

図2 過去1年間に1回でも転んだことがある前期高齢者の割合(最小値19% 最大値42%)(介護予防Webアトラス)

見つけることである。これにより、保険者が優先的に解決すべき課題を設定することができる。

JAGES HEARTでは、タイル形式とともにバーチャート形式でも表示することで、五分位における相対的な位置づけ(赤, 橙, 黄, 黄緑, 緑の5色で表示)と、絶対的な数値(当該項目に該当する者の割合を0から100%で表示)の両方が見えるようにしている。さらに、全年齢高齢者の結果だけでなく、前期高齢者のみ、後期高齢者のみといった層別化表示をすることで、後期高齢者の割合が高いために健康指標の結果が悪く見えるといった影響(構成効果compositional effect)を排除した結果を表示することが可能である。たとえば図2は、過去1年間に1回でも転んだことがある高齢者の割合が、要介護認定を受けていない前期高齢者に限定しても19%の自治体から42%の自治体までであることを示しており、2倍以上の差があることがわかる。

一方で、重点課題を設定する際には、指標の値の良し悪しだけでなく、指標に影響を与えるその他の要因が考慮される必要がある。たとえば、図2において高転倒率を示している上位3自治体

(A保険者に含まれる3町)は積雪地であり、特に冬季の転倒が多いであろうことに納得のいく理由がある。つまり、課題設定の判断においては、市町村における質的なローカル・ノリッジも重要だといえる。こうした総合的な判断から、第一ステップでは他保険者よりもリスクが高く、かつ保険者にとって取り組む価値が高いと考えられるものを、取り組みの重点課題に設定する。

(2) 保険者内における重点対象地域の設定

次に保険者内の小地域別データを用い、(1)で設定した課題が保険者内のどの地域において特に課題となっているかを見つけ、重点対象地域を絞り込む。これにより、その後のプロセスにおける介入施策の重点対象地域が具体的なものになり、地域間の健康格差を効果的に縮小させることにつながると期待される。

図3は、(1)において保険者(広域連合)内の3町における転倒率がJAGES 2010-11年度調査に参加した31市町村中上位3位を占めていたA保険者の、小学校区別の前期高齢者転倒率の結果である。地図やバーチャートの上にマウスをのせると、

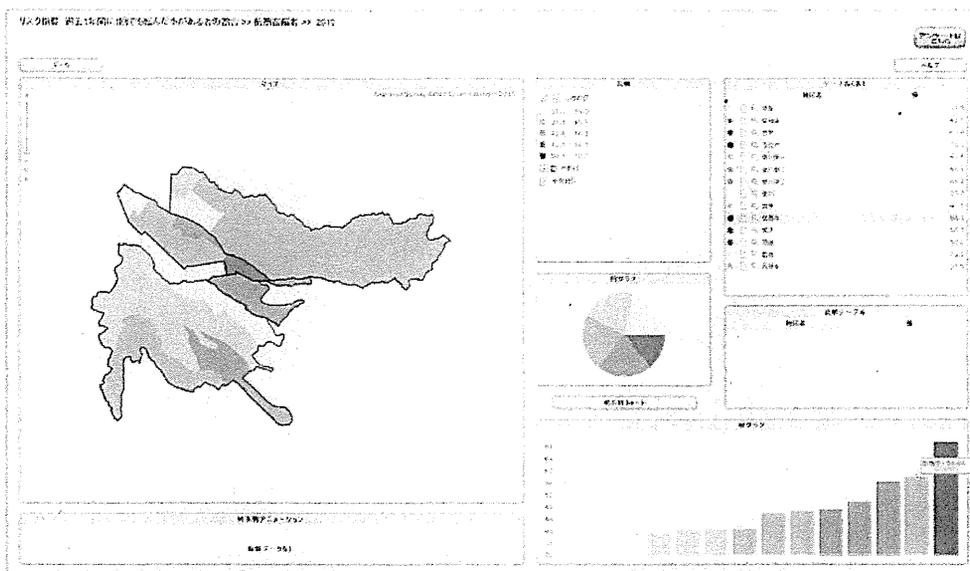


図3 転倒率が特に高い保険者内における、前期高齢者の転倒率(小学校区別)：最少値32.1% 最大値70.7%(介護予防Webアトラス シングルマップ)

パーセント表示で各校区の転倒率が表示される。校区別に分析すると、転倒率が最も高い小学校区では70.7%、最も低い小学校区では32.1%と、A保険者内でも2倍以上の違いがあることがわかり、特にどの地域で転倒が顕著な課題なのかを明らかにすることができる。これにより、次のステップにおいて介入施策を立案する上でのヒントが得られる。たとえば、介入プログラムの拠点をリスクが高い地域に重点的におくことで、より効果的な介入が期待できる。

2) 介入施策の立案

次のステップは、1)-(1)(2)で発見・設定した重点課題と重点地域に対し、効果が期待できる介入施策を立案することである。

その際に役立つと考えられるものには、(1)先行研究、(2)介護予防Webアトラス上での相関分析、(3)先駆的な取り組みGood Practice事例がある。

(1) 先行研究

先行研究の例として、図4のような分析結果が

あげられる(近藤, 2012)。図4はJAGES 2010-11年度調査のある地域(9市町村)の小学校区データに基づき、過去1年間に転倒歴がある者の割合と、スポーツ組織に週1回以上参加している者の割合を、65小学校区を集計単位としてプロットしたものである。その結果、要介護認定を受けていない前期高齢者に限定しても、転倒経験がある者の割合が11.8%から33.9%と、3倍もの差があることが明らかになった。さらに、転倒者の割合は、ソーシャル・キャピタルの一種と位置づけられるスポーツ組織に週1回以上参加している者の割合

小学校区別転倒率とスポーツ組織参加率 65-74歳の者(16,713人)に限定

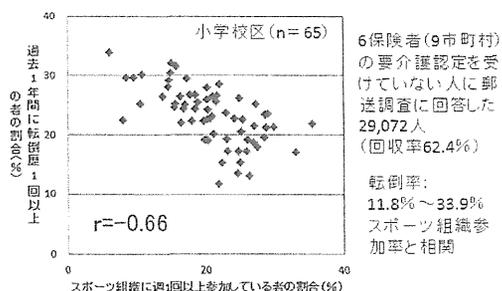


図4 前期高齢者の小学校区別転倒率とスポーツ組織参加率(近藤, 2012)

スポーツ組織参加と転倒 (前期高齢者)

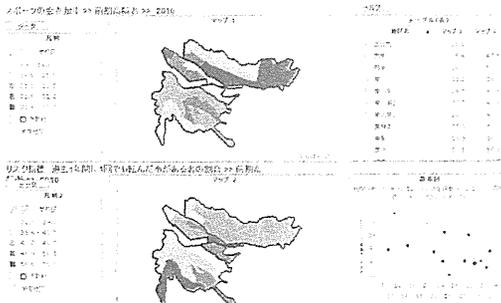


図5 スポーツ組織参加率と転倒率(前期高齢者) $r = -0.55$ (介護予防Webアトラス ダブルマップ)

と負の相関関係を持っており、スポーツ組織参加率が高い地域ほど、転倒リスクが低いことが示された($r = -0.66$)。ここから、「地域におけるスポーツ組織への参加率を上げることで、転倒率を下げる」というアプローチの可能性が示唆された。

(2) 介護予防Webアトラス上での相関分析

そこで、図4の分析結果がA保険者においてもあてはまるかどうかを確認するため、2変数間の相関を表示することができるWebアトラスの「ダブルマップ機能」を用い、スポーツの会参加率と転倒率の関係を表示した(図5)。すると、A保険者においてもスポーツ組織参加率が高い地域ほど、転倒リスクが低いという関係が示された($r = -0.55$)。

(3) 先駆的な取り組みGood Practice事例

Good Practiceとしては、厚生労働科学研究費「健康の社会的決定要因研究班」(<http://sdh.umin.jp/>) (代表研究者：尾島俊之) や厚生労働省がまとめている取り組み事例 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/yobou/torikumi.html>) を参考にすることができる。たとえば、大阪府大東市では、住民主体の体操教室を各地で開催し、オリジナルの「元気でまっせ体操」を行って、一次と二次予防対象者の両方を取り込んだ事業を展開している。また、岩手県軽米市の「ふれあい共

食事業」では昼食会とレクリエーションを組み合わせることで、気軽に参加してもらえる工夫をしている。

介護保険者は、先行研究や分析結果、先駆事例からヒントを得て、介護予防のための介入策を考えることができる。たとえばA保険者では、自主的な健康体操のリーダー養成や集まりを保険者・自治体が支援する、身体活動を行う高齢者サークルには公民館使用枠を与える等の施策を打ち出すことができるだろう。また1) - (2) のステップにおいて、特に転倒率が高く介入の必要性が高い地域をあらかじめ明らかにしておくことで、より優先すべき実施場所を特定することができ、効果的・効率的な資源の振り分けにつながる。

3) プログラムの実施

第3のステップは、2) で立案されたプログラムの実施である。JAGESプロジェクトでは先行研究や職員への聞き取りを通じて、介入施策の立案・実施にあたって考慮されるべき事項として、(1) プログラムの効果、(2) カバレッジの高さ、(3) 持続可能な資源および人材の活用(保健福祉領域のみにとらわれないこと)の3点が重要であると考えている。以下、JAGESプロジェクトの一環として愛知県武豊町と共同で2007年に立ち上げた一次予防的アプローチによる介護予防施策「憩いのサロン事業」(平井, 2009)を例に説明する。

憩いのサロン事業では、サロンの運営を担う住民ボランティアを募り、新たなサロンを設立後、1年間は町が運営に関与するが、2年目以降はボランティアの自主運営にゆだね、町は後方支援に回る。活動内容については、基本的にはボランティアにゆだねられている。ほとんどのサロンでは健康体操、お茶とおしゃべりの時間、誕生会が行われており、そのほかに町の保健師による健康講話、音楽や出し物の鑑賞、唱歌歌唱や踊りなど、多彩な活動が取り入れられている(村山・近藤・藤原, 2013; 武豊プロジェクトホームページ<http://>

square.umin.ac.jp/ages/taketoyo.html)。

(1) プログラムの効果

憩いのサロンでは、知識や行動等の個人レベルと、ソーシャル・キャピタルを通じたまちづくりのレベルという、介護予防の2つのレベルにおける効果が期待されている。前者は健康情報の共有やそれを通じた健康行動等の直接効果によるもので、健康体操や保健師による健康講話がプログラムに取り入れられている。健康体操では、参加者が自分の体力に合わせて無理なく行うよう、また体操やストレッチを自宅でも取り入れるよう、声掛けが行われている。健康講話は座学にとどまらず、実際に手洗いうがいのシミュレーションをしたり、ゲーム感覚の筋トレをしたりと、参加型で楽しみながら行うものが多い。

一方、ソーシャル・キャピタルを通じたまちづくりによる間接効果(波及効果)も期待されている。サロンに参加するようになったことでスポーツの会やボランティアの会など、別の会や集まりに参加するようになったり、サロンで顔見知りになった人とのネットワークが新たに形成されたりといった波及効果があることも、調査から明らかになっている(近藤他, 2010)。

(2) カバレッジの高さ

「より多くの高齢者に参加してもらうためには、高齢者が自分で歩いて行ける範囲にサロンを設置すべき」との考えから、武豊町では2007年度に3か所の会場を立ち上げて以来、2013年度までの7年間で11か所に拡大してきた。その結果、町の高齢者の約1割が参加している。各会場でサロンが開催されるのは月に1回から3回程度だが、複数会場に参加することで月に10回参加している者もあり、町内各地に多くの会場が点在していることで、参加がより容易になった。

こうした事業への参加や効果評価にあたっては、「健康状態が良好な高齢者、健康づくりの意

近い人ほど参加している

Ichida, et al 2013

- 地理情報システム(GIS)により計測した会場までの距離を測定
- 近くに住んでいる人ほど、参加者割合が高く、主観的健康感も改善

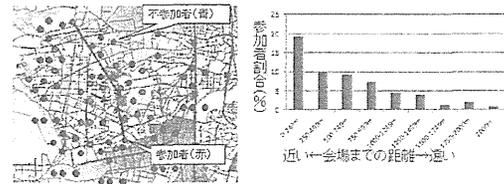


図6 高齢者の自宅からサロンまでの距離と参加者割合 (Ichida et al., 2013)

識が高い高齢者、社会的な高齢者に参加が偏りがちになる」という「逆の因果」に留意が必要である。そこで疑似的な無作為対照比較試験(RCT)とみなされている操作変数法を用いた分析により、これらの「選択効果」を考慮した評価を行った。自宅からサロン会場までの距離が近い高齢者ほどサロン参加率が高いことから、サロンまでの距離を操作変数として分析した結果、サロンの開所の前後比較において主観的健康感が有意に改善していることが明らかになった(図6 Ichida et al., 2013)。したがって、町内各地に多くのサロンを設置することで、サロン事業のカバレッジが上がり、介護予防効果が期待できると思われる。

(3) 持続可能な資源および人材の活用

高いカバレッジを維持しつつ、持続可能な介護予防事業を行うためには、地域資源の活用が不可欠である。「憩いのサロン」事業は、持続可能な形で活動できるよう、住民ボランティアを養成し、サロン運営を委託している。ボランティアを募り新たなサロンを設立すると、1年間は町との共同運営の元でノウハウや経験を積み、2年目以降は町が見守りとアドバイスによる後方支援に回るといった形をとっている。

また、ボランティアへの負担が大きくなりすぎないように、「出前ボランティア」が活用されている。

出前ボランティアは、楽器演奏や手品を趣味としている人、踊りや音楽の同好会、保育園児や大学生サークルなど、多様な特技をもつ個人や団体で、単発で依頼されて、また評判が良ければ複数の会場を掛け持ちして、場を盛り上げてくれる。「憩いのサロン」事業の立ち上げ時には、町の社会福祉協議会が出前ボランティア一覧を用意した。またサロンボランティアを中心する地域の人々が新しいものを探してくることも多い。出前ボランティアの活用は、地域人材の発掘と、出前ボランティア自身の生きがいづくりや介護予防、まちのソーシャル・キャピタル構築にも一役買っていると考えている。

4) 政策による効果の評価

第4のステップは、一定期間の取組後の状況について、JAGES HEARTの指標の数値の変化を用いて評価を行うことである。数値の変化を見ることで、介入施策の結果、ターゲット指標の変化がモニタリング可能になる。

図7は、2006年と2010年の両年度にJAGES調査に参加した7保険者における、スポーツ組織の参加者割合と複数回転倒経験者割合をプロットしたものである。スポーツ組織参加者の割合はこれらの7保険者すべてにおいて増えており、そのうち6保険者で複数回転倒経験者の割合が低下した。このことから、経時的に見てもスポーツ組織参加者割合の増加が、転倒率の低下に結びついている可能性が示唆された。

効果評価において着目するのは、経年的な数値上の変化と、他市町村と比較した相対的な位置である。例えば、自主的な健康体操の集まり支援策を行ったところ、自治体全体としての転倒率が下がり、他市町村との比較においても相対的な位置付が向上したことが確認できれば、その取り組みに一定の効果があったと考えられる。一方で、期待された変化（その一部が効果とみなされる）が見られない場合には、より効果の大きかった保険

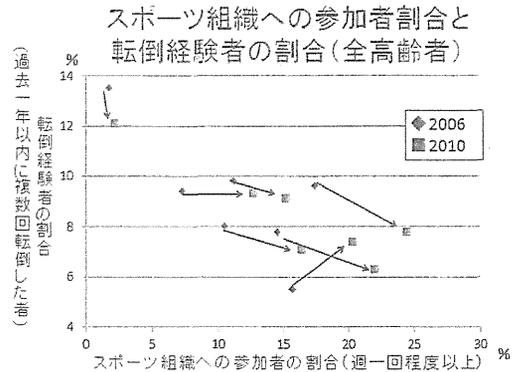


図7 スポーツ組織への参加者割合と転倒経験者の割合の経時変化 (JAGESプロジェクト, 2012)

保険者職員調査:①「現状の見える化」②「課題の発見」③「改善の手がかり取得」に役立つか?

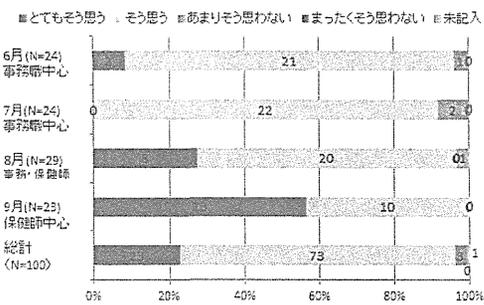


図8 JAGES HEARTに対する介護保険者職員の評価 (JAGESプロジェクト, 2011)

者の取り組みなどを参考に、プログラムの効果やカバレッジなどプロセスについて見直しをすることになる。

5) 自治体職員による評価

2011年6月から9月にかけて実施した4回の保険者共同研究会では、「見える化システム」が①現状の見える化、②課題の発見、③改善の手がかり取得などについて実際に役立つと思うかを、のべ100名の保険者職員に4段階で評価してもらった。

その結果、延べ100名中23名が「とてもそう思う」、73名が「そう思う」と回答した(図8)。また、参加者の大部分が事務職職員だった6月・7

月の研究会にくらべ、事務職と保健師が半々だった8月の研究会、大部分が保健師だった9月の研究会では「とてもそう思う」との評価割合が高くなっており、現場に近いところにいる保健師からの評価が高いことが明らかになった。

4. 考察

2010～2011年度に全国25保険者31市町村から得られたデータを用いて作成されたJAGES HEARTは、Webアトラスを用いた見える化により保険者が取り組むべき重点課題と重点対象地域の手がかりを提供し、(1) 先行研究、(2) 介護予防Webアトラス上での相関分析、(3) 先駆的な取り組みGood Practice事例等を通じて介入施策の立案を支援し、取り組みの効果を評価する介護予防施策の評価・支援ツールである。このシステムは、客観的で比較可能な数値を用いたベンチマーク（相対比較）による「見える化」を通じ、介護保険者の職員が主体的に地域診断を行い、ローカルな知識も交えながらエビデンスに基づいて介護予防に取り組み、プログラム評価を行うという循環的プロセスを支援する。JAGES HEARTは健康指標のみならず、健康の社会的決定要因、ソーシャル・キャピタルなどの社会環境についても指標化することで、まちづくりによる介護予防を手助けする有用なツールとなる可能性を持っている。

WHOが開発したUrban HEARTに代表されるように「健康の社会的決定要因への着目」「見える化」は世界的な流れの中にある。冒頭で述べた「健康日本21」や、平成24年7月31日の「地域保健の推進に関する基本方針」に関する厚生労働省告示では、地域の健康課題の把握、ソーシャル・キャピタルや社会資源の把握、生活環境の確保、疫学的手法を用いた地域保健対策の評価等の調査研究、評価結果を住民に公開することの重要性が明記されている。また、WHOはCommission on Social Determinants of Health（健康の社会的決定要因に関する委員会）で、社会環境の改善を通

じたポピュレーション・アプローチの重要性を訴えている。こうした中で、JAGES HEARTは介護予防施策の実践・評価を対象に、地域行政の「社会環境への着目」と「見える化」を手助けすることをめざしている。

その一方で、JAGES HEARTの取り組みの中で見えてきた今後の課題も多い。第一の課題は、指標の妥当性の検証とそれに基づく指標の改訂である。JAGESプロジェクトでは、JAGES 2010-11年度調査に参加した25保険者31自治体の一時点データを用い、2011年にJAGES HEARTを開発した。その後、指標の妥当性の向上のため、追加分析や保険者職員からのフィードバックに基づく指標の見直しを行ってきた。今後は同様の見直しに加え、異なる地点間比較による外的妥当性の検証と、縦断追跡データを用いた指標の予測妥当性の検証などが必要である。

前者については、多くの保険者が実施した日常生活圏域ニーズ調査データを集め、ベンチマークする準備を現在進めている。これにより、別の地域のデータを用いても同じ所見が得られるか再現性（外的妥当性）が検証できる。

後者については、経時的な変化を追うことに対応したシステムを開発し、繰り返し測定することで、指標の予測妥当性が検証できる。JAGESプロジェクトでは2013年10月から12月にかけて25保険者30市町村在住の19.5万人の高齢者を対象とする調査を行った。そのうち20保険者25市町村の高齢者は2010-11年度調査にも参加しており、多くは経時的な追跡が可能である。これらの自治体で縦断データをとることにより、JAGES HEARTの指標が適切か否かを検証し、必要に応じて改定していくことが求められる。

しかし多くの保険者は、継続的に状況をモニタリングして評価することの意義を必ずしも理解しておらず、担当者が2～3年で異動することもあって、縦断調査のためのデータと予算の確保は容易ではない。エビデンスに基づく事業計画・実

施と、現状のモニタリングの必要性、マネジメントサイクルを通じて現状を改善していくことの重要性を理解してもらうためには、根気強い説明と信頼関係構築の努力が必要である。

第二の課題として、保険者の主体的なプログラム立案を支援するため、さらなるGood Practiceの収集が求められている。JAGESプロジェクトメンバーも参加する健康の社会的決定要因(Social Determinants of Health:SDH)研究班(代表研究者:尾島俊之)では、先駆的な取り組み事例を集め、『保健師ジャーナル』などで連載を行っている。今後はさらにこうした取り組み事例を集め、メタ分析等により効果的なプログラムの特徴を明らかにしていくことが期待されている。

第三に、ツール活用の主体となるべき保険者の主体形成の難しさという課題が存在する。こうした「見える化」ツールを提供すると、保険者職員からは「途中経過や分析を省いて、どんな介入施策をとれば介護保険料を下げられるのか、『答え』を教えてほしい」とコンサルティングを求められることがある。しかし課題の発見やプログラム立案の段階から、介護保険者が主体となり住民を巻き込むことなしでは効果は小さくなるであろう。職員が主体的に取り組むことをさらに容易にするようなツールへとJAGES HEARTを改善していくとともに、住民を巻き込むワークショップの手法の開発・普及を進めていくことなども今後の課題である。

5. 結論

以上、見える化システムJAGES HEARTを用いた介護予防における保険者支援について、課題とともに紹介した。2010年、WHOはアデレード声明の中で「Health In All Policies (HiAP:すべての政策において健康を考慮する)」の必要性を宣言した。健康の社会的決定要因に影響する政策の多くは、保健・医療を専門としない部門(non-health sector)が立案・施行する政策である(近

藤, 2011)。健康指標を改善するために、ソーシャル・キャピタルをはじめあらゆる資源や政策を動員することは、高齢者のみ、介護予防のみならず、地域全体の社会環境改善につながるものであり、HiAPが欠かせない。JAGES HEARTは介護予防をそのターゲットにはしているが、このシステムを用いた関連指標による「見える化」が成功事例となれば、こうしたシステムをより幅広い対象グループやプロセス、アウトカム指標にまで敷衍してHiAPを進め、さらに効果的に「健康な社会づくり」をめざせる可能性がある。

文献

- Ichida Y, Hirai H, Kondo K, Kawachi I, Takeda T and Endo H (2013) "Does Social Participation Improve Self-rated Health in the Older Population? A Quasi-experimental Intervention Study," *Social Science and Medicine*. 94 : 83-90.
- McKenzie K and Harpham T (2006) *Social Capital and Mental Health*. London : Jessica Kingsley.
- 岸玲子, 堀川尚子 (2004) 「高齢者の早期死亡ならびに身体機能に及ぼす社会的サポートネットワークの役割: 内外の研究動向と今後の課題」『日本公衆衛生雑誌』52 : 79-93
- 近藤克則 (2012) 「介護予防と健康の社会的決定要因」『医療クライシスを超えて: イギリスと日本の医療・介護のゆくえ』161-195, 医学書院
- 近藤克則, 平井寛, 竹田徳則, 市田行信, 相田潤 (2010) 「ソーシャル・キャピタルと健康」『行動計量学』37(1) : 27-37
- 近藤克則 (2011) 「健康の社会的決定要因 (15) 最終回 WHOの健康格差対策」『日本公衆衛生雑誌』58 (7) : 550-554
- 平井寛 (2009) 「介護予防におけるポピュレーションアプローチの試み: 武豊町における地域サロン事業の計画と実施 第1回武豊プロジェクトの概要」『地域リハ』4 (1) : 84-87
- 村山洋史, 近藤克則, 藤原佳典 (2013) 「健康長寿をめざしたソーシャル・キャピタル介入」イテロー・カワチ, 高尾総司, S.V. スプラマニアン編, 近藤克則, 白井こころ, 近藤尚己監訳『ソーシャル・キャピタルと健康政策: 地域で活用するために』257-300, 日本評論社

連絡先 鈴木佳代
ksuzuki@psis.agu.ac.jp

Support for Municipalities' Long-term Care Prevention Using a JAGES HEART Visualization System

Kayo Suzuki¹⁾, Katsunori Kondo²⁾, JAGES Project

Abstract

It is not easy for local municipalities to make and implement long-term care prevention policies identifying their priority issues and corrective strategies based on scientific evidence. Part of such difficulty may derive from the absence of practical tools to assist the development of approaches for long-term care prevention. JAGES HEART is designed to serve as a useful tool for a cycle of defining the local agenda, developing policies, implementing programs, testing the programs through monitoring improvement, and revising approaches for further improvement. This paper introduces specific processes for supporting municipalities as they identify their agenda and tackle issues, including examples and research progress.

The recommended process for applying JAGES HEART consists of four steps : (1) setting an agenda, (2) locating target area (s) , (3) planning and implementing policies, and (4) assessing the policies.

The significance of JAGES HEART lies in its holistic assistance for municipalities throughout the process of diagnosing the community, addressing the challenges, and assessing the implemented policies by visualizing objective and comparative indices. JAGES HEART has a high potential for use as an evidence-based support tool for developing long-term care prevention approaches, valuing municipalities' independence as well as local knowledge.

Keywords : Long-term care prevention, Social capital, Visualization, Community assessment, Policy assessment

¹⁾ Department of Policy Studies, Aichi Gakuin

²⁾ Center for Preventive Medical Science, Chiba University

JAGES2013調査の実施概要

研究分担者 鈴木 佳代（日本福祉大学 健康社会研究センター 主任研究員）

研究要旨

本報告では、介護予防の戦略的な推進をめざしたデータ収集のために、多数の自治体にご協力いただいたJAGES（Japan Gerontological Evaluation Study 日本老年学的評価研究）2013年度調査の方法及び実施・回収状況の概要を記述する。

JAGES2013調査では全国12道県25保険者30市町村の協力を得て全国25保険者30自治体で195,290票を配布し、138,293票を回収した（回収率70.8%）。調査の成功・高回収率の寄与要因として、（1）自治体名を前面に出し高齢者を対象に実施したため、主体と対象の両方において高回収率が得られやすい条件が揃っていた、（2）研究者・自治体・調査実施実務業者間での役割分担と調整に成功した、（3）郵便料金支払の工夫により低コスト化と業務の省力化に成功した、（4）調査票の構成の工夫により、低コスト化と回答しやすさにつながったという4点が考えられる。

A. 研究目的

本報告の目的は、介護予防の戦略的な推進をめざしたデータ収集のために、多数の自治体にご協力いただいたJAGES（Japan Gerontological Evaluation Study 日本老年学的評価研究）2013年度調査の方法及び実施・回収状況の概要を記述することである。

JAGES調査は2003年度、2006年度に行われたAGES調査（Aichi Gerontological Evaluation Study愛知老年学的評価研究）を引き継ぎつつ全国版に拡大させた大規模調査である。2010-11年度にかけ全国12道県25保険者31自治体の協力を得て行われた第一回JAGES調査に続き、今回の2013年度調査は第二回目の調査となった。2013年度調査では全国12道県25保険者30市町村の協力を得て実施した（図1）。

本報告により、調査実施の概要をまとめ、以前の調査との類似点・相違点を明らかにするとともに、高回収率の寄与要因について分析し、今後行われる調査実施の手がかりとすることをめざす。

B. 研究方法

（自治体との共同関係）

JAGES2013調査は、研究班と、介護保険者（市町村および広域連合）の共同関係のもとに実施された。研究班にとっては、介護予防のためのエビデンスを得ること、有効な効果評価を行うための仕組みづくりに必要なビッグデータの入手を、介護保険者である市町村や広域連合にとっては、第6期介護保険事業計画を策定のための現状把握の基礎資料を得ることを目的とした点で、双方において得るところの大きい共同関係となった。2013年度調査に参加した25保険者中19保険者（30自治体中24自治体）は、2010-11年度調査にすでに参加していた。調査実施にあたっては、日本福祉大学や分担研究者とつながりがある介護保険者への訪問や、保険者の担当者を集めてのプロジェクト説明会などを開催し、調査への理解と協力を得られる保険者を募って、研究協定を結んで調査を実施した。

（調査対象者とサンプリング）

本研究はまちづくりによる一次予防を通じた介護予防施策に役立つエビデンスの発見・確立を主目

的の一つとしているため、地域在住の要介護認定を受けていない（以下、非要介護）高齢者を調査対象の母集団とした。具体的には、2013年4月1日時点で65歳以上の者を対象とした。ただし、東日本大震災の被災地である宮城県岩沼市では、市からの要望もあり、要介護者についても調査を行った。要介護者から得られたデータについては、介護予防に関する地域診断や社会疫学研究の分析には使用しないことを前提としている。

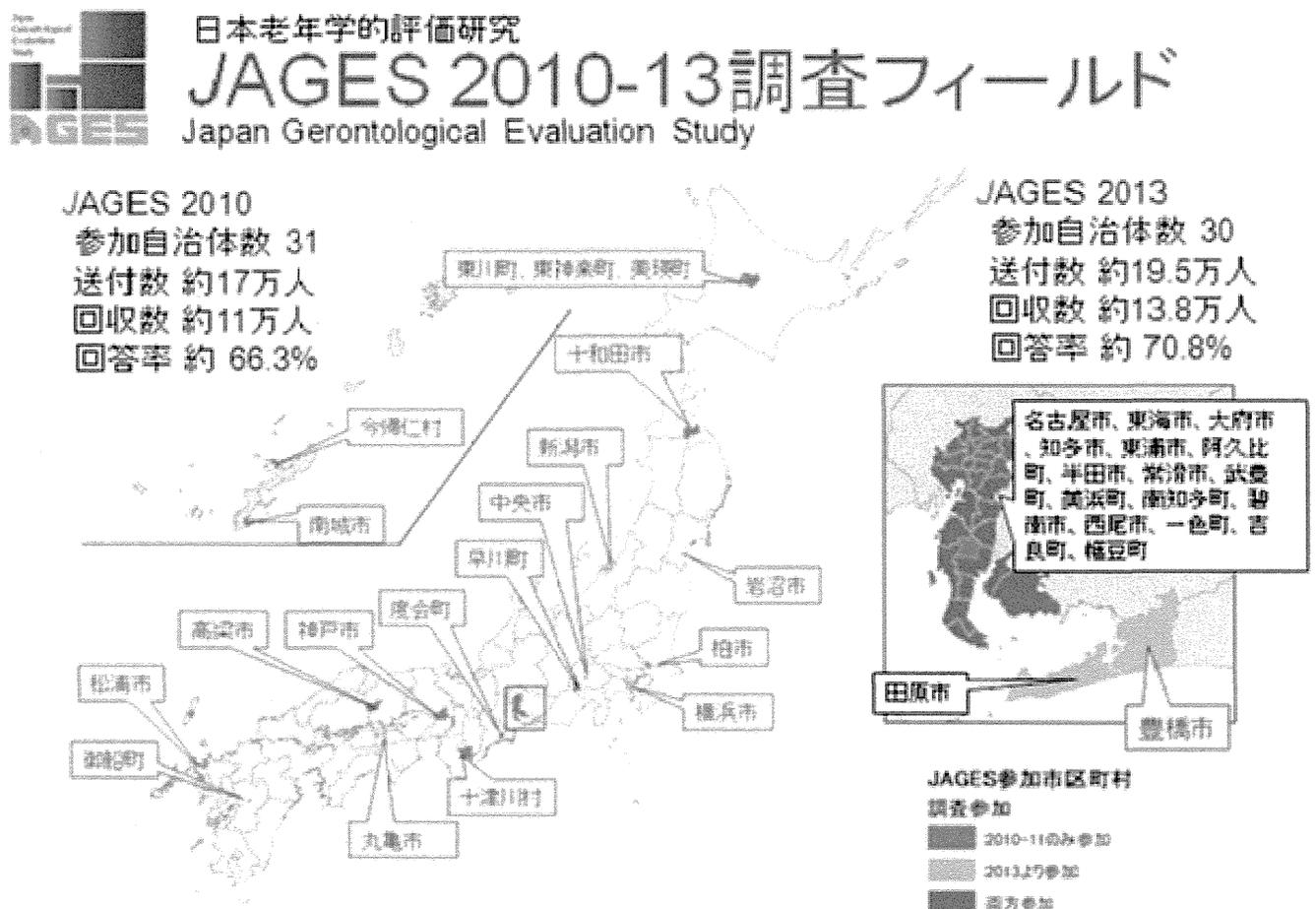
調査票を送付する対象者数は自治体と相談の上決定した。比較的小規模な自治体（おおよその目安として人口5万人未満）では、原則として全数調査を行った。中規模自治体および大規模自治体では、無作為抽出法もしくは多段抽出法により抽出を行った。多段抽出を行ったのは、市町村合併による人口密度のばらつき等のために、自治体全体で無作為抽出を行うと地域診断に十分な回答者数が確保できない地区が生じると懸念された場合である。

本プロジェクトの強みは、保険者との共同関係に

より、研究者には個人が特定できない形で暗号化された個人番号を結合キーとして、過去の調査結果や、保険者が持つ個票データへの紐付けが可能な点にある。そこで、過去のデータとのパネル結合のため、2010-11年度調査にも参加した自治体では、前回調査の対象者のうち、死亡・要介護認定の発生しなかった者全員に再度調査票を送り、追跡データを取得できるようにした。ただし、名古屋市と神戸市では、前回調査において回答が得られなかった個人に対し今年度調査票を送付することに合意が得られなかったため、前回調査で回答の得られなかった人数から死亡・要介護認定推定者数を差し引いた人数を2013年度67歳以上非要介護高齢者から新たに抽出し、前回調査回収者とあわせて調査票を送付した。

また、すべての地域において、地域の非要介護高齢者の生活や健康状態の実態をできるかぎり正確に反映した地域診断を行うため、2010-11年度調査時には高齢者になっていなかった65-67歳層を、保険者の非要介護高齢者の年齢構成に按分し無作為

図 1 JAGES2010-11 と JAGES2013 調査フィールド



抽出し、新たに調査票配布の対象者とした。

一方で、健康格差の縮小をめざし、介護保険者が要介護状態発生のハイリスク地域を特定できるような地域診断を行えるようなサンプリングをめざした。第一に、小学校区（一部自治体では旧村。大都市では日常生活圏域）を単位とし、校区内で一定数のサンプル数を担保できる方法でサンプリングを行った。地域診断を行うにあたっての一名あたりの重みが過大になることがないようにするには、地域サンプルを $n \geq 30$ とするのが望ましいとの報告がある（WHO, 2005）。2010-11調査では、回収率が約3分の2で、そのうち有効回答者は前期高齢者と後期高齢者が2対1の割合となることが明らかになっていた。そこで2013年度調査では、回収率を65%と見込み、地域による人数のばらつきが比較的小さい前期高齢者に限定した場合でも30名を担保できるよう、校区あたり100名を対象とすることをめざした。一方で、非要介護高齢者人口が100名を若干超える程度の校区では全員に調査票を配布することにより、ごく一部の者が調査票を受け取らないといった事態が発生しないよう配慮した。

（調査実施準備）

2013年4月に保険者の担当者を集めて日本福祉大学で調査説明会を実施し、年度内の予定と保険者・研究班・調査実務業者の三者の役割と業務スケジュールについて説明し、理解と協力を求めた。

2013年7月に調査実務業者と具体的な打合せを開始した。7月末に調査対象者の抽出方法、対象者リストの作成方法、および宛名ラベルの出力方法に関するマニュアルを作成し、保険者に配布して、調査票送付の6週間前には調査対象者名簿および送付用宛名ラベルを調査実務業者に送付するとともに、第6期介護保険事業計画の基礎資料とする自治体独自の調査項目（任意）の原稿を作成するよう依頼した。

調査実務業者は研究班の指示を受け、時宜に応じて保険者の担当者からデータを収集するとともに、調査票の自治体独自項目を集め、同封する調査協力依頼の文言等について保険者担当者と調整を行った。

また、20万票近い大量の調査票の円滑な管理・発送・入力のため、30自治体を3つのグループに分け、AGES・JAGESプロジェクト調査への参加経験がある小規模自治体から調査を開始し、大都市部調査を最後に実施するという順で調査を実施した。

（調査実施期間）

JAGES調査は2012年10月から12月にかけて、3週間ずつ3期に分けて実施された。第Ⅰ期調査は以前にAGES・JAGES調査に参加した経験のある比較的小規模な自治体を中心として10月1日～21日に実施した。第Ⅱ期調査は中規模自治体を中心に10月22日～11月11日に、第Ⅲ期調査は、名古屋・柏・神戸・横浜・新潟の5都市で11月12日～12月2日（新潟市のみ11月12日～11月25日）に行われた。

宮城県岩沼市では、東日本大震災による健康への影響や、地域のニーズを把握する必要性がいつそう高いことから、郵送配布・訪問員回収調査を行った。ほとんどの対象者については2013年10月7日に郵送を行い、11月17日までに回収を終了した。また、第2回目として26名を対象に2014年1月16日に郵送、1月27日に訪問回収を終了した。一部地域では被災により住民全員が移転していたため、2014年1月10日～1月24日に郵送配布・郵送回収を行った。

新潟市では外部資金の性質上、地元の業者に調査実務を委託する必要があったことから、他の29自治体とは異なる業者が調査実施を担当したが、調査票や調査方法については他自治体と同様になるよう調整を行った。

（調査方法）

原則として郵送調査とし、記入済調査票を保険者に返送してもらう方式で実施された。調査票を送付してから約1週間後に調査協力のリマインダーを目的に、調査協力へのお礼状兼督促状を送付した。岩沼市では、原則として訪問回収を行った。

送付にはゆうメールを使用し、回収にあたっては料金後納・受取人払郵便を使用した。調査実施期間は3週間に設定したが、料金後納郵便の有効期間はその1か月後とし、その間に回収された調査票も20

14年2月末までに回収された票については有効回収票として扱った。

調査期間中は、問い合わせや意見・苦情等に対する保険者職員の対応負担を減らすため、調査実施業者内にコールセンターを設置して、対応にあたった。

(調査票)

自記式調査票に使用したのは、調査の趣旨や目的の説明と過去の研究成果の紹介を含む2ページの協力依頼で始まり、10ページの共通コア項目と、2ページのバージョン別項目の研究項目12ページ、自治体独自項目1～2ページを含む、A4サイズ全16ページの冊子である(図2)。

共通コア項目は、先行研究や過去のAGES/JAGES調査において介護予防や健康格差のために重要であることが確認されている項目である。

バージョン別項目はA～Eの5種類があり、全自治体で均等配布された。また、対象者の抽出後、小地域ごとに年齢昇順に並べ替え、そのうえでA～Eの調査票を順に割り付けることで、地域間でバージョンの偏りがないように工夫した。

JAGES2010-11調査においては、調査項目や文言等に対する保険者の要望にきめ細かく対応していた。それにより、保険者の満足度や信頼関係を向上させることはできたものの、分析サンプル数の確保や自治体間での比較可能性、データマネジメントに課題が生じていた。そこで、JAGES2013調査においては保険者担当者に対して丁寧な説明を行い、質問項目について保険者個別の対応は行わないこと、またそれがデータの質や比較可能性担保のためであることに理解を求めた。

一方で、JAGES2010-11調査では0.5ページ分程度だった自治体独自項目の分量を、A4用紙1～2ページに増やすことで、保険者が明らかにしたい現状や課題をより詳細に調べられるようにした。

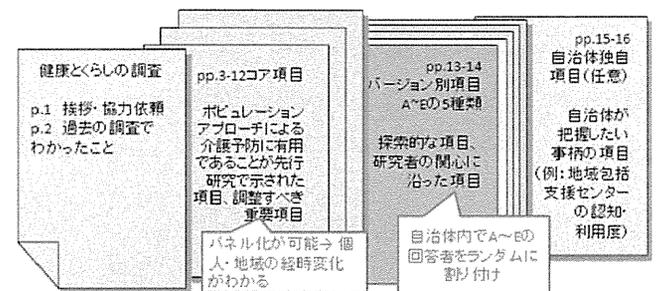
これは、2010-11調査では、A3サイズ両面刷り2つ折り3枚の(A4サイズ換算で12ページ)にコア項目+バージョン別項目+自治体独自項目の全てを収め、A4サイズ両面の別用紙で調査協力の依頼文書を同封していたのに対し、2013調査ではA3サイズ両面

刷り2つ折り4枚(A4サイズ換算で16ページ)に、調査協力の依頼文書2ページ、コア項目+バージョン別項目12ページ、自治体独自項目2ページという割り当てをしたことで可能になった。

また、自治体独自項目を全自治体共通項目と一体化することで、①郵送する内容物の種類を減らし、回答者にとってわかりやすくする、②封入作業を簡易化するとともにコスト減につなげる、③全国共通項目と自治体独自項目のうち、一方の無回答や返送忘れを防ぐ、といった利点もあった。

図2 JAGES2013 調査票の構成

- A3用紙2つ折り4枚 16ページの冊子
- バージョン別に冊子の紙色を5色に→ミス防止



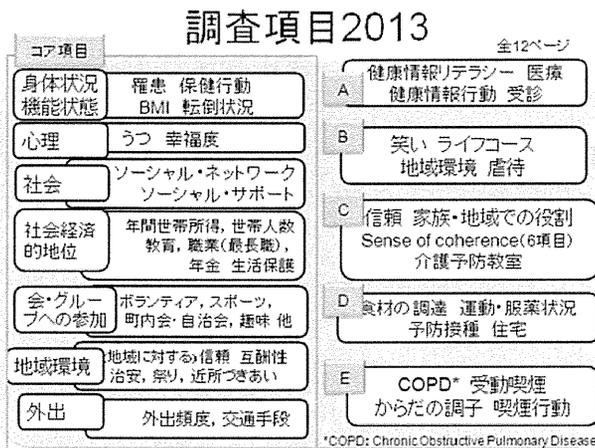
(調査実施予算)

保険者が第6期事業計画策定のために行う一般高齢者調査やニーズ調査を兼ねる形で実施した所では、保険者の予算を調査実施費用の一部に充当した。それ以外については、厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「介護予防を推進する地域づくりを戦略的に進めるための研究」(H25-長寿一般-003)の研究費、科学研究費補助金「社会的排除としてのwell-being格差とソーシャル・キャピタルの研究」(基盤研究A)の研究費、日本福祉大学健康社会研究センターの研究費(私立大学戦略的研究基盤形成支援事業)とを、重複使用にならないよう保険者ごとに振り分けて実施した。中には日本福祉大学以外の分担研究者の科学研究費等から費用を支出した自治体や、外部資金により費用を賄った自治体もあった。この場合も、研究費の重複使用にならないよう、保険者別に切り分けて実施した。

(調査項目)

JAGES2010-11調査データの分析結果をもとに、2012年12月までに調査項目の候補が挙げられていた。2013年度前半に、有用性・妥当性等に関する議論を行い、文言や選択肢等の細かな調整を経て、2013年8月に調査項目が完成した(図3)。

図3 JAGES2013 調査項目



(倫理面への配慮)

調査の実施に当たっては、日本福祉大学研究倫理審査委員会の承認を受け、各自治体との間で定めた個人情報取り扱い事項を遵守した。

C. 研究結果

JAGES2013調査においては、全国25保険者30自治体で195,290票を配布し、138,293票を回収した(回収率70.8%)。

2013年10月1日に郵送、回収締切日を10月21日として実施された第I期調査では48,291票を配布し、34,244票を回収した(回収率70.9%)。

10月22日に調査票を郵送、11月11日を締切日として実施された岩沼市以外の第II期調査では、68,617票を配布し、49,909票を回収した(回収率72.7%)。岩沼市では、9,001票を配布し6,442票を回収した(回収率71.6%)。

大都市部対象の第III期調査は、新潟市以外では1月12日に調査票を郵送、12月2日を締切日として実施された。これらの自治体では68,617票を配布し、49,909票を回収した(回収率72.7%)。新潟市では1

1月12日から25日を調査期間として8,000票を配布し、4,875票を回収した(回収率60.9%)。

自治体別の配布数・回収数・回収率は表1のとおりである。回収率58.0%の長崎県松浦市から、77.9%の愛知県武豊町まで、回収率に多少の差はあったものの、全体としては高回収率であり、自治体規模や地域による顕著な系統的な差は見られなかった。

調査期間を通じて調査実務業者内に設置したコールセンターでは、期間中に1,417件の電話を受けた。受付件数は、第I期113件、第II期321件、第III期983件で、全体として都市規模が大きくなるほど増えていた。

電話の内容として多かったのは、記入方法についての問い合わせ(418件、29.5%)、調査票番号の意味等、調査全般についての質問(332件、23.4%)、お礼状について等その他の問い合わせ(248件、17.5%)だった。他に、回答拒否(130件)や苦情(57件)、市制等への意見(19件)もあった。

D. 考察

JAGES2013調査は調査票を用いた自記式アンケート調査である。郵送調査は回収率が20~30%程度と低くなりやすい(小松, 2005)。また、社会調査の回収率は2005年以降急落したと報告されている(保田・宍戸・岩井, 2008)。一方でJAGESプロジェクトでは、JAGES2010で66.3%、JAGES2013で70.6%と、続けて高回収率を得てきた。特にJAGES2013では14ページにもわたる自記式調査票を用い、調査事務局、調査実務委託業者、全国25保険者が関わる複雑な体制だったにもかかわらず、20万票近い調査票を配布し、7割超の回収率を得ることができた。その主要因は、下記の4点にあると考えられる。

(1) 調査対象・主体の特性

第一に、高齢者は他の年齢層にくらべて社会調査への回答率が高い(埴淵ら, 2011)。特に今回は対象者を非要介護高齢者に限定したため、より高い回答率が得られた可能性がある。

第二に、調査主体が保険者だったこと、介護保険事業の基礎資料収集が目的であると明示したこと、回答票の返送先を介護保険者の担当課にしたこと

で、回答に対する義務感や協力意識が高まったと考えられる。また、調査対象地となったのは、一次予防を通じた先進的な取り組みへの理解と熱意がある保険者であり、調査協力依頼の記事を広報に掲載するなど、保険者から対象者への働きかけがあったことも高回収率の一因と考えられる。

(2) 役割分担と調整

JAGES2013 調査は、調査事務局、調査実務委託業者、保険者の三者が協力することで可能となった。事務局はサンプリング方法等のマニュアル作成や指示・連絡役として統括役を務めた。保険者からのデータ収集や印刷物の調整等については委託業者を窓口にすることで、事務局の負担を減らし、保険者全体に対する連絡や個別の保険者との調整に注力することができた。保険者においては、調査費用負担、自治体独自項目の作成、行政データ提供等の面で主体的に取り組んでもらうことで、調査実施に熱意と関心をもっていただいたと考えている。

また、JAGES2010 では、調査への理解・協力の得られる保険者を増やしつつ順次調査を進めていたため、数自治体ずつ4~5か月の間隔をあけて1年半にわたり調査を実施したのに対し、JAGES2013では調査の計画段階から主旨や目的を説明し、各保険者内で検討する時間を十分に設けたことで、プロセスの効率化を図り、調査実施期間を約2か月間に短縮できた。

また、調査参加保険者を自治体規模や JAGES 調査への参加経験の有無により3グループに分けたことは、調査票の円滑な管理・発送・入力や、調査専用コールセンターの対応に役立った。特に大都市では関係部局内での調整やサンプリングに時間を要し、コールセンターへの電話件数も多いことから、第Ⅲ期に調査を実施することで十分な準備期間をとることができた。

(3) 郵送料金支払の工夫

海外では返信用切手を事前に貼付することが回収率向上につながるという報告があるが (Harris and Guffey, 1978) , 与謝野 (1996) は日本の55-74歳を対象とした調査で、切手貼付により回収率が有意に高まることはないとしている。JAGES2013で

は、料金後納・受取人払、委託業者による支払代行により、郵送や切手貼付作業のコストを抑え、効率的な回収を実現した。

料金後納郵便は15円の追加料金がかかるものの、非回収票の切手代損失を考慮すると、回収率が76.19%を超えない限り安価になる。また、切手を貼付した場合には、保険者が庁舎内で返送票を数え整理しなければならなかったが、料金後納郵便では回収票封筒が郵便局内でとりまとめられ、封筒数記録と共に配達されるため、保険者の作業負担を大幅に減らすことができた。

(4) 調査票の工夫

JAGES2010 では調査項目や文言等に対する保険者の要望にきめ細かく対応し、保険者の満足度や信頼関係の向上を図ったが、保険者ごとに調査票の構成が異なったことから、印刷原稿の管理やデータマネジメント、結果の比較可能性に課題が生じた。

そこで JAGES2013 では、A3 用紙両面刷り 4 枚 (16 ページ) に、調査説明・協力依頼 2 ページ、共通コア項目とバージョン別項目の研究項目 12 ページ、自治体独自項目 2 ページを収めるという基本形を作り、データの質や比較可能性担保のため、研究項目 12 ページについては保険者個別の対応は行わないことを説明し、理解を求めた。一方で、JAGES2010 では 0.5 ページ程度だった自治体独自項目の分量を 2 ページに増やすことで、保険者が明らかにしたい事項をより詳細に調べられるようにした。

また、封筒の内容物を調査票冊子1冊にまとめたことで、調査票ではなく調査協力依頼書を返送してしまうといった回答者の混乱を防ぐとともに、封入作業を簡易化し作業コストを削減して、全体の配布票数・回収票数を増やすことができた。

E. 結論

自治体との共同により、JAGES2013調査では全国12道県25保険者30市町村で195,290票を配布し、138,293票を回収することに成功した(回収率70.8%)。高回収率の寄与要因として、(1)自治体名を前面に出し高齢者を対象に実施したため、主体と対象の

両方において高回収率が得られやすい条件が揃っていた、(2) 研究者・自治体・調査実施実務業者間での役割分担と調整に成功した、(3) 郵便料金支払の工夫により低コスト化と業務の省力化に成功した、(4) 調査票の構成の工夫により、低コスト化と回答しやすさにつながったという4点が考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

鈴木佳代, 近藤克則「自治体との共同による大規模社会調査—JAGES2013年度調査の概要と工夫—」『社会と調査』(投稿中)

2. 学会発表

該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

文献

Harris, Jabes R., and Hugh J. Guffey, Jr., 1978, "Questionnaire Returns: Stamps Versus Business Reply Envelopes Revisited", Journal of Marketing Research, 15: 290-93.

WHO, 2005, Immunization coverage cluster survey-Reference manual

http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/who_ivb_04.2_3.pdf

小松洋, 2005, 「調査票調査のプロセスとデータ化作業」大谷信介・後藤範章・永野武・木下栄二・小松洋編『社会調査へのアプローチ—論理と方法(第2版)』ミネルヴァ書房, 160-94.

埴淵知哉・村中亮夫・花岡和聖・中谷友樹, 2011,

「社会調査における回収率の地域差—JGSS累積データ2000-2006の回収状況データを用いた分析—」『日本版総合的社会調査共同研究拠点 研究論文集』11: 181-92.

保田時男・宍戸邦章・岩井紀子, 2008, 「大規模調査の回収率改善のための調査員の行動把握—JGSSにおける訪問記録の分析から」『理論と方法』23: 129-36.

与謝野有紀, 1996. 「郵送調査回収率の計量分析」『奈良大学紀要』24: 191-205.

表 1 JAGES2013 の自治体別配布数・回収数・回収率および調査方法一覧

時期	自治体		配布数	回収数	回収率	調査方法	
第 1 期	1	大雪	東川町	1,770	1,217	68.8%	全数
	2	広域	東神楽町	1,678	1,179	70.3%	全数
	3	連合	美瑛町	2,791	1,816	65.1%	全数
	4	常滑市		11,603	8,398	72.4%	全数
	5	武豊町		7,901	6,157	77.9%	全数
	6	美浜町		4,826	3,666	76.0%	全数
	7	南知多町		5,043	3,443	68.3%	全数
	8	十津川村		1,075	790	73.5%	全数
	9	松浦市		5,962	3,459	58.0%	全数
	10	中央市		5,147	3,789	73.6%	全数
	11	早川町		495	330	66.7%	全数
第 2 期	12	度会町		1,957	1,515	77.4%	全数
	13	半田市		9,825	7,028	71.5%	2003 の追跡+65-74 歳の新規追加
	14	知多	東海市	4,420	3,095	70.0%	2010 の対象者+65-67 歳新規追加 (約 1/4)
	15	北部	大府市	3,362	2,485	73.9%	
	16	広域	知多市	4,019	3,070	76.4%	
	17	連合	東浦町	2,122	1,533	72.2%	
	18	碧南市		5,099	3,717	72.9%	2010 の対象者+65-67 歳
	19	西尾市		16,130	11,990	74.3%	2010 の対象者+65-67 歳
	20	十和田市		6,528	4,401	67.4%	2010 の対象者+65-67 歳+新規追加 1)
	21	豊橋市		5,181	3,957	76.4%	52 小学校区で 100 票ずつの多段抽出
	22	田原市		1,989	1,379	69.3%	20 小学校区で 100 票ずつの多段抽出
	23	丸亀市		5,985	4,307	72.0%	1/4 無作為抽出, 一部で全数
	24	御船町		2,000	1,432	71.6%	1/2 無作為抽出
第 3 期	25	柏市	柏市 (柏の葉以外)	6,000	4,356	72.6%	2011 の対象者+65-66 歳+新規追加 2)
			柏の葉キャンパス	1,263	829	65.6%	
	26	名古屋市		26,401	18,231	69.1%	2011 調査の有効回答者+2011 調査の無回答者数分新規サンプル+65-66 歳
	27	神戸市		15,705	11,685	74.4%	
28	横浜市		12,012	7,722	64.3%	無作為抽出	
第 2 期	29	岩沼市		9,001	6,442	71.6%	全数調査 (訪問回収による)
第 3 期	30	新潟市		8,000	4,875	60.9%	無作為抽出
計			195,290	138,293	70.8%		

- 1) 2010年度調査で発生した偏りや一部地域の過少回答に対する調整・予防措置をとった抽出を実施。
- 2) 2011年度調査の対象者に加え、一部地域の過少回答に対する調整を行った抽出を実施。
- 3) 柏の葉キャンパスエリアは「健康なまちづくり」モデル地区として、全数調査を実施。

地域診断を行うための地域診断書の開発に関する研究

研究分担者 岡田栄作（日本福祉大学 健康社会研究センター 主任研究員）
研究代表者 近藤克則（日本福祉大学 健康社会研究センター長）

研究要旨

地域の特性にあった地域包括ケアシステムを構築するためには、各地方自治体が、それぞれの特徴や課題を客観的に把握する必要がある。地域包括ケアシステムの構築に向けて、国民・地方自治体にとって有益な情報を利活用しやすいように、介護・医療関連情報の「見える化」を推進することになった。本研究では、介護予防事業報告などの情報を基に、地理情報システムに活用して「見える化」を行うシステムを開発した。

地域診断書を作成すると、他の保険者と比べて当該保険者のどの側面が良好か不良かが見えやすくなり、相対的な位置づけを根拠に、地域の課題を示すことができる。

A. 研究目的

介護予防事業を活用した地域づくりに関して、これまでは、二次予防事業に重点をおいた取組が行われた場合、対象者の把握に力点が置かれ、参加者が集まらない。ニーズを満たすプログラムを提供できないなどの課題が挙げられてきた。これらの課題を克服するためには、高齢者が気軽に参加できる活動の場を推進し、地域コミュニティを一次予防事業や介護予防を活用した地域づくりが必要になってくる。

そこで厚生労働省は、2025年のケアシステムの姿として、住まい・医療・介護・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを実現し、重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるような地域づくりを目指している。

地域包括ケアシステムを構築するためには、保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基つき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要になってくる。地域の特性にあった地域包括ケアシステムを構築するためには、各地方自治体が、それぞ

れの特徴や課題を客観的に把握する必要がある地域包括ケアシステムの構築に向けて、国民・地方自治体にとって有益な情報を利活用しやすいように、介護・医療関連情報の「見える化」を推進することになった。

介護・医療関連情報の見える化をするためのシステムのひな形として、日本福祉大学健康社会研究センターが、平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「WEB-GISを活用した客観的指標によるベンチマーク・システムの構築」において、「介護予防Webアトラス」を開発した。介護予防WEBアトラスとは、介護予防事業報告などの情報を基に、地理情報システムに活用して「見える化」を行い、各自治体の介護予防事業などの現状把握等を支援するものである。

日常生活圏域ニーズ調査は、第5期介護保険事業計画・高齢者福祉計画の策定のために、第1号被保険者の生活実態に関するアンケート調査を実施し、その結果を分析することにより、地域の課題等の把握及び高齢者の実態等を明らかにすることを目的として実施した調査である。第5期ニーズ調査で、保険者は日常生活圏域別のニーズ

の把握は出来たが、他の保険者との比較はできなかった。本研究では、厚生労働省の指定研究により、多保険者・地域間で地域診断のためのベンチマーク（数値指標による比較）・システムを開発し、2010、11年度調査データで31自治体を比較した結果、保険者・地域間で転倒歴など要介護リスクに約3倍の差があることが判明した。

今回はニーズ調査の項目の中から、14指標を抽出して、地域診断表を作成し、それぞれのリスクを保険者間地域間で比較するための地域診断書の雛形作成を試みた。

B. 研究方法

JAGES（日本老年学的評価研究）2010-11年度調査参加25保険者を対象に、14項目について自治体間比較を行った。14項目の内訳は、表1に示したが、生活機能：6つの要介護リスク+虚弱、IADL：老研式のIADL、社会参加：老研式社会参加（知的能動性、社会的役割）、ボランティア、スポーツの会、趣味の会、老人クラブの参加である。各項目について25保険者の値を大きい方から並べ5等分し、上位から「良好群」「やや良好群」「中央値群」「やや不良群」「不良群」とし、他の保険者との相対比較（ベンチマーク）をした結果を地域診断書にまとめた。

C. 研究結果

地域診断書の一例を図1に示す。地域診断書とは、個人の健診の結果レポートの地域版であり、全体を一覧でき、どこに課題があるのかが、一目で分かる。診断書は左から、項目、評価（A～E評価）、前回評価、増減、25%タイルから75%タイル、保険者の相対的位置を示している。下には総合評価を示している。評価について、A（最上位）：上位20パーセント、B（上位）：2

0-40パーセント、C（中位）：40-60パーセント、D（下位）：60-80パーセント、E（最下位）：下位20パーセントを示している。

図1での例をあげれば、生活機能評価項目では「うつ判定」が最上位グループ、「認知症」が上位グループ、「口腔機能」が下位グループだった。

図1 地域診断書雛形（縮小サイズ）



D. 考察

地域診断書を作成すると、他の保険者と比べて当該保険者のどの側面が良好か不良かが見えやすくなり、相対的な位置づけを根拠に、地域の課題を示すことができると考えられた。JAGESでは、平成25年度日常生活圏域ニーズ調査の結果をベンチマークし、地域診断書を先着200保険者に限り無料で作成する取組を進め、その有用性を検証する予定である。

2014年4月現在、100保険者を超える参加申し込みを頂き、最新の地域診断イメージにつ

いてはhttp://www.yobou_bm.umin.jp/cycle/hajimete.htmlで公開している。

E. 結論

地域診断書を作成すると、他の保険者と比べて当該保険者のどの側面が良好か不良かが見えやすくなり、相対的な位置づけを根拠に、地域の課題を示すことができる

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

岡田栄作, 近藤克則, 鈴木佳代, 引地博之, JAGESメンバー; 地域診断のための日常生活圏域ニーズ調査の保険者・地域間比較分析ツールの開発～JAGES参加25保険者での地域診断書作成の試み～. 第65回北海道公衆衛生学会, 2013. 11.

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし