

要介護認定率が低い地域に在住する高齢者の健康の社会的決定要因ならびに
健康状態の特徴
Social Determinants of Health and Health Status among Older Adults in a Region with
Low Rate of Requirement Certification for Long-Term Care

池田晋平

(東京工科大学医療保健学部作業療法学科)

西村恭介

(神奈川県綾瀬市福祉部高齢介護課)

鈴木武志

(神奈川県綾瀬市福祉部高齢介護課)

佐藤美喜

(神奈川県綾瀬市福祉部高齢介護課)

野尻裕一

(神奈川県綾瀬市福祉部高齢介護課)

芳賀博

(佐久大学看護学部看護学科)

要旨

本研究は神奈川県綾瀬市の要介護認定率が低い A 地区の高齢者の健康の社会的決定要因（以下、SDH）と健康状態の特徴を明らかにすることが目的である。A 地区 1,511 名および要介護認定率が高い B 地区 1,547 名の高齢者を対象に郵送調査を実施し、A 地区 892 名、B 地区 763 名を分析したところ、A 地区の高齢者は B 地区と比べ、日常生活の自立心、うつ傾向、主観的健康感、趣味・習慣活動の実施数、地域活動の実施頻度という心理・社会的健康が良好であることが明らかになった。この二地区の差に、A 地区の高齢者の教育年数の高さ、暮らし向きの良さ、近隣住民の同質性の強さという SDH による背景が存在する可能性が示唆された。

キーワード：健康の社会的決定要因，社会階層，ソーシャル・キャピタル，要介護認定率，健康格差

1. 緒言

神奈川県綾瀬市（以下、同市）は県のほぼ中央に位置し、東京都心へ約 40km、横浜へ約 20km の首都圏域にある自治体である¹⁾。同市の A 地区は、要介護認定率がここ数年低い水準で維持している地域であり、同市行政はそこに住む高齢者の生活状況や地域の特徴を参考にすることで、「2025 年問題」を見据えた同市全体の要介護認定率の抑制につながる施策を講じたいと考えた。

この背景から、同市と筆者らは 2017 年 6 月より A 地区の特徴を明らかにする主旨で実態調査を計画・実施してきた。

要介護認定率の地域差に関する先行研究は、①全国の 47 都道府県間で要介護認定率を比較した報告^{2,3,4,5,6,7)}と②都道府県内の圏域間で要介護認定率を比較した報告^{8,9)}に大別される。いずれも厚生労働省の調査報告等のデータを二次利用したもので、①では我が国は概ね西高東低型の要介護認定率の較差が存在し^{2,6,7)}、要介護認定率に対し介護保険料^{3,5,6)}、病院病床数^{3,5)}、診療所病床数^{3,5)}、生活習慣病等の受療率⁶⁾、介護保険サービスの登録数⁶⁾の関連が示されている。また②では東京都や岐阜県の圏域間で要介護認定率の較差が報告され^{8,9)}、平均寿命⁸⁾、脳血管疾患・心疾患の標準化死亡比⁸⁾との関連が指摘されている。以上のように、我が国では都道府県間ならびに都道府県内の圏域間で要介護認定率の地域差が存在し、その背景には医療・介護の社会資源が関連している。しかし、これらの知見は報告書等のデータを二次分析したもので、対象地域に在住する高齢者の生活状況について伺い知ることはできない。

本研究の実施に先立ち、筆者らは独自に同市の地区別で年齢調整要介護認定率を算出し、その年次推移をまとめた(表 1)。それによれば A 地区の要介護認定率は低く維持しており、他方で B 地区は比較的高い水準であった。両地区の高齢者は同市という共通の地域環境で生活しているにもかかわらず、要介護認定率の地域差が生じている事実は興味深い。

健康の社会的決定要因(Social Determinants of Health, 以下 SDH)とは、個人ならびに集団の健康に影響を与えるもので、例えば教育や経済状況、家族・友人および地域住民の関係性等を指すものである¹⁰⁾。我が国の地域在住高齢者を対象にしたコホート研究では、教育年数の低さ^{11,12)}、所得の低さ¹¹⁾が要介護認定のリスク要因であることが報告されている。また高齢者の地域の人々に対する信頼感や互酬性の規範といった個人レベルの認知的なソーシャル・キャピタルが、主観的健康感や抑うつに関連することが指摘されている¹³⁾。さらに近隣・友人等の情緒的サポートの提供および受領が抑うつに対して抑制的に働くことも明らかになっている¹⁴⁾。このように社会階層をはじめとする SDH は、複雑な経路を経ながら高齢者の健康状態に影響すると言われている¹⁵⁾。このことから筆者らは、A 地区の要介護認定率の低さの背景にそこで暮らしている高齢者の社会階層やソーシャル・キャピタルに何らかの特徴があり、そのことにより健康状態の較差が生じているのではないかと仮説を立てた。

そこで本研究は、A 地区に在住する高齢者の SDH や健康状態の特徴を B 地区との比較から明らかにし、両地区の地域差に SDH がどのように関連しているのか検証することを目的とした。地域包括ケアシステムにおいて高齢者の積極的な社会参加が期待されるなか、要介護認定率が低い地域に在住する高齢者の特徴が示されることは、同市をはじめ自治体行政の施策展開に資するものと考えられる。

表 1. 綾瀬市の地区別における年齢調整要介護認定率

	2013. 4. 1	2014. 4. 1	2015. 4. 1	2016. 4. 1	2017. 3. 30
A 地区	10. 23	10. 43	11. 01	10. 70	11. 49
B 地区	12. 15	12. 91	13. 06	12. 99	13. 60
C 地区	11. 20	11. 45	11. 54	12. 04	12. 30
D 地区	12. 54	13. 33	13. 33	13. 33	13. 00
E 地区	11. 17	11. 28	12. 42	12. 41	12. 96
F 地区	11. 49	11. 31	11. 75	11. 33	10. 51

高齢者施設のある 5 つの地区を除く

2016 年 4 月 1 日同市の要介護認定率 12. 48%を基準に算出

2. 方法

1) 調査対象と方法

調査対象地域は、上述のように同市のうち要介護認定率が低い A 地区と要介護認定率が高い B 地区である。A 地区は穏やかな起伏の丘陵地帯で、昭和 40 年 (1965 年) 代初頭の宅地開発で誕生し、当時、県内外の会社勤めの者が多かったという特徴がある。他方の B 地区はもともと農村であったが戦中は軍用地として接收され、戦後の用地返還による区画整理で昭和 40 年 (1965 年) 頃から交通機関の利便から人口が増加した背景がある。A 地区は全 1,511 名の高齢者が在住し、対して B 地区は全 2,200 名の高齢者が在住していたため、B 地区では A 地区と同数の対象者数を確保する意図から 4 つの小区域 (丁目) を選定し 1,547 名を対象にした。以上より A 地区と B 地区で計 3,058 名が調査対象となった。調査は郵送法によるアンケート調査を実施し、アンケート記入後に返信用封筒に封入し郵便ポストに投函するよう依頼した。調査期間は 2017 年 6 月 28 日～7 月 9 日であった。

2) 調査内容

年齢および性別、世帯形態 (同居・非同居)、SDH、健康状態を調査した。

(1)SDH

SDH は社会経済的状況 (Socioeconomic Status, 以下 SES) とソーシャル・キャピタル (Social Capital, 以下 SC) を調査した。

SES は教育年数と主観的な経済状況として暮らし向きを尋ねた。教育年数は「あなたがこれまで受けた学校教育は、小学校から通算すると何年ですか」と問い、分析では「13 年以上」・「13 年未満」に分類した。暮らし向きは「あなたは、現在の暮らし向きをどのように感じていますか」と問い、「大変ゆとりがある」、「ややゆとりがある」、「やや苦しい」、「大変苦しい」から回答を求め、分析の際は「ゆとりあり」・「苦しい」に分類した。

SC は「社会関係に内在する資源的な側面で、人々の協調行動を起こすもの」と言われている¹⁶⁾。

凝集性 SC として、地域住民の「信頼」、「互酬性の規範」、「ネットワーク」を調査した¹⁷⁾。ネットワークが密な地域は有益な健康情報など流布しやすく健康に対し良い効果があると指摘されている¹⁸⁾。本研究では要介護認定率の地域差にこの凝集性 SC が関連していると考えた。信頼ならびに互酬性の規範は「一般的に、あなたの住む地域の人々は信頼できると思いますか」¹⁹⁾、「一般的に、あなたの住む地域の人々はお互いに助け合う気持ちがあると思いますか」¹⁹⁾とそれぞれ尋ね、「とても思う」、「どちらかというと思う」、「どちらかというと思わない」、「そう思わない」から回答を求めた。分析の際は「とても思う」・「どちらかというと思う」を「強い」、「どちらかというと思わない」・「そう思わない」を「弱い」の二群に分類した。ネットワークは LSNS-6 (日本語版 Lubben Social Network Scale 短縮版)²⁰⁾を用い、家族・親戚および友人からのサポート状況について回答を求め、合計点 (0~30) を算出した。また結束型 SC は「近隣住民の同質性」と「ネットワークの同質性」について調査した¹⁸⁾。社会学で結束型 SC は、メンバーが階層や人種・民族などの面で似たような背景要因を共有しているネットワークを指す²¹⁾。結束型 SC の強さは抑うつに抑制的に働くことが指摘されている¹⁸⁾。前者は「近隣の人は、あなたと世代や暮らしぶりなどが似ている人が多いと思いますか」と問い、後者は「普段の生活で、あなたと背景 (性別、世代、暮らしぶりなど) が似ている人との付き合いが多いと思いますか」と尋ねた。それぞれ「とても思う」、「どちらかというと思う」、「どちらかというと思わない」、「そう思わない」から回答を求め、分析の際は「とても思う」・「どちらかというと思う」を「強い」、「どちらかというと思わない」・「そう思わない」を「弱い」の二群に分類した。

(2) 健康状態

健康状態は、疾患数、IADL (Instrumental Activities of Daily Living) の実施状況、過去一年の転倒経験、日常生活の自立心、うつ傾向、主観的健康感、趣味・習慣活動の実施数、地域活動の実施頻度を調査した。

疾患数は「現在、医師から指摘されている病気はありますか」と問い、循環器系、呼吸器系、消化器系、泌尿器系、筋・骨格系、神経系など 23 疾患から該当するものを選択させ、一人当たりの疾患数を算出した。IADL の実施状況は基本チェックリストを参考²²⁾に 5 項目について実施の有無を尋ね、合計点 (0~5) を算出した。過去一年の転倒経験は「この一年間に転んだことがありますか」と問い、その有無を尋ねた。

また本研究では、他者の助けを借りず身のことを自力で行う意志を持つ高齢者は、介護保険制度の利用を控える傾向があると考え、「あなたは普段、人に頼らず身の回りのことを自分でするようにしていますか」という設問で日常生活の自立心を尋ねた。回答は「とてもあてはまる」、「あてはまる」、「あまりあてはまらない」、「あてはまらない」の 4 件法から求めた。分析の際は「とてもあてはまる」・「あてはまる」を「高い」、「あまりあてはまらない」・「あてはまらない」を「低い」に分類した。うつ傾向は高齢者抑うつ尺度 (Geriatric Depression Scale) の短縮版である GDS-5 を用い²³⁾、合計点 (0~5) を算出した。主観的健康感「あなたは普段、ご

自分で健康だと思いますか」と問い、「とても健康である」、「まあまあ健康である」、「あまり健康ではない」、「健康ではない」から回答を求めた。分析の際は「とても健康である」と「まあまあ健康である」を「健康」、「あまり健康ではない」と「健康ではない」を「非健康」とした。

趣味・習慣活動の実施数は、生活行為向上マネジメントの関連シート²⁴⁾および竹田らの調査研究¹¹⁾を参考に①スポーツ活動(8項目)、②文化的活動(8項目)、③知的活動(14項目)、④娯楽活動(5項目)、⑤鑑賞活動(5項目)、⑥音楽活動(5項目)、⑦観光活動(5項目)、⑧自然と触れ合う活動(8項目)の合計58項目を設定した²⁵⁾。それぞれ現在の実施の有無を尋ね、実施している項目の合計数(0~58)を算出した。地域活動の実施頻度は、橋本ら²⁶⁾のいきいき社会活動チェック表から、①地域行事(お祭り・盆踊り)への参加、②自治会の活動、③老人クラブの活動、④趣味の会など仲間うちの活動、⑤特技や経験を他人に伝える活動、⑥ボランティア(奉仕)活動の6項目を抜粋し、「行っていない(1)」、「年に1回~数回(2)」、「月1~3回(3)」、「週1回以上(4)」を選択させ、合計点(6~24)を算出した。

(3) 分析方法

A地区とB地区の地域差を検討するため、各調査項目について二群間の比較を行った。関連を検討する項目が離散変数の場合はカイ二乗検定を実施し、連続変数の場合はマン・ホイットニーのU検定を実施した。さらに両地区の差をもたらした背景要因を探るため、A地区およびB地区を目的変数、SDHを説明変数とするロジスティック回帰分析を実施し、年齢および性別、世帯形態、健康状態を共変量とすることで両地区の差にSDHが独立した関連を示すかを検証した。統計処理はIBM SPSS for Windows ver. 24を用い、統計的有意水準は5%とした。

(4) 倫理的配慮

桜美林大学倫理委員会の承認(受付番号17007)を得た。対象者には書面にて研究の趣旨、倫理的配慮、個人情報保護について説明し、調査票の返信をもって同意を得られたとみなした。

3. 結果

アンケートの返信数(回答率)はA地区1,008通(66.7%)、B地区881通(56.9%)であった。その中で年齢および性別が無回答あるいは10ページのアンケートのうち2ページ以上にわたり未記入であった27名と、要介護認定を受けている高齢者207名を除外したデータを分析対象とした。分析数は最終的にA地区892名、B地区763名であった。

1) A地区とB地区の地域差

(1) 性別・年齢および世帯形態ならびに社会的決定要因の比較

対象者の平均年齢はA地区74.9±5.5歳で、B地区73.9±5.7歳より有意に高かった。性別の男性はA地区46.2%、B地区48.0%で、世帯形態の同居はA地区89.0%、B地区87.3%で有意差は認められなかった(内訳はA地区で夫婦世帯53.1%、二・三世帯33.8%、その他2.0%、

B 地区で夫婦世帯 48.0%, 二・三世帯 38.6%, その他 0.8%)。

教育年数の「13 年以上」は A 地区 41.6% で, B 地区 23.4% より有意に多かった。暮らし向きの「ゆとりあり」は A 地区 77.2% で, B 地区 63.4% より有意に多かった。

信頼の「強い」は A 地区 86.1% で, B 地区 74.5% より有意に多かった。互酬性の規範の「強い」は A 地区 84.7% で, B 地区 75.0% より有意に多かった。またネットワークの LSNS-6 の得点は A 地区 14.2 ± 6.2 で, B 地区 13.4 ± 6.2 より有意に高かった。近隣住民の同質性の「強い」は A 地区 78.9% で, B 地区 62.8% より有意に多かった。またネットワークの同質性の「強い」は A 地区 68.7% で, B 地区 60.1% より有意に多かった (表 2)。

表 2. 性別・年齢および世帯形態ならびに社会的決定要因の比較

項目とカテゴリー		A 地区		B 地区		p 値
		n	%	N	%	
年齢 ¹⁾ (A 地区 n=892, B 地区 n=763)		74.9±5.5		73.9±5.7		<0.001
性別	男性	412	46.2	366	48.0	0.469
	女性	480	53.8	397	52.0	
世帯形態	同居	789	89.0	661	87.3	0.306
	非同居	98	11.0	96	12.7	
教育年数	13 年以上	360	41.6	173	23.4	<0.001
	13 年未満	505	58.4	566	76.6	
暮らし向き	ゆとりあり	679	77.2	478	63.4	<0.001
	苦しい	201	22.8	276	36.6	
信頼	強い	748	86.1	548	74.5	<0.001
	弱い	121	13.9	188	25.5	
互酬性の規範	強い	733	84.7	557	75.0	<0.001
	弱い	132	15.3	186	25.0	
LSNS-6 ¹⁾ (A 地区 n=847, B 地区 n=714)		14.2±6.2		13.4±6.2		0.009
近隣住民の同質性	強い	686	78.9	463	62.8	<0.001
	弱い	184	21.1	274	37.2	
ネットワークの同質性	強い	598	68.7	443	60.1	<0.001
	弱い	273	31.3	294	39.9	

1) 平均値±標準偏差

(2) 健康状態の比較

一人当たりの疾患数は A 地区 1.4 ± 1.3 , B 地区 1.4 ± 1.3 であった。IADL の実施状況は A 地区 4.3 ± 1.0 , B 地区 4.2 ± 1.1 であった。過去一年の転倒経験の「なし」は A 地区 85.8%, B 地区 83.3% であった。以上の 3 項目で両地区の間で有意差は認められなかった。

日常生活の自立心の「高い」は A 地区 92.2% で、B 地区 86.6% より有意に多かった。GDS-5 の得点は A 地区 0.7 ± 1.0 で、B 地区 0.9 ± 1.3 よりうつ傾向が有意に低かった。主観的健康感の「健康」は A 地区 81.4% で、B 地区 74.7% より有意に多かった。

趣味・習慣活動の実施数は A 地区 9.8 ± 5.0 で、B 地区 8.0 ± 4.6 より有意に高かった。地域活動の実施頻度の合計点は A 地区 9.1 ± 3.0 で、B 地区 8.5 ± 2.7 より有意に高かった (表 3)。

表 3. 健康状態の比較

項目とカテゴリー	A 地区		B 地区		p 値
	n	%	N	%	
疾患数 ¹⁾ (A 地区 n=859, B 地区 n=725)	1.4 ± 1.3		1.4 ± 1.3		0.895
IADL の実施状況 ¹⁾ (A 地区 n=876, B 地区 n=740)	4.3 ± 1.0		4.2 ± 1.1		0.489
過去一年の転倒経験					
なし	746	85.8	612	83.3	0.153
あり	123	14.2	123	16.7	
日常生活の自立心					
高い	772	92.2	619	86.6	<0.001
低い	65	7.8	96	13.4	
GDS-5 ¹⁾ (A 地区 n=851, B 地区 n=709)	0.7 ± 1.0		0.9 ± 1.3		<0.001
主観的健康感					
健康	707	81.4	548	74.7	0.001
非健康	162	18.6	186	25.3	
趣味・習慣活動の実施数 ¹⁾ (A 地区 n=892, B 地区 n=763)	9.8 ± 5.0		8.0 ± 4.6		<0.001
地域活動の実施頻度 ¹⁾ (A 地区 n=848, B 地区 n=719)	9.1 ± 3.0		8.5 ± 2.7		<0.001

1) 平均値 ± 標準偏差

2) A 地区と B 地区の地域差に関連する要因の検討

要介護認定率が異なる 2 地区を目的変数とするロジスティック回帰分析を実施した。欠損値がある対象者を除いた 1,268 名の分析結果から、年齢および性別、世帯形態、健康状態をコントロールしても両地区の地域差に「教育年数 (13 年以上)」、「暮らし向き (ゆとりあり)」、「近隣住民の同質性 (強い)」の SDH が有意に関連していた (表 4)。

表 4. 要介護認定率が異なる二地区を目的変数としたロジスティック回帰分析 (n=1, 268)

説明変数	OR	95% CI		p 値
		下限	上限	
教育年数	2. 28	1. 75	2. 98	<0. 001
暮らし向き	1. 34	1. 02	1. 77	0. 039
信頼	1. 35	0. 89	2. 06	0. 158
互酬性の規範	1. 11	0. 74	1. 67	0. 627
LSNS-6	0. 99	0. 97	1. 01	0. 445
近隣住民の同質性	1. 75	1. 29	2. 37	<0. 001
ネットワークの同質性	0. 85	0. 63	1. 14	0. 278

年齢、性別、世帯形態、健康状態を共変量とした

要介護認定率が異なる二地区 (1=B 地区, 2=A 地区), 教育年数 (1=13 年未満, 2=13 年以上), 暮らし向き (1=苦しい, 2=ゆとりあり), 信頼 (1=弱い, 2=強い), 互酬性の規範 (1=弱い, 2=強い), LSNS-6 (0~30 点; 得点が高いほどネットワークが多い), 近隣住民の同質性 (1=弱い, 2=強い), ネットワークの同質性 (1=弱い, 2=強い)

4. 考察

本研究は、要介護認定率の低い地区と高い地区に在住する高齢者の SDH ならびに健康状態を比較することで低い地区の特徴を明らかにし、両地区の差を規定する SDH を探ることを主旨としている。二地区の差を分析した結果、A 地区が B 地区と比べ SDH ならびに心理・社会的な健康状態において良好な状況であることが確認された。

全国の都道府県単位の調査では、要介護認定率と生活習慣病の受療率の関連性が報告されている⁶⁾。本研究では、A 地区・B 地区の間で疾患数や IADL など身体的健康度に地域差は認められず、むしろ A 地区では日常生活の自立心が高く、主観的健康感が良好でうつ傾向が低いという特徴が確認された。主観的健康感の不良は将来の要介護認定のリスク要因であり¹²⁾、GDS-5 のうつ傾向が 4 年後の要介護認定や死亡を予測する²⁷⁾ことから、人の手を借りず身辺は自分で行う心掛けや、健康に自信を持っている高齢者が多い地域では、介護保険の申請者が相対的に少なく、そのことが要介護認定率に影響しているのかもしれない。加えて、趣味・習慣活動や地域活動という社会参加も A 地区の高齢者でより活発であった。先行研究ではボランティアや老人会・自治会などのグループ活動への参加¹²⁾や趣味活動の実施¹¹⁾が、将来の要介護認定を抑制することが報告されている。要介護認定率が低い地域の高齢者は、これまで多くの趣味や習慣的な活動に従事し、地域活動に頻繁に参加してきたことが推察される。我が国の要介護認定率の地域差は医療・介護の社会資源と関連するが^{3,5,6)}、本研究の結果は、要介護認定率が低い地域の高齢者は心理・社会的健康が良好という特徴を持つ可能性を示唆している。

ところで、以上の健康状態の背景にどのような SDH が潜んでいるのであろうか。二地区の比較から、SES では A 地区に在住する高齢者の教育年数はより高く、暮らし向きにゆとりがあるという特徴が示され、SC では信頼、互酬性の規範が A 地区の高齢者でより強く、家族・親戚や友人のネットワークを多く持つことが確認された。さらに地域住民との同質性の強さも示された。そこで、A 地区および B 地区を目的変数としたロジスティック回帰分析を実施したところ、SDH の「教育年数」、「暮らし向き」、「近隣住民の同質性」の 3 項目が、二地区の差を規定していることが明らかになった。教育年数は、疾病・障害を予防するための意志決定を育む認知的スキルや、高学歴の配偶者・友人のネットワーク形成に貢献し²⁸⁾、また高収入であるほど健康資源にアクセスが容易となり「健康的な消費」が可能になると言われている²⁹⁾。また結束型 SC の強さは、抑うつに抑制的に働くことが指摘されている¹⁸⁾。前述のように A 地区は、昭和 40 年 (1965 年) 代の宅地開発で一定の所得を持つ人々が同時期に移住してきた背景がある。このことから A 地区の高齢者は、地域の人々と良好な関係性を築きながら、現在に至るまで効果的な保健行動を選択し、社会活動などを実践してきたことが推察され、A 地区の高齢者の健康状態に潜在的に関与してきたと考えられる。行政・専門家が健康づくりを推進する際は、対象地区に在住する高齢者の健康状態のみならず、本研究で明らかとなった背景要因が高齢者の健康状態にどのような影響を及ぼしてきたのかを探索することで、より効果的で効率的な計画を策定・実行できるのではないかと考えられる。そして、高齢者がどのような方法で健康情報を得て、その情報をどう活用しているかを把握することが重要である。

本研究の限界は以下の通りである。本研究で得られた結果は横断調査によるもので、SDH と健康状態ならびに要介護認定率の間の因果関係について明確に結論付けることはできない。例えば、SES の暮らし向きが苦しいために要介護状態に至るのか、その逆の関係であるのかについては本研究で同定することは難しい。今後はライフコースモデル²⁸⁾を参考に、SES の影響をどの時期に暴露しそしてどの時点で健康に影響したのか検討が必要である。また SC は健康に対し負の側面があることも指摘されている²¹⁾。本研究で取り上げた SDH が、健康状態や要介護認定率にどのような影響関係にあるのかについて、メカニズムを詳細に解明していく必要がある。

文献

1) 綾瀬市役所: あやせタウンガイド情報面

(<https://www.city.ayase.kanagawa.jp/ct/other000047600/30jouzen.pdf>, 2020. 7. 23 アクセス) (2019).

2) 延原弘章: 地図で見る保健福祉(1) 都道府県別介護保険要介護認定率. 健康福祉研究, 4(2):43-55(2007).

3) 渡部月子, 高嶋伸子, 星旦二: 都道府県別要介護認定割合の較差と保健師活動との関連. 社会医学研究, 27(1):1-8(2009).

4) 栗盛須雅子, 渡部月子, 高燕, 他: 都道府県別要介護認定割合の較差と関連する要因の総合解析. 厚生指標, 56(4):22-28(2009).

5) 櫻井尚子, 星旦二, 中山直子, 他: 都道府県別要介護認定割合の較差と、保健師配置数および高齢者就業率

- との関連に関する資料. 保健師ジャーナル, 68(8):708-715(2012).
- 8) 中村秀恒: 受療状況が要介護認定率の地域差に及ぼす影響. 厚生学雑誌, 53(5):1-7(2006).
- 9) 小林哲也: 介護保険制度における要介護認定率の地域性; 都道府県別要介護認定率の傾向による分析. 介護福祉学, 22(1):36-44(2015).
- 10) 永見宏行, 金田麻里子, 天野タエ子, 他: 東京 23 特別区の高齢者の標準化要支援・要介護者比; 介護予防を軸とした公衆衛生活動の評価指標の開発. 日本公衆衛生雑誌, 49(3):205-210(2002).
- 11) 三徳和子: 岐阜県における要介護(要支援)認定者率の格差検討. 川崎医療福祉学会誌, 13(2):307-315(2003).
- 12) World Health Organization: Social determinants of health
(https://www.who.int/social_determinants/en/, 2020. 7. 23 アクセス) (2020).
- 13) 竹田徳則, 近藤克則, 平井寛: 地域在住高齢者における認知症を伴う要介護認定の心理社会的危険因子; AGES プロジェクト 3 年間のコホート研究. 日本公衆衛生雑誌, 57(12):1054-1065(2010).
- 14) 平井寛, 近藤克則, 尾島俊之, 他: 地域在住高齢者の要介護認定のリスク要因の検討; AGES プロジェクト 3 年間の追跡研究. 日本公衆衛生雑誌, 56(8):501-512(2009).
- 15) 太田ひろみ: 個人レベルのソーシャル・キャピタルと高齢者の主観的健康感・抑うつとの関連; 男女別の検討. 日本公衆衛生雑誌, 61(2):71-85(2014).
- 16) 村田千代栄, 斎藤嘉孝, 近藤克則, 他: 地域在住高齢者における社会的サポートと抑うつとの関連—AGES プロジェクト—. 老年社会科学, 33(1):15-22(2011).
- 17) 近藤克則: 健康格差社会への処方箋. 初版, 1-10, 医学書院, 東京(2017).
- 18) 杉澤秀博, 近藤尚己: 社会関係と健康. 社会と健康; 健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ(川上憲人, 橋本英樹, 近藤尚己編), 初版, 209-232, 東京大学出版会, 東京(2015).
- 19) 小熊祐子, 富田眞紀子, 今村晴彦: サクセスフル・エイジング; 予防医学・健康科学・コミュニティから考える QOL の向上. 初版, 135-196, 慶應義塾大学出版会, 東京(2014).
- 20) 村山洋史: ソーシャルキャピタルの多面性; 地域保健活動でいかに醸成を目指すか(特集ソーシャル・キャピタル研究の意義と課題). 老年社会科学, 37(4):456-464(2016).
- 21) 本橋豊, 金子善博, 山路真佐子: ソーシャル・キャピタルと自殺予防. 秋田県公衆衛生学雑誌, 3(1):21-31(2005).
- 22) 栗本鮎美, 栗田圭一, 大久保孝義, 他: 日本語版 Lubben Social Network Scale 短縮版(LSNS-6)の作成と信頼性および妥当性の検討. 日本老年医学会雑誌, 48(2):149-157(2011).
- 23) リサ・F・バークマン, イチロー・カワチ(高木大資, 中村早希, 小林由美子, 他訳): ソーシャル・キャピタルと健康. 社会疫学 <上>(リサ・F・バークマン, イチロー・カワチ, M・マリア・グリモール編), 初版, 339-383, 大修館書店, 東京(2017).
- 24) 鈴木隆雄, 島田裕之, 大淵修一: 介護予防マニュアル. 初版, 161-197, 法研, 東京(2015).
- 25) 遠藤英俊: うつの評価. 高齢者総合的機能評価ガイドライン(長寿科学総合研究 CGA ガイドライン研究班著), 初版, 107-114, 厚生科学研究所, 東京(2013).
- 26) 一般社団法人日本作業療法士協会: 事例で学ぶ生活行為向上マネジメント. 初版, 17-43, 医歯薬出版株式会社, 東京(2015).

- 25) 池田晋平, 西村恭介, 鈴木武志, 他: 地域在住の要支援・要介護高齢者における主観的健康感と余暇的生活行為の関連. 日本臨床作業療法研究, 7(1):77-82(2020).
- 26) 橋本修二, 青木利恵, 玉腰暁子, 他: 高齢者における社会活動状況の指標の開発. 日本公衆衛生雑誌, 44(10):760-768(1997).
- 27) 和田有理, 村田千代栄, 平井寛, 他: AGES プロジェクトのデータを用いた GDS5 の予測的妥当性に関する検討: 要介護認定, 死亡, 健康寿命の喪失のリスク評価を通して. 厚生指標, 61(11):7-12(2014).
- 28) M・マリア・グリモール, マウリチオ・アヴェンダーニョ, イチロー・カワチ(芝孝一郎, 齋藤順子, 長友亘, 他訳): 社会経済的状况と健康. 社会疫学<上>(リサ・F・バークマン, イチロー・カワチ, M・マリア・グリモール編), 初版, 25-91, 大修館書店, 東京(2017).

Social Determinants of Health and Health Status among Older Adults in a Region with Low Rate of Requirement Certification for Long-Term Care

Shinpei Ikeda

(School of Health Sciences, Tokyo University of Technology)

Kyousuke Nishimura

(Senior Citizen's Welfare Division, Ayase City, Kanagawa Prefecture)

Takeshi Suzuki

(Senior Citizen's Welfare Division, Ayase City, Kanagawa Prefecture)

Miki Satoh

(Senior Citizen's Welfare Division, Ayase City, Kanagawa Prefecture)

Yuichi Nojiri

(Senior Citizen's Welfare Division, Ayase City, Kanagawa Prefecture)

Hiroshi Haga

(School of Nursing, Saku University)

Keywords : social determinants of health, social classification, social capital, rate of requirement certification of long-term care, health inequalities

The aim of this study is to examine the characteristics of social determinants of health (SDH) and health status among older adults in a region with low rate of requirement certification for long-term care. In order to identify the characteristics of region A, we compared differences between Region A and Region B that rate of requirement certification of long-term care kept higher. Therefore, we conducted a mail survey with 1,511 older adults in region A and 1,547 older adults in region B. The results from comparison 892 in region A and 763 in region B excepted missing data show that older adults in region A were significantly better psychosocial health status such as feeling of independence in daily life, self-rated health, depression, and several activities and participation than region B. Results from logistic regression analysis, indicated that characteristics of SDH in region A such as better economic situation, higher education, and neighborhood homophilous influenced health status of older adults in region A. It is important for community health workers not only focusing health status among community dwelling people, but also to assess community characteristics to identify potential factors affecting public health.