

〈鍵概念：社会的処方〉

# 人間関係が健康に及ぼす影響

## — 孤立高齢者と不健康リスク —

酒井幸子\*

\*東京女子医科大学

### The Impact of Social Status on Health: Isolation and the Risk of Poor Health Condition Among Older People

Yukiko Sakai \*

\* Tokyo Women's Medical University

キーワード	
社会的処方	social prescribing
社会的孤立	social isolation
健康	health condition

#### I. 社会的処方に至る背景

厚生労働省によれば、日本の医療提供体制の整備は第二次世界大戦後に始まり、①医療基盤の整備と量的拡充の時代、②病床規制を中心とした医療提供体制の見直しの時代、③医療施設の機能分化と患者の視点に立った医療体制の整備の時代の三つに分けられる<sup>1)</sup>。それぞれの時代の目的を端的に言えば、①死亡率の改善、②医療費の削減、③更なる医療費削減のための効率化であろう。各時代には、①急性期医療の拡充、②慢性疾患における治療水準の向上、③高度医療と予防医学の発展が推進された。とりわけ、予防医学の発展には、医療費削減だけでなく、健康寿命の延伸効果を期待された。

しかしながら、1次予防及び2次予防の効果には限界があることが、「健康日本21（第二次）」の中間評価に示された<sup>2)</sup>。また、地域包括医療連携も飛躍的に進んでいるとは言い難い状況にある。医療提供体制の第一期は、量的拡充を優先した時代である。この時に急増した民間病院が大半を占める日本の医療提供体制においては、地域包括医療連携構築に向けた、行政主導による調整が進まないのは当然であ

る。このような背景に鑑みて、注目されるようになったのが0次予防の概念である。

#### II. 社会的処方の意義と政策の方向性

世界保健機構（WHO）は、健康概念に身体的要因と精神的要因に加え、社会関係要因を挙げ<sup>3)</sup>、1991年に採択されたヘルスプロモーション（Sundsvall 声明）にて、健康支援のための環境整備を呼びかけた。これを受けて、「健康日本21（第二次）」にも「健康を支え、守ための社会環境の整備」を「健康格差の縮小」のために追及するとして、ソーシャルキャピタルが明示された。これは地域のつながりを意味しており、例えば、ボランティアグループやスポーツクラブなどが該当する。

ソーシャルキャピタルには1次予防、2次予防などの区切りがなく、人々の健康度の維持・向上に効果的であり、関連する団体・組織が多様なことから、幅広い年齢層や生活様式の人への効果が期待される。また、医療に限定されないため、既に負担過多となっている医療提供体制を圧迫することがない。さらに、1対1の個人的な助け合いではなく、グルー

プを形成して支え合うため、関係を維持するための一人当たりの負担が少ないという利点がある。

### Ⅲ. 人間関係が高齢者の健康に及ぼす影響

支え合いが健康を増進させる効果は、大きく2つある。一つは、関わる人が多いほど健康になるという直接効果である。社会的ネットワークが豊かな人は、健康を維持増進するための情報や資源がより多く得られる。様々な役割から、自己効力感や自尊感情が高まる効果も得られ、人との交流を通じて、保健行動に取り組みやすくなる。そのため、親密な人間関係が乏しいことは、健康の社会的決定要因の一つに挙げられる。

もう一つは、ストレス緩和効果である。一人から提供される知識や経験、時間的・経済的な資源は限られるので、交流のある知人が多いほど活用可能な資源は多くなり、ストレス毎に利用できるソーシャルサポートの量は増える。逆に、ストレスが増加すると、ストレス毎に利用可能なサポートが減少するため、気分状態の悪化につながることで、このことは性別や事前の精神的健康度に関わらず当てはまる<sup>4)</sup>。

健康と社会的環境に関する研究の第一人者である Berkman は、社会的に孤立している人は、多くのネットワークを持つ人と比較して早期死亡に至りやすく、男性で約2.3倍、女性で約2.8倍としている<sup>5)</sup>。健康寿命との関連を扱った研究についても紹介すると、斎藤ら(2013)<sup>6)</sup>は要介護認定者の年間発生率を調査し、3年前は要介護状況にないにも関わらず要介護状態になった者の割合は、非孤立群が3.1%であったのに対し、孤立を自ら望んでいない不満足孤立群では4.7%、自ら望んだ満足孤立群でも3.8%と、孤立者の要介護認定状況が2~5割と高いことを示した。(表1)

高齢期は、身体的機能の生理的低下や疾患の罹患率の高まりなどを要因としたストレスが増加傾向にあるだけでなく、家族構成の変化により、受けられるサポート量が低下傾向となる。これらの研究結果は、高齢期の孤立が不健康につながることを明らかにし、ソーシャルサポートの重要性を示唆している。これに加えて、現代の高齢者世代は、伝統的な男女

表1 要介護認定者割合・発生率の相違

		(n)	要介護認定者		
			人数	人年	発生率
全 体	非孤立	(10,870)	1,212	38,662	3.1
	満足孤立	(1,397)	184	4,855	3.8
	不満足孤立	(488)	77	1,645	4.7
男 性	非孤立	(4,994)	462	19,073	2.4
	満足孤立	(902)	104	3,414	3.0
	不満足孤立	(332)	43	1,255	3.4
女 性	非孤立	(5,876)	750	22,084	3.4
	満足孤立	(495)	80	1,818	4.4
	不満足孤立	(156)	34	545	6.2

【文献6を引用】

役割を受容してきた年代である。家庭と地域とのつながりを維持する活動は、家事の延長線におかれ、妻が担ってきた夫婦が多く存在する。配偶者との死別による男性の孤立状態は、その生活実態が外からは見え難く、特に不健康につながる可能性がある。

### Ⅳ. 健康格差の解消へ向けて

実際には、孤立高齢者において、生活に不満を感じている人の割合は高くない(表2)。そこには、未来志向から現在志向に傾く、高齢期に特徴的な情緒的变化が影響している。情報や知識の獲得より穏やかな日常を好み、新しい人間関係の構築を億劫と感じるようになった結果、社会的ネットワークは縮小傾向となる(表3)。

表2 満足・不満足孤立の割合

	男 性				女 性			
	(n)	不満足 孤立	満足 孤立	非孤立	(n)	不満足 孤立	満足 孤立	非孤立
69歳以下	(2,370) (494)	6.3 30.4	14.5 69.6	79.2 —	(2,184) (189)	2.2 25.9	6.4 74.1	91.3 —
70~74歳	(1,917) (366)	5.3 27.6	13.8 72.4	80.9 —	(1,860) (190)	3.0 28.9	7.3 71.1	89.8 —
75~79歳	(1,236) (237)	4.4 22.8	14.8 77.2	80.8 —	(1,451) (144)	2.1 20.8	7.9 79.2	90.1 —
80~84歳	(500) (90)	3.8 21.1	14.2 78.9	82.0 —	(694) (74)	2.2 20.3	8.5 79.7	89.3 —
85歳以上	(205) (47)	3.9 17.0	19.0 83.0	77.1 —	(338) (54)	2.1 13.0	13.9 87.0	84.0 —
全 体	(6,228) (1,234)	5.3 26.9	14.5 73.1	80.2 —	(6,527) (651)	2.4 24.0	7.6 76.0	90.0 —

上段：全体での割合、下段：孤立者内での割合

(値は%)

【文献6を引用】

表3 私的サポートの利用可能性：サポートなしの割合

社会的孤立状況	n	サポートなしの割合 (%)							
		心配事を聞く	思いやりを示す	用事・留守番	短期の看病	長期の看病	緊急時に来る		
独居	全体	対面接触あり	476	5.5	4.0	24.4	24.6	32.4	5.3
		非対面のみ	242	13.6	7.9	48.3	44.2	48.3	9.9
		接触なし (孤立)	227	34.4	32.6	71.4	65.2	63.9	29.5
	男性	対面接触あり	93	9.7	7.5	31.2	33.3	33.3	8.6
		非対面のみ	65	12.3	7.7	52.3	47.7	40.0	7.7
		接触なし (孤立)	116	47.4	42.2	77.6	69.8	66.4	31.9
	女性	対面接触あり	383	4.4	3.1	22.7	22.5	32.1	4.4
		非対面のみ	177	14.1	7.9	46.9	42.9	51.4	10.7
		接触なし (孤立)	111	20.7	22.5	64.9	60.4	61.3	27.0
同居	全体	対面接触あり	641	6.9	5.9	17.5	10.0	14.7	4.4
		非対面のみ	374	10.7	6.1	26.2	15.0	19.0	6.7
		接触なし (孤立)	408	21.3	14.2	39.7	18.4	23.5	13.7
	男性	対面接触あり	261	12.3	9.6	18.4	13.8	13.8	5.4
		非対面のみ	184	15.2	5.4	23.4	12.5	15.8	4.9
		接触なし (孤立)	258	24.4	15.9	37.2	15.1	18.6	12.4
	女性	対面接触あり	380	3.2	3.4	16.8	7.4	15.3	3.7
		非対面のみ	190	6.3	6.8	28.9	17.4	22.1	8.4
		接触なし (孤立)	150	16.0	11.3	44.0	24.0	32.0	16.0

注) 6項目のサポートすべてについて無回答だった人を除外した割合

【文献7を引用】

しかしながら、社会的な孤立状態が、本人の選択した結果であっても、心理的な支えや日常生活における支援を得られない状況は、抑うつ傾向や将来への不安を高める<sup>7)</sup>(表4)。そして、心理的健康度が低くなると、自発的に援助を求められずに悪循環に陥りやすく、深刻な事態に発展する危険を生じる。老々介護や8050問題がクローズアップされる現代においては、孤立が独居者に限られた問題ではないことも強調したい。介護者の心理的健康度が低い場合は、周囲からの援助がブロックされ、社会的な孤立状態を深めてしまうからである。

社会的処方が進められる現在、本人の意思に反した行政機関等への紹介の是非については議論が必要と考えるが、孤立状態が不健康につながる可能性について伝えることは、インフォームド・チョイスに適っていると言える。また、高齢者自身が問題視していない場合にも、孤立の危険性を社会全体で意識し、同居者の有無に関わらず、他者との交流を活性化すべく良好な社会環境を構築することは、健康寿命の延伸と健康格差の縮小のために重要であると言える。

表4 抑うつ傾向ありと将来への不安が高い人の割合

社会的孤立状況	抑うつ傾向		将来への不安			
	n	あり (%)	n	高い (%)		
独居	全体	対面接触あり	464	27.4	465	34.2
		非対面のみ	233	37.8	227	41.4
		接触なし (孤立)	219	51.6	219	48.4
	男性	対面接触あり	91	23.1	92	16.3
		非対面のみ	63	46.0	62	25.8
		接触なし (孤立)	113	51.3	110	39.1
	女性	対面接触あり	373	28.4	373	38.6
		非対面のみ	170	34.7	165	47.3
		接触なし (孤立)	106	51.9	109	57.8
同居	全体	対面接触あり	619	19.5	617	27.6
		非対面のみ	362	25.4	361	31.0
		接触なし (孤立)	392	46.7	394	41.1
	男性	対面接触あり	251	20.7	250	20.4
		非対面のみ	176	25.0	177	24.9
		接触なし (孤立)	248	42.7	253	39.1
	女性	対面接触あり	368	18.8	367	32.4
		非対面のみ	186	25.8	184	37.0
		接触なし (孤立)	144	53.5	141	44.7

注) 抑うつ傾向ありは、15項目版 GDS 尺度で6点以上、将来不安高群は、27点中20点以上とした

【文献7を引用】

**【引用文献】**

- 1) 厚生労働省：これまでの医療提供体制の歩み，厚生労働白書，平成19年版：4-13，2007
- 2) 厚生労働省 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会：健康日本21（第二次）中間評価報告書（<https://www.mhlw.go.jp/content/000481242.pdf>），公開日2018年9月（検索日2021年2月25日）
- 3) World Health Organization Regional Office for Europe：Social Determinants of Health; The Solid Facts Second Edition：22-23，2003
- 4) 福田欣治：日常ストレス状況体験における親しい友人からのソーシャル・サポート受容と気分状態の関連性，川崎医療福祉学会，19(2)：319-328，2010
- 5) Berkman LF, Syme SL. Social networks：host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents, American Journal of Epidemiology, 109：186-204, 1979
- 6) 斎藤雅茂，近藤克則：高齢者の生活に満足した社会的孤立と健康寿命喪失との関連；AGESプロジェクト4年間コホート研究より，老年社会科学，35(3)：331-341，2013
- 7) 小林江里香，藤原佳典，深谷太郎，西真理子，斎藤雅茂，新開省二：孤立高齢者におけるソーシャルサポートの利用可能性と心理的健康；同居者の有無と性別による差異，日本公衆誌，58(6)：446-456，2011