからくるものと思われる。異なる組織間における結ぶ付きには抵抗感が強い。

統合型の内部機能としては、形態として、インフォーマル性が強くなり、フォーマルとしての形態は弱いと思われる。集落戸数も少なく、日々の生業の中で付き合いの幅や質が縮小すると同時に、インフォーマル性を強くするのではないかと考える。程度では、家族・近隣集団との紐帯は強いが、常に家族や近隣との関係（援助や相互扶助）を必要としない面、自立意識とそれを支える強さがあると評価できよう。志向としては、形態に連動し内部志向型と言える。歴史的な流れの中から、集落戸数が減少し、講や組合、町内会といった集落内での互助会的な活動が停滞し、集落における利益追求的な活動が失われる中で、徐々に内部志向としても弱いものになっているのではないかと考える。人の空洞化として50%を県として割った年代が1980年代からである。その当時は、須金地区、特にM地区には小学校の分校があった。子どもも人も多い時代だったが、人口減少が早いスピードで起こったため、子ども会や婦人会も機能しなくなり、町内会も体をなさず、近隣同士の見守りに変わっている。須金には、なしやブドウ等の果樹栽培が盛んであるが、今回調査した人たちは、こうした仕事には60歳代にパート労働

として従事している。「歳をとったら無理も利かなくなる。他の人に迷惑かけてまで働こう（収入を得る）とは思わない」とある調査対象者は答えた。個々の生活を支えながら生きている実態として、近隣の人との関係を壊さないようにすることは重要であることがわかる。

では、こうしたソーシャル・キャピタルパターンを持つ集落において、どのようなサービス提供を構築することが必要であろうか。この地区を担当する民生委員は、「せめて冬場でも、須万の中心地に集合住宅を設け、そこで暮らしてもらいたいのではないか」というアイデアを持つ。一時避難的居住から、そこでの生活に満足が得られるものであるなら定住という方向も可能となり、名案と思われる。されどこうしたアイデアに対しても、独居高齢世帯者には「まあ、それもええねえ」といった感触で、夫婦世帯にあっては、「遠慮がある」という意見になる。

現状の健康状態が維持できず、今の生活が困難になった場合は、病院等の施設入所を願う対象者がほとんどである。こうした思想は、山間という生活経験からくるものなのかも知れない。山間で生活するという、厳しい環境の中で、近隣との歩調を合わせ互いに助け合いながらも、個々の生活は自立したものでなければ、一家が成り立っていかない。そこで、自律的な互酬・信頼のネットワークが形成されてきたのではないだろうか。では、こうしたネットワークを持つ対象者集団にとって、どのような健康福祉社会が必要となるのだろうか。次節において、健康福祉コンビニとの関係から展開しよう。

2) 健康福祉コンビニへの課題

ソーシャル・キャピタルからみた健康福祉コンビニを構想するにあたり、我々はまず健康福祉社会を、住民参加型福祉社会に変更することが必要と考えている。従来の措置型福祉社会や移行型福祉社会の弊害を克服することを目指し、住民参加型福祉社会の実現を機能的に支える仕組みとして「健康福祉コンビニ」が有効と考えたためである（図5参照）。措置型福祉社会では、クライアントに対する一方向的支援が行政等専門機関によってなされていた。また、移行型福祉社会では、クライアントに対する支援は総合的に変化したものの、行政等専門機関による支援体制には変化がなく、周辺住民の参加はなかった。超高齢社会が伸展する現状にあっては、「地域づくり・まちづくり」を視点においた、社会づくりを検討しなくては、医療福

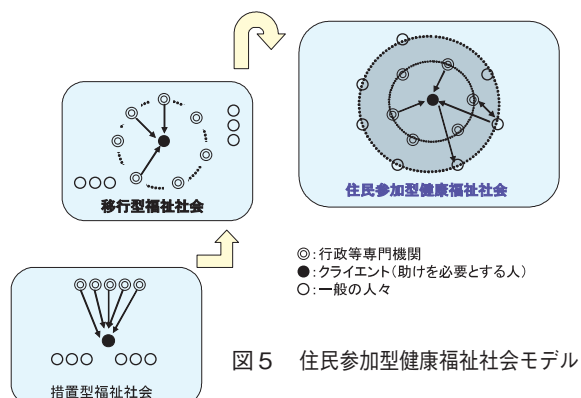


図5 住民参加型健康福祉社会モデル

社財源も切り下げられる中、人々の健康や福祉を守ることではできないだろう。そのためにも、健康や福祉を基本においた連携ネットワークを、「健康福祉コンビニ」として再生さようとするものである。

こうした構想は、国内外の事例から支援される。米国では、高齢者のための地域包括医療（福祉プログラムを含む）システムとしてP A C E (Programs of All-Inclusive Care for the Elderly)、高齢人口集中地区における住民参加型保健福祉サービスシステムとしてN O R C - S S P s (Naturally Occurring Retirement Communities with Supportive Service Programs)というプログラムを展開させている。また、ドイツではSozialstationという包括的保健福祉サービス提供拠点が展開されている。日本においても、地域包括医療の名の下で佐久病院や沢内村などの事例がみられ、医療改革や福祉改革が進められる中、地域に根ざした住民の健康福祉支援システムの再構築は各国の急進となっている¹¹⁾。

では、健康福祉コンビニを機能させるためには、どのような工夫が必要になるであろうか。まずは、須金地区での調査からもわかるようにサービスを必要とする側がどのようなニーズを持っており、どのような仕組みや機能を持たせると「拠点化=集まる」という動きを作り出せるかが重要になろう。今回調査した対象者は、統合型でありながらも、その内部にあっては、近隣者との距離をある程度とるような、そんなネットワークを形成していた。この距離間は慎重に評価すべきと考える。なぜならば、距離間を埋めることを優先したならば、自立した生活が行える能力を奪うと共に、過剰でお節介なサービス提供を行うことにもなりかねないからである。

住民参加型健康福祉を検討するためには、既存ネットワークを水平・垂直的に拡大したネットワークへ成

長させながら、他のネットワークとの連携や新しいネットワークとの融合が図れるようにすることが重要であろう。今回の調査から、小規模高齢化集落に住む誰が必要としており、その恩恵を評価していたデイサービスについて、その機能や展開方法への検討が、健康福祉コンビニとして準備していかなくてはならない資源を示唆すると考えられた。

5. おわりに

中山間地域再生に向けた課題を明らかにするために、健康福祉コンビニの視点から聞き取り調査による検討を行った。小規模高齢化集落に暮らすためには、自立意識に支えられた心身の健康が重要である他、デイサービス機能の拡大運用によって、ニーズへの調整を図っていた。本調査から得られた小規模高齢化集落に住む住民の生活実態とニーズは、個々が有するソーシャル・キャピタルであり、他の小規模高齢化集落の人々のニーズとどのように連動するか否か、今後は集団としてのソーシャル・キャピタルを明らかにしていく必要がある。

さらに、既存ネットワークを拡大・発展させるためには、小規模高齢化集落と市街地に暮らす住民ニーズとの関係がどのようなものであるか、共通するニーズ、あるいは相反するもの等、更なる検討が必要になる。そのためには、次の段階として、地域住民への意識調査など、全体ニーズの把握と活用できる資源に何があるかなど、総合的な視点から健康福祉コンビニに盛り込むためのサービスや資源について明らかにしていきたい。

引用文献

- 1) 宮川公男他編「ソーシャル・キャピタルー現代経済社会のガバナンスの基礎ー」東洋経済新報社 2007:序文 iii
- 2) Woolcock, Michael "Social Capital and Economic Development:Toward a Theoretical Synthesis and Policy Framework", Theory and Society, 1998 27(1):151-208
- 3) Portes, Alejandro "Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology", Annual Review of Sociology, 1998 24:1-24
- 4) Putnam,Robert D, et al., "Making Democracy Work:Civic Traditions in Modern Italy", Princeton University Press (河田潤一訳『哲学する民主主義ー伝統と改革の市民的構造ー』)

- NTT出版 2001年)
- 5) 内閣府経済社会総合研究所編「コミュニティ機能再生とソーシャル・キャピタルに関する研究調査報告書 2005:3
 - 6) 篠田道子：介護予防ケアマネジメント、日総研出版、第1版第4刷、2006
 - 7) 中村丁次 吉池信男 杉山みち子：生活習慣病予防と高齢者ケアのための栄養指導マニュアル、第一出版、初版、2002
 - 8) 松田朗他：厚生省老人保健事業推進等補助金研究、高齢者の栄養管理サービスに関する研究報告書、1997, 1998, 1999.
 - 9) 細谷憲政 松田朗 小山秀夫 杉山みち子：これからの高齢者の栄養管理サービス 第一出版 初版 1998
 - 10) 工藤洋子：高齢者の地域支援サービスの利用実態に関する研究 鶴ヶ島市の事例を中心に、女子栄養大学紀要 2004 Vol.35:79-88
 - 11) 小川全夫「高齢化に対する地域社会計画-NORC-SSPsのケース-」山口県立大学大学院論集 2007:83-91

資料1 質問項目一覧

フェイス項目：属性、性別、年齢、須金地区居住年数、家族構成等
<p>生活実態項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> ①農地の手入れについて ②病院・金融機関・買い物などの外出について（外出の地域、外出方法、頻度など） ③情報の入手及び通信手段について ④生活状況について <ol style="list-style-type: none"> 1) 食事について（食事時間、食事の準備など） 2) 入浴について ⑤家の補修などについて（草刈り、家のメンテナンス） ⑥付き合いについて ⑦経済的側面（主に収入）について ⑧須金地区への居住の希望 ⑨集合住宅の利用について ⑩病気・災害時の対応について ⑪サル・イノシシ・くまの被害について ⑫「ふれあいふらぎ」の認知・利用状況について ⑬有償ボランティアなどの活動参加について ⑭各種サービスの利用について（宅配、食事など）