

201330012A (別冊有)

厚生労働科学研究費補助金
健康安全・危機管理対策総合研究事業

地域保健対策におけるソーシャルキャピタル
の活用のあり方に関する研究

平成25年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 藤内 修二

平成26(2014)年 3月

目 次

| | |
|--------------------------------------------|----|
| I. 総括研究報告..... | 1 |
| 地域保健対策におけるソーシャルキャピタルの活用のあり方に関する研究 | 2 |
| 藤内 修二 | |
| (資料) 全国市区町村調査票..... | 29 |
| II. 分担研究報告..... | 35 |
| 1. 母子保健から始まるソーシャルキャピタルの醸成 | 36 |
| 福島富士子 | |
| 2. 食の領域を入口としたソーシャルキャピタルの醸成と活用 | 41 |
| ～埼玉県鶴ヶ島市における食生活改善推進員団体協議会等～ | |
| 田中 久子 | |
| 3. 行政による住民組織育成・支援の実践と課題..... | 45 |
| 笹井 康典 | |
| 4. 地域行政のソーシャルキャピタルの醸成～NPOや“民間”機関等との連携..... | 50 |
| 櫃本 真聿 | |
| 5. 学校や事業所など，新たな住民組織育成に向けての可能性と課題..... | 56 |
| 尾島 俊之 | |
| 6. 住民組織育成・支援・協働にかかる人材育成について | 62 |
| 村嶋 幸代 | |
| III. 研究成果の刊行に関する一覧表 | 69 |
| IV. 研究成果の刊行物・別刷..... | 71 |

地域保健対策におけるソーシャルキャピタルの活用のあり方に関する研究

研究代表者：藤内 修二（大分県中部保健所長）

目 的

住民組織活動を通じたソーシャルキャピタル（以下、SC）の醸成・活用における課題を明らかにし、その効果的な育成・支援・協働に向けての「手引き」を作成するとともに、その実践ができる地域保健人材の育成プログラムを開発する。

方 法

- 1) 全国市区町村を対象に、住民組織との協働状況についてのメール調査を実施した。
- 2) 先進事例に対して訪問調査を行い、エンパワメントの視点で協働プロセスを分析した。
- 3) 既存の住民組織の育成・支援・協働にかかる指針や手引き等の分析を行った。

結 果

- 1) 932 市区町村から有効回答を得た（回収率 53.5%）。
 - 2) 南アルプス市、見附市、岡山市、玖珠町等、12 市町村への訪問調査を行った。
 - 3) 15 県から提供を受けた住民組織の育成・支援・協働にかかる指針等の分析を行った。
- ①先進事例の分析から、住民組織活動を通じた SC の醸成・活用には、市内全域に存在し、行政から「地域の情報」と「活動の場」を提供され、住民からは「信用」を付与された住民組織を活動の基盤（プラットフォーム）として展開することが有効と考えられた。
- ②こうした活動の基盤となりうる健康づくり推進員等を有する自治体は 58.0%，食生活改善推進員等は 87.3%，愛育班等は 9.8%，母子保健推進員等は 29.4% で、いずれも都道府県によって設置率や活動内容、その評価に大きな差異を認めた。
- ③住民組織と協働している平均分野数は、都道府県により 1.7 分野から 6.6 分野まで 4 倍の格差を認め、協働分野が多い自治体ほど、住民組織活動が地域住民の絆を深めていた。
- ④住民組織との協働プロセスでは、地域の健康課題の共有、活動目的等の共有、活動のやりがいと成果のアピール、保健福祉計画の推進への関与、住民組織間の連携、健康づくり推進協議会等が機能していることが、SC の醸成に重要であった。
- ⑤こうした住民組織との協働プロセスに、有意な影響を及ぼしていた行政の協働体制として、自治体の保健事業における SC の位置づけ、住民組織への地域の健康課題についての情報提供（特に、住民の生活実態とその課題）、庁内他部署との協議機会、住民組織への財政的な支援、住民組織の育成・支援・協働に関する研修機会や指針等の有無が挙げられ、県型保健所の支援が、協働体制の構築に寄与していた。
- ⑥住民組織の支援・協働に関する研修機会がある自治体は 25.6% で、住民組織の育成・支援に関する指針等がある自治体はわずか 6.9% であった。
- ⑦これらの結果には都道府県によって大きな差を認めたことから、県毎の「ベンチマークシート」を作成し、各都道府県の住民組織との協働状況の「見える化」を試みた。
- ⑧社会環境の変化を踏まえた、住民組織の育成・支援・協働にかかる指針や手引きの作成とその手引きを活用した研修プログラムの開発が急務と考えられた。

分担研究者：笹井 康典（大阪府枚方保健所長）

櫃本 真幸（愛媛大学医学部附属病院総合診療サポートセンター長）

福島富士子（国立保健医療科学院特命統括研究官）

尾島 俊之（浜松医科大学健康社会医学講座教授）

田中 久子（女子栄養大学公衆栄養学教授）

村嶋 幸代（大分県立看護科学大学学長）

研究協力者：牧野由美子（島根県益田保健所長），森脇 俊（豊中市保健所長）

山本 長史（北海道室蘭保健所長），松岡 宏明（岡山市保健所保健課長）

大場 エミ（母子愛育会愛育推進部長），中板 育美（日本看護協会常任理事）

岩室 紳也（ヘルスプロモーション研究センター）

日隈 桂子（前玖珠町福祉保健課長）

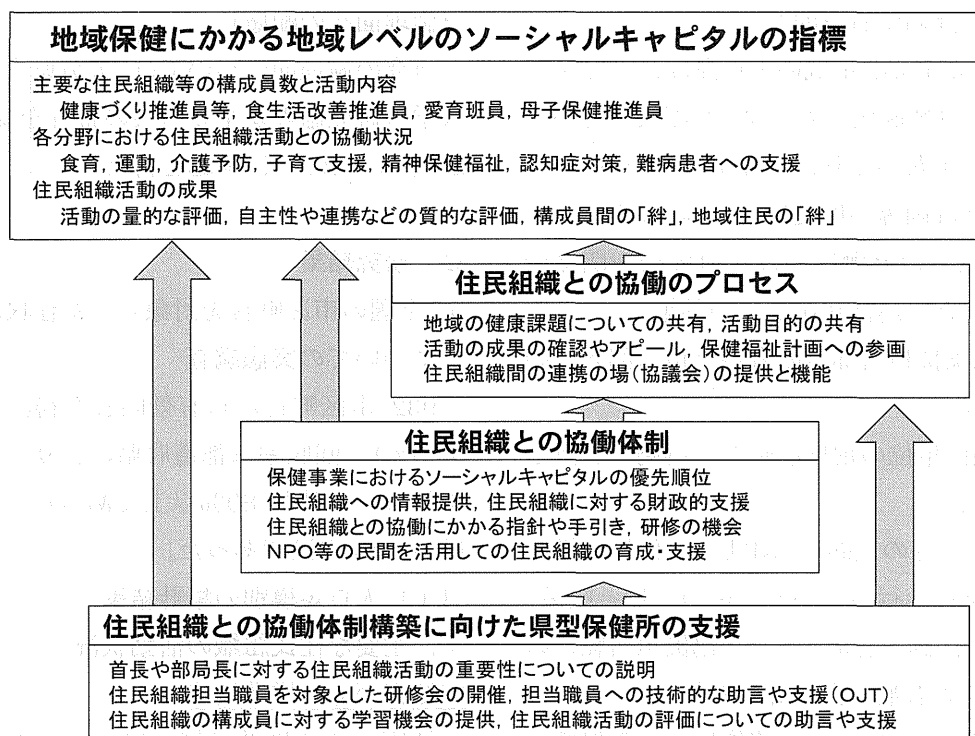
A. 研究目的

平成24年7月、厚生労働省から地域保健法に基づいて示された「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」¹⁾に、ソーシャルキャピタル（以下、SC）の醸成と活用が今後の地域保健対策において重要な鍵を握ることが明記されたが、地域保健におけるSCの中核的な存在である住民組織活動は衰退傾向にある。その代表格である「食生活改善推進員」は、1998

年の22万人をピークに、2009年には18万人と減少の一途をたどり²⁾、「愛育班員」にいたっては、1993年の7万人から、現在、4万2千人まで減少している³⁾。

こうした住民組織活動を通じたSCの醸成・活用についての実態とその課題を明確にし、それぞれのセッティング（都市部、農村部、学校、職場）で、住民組織の育成・支援・協働について、科学的な根拠に基づく指針を作成する

図1 研究の理論的なフレームワーク



1) 厚生労働省：地域保健対策の推進に関する基本的な指針。2012

2) 鈴木秀子：食生活改善推進員会に対する市町村支援のあり方～食生活改善推進員養成講座が及ぼす影響からの検討。会津大学短期大学部研究紀要。69：2-18、2012

3) 母子愛育会：母子愛育班名簿。2013

とともに、指針に基づいて実践できる地域保健人材の育成が急務である。

本研究は、住民組織活動を通じたSCの醸成・活用における課題を明らかにし、その効果的な育成・支援・協働に向けての「手引き」を作成するとともに、その実践ができる地域保健人材の育成プログラムを開発することを目的とする。

B. 研究方法

1) 全国の市区町村を対象とした住民組織活動についての実態調査

全国の市区町村の健康増進担当者を対象に、図1に示す理論的なフレームワークに沿って、住民組織活動に関する以下の項目について、メール調査を行った。

- ・ 主要な住民組織の会員数、会員の年齢構成、会員数の増減、活動の内容、活動の評価
- ・ 各分野における住民組織との協働の有無、学校や職域における地域活動との協働状況
- ・ 住民組織との協働プロセスをエンパワメントの視点で評価する設問⁴⁾
- ・ 住民組織活動が、地域のSC醸成につながっているか（地域住民の「絆」が深まっているか、健康まちづくりにつながっているか）
- ・ 健康増進計画等の保健福祉計画への関与
- ・ 住民組織との協働における他部局や関係機関・団体との連携状況とその効果
- ・ 市民活動支援担当部署の有無と担当部署との連携状況
- ・ 校区の地区単位の地域活動との協働の有無とその成果
- ・ NPO法人等の民間を活用して、住民組織の育成・支援を行っている事例の有無と成果
- ・ 住民組織活動の育成・支援・協働担当職員の研修機会の有無、指針等の有無
- ・ 住民組織の育成・支援・協働における保健所

の支援

2) 先進事例の分析

前項の市区町村調査及び平成24年度地域保健総合推進事業「健康づくりにおけるソーシャル・キャピタルの育成に関する研究」⁵⁾等により抽出された事例の中から、セッティング（都市部、地方、学校、職場）及び分野（生活改善、母子保健分野等）毎に先進事例を選定し、組織の代表及び連携している行政担当者に対してヒアリングを実施し、SCの醸成につながる住民組織の育成・支援・協働のノウハウを収集した。特に、民間による住民組織の支援事例についても訪問調査を行い、そのノウハウについて分析をした

3) 住民組織の育成・支援・協働にかかる指針や手引き・マニュアルの検討

全国都道府県の健康増進担当課より、住民組織との協働に関する指針や手引き・マニュアル等を提供してもらい、その内容を分析し、住民組織の育成・支援・協働におけるポイントを検討した。

（倫理面への配慮）

研究の倫理面については、大分県立看護科学大学の研究倫理安全委員会の審査を受け、平成25年8月24日に承認を得た。

C. 研究結果

1) 全国の市区町村を対象とした住民組織活動についての実態調査

932市区町村から有効回答を得た（回収率53.5%）。回収率は都道府県により大きな差異を認め、7県が80%以上であった一方で、9県が40%未満であった。

（1）人口規模別の集計結果

1. 主要な住民組織の活動状況

①健康づくり推進員等

健康づくり推進員等（以下、推進員等）は

4) 中山貴美子：保健専門職による住民組織のコミュニティ・エンパワメント過程の質的評価指標の開発。日本地域看護学雑誌10(1)：49-58, 2007

5) 笹井康典：健康づくりにおけるソーシャル・キャピタルの育成等に関する保健所の役割に関する調査研究。平成24年度地域保健総合推進事業報告書。2013

58.0%の自治体に設置され、設置率は人口規模により大きな差異を認めなかったが、都道府県により設置率に大きな差異を認めた（岡山、鳥取 100%～福岡県 27.9%）。

推進員等に占める 65 歳以上の割合は平均 49.2%で、人口規模の小さな自治体ほど、低い傾向にあった。

推進員等の人数は増加傾向が 16.6%、変化なし 65.1%、減少傾向が 17.7%であった。人口規模の大きな自治体ほど、増加傾向と答えた自治体の割合が大きかった。

推進員等を対象とした学習会の開催回数は、平均 14.2 回で、人口規模の大きな自治体ほど多かったが、平均回数は都道府県により大きな差異を認めた（平均 1.7～56.2 回）。

推進員等の活動内容としては、健診受診勧奨が 76.0%と最も多く、次いで、啓発用資料の配布 68.0%、地区の行事等と連携した健康づくり 62.8%、運動による健康づくり 62.8%、健康づくりイベントの運営支援 61.7%、地域の健康教室等の企画や運営 58.4%、声かけ・訪問 51.0%の順であった。概して、人口規模の大きな自治体ほど、多岐にわたる活動を実践していた。

担当者による推進員等の活動の量的な評価は、大いに評価 18.1%、かなり評価 32.5%、まあ評価 37.2%、あまり評価できない 5.7%であった。人口規模別では、10～30 万の自治体で最も評価が良好であった。都道府県別では、大いに評価とかなり評価を加えた割合が 70%以上の県が 7 県あった一方で、30%未満の県が 7 県あり、都道府県によって評価は大きく異なっていた。

また、組織の自主性、民主的な運営、行政や他の組織・団体との協働、活動の広がりなど、推進員等の活動の質的な評価は、大いに評価 10.5%、かなり評価 28.5%、まあ評価 42.1%、あまり評価できない 11.1%と、量的な評価よりも辛かった。人口規模別では 10～30 万の自

治体で最も評価が良好であった。

②食生活改善推進員等

食生活改善推進員等（以下、食推等）は 87.3%の自治体に設置され、設置率は人口規模により大きな差異を認めなかった。23 県で設置率 100%であったが、東京都では 16.1%、滋賀県では 40%であった。

食推等に占める 65 歳以上の割合は、平均 62.7%で、人口規模の小さな自治体ほど、高い傾向にあった。

食推等の養成は、人口規模の大きな自治体ほど、積極的に行われており、人口規模が 1 万未満の自治体では、4 割近い自治体が最近 3 年間の養成がないと回答していた。

食推等の活動内容としては、生活習慣病予防が 96.8%と最も多く、次いで、子ども達の食育 94.3%、高齢者の食支援 84.2%、地区の行事等と連携した健康づくり 82.9%、地域産物の活用支援 72.4%、運動による健康づくり 47.4%、災害時に備えた食支援 28.1%、障害児・者の食支援 15.2%の順であった。これらの活動内容は人口規模により、大きな差異を認めなかった。

担当者による食推等の活動の量的な評価は、大いに評価 31.0%、かなり評価 41.2%、まあ評価 17.4%、あまり評価できない 1.4%であった。人口規模別では 10～30 万の自治体で最も評価が良好であった。都道府県別では、大いに評価とかなり評価を加えた割合が 70%以上の県が 35 県と、押し並べて評価は高かった。

また、食推等の活動の質的な評価は、大いに評価 20.4%、かなり評価 35.5%、まあ評価 32.3%、あまり評価できない 2.0%と、量的な評価よりもやや辛かった。人口規模別では 10～30 万の自治体で最も評価が良好であった。

③愛育班等

愛育班等は 9.8%の自治体に設置され、人口 5～10 万の自治体で 17.1%と、設置率が最も高かった。都道府県別の設置率では、岡山県で

100%，山梨県で 76.5%であったが，24 都道府県では全く設置がなかった。

愛育班等に占める 65 歳以上の割合は，平均 42.7%で，人口規模の大きな自治体ほど，高い傾向にあった。

愛育班員等の人数は増加傾向が 6.6%，変化なし 46.2%，減少傾向が 44.0%であった。人口規模が 10 万未満の 76 自治体のうち，増加傾向と答えたのはわずか 2 自治体であった。

愛育班員等を対象とした学習会の開催回数は，平均 34.2 回で，人口規模に関わらず，頻回に開催されていた。

愛育班等の活動内容としては，子育て家庭への声かけ・訪問が 87.9%と最も多く，次いで，地区の行事と連携した健康づくり 79.1%，健康づくり全般 70.3%，高齢者への声かけ・見守り 70.3%，乳幼児健康診査会場での支援 42.9%，女性の健康支援 41.8%，妊娠・出産への支援 30.8%であった。これらの活動内容は人口規模により，大きな差異を認めなかった。

担当者による愛育班等の活動の量的な評価は，大いに評価 20.9%，かなり評価 36.3%，まあ評価 34.1%，あまり評価できない 1.1%であった。

また，愛育班等の活動の質的な評価は，大いに評価 17.6%，かなり評価 35.2%，まあ評価 38.5%，あまり評価できない 1.1%と，量的な評価とほぼ同様であった。

④母子保健推進員等

母子保健推進員等（以下，母推等）は 29.4%の自治体に設置され，人口 30 万以上の自治体では設置率が 14.8%と低かった。都道府県別の設置率では，富山県，佐賀県，沖縄県で 100%，和歌山県 96.4%，山口県 92.3%と高率の県がある一方で，4 県では全く設置がなかった。

母推等に占める 65 歳以上の割合は，平均 25.8%で，人口規模による差異を認めなかった。

母推等の人数は増加傾向が 8.0%，変化なし 69.7%，減少傾向が 20.8%であった。

母推等を対象とした学習会の開催回数は，平均 6.0 回で，人口規模が大きい自治体ほど頻回に開催されていた。

母推等の活動内容としては，子育て家庭声かけ・訪問が 81.0%と最も多く，次いで，乳幼児健康診査会場での支援 73.7%，妊娠・出産への支援 45.6%，地区の行事と連携した健康づくり 35.4%，健康づくり全般 25.9%，女性の健康支援 17.2%，高齢者への声かけ・見守り 10.6%であった。人口規模の小さな自治体では，健診会場での支援や妊娠・出産への支援が多く，健康づくり全般の活動や高齢者への声かけ・見守り等も目立った。

担当者による母推等の活動の量的な評価は，大いに評価 24.5%，かなり評価 33.9%，まあ評価 29.2%，あまり評価できない 2.9%で，人口 10～30 万の自治体で最も良好であった。

また，母推等の活動の質的な評価は，大いに評価 15.0%，かなり評価 34.3%，まあ評価 32.8%，あまり評価できない 6.9%と，量的な評価よりもやや辛かった。人口規模別では，量的な評価と同様，人口 10～30 万の自治体で最も良好であった。

2. 各分野の住民組織との協働状況

12 分野における住民組織との協働の状況は以下の通りであった。いずれも分野も人口規模が大きくなるほど，協働している自治体が多い傾向にあった。

①食育の推進に取り組む住民組織

日頃から協働しているのは 37.9%，必要に応じて協働しているのは 30.2%であった。

②運動による健康づくりに取り組む住民組織

日頃から協働しているのは 23.4%，必要に応じて協働しているのは 38.3%であった。

③介護予防や認知症予防に取り組む住民組織

日頃から協働しているのは 26.2%，必要に応じて協働しているのは 36.3%であった。

④子育て支援に取り組む住民組織

日頃から協働しているのは 20.4%、必要に応じて協働しているのは 35.3%であった。

⑤子育て中の親の会（育児サークルを含む）

日頃から協働しているのは 13.1%、必要に応じて協働しているのは 40.6%であった。

⑥精神障害者・家族の支援に取り組む住民組織

日頃から協働しているのは 14.4%、必要に応じて協働しているのは 29.1%であった。

⑦認知症患者・家族の支援に取り組む住民組織

日頃から協働しているのは 10.0%、必要に応じて協働しているのは 23.5%であった。

⑧難病患者の支援に取り組む住民組織

日頃から協働しているのは 1.5%、必要に応じて協働しているのは 7.8%であった。

⑨PTA等、学校をベースとした組織活動

日頃から協働しているのは 5.5%、必要に応じて協働しているのは 41.3%であった。

⑩職域をベースとした組織活動

日頃から協働しているのは 3.2%、必要に応じて協働しているのは 17.8%であった。

⑪市町村社会福祉協議会

日頃から協働しているのは 21.8%、必要に応じて協働しているのは 41.7%であった。人口規模の小さな自治体ほど、日頃から協働している自治体の割合が高かった。

⑫校区や町内会など地区をベースとした活動

日頃から協働しているのは 12.1%、必要に応じて協働しているのは 40.8%であった。

以上、12分野のうち、日頃から住民組織と協働している分野数に、主要な4つの住民組織の有無を加えて、市町村毎に住民組織との協働分野数を算出したところ、最高は岐阜県各務原市と大分県竹田市の14分野であった。

人口規模別集計では、人口規模が大きな自治体ほど協働している分野数が多かった。

協働している分野数の都道府県別の集計では、1.67分野から6.61分野（大分県）まで約4倍の差を認めた。

3. 地域のSCの把握状況

地域のSCの状況（一般的な信頼感、「お互い様」の浸透状況、近所つきあい、地域活動への参加状況など）について、把握しているかを尋ねたところ、「概ね把握できている」と回答した自治体は、38.3%であった。

人口1万未満の自治体では61.1%と高率で、人口規模が大きくなるほど、その率は下がり、人口10～30万未満の自治体では、22.7%まで低下したが、人口30万以上では再び上昇し、38.9%であった。

都道府県毎の平均「把握率」は、0%から82.4%（山梨県）まで大きな差を認めた。

4. 保健事業におけるSCの位置づけ

SCの醸成・活用に向けての取り組みを保健事業全体の中でどう位置付けられているかを尋ねたところ、「最優先で取り組むことについて、事務職を含め、担当課内で合意が得られている」と回答した自治体は2.5%、「積極的に取り組むことについて、事務職を含め、担当課内で合意が得られている」と回答した自治体が28.3%、「積極的に取り組むべきとの意見もあるが、担当課内で合意には至っていない」が16.0%、「取り組みたいと考えているが、課内での協議はしていない」が38.2%、「今のところ、取り組みについて検討する予定はない」が14.5%であった。

「最優先で」または「積極的に」取り組むことに課内で合意が得られている自治体の割合は、人口が大きいほど高く、人口30万以上では、57.5%であった。都道府県別の集計では、20%未満の県が10県ある一方で、50%以上の県が8県あるなど、都道府県による温度差が大きかった（最低7.1%、最高63.6%）。

5. 住民組織に対する情報提供

地域の健康課題を共有するために、住民組織に情報提供を行っている自治体の割合は以下の通りであった。

- ①人口動態統計（死因別死亡率等） 64.3%
- ②医療費統計（受診率，医療費等） 51.0%
- ③各種健診の受診率，健診結果等 80.5%
- ④住民の生活実態とその課題 43.7%
- ⑤健康資源（住民組織を含む） 39.3%
- ⑥地区単位の人口動態統計 14.9%
- ⑦地区単位の医療費統計 9.7%
- ⑧地区単位の受診率，健診結果等 34.9%
- ⑨地区単位の生活実態とその課題 15.5%
- ⑩地域の健康資源（住民組織を含む） 15.3%

①～⑤の自治体の健康課題についての情報提供は人口規模による大きな差異を認めなかったが，⑥～⑩の地区単位の健康課題についての情報提供は，人口規模が大きな自治体ほど，積極的に行われていた。

こうした情報提供は都道府県によって大きな差を認め，地域住民の生活実態とその課題を住民組織に提供している自治体の割合は最低 10.7%，最高 81.8%（滋賀県）であった。

6. 住民組織との協働プロセス

エンパワメントの視点で住民組織との協働のプロセスの実態を明らかにした。

①地域の健康課題の共有

ほとんどの組織に対して，地域の健康課題等の分析結果を提供している自治体は 14.6%で，半分以上の組織に提供しているのは 8.9%であった。人口規模の大きな自治体ほど，積極的に提供されていた。

ほとんどの組織と地域の健康課題等を協議する機会を持っていると回答した自治体は，14.4%，半分以上の組織と持っているとは回答したのは 8.2%であった。こうした協議機会の有無は人口規模により差異を認めなかった。

ほとんどの組織が地域の健康課題等を構成員と共有していると回答した自治体は，12.7%，半分以上の組織が構成員と共有していると回答した自治体は 9.5%で，人口規模により差異を認めなかった。

②活動目的や活動内容の共有

ほとんどの組織が，活動目的や目標を構成員との協議により決定していると回答した自治体は 10.8%，半分以上の組織が該当すると回答したのは，8.4%であった。

ほとんどの組織が活動内容を多くの構成員との協議で決定していると回答した自治体は 11.4%，半分以上の組織が該当すると回答したのは，8.3%であった。

こうした活動目的や活動内容の共有の状況は人口規模による差異を認めなかった。

③活動のやりがいや成果の共有とアピール

ほとんどの組織で構成員が活動のやりがい等について語り合っていると回答した自治体は 11.8%，半分以上の組織が該当すると回答したのは 11.2%で，人口規模が大きくなるほど，やりがい等を語り合っている組織の割合が多くなっていった。

ほとんどの組織が活動の成果を確認できていると回答した自治体は 11.9%で，半分以上の組織が確認できていると回答したのは 9.0%であった。こうした自治体の割合は人口 5～10 万の自治体で最も高かった。

ほとんどの組織が活動の成果をアピールできていると回答した自治体は 9.8%で，半分以上の組織でアピールできていると回答したのは 9.0%であった。こうした自治体の割合は人口 5～10 万の自治体で最も高かった。

④健康増進計画など保健福祉計画への関与

ほとんどの組織が健康増進計画など保健福祉計画の策定に関与していると回答した自治体は 15.8%で，半分以上が関与していると回答したのは 7.5%であった。こうした自治体の割合は人口 10～30 万の自治体で最も高かった。

ほとんどの組織が保健福祉計画の推進に関与していると回答した自治体は 18.7%で，半分以上が関与していると回答したのは 9.4%であった。こうした自治体の割合は人口 5～10 万の自治体で最も高かった。

ほとんどの組織が保健福祉計画の評価に関与していると回答した自治体は 13.0%で、半分以上が関与していると回答したのは 6.4%であった。こうした自治体の割合は、人口 5～10 万の自治体で最も高かった。

⑤ S C の醸成

ほとんどの組織で、活動を通して構成員間の絆が深まっていると回答した自治体は 26.6%で、半分以上の組織が該当すると回答したのは 13.4%であった。こうした自治体の割合は人口が増えるほど増加し、人口 5 万以上では、ほぼ同じ割合であった。

ほとんどの組織で、活動を通して地域住民の絆が深まっていると回答した自治体は 15.8%で、半分以上の組織が該当すると回答したのは 13.5%であった。「ほとんど」と「半分以上」を合わせた自治体の割合は、人口 5～10 万の自治体で、37.5%と最も高く、人口 1 万未満で 24.6%と最も低かった。

「ほとんど」と「半分以上」を合わせた自治体の割合の都道府県別の集計では、20%未満が 12 県、20%台が 10 県、30%台が 13 県、40%台が 10 県、50%以上が 2 県と、幅広く分布していた(最低 0%、最高は島根県 62.5%)。

ほとんどの組織で、活動を通じて健康なまちづくりにつながっていると回答した自治体は 21.9%で、半分以上の組織が該当すると回答したのは 12.7%であった。「ほとんど」と「半分以上」を合わせた自治体の割合は、人口 5～10 万の自治体で 46.7%と最も高く、人口 1 万未満で 23.5%と最も低かった。

「ほとんど」と「半分以上」を合わせた自治体の割合の都道府県別の集計では、20%未満が 5 県、20%台が 11 県、30%台が 13 県、40%台が 11 県、50%以上が 7 県と、幅広く分布していた(最低 6.7%、最高は福井県 60.0%)。

⑥ 活動の自主化

ほとんどの組織で、総会資料等を住民が主体となって作成していると回答した自治体は

13.7%、半分以上の組織が該当すると回答したのは 8.9%であった。こうした自治体の割合は人口 10～30 万の自治体で、最も高かった。

ほとんどの組織で、予算や決算書を住民が主体となって作成していると回答した自治体は 14.4%、半分以上の組織が該当すると回答したのは 8.8%であった。こうした自治体の割合は人口 10～30 万の自治体で、最も高かった。

7. 住民組織がかかえる課題

① 会員数の減少

ほとんどの組織で、会員数の減少が課題になっていると回答した自治体は 20.7%、半分以上の組織で課題になっていると回答したのは 18.0%であった。こうした自治体の割合は人口規模が小さな自治体ほど高かった。

② 新規会員の開拓

ほとんどの組織で、新規会員の開拓が課題になっていると回答した自治体は 40.0%、半分以上の組織で課題になっていると回答したのは 20.9%であった。こうした自治体の割合は人口規模が小さな自治体ほど高かった。

③ 構成員の高齢化

ほとんどの組織で、構成員の高齢化が課題になっていると回答した自治体は 43.1%、半分以上の組織で課題になっていると回答したのは 22.2%であった。こうした自治体の割合は人口規模で大きな差異を認めなかった。

④ 団塊の世代の加入がない

ほとんどの組織で、団塊の世代の加入がないことが課題になっていると回答した自治体は、16.8%、半分以上の組織で課題になっていると回答したのは 16.7%であった。こうした自治体の割合は、人口規模が小さな自治体ほど高かった。

⑤ 次期リーダーの不在

ほとんどの組織で、次期リーダーの不在が課題になっていると回答した自治体は 21.8%、半分以上の組織で課題になっていると回答し

たのは 19.3%であった。こうした自治体の割合は人口規模が小さな自治体ほど高かった。

⑥活動自主化が進まない
ほとんどの組織で、活動の自主化が進まないことが課題になっていると回答した自治体は 17.8%、半分以上の組織で課題になっていると回答したのは 17.9%であった。こうした自治体の割合は人口規模が小さな自治体ほど高かった。

⑦他の組織との連携が希薄
ほとんどの組織で、他の組織との連携が希薄であることが課題になっていると回答した自治体は 19.3%、半分以上の組織で課題になっていると回答したのは 17.4%であった。こうした自治体の割合は人口規模が小さな自治体ほど高かった。

8. 住民組織との協働体制

①民間を活用した住民組織の育成・支援・協働
NPO法人等、民間を活用して、住民組織の育成・支援・協働を行っているとは回答したのは、11.1%で、人口規模が大きくなるほど、その割合が高くなっていったが、人口 30 万以上の自治体でも 14.8%にとどまっていた。

こうした自治体のうち、民間による住民組織の支援等を「大いに評価」しているのは、14.4%、「かなり評価」していたのは 38.7%であった。

②健康づくり推進協議会等の機能
行政と住民組織・団体の連携や協働を促すために設置されている「健康づくり推進協議会」等の機能について、「十分に機能」しているとは回答したのはわずか 2.5%で、「かなり機能」10.2%、「まあ機能」41.3%、「あまり機能していない」40.3%と極めて低調であった。人口規模 1 万以下の自治体では、「あまり機能していない」が 54.3%と半数を超えていた。

③住民組織について他部署との協議機会
住民組織やNPOの活動について、行政の他部署と協議するために、「庁内横断的な協議組

織があり、定期的開催されている」のは、4.2%で、「庁内横断的な協議組織があるが、開催は不定期に行われている」4.3%、「必要に応じて、関係する部署と協議をしている」48.1%、「他の部署と住民組織活動のことで協議をすることはほとんどない」40.6%であった。庁内横断的な協議組織を持っているのは人口規模が大きな自治体ほど多かったが、人口 30 万以上の自治体でも、18.6%にとどまった。

④総合的な視点で住民活動を支援する部署
分野を問わず、総合的な視点で住民活動を支援する部署（市民活動支援課、まちづくり推進課等）が設置されているのは、44.6%で、人口規模が大きな自治体ほど、設置率が高く、人口 10 万以上では 8 割の自治体で設置されていた。

保健担当部署がこうした部署と「常時、密に連携している」自治体は 2.1%と少なく、「必要に応じて連絡している」自治体が 70.7%であった。この連携状況は人口規模によらず低調であった。

9. 住民組織活動への支援体制

①住民組織活動への財政的支援
平成 25 年度の住民組織活動への補助費（委託費を含む）総計は、人口 1 人当たり 3 円未満が 21.6%、3～9 円が 19.1%、10～29 円が 21.1%、30 円以上が 22.4%であった。人口規模小さな自治体ほど、人口 1 人当たりの支援額が大きかった。

②住民組織活動の育成・支援に関する研修
最近 3 年間に保健師対象の研修（県や保健所等の主催を含む）があったとは回答したのは、25.6%で、栄養士対象の研修は 23.1%、事務職対象の研修は 7.7%であった。いずれも人口規模が大きな自治体で開催率が高かったが、人口 30 万以上の自治体でも 3 割程度にとどまっていた。

都道府県別では、保健師対象の研修機会が半分以上の自治体であったとは回答したのは、山梨

県、滋賀県、島根県、岡山県、香川県、大分県であった。同様に、栄養士対象の研修機会が半分以上の自治体であったと回答したのは、宮城県、滋賀県、兵庫県、岡山県、山口県、香川県、大分県であった。

③住民組織活動の育成・支援・協働の指針

住民組織との協働を進める上での「指針」となるものの有無を尋ねたところ、作成の主体は問わず、「ある」と回答したのは6.9%と極めて少なかった。

④住民組織活動の育成・支援・協働の手引き等

住民組織の育成・支援・協働の「手引き・マニュアル」の有無を尋ねたところ、「ある」と回答したのは6.0%であった。

10. 県型保健所による支援

住民組織の育成・支援・協働における県型保健所の支援について、以下の6項目について、その有無を尋ねた。

①首長や部局長への働きかけ

保健所長等が、首長や部局長に対して住民組織活動の重要性についての説明をしていると回答した市町村（保健所設置市は除く、以下、同様）は8.6%で、人口規模による差異を認めなかった。

②住民組織の育成・支援担当者への研修

保健所が、住民組織の育成・支援を担当する職員を対象とした研修会を開催していると回答した市町村は23.6%で、人口規模が1～5万の市町村で最も多かった。

③住民組織担当職員への技術的な助言や支援

保健所が、住民組織の育成・支援を担当する職員への技術的な助言や支援（OJT）をしていると回答した市町村は23.7%で、人口規模が1～5万の市町村で最も多かった。

④地域の健康課題について、住民組織の構成員に対する学習機会の提供

保健所が、住民組織の構成員を対象とした、地域の健康課題についての学習会を開催していると回答した市町村は31.0%で、人口規模による差異を認めなかった。

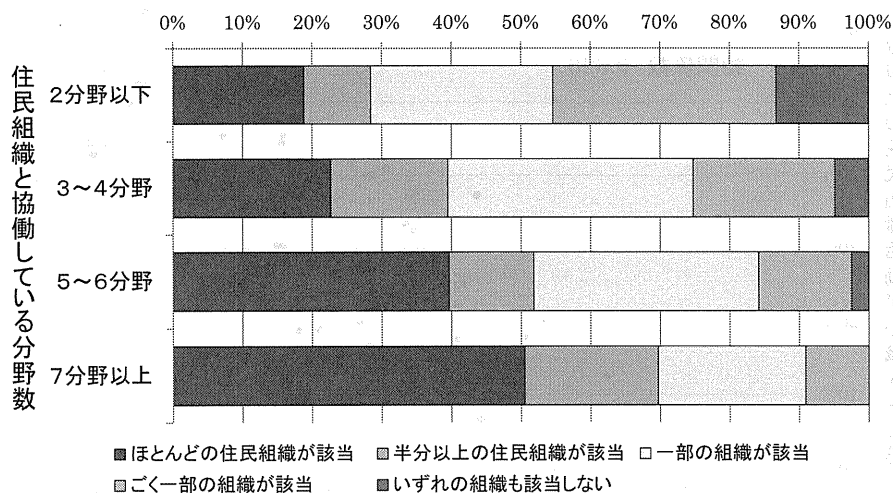
⑤住民組織の運営等について、住民組織構成員に対する学習機会の提供

保健所が、住民組織の構成員を対象とした、組織の運営等についての学習会を開催していると回答した市町村は19.7%で、人口10～30万の自治体で、その割合が少なかった。

⑥住民組織活動の評価についての助言や支援

保健所が、住民組織活動の評価について助言や支援をしていると回答した市町村は19.6%で、人口1万未満の市町村で多かった。

図2 住民組織と協働している分野数とSCの醸成



活動を通して地域住民の絆が深まっている組織の割合

(2) 各要因間の関連

1. 住民組織との協働分野数とSCの醸成

「日頃から住民組織と協働している分野数」と「活動を通して地域住民の絆が深まっている住民組織の割合」は単相関係数 0.318 と有意な正の相関を示した(図2)。

都道府県別の協働している平均分野数と半数以上の組織が地域住民の絆を深めることにつながっていると回答した自治体の割合との相関を見たところ、単相関係数は 0.626 と有意な正の相関を認めた(図3)。

2. 健康づくり推進員等の評価とSCの醸成

「活動を通して地域住民の絆が深まっている住民組織の割合」と健康づくり推進員等の評価との関連について、Spearman の順位相関係数を算出した。健康づくり推進員等の活動の量的な評価との順位相関係数は 0.275, 健康づくり推進員等の活動の質的な評価との順位相関係数は 0.252, 食生活改善推進員の活動の量的な評価との順位相関係数は 0.181, 食生活改善推進員等の活動の質的な評価との順位相関係数は 0.209 で、いずれも有意な正の相関を認めた。

3. SCの醸成と住民組織との協働プロセスの多変量解析 (表1)

住民組織活動を通して、SCの醸成や活用につなげるためにどのような協働のプロセスが重要なのかを解明するために、活動を通して地域住民の絆が深まっている住民組織の割合、日頃から住民組織と協働している分野数、健康づくり推進員等および食生活改善推進員の活動の量的な評価と質的な評価を目的変数とする多変量解析を行った。

説明変数として、住民組織との協働のプロセスに関する項目を用い、重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。この際、交絡因子である人口規模の影響を排除するため、人口規模を説明変数に加えた。

活動を通して地域住民の絆が深まっている住民組織の割合と有意な偏相関を示したのは、地域の健康課題等を協議する機会、保健福祉計画の推進への関与、活動成果の確認(構成員が活動のやりがい等について語り合う、組織の活動やその成果のアピール)、住民組織間の連携であった(重相関係数 0.637)。

日頃から住民組織と協働している分野数と

図3 協働している分野数とソーシャルキャピタルの醸成(都道府県別)

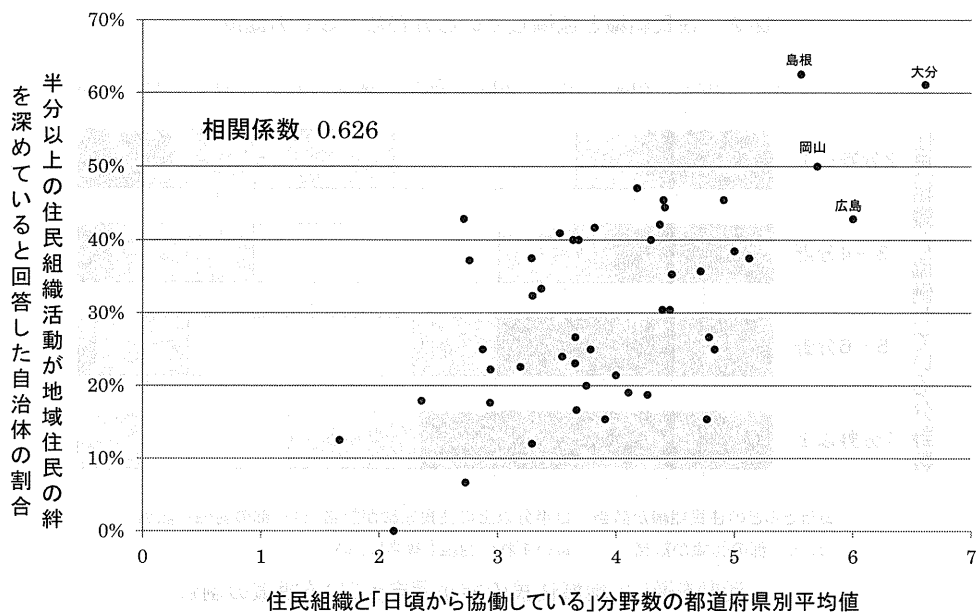


表 1 ソーシャルキャピタルの醸成と住民組織との協働プロセスの重回帰分析

| 目的変数 説明変数 | 活動を通して地域の住民の絆が深まっている | 住民組織と協働している分野数 | 健康づくり推進員等の量的な評価 | 健康づくり推進員等の質的な評価 | 食生活改善推進員等の量的な評価 | 食生活改善推進員等の質的な評価 |
|----------------------|----------------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 人口規模 | | *** | ** | ** | * | |
| 地域の健康課題等を協議をする機会 | ** | ** | | | | |
| 活動目的や目標を構成員との協議により決定 | | | | | ** | |
| 活動内容を多くの構成員との協議により決定 | | * | | | | |
| 保健福祉計画の策定に関与 | | | | | | |
| 保健福祉計画の推進に関与 | *** | ** | * | | | |
| 保健福祉計画の評価に関与 | | | | | * | |
| 構成員が活動のやりがい等について語り合う | *** | | | | | |
| 活動やその成果の確認 | | | | | | |
| 活動の成果のアピール | *** | * | ** | *** | | ** |
| 住民組織間の連携 | ** | | * | *** | *** | *** |
| 健康づくり推進協議会等の機能 | | ** | *** | *** | | * |
| 総会資料等を住民が主体となって作成 | | | | | | * |
| 予算や決算書を住民が主体となって作成 | | | | | | |
| 重相関係数 R | 0.637 | 0.446 | 0.446 | 0.457 | 0.294 | 0.285 |
| 調整済み R ² | 0.402 | 0.193 | 0.189 | 0.201 | 0.087 | 0.076 |

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

有意な偏相関を示したのは、地域の健康課題等を協議する機会、活動目的等の共有（活動内容を多くの構成員との協議により決定）、保健福祉計画の推進への関与、活動成果の確認（組織の成果のアピール）、健康づくり推進協議会の機能であった（重相関係数 0.446）。

健康づくり推進員等および食生活改善推進員の活動の量的な評価や質的な評価と有意な偏相関を示したのは、成果の確認（活動の成果のアピール）、住民組織間の連携、健康づくり推進協議会の機能であった。

4. 協働プロセスに影響を及ぼす要因（表 2）

上述の重回帰分析で有意な偏相関を示した

協働プロセスについて、その実践に影響を及ぼす要因について、保健事業における S C の位置づけ、住民組織への情報提供、住民組織や NPO について行政他部署との協議、総合的な視点で住民組織を支援する部署の有無、民間を活用した住民組織の育成・支援、住民組織に対する財政的な支援、住民組織との協働に関する研修の有無、指針や手引きなどの有無、人口規模を説明変数とする重回帰分析を行った。

多くの協働プロセスと有意な偏相関を示したのは、保健事業における S C の位置づけ、住民組織への情報提供、住民組織や NPO について行政他部署との協議、住民組織への財政的な支援、住民組織の育成・支援・協働にかかる指

表2 住民組織との協働プロセスと協働体制の重回帰分析

| 目的変数 説明変数 | 地域の健康課題等を協議をする機会 | 活動目的や目標を構成員との協議により決定 | 活動内容を多くの構成員との協議により決定 | 保健福祉計画の推進に関与 | 構成員が活動のやりがい等について語り合う | 活動の成果のアピール | 住民組織間の連携 | 健康づくり推進協議会等の機能 |
|--------------------------|------------------|----------------------|----------------------|--------------|----------------------|------------|----------|----------------|
| 人口規模 | | | | ** | | | | *** |
| 保健事業におけるSCの位置づけ | *** | *** | *** | * | *** | *** | * | ** |
| 住民組織への市町村人口動態統計の提供 | *** | *** | | * | | * | | |
| 住民組織への市町村医療費統計の提供 | | | | | | | | |
| 住民組織への市町村健診受診率や結果の提供 | *** | *** | | | | | | *** |
| 住民組織への市町村住民の生活実態と課題の提供 | *** | *** | *** | *** | *** | | | |
| 住民組織への市町村にある社会資源の情報提供 | | | | | | | | |
| 住民組織への地区単位の人口動態統計の提供 | | | | | | | | |
| 住民組織への地区単位の医療費統計の提供 | | | | | | | | |
| 住民組織への地区単位の健診受診率や結果等の提供 | ** | | | ** | | | * | |
| 住民組織への地区単位の住民の生活実態と課題の提供 | | ** | | | | *** | | |
| 住民組織への地区単位の社会資源の提供 | | | * | | | | | *** |
| 住民組織やNPOについて行政他部局との協議 | ** | ** | ** | *** | *** | *** | ** | *** |
| 総合的な視点で住民活動を支援する部署の設置 | | | | | | | | |
| 民間を活用した住民組織の育成・支援 | | | | | | | | |
| 住民組織への財政的支援 | *** | | ** | * | * | | | * |
| 保健師対象の研修機会 | | | | | * | * | | |
| 栄養士対象の研修機会 | | | | *** | | | | |
| 事務職対象研修機会 | | | | | | | | |
| 住民組織の育成・支援・協働にかかる指針 | ** | * | | | ** | ** | | |
| 住民組織の育成・支援・協働にかかる手引き等 | | | | | | | | |
| 重相関係数 R | 0.540 | 0.529 | 0.355 | 0.458 | 0.393 | 0.410 | 0.207 | 0.417 |
| 調整済み R ² | 0.283 | 0.272 | 0.120 | 0.200 | 0.147 | 0.161 | 0.039 | 0.167 |

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

針の有無であった。

住民組織への情報提供の内容としては、市町村住民の生活実態とその課題、市町村人口動態統計、市町村健診受診率とその結果、地区単位の健診受診率とその結果、地区単位の生活実態とその課題、地区単位の社会資源であった。

5. 協働体制への保健所の支援の影響（表3）

協働プロセスに有意な偏相関を示した協働体制について、保健所による支援の各項目と人口規模を説明変数とする重回帰分析を行った。

多くの協働体制と有意な偏相関を示し、保健所の支援として重要と考えられたのは、首長や部局長への住民組織活動の重要性の説明、住民

表3 住民組織との協働体制と県型保健所の支援の重回帰分析

| 目的変数 説明変数 | 保健事業におけるSCの位置づけ | 住民組織への市町村人口動態統計の提供 | 住民組織への市町村健診受診率や結果の提供 | 住民組織への市町村住民の生活実態と課題の提供 | 住民組織への地区単位の健診受診率や結果等の提供 | 住民組織への地区単位の住民の生活実態と課題の提供 |
|--------------------------|-----------------|--------------------|----------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 人口規模 | *** | *** | | | * | *** |
| 首長や部局長への住民組織活動の重要性の説明 | ** | | | *** | * | *** |
| 育成支援をする職員を対象とした研修会の開催 | | | *** | | | |
| 育成支援をする職員への技術的な助言や支援・OJT | ** | ** | | | | |
| 地域の健康課題について構成員に学習機会を提供 | | * | * | | | |
| 住民組織の運営等について構成員に学習機会を提供 | | | | | *** | * |
| 住民組織活動の評価についての助言や支援 | | | | ** | | |
| 重相関係数 R | 0.252 | 0.214 | 0.173 | 0.144 | 0.191 | 0.202 |
| 調整済み R ² | 0.060 | 0.043 | 0.028 | 0.020 | 0.033 | 0.037 |

| 目的変数 説明変数 | 住民組織への地区単位の社会資源の提供 | 住民組織やNPOについて行政他部局との協議 | 住民組織への財政的支援 | 保健師対象の研修機会 | 栄養士対象の研修機会 | 住民組織の育成・支援・協働にかかわる指針 |
|--------------------------|--------------------|-----------------------|-------------|------------|------------|----------------------|
| 人口規模 | * | *** | *** | *** | *** | ** |
| 首長や部局長への住民組織活動の重要性の説明 | ** | * | | ** | | |
| 育成支援をする職員を対象とした研修会の開催 | | | | *** | *** | |
| 育成支援をする職員への技術的な助言や支援・OJT | | | | | | |
| 地域の健康課題について構成員に学習機会を提供 | | | | | | |
| 住民組織の運営等について構成員に学習機会を提供 | | | ** | | * | * |
| 住民組織活動の評価についての助言や支援 | | * | | *** | *** | |
| 重相関係数 R | 0.124 | 0.166 | 0.284 | 0.325 | 0.357 | 0.140 |
| 調整済み R ² | 0.013 | 0.024 | 0.078 | 0.101 | 0.123 | 0.017 |

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

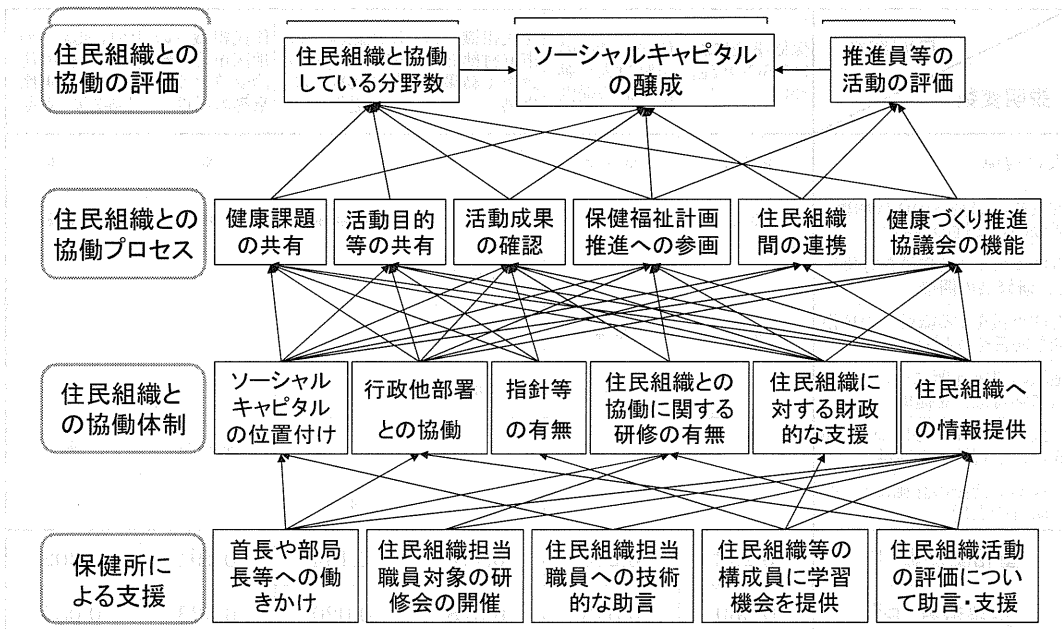
組織の運営等について構成員に学習機会を提供、住民組織活動の評価についての助言や支援、育成支援をする職員を対象とした研修会の開催、育成支援をする職員への技術的な助言や支援・OJT、地域の健康課題について構成員に学習機会を提供の順であった。

こうした各因子間の関連を階層別に整理をし、関連図を作成した(図4)。

(3) 都道府県別の集計

今回、調査を行った主要な住民組織の活動状況(健康づくり推進員等、食生活改善推進員等、愛育班等、母子保健推進員等)、分野別の協働状況、SCの状況、住民組織との協働プロセス、住民組織の課題、協働体制、県型保健所による支援等は、都道府県によって大きな差異を認めたことから、都道府県別集計を行い、その「み

図4 ソーシャルキャピタルの醸成と活用にかかる項目間の関連



(矢印は、人口区分と下位の要因を説明変数とする重回帰分析により有意な偏相関を示したもの)

える化」を試みた（図5～9）。

評価シートには、各項目の当該県の市区町村の平均値、47都道府県の平均値、当該県の偏差値を表記し、偏差値を棒グラフに示した。偏差値は、好ましい状況の時に、正の値になるようにし、棒が右に伸びるようにした。

さらに、こうした状況を2枚のシートにまとめた概要版を作成した（図10、11）。

2) 先進事例への訪問調査

住民組織活動の先進事例として、新潟県見附市、山梨県南アルプス市、三重県いなべ市、岡山市、大分県玖珠町など12市町村を訪問し、担当者や住民からのインタビューを行った。

- ・見附市では、校区毎に「まちづくり協議会」を立ち上げ、住民主体の活動を展開。立ち上げの準備のためワークショップ（月1回）を1年間かけて開催し、住民が「地域でどんな暮らしができたらいいか」ビジョンを描き、活動計画を検討するプロセスに時間かけていた。
- ・玖珠町の保健委員は校区毎に健康づくり推進協議会を立ち上げて、主体的に活動。保健委員の役員は、「目標や目的が明確で、活動内

容に制約がないので、企画・運営・執行・見直しを自分達で自由にできる」ことを活動の推進要因として挙げていた。

- ・岡山市の愛育委員は、生後4か月までに9割を超える乳児家庭を訪問し、若い親子と町内会をつなぐ役割を果たしていた。愛育委員は市内全域に存在し、行政から、地域の情報と活動の場を提供され、住民からは「信用」を付与され、活動の基盤（プラットフォーム）となっていた。

3) 住民組織の育成・支援・協働にかかる指針や手引き等の分析

15県から提供された指針や手引き等の内容を分析した（表4）。

15県のうち、4県（秋田県、千葉県、山口県、沖縄県）から提供されたものは、住民との協働指針や協働に関する規約、育成計画など、住民組織との協働に関する方針を示すものであった。残りの11県は、住民組織との協働を進めるための考え方やノウハウ等をまとめたハンドブックやガイドブック、手引き、マニュアルであった。これらのうち、5県（富山県、滋賀県、福岡県、大分県、埼玉県）のものは

図5 ○○県における健康づくり推進員等および食生活改善推進員の活動状況

| | 客体数 | 全国平均 | ○○県 | 偏差値 | -3.0 | -2.0 | -1.0 | 0.0 | 1.0 | 2.0 | 3.0 |
|------------|---------------------------|------|-------|--------|-------|------|------|-----|-----|-----|-----|
| 健康づくり推進員等 | 健康づくり推進員等の有無 | 16 | 60.2% | 68.8% | 0.37 | | | | | | |
| | 健康づくり推進員等の人数 | 11 | 163.3 | 177.2 | 0.12 | | | | | | |
| | 推進員等65歳以上割合 | 11 | 50.3% | 64.5% | -1.14 | | | | | | |
| | 推進員数の増減 | 11 | 1.99 | 1.55 | 1.85 | | | | | | |
| | 推進員等の学習会回数 | 11 | 14.16 | 27.27 | 0.94 | | | | | | |
| | 推進員による健診受診勧奨の有無 | 11 | 74.4% | 90.9% | 0.76 | | | | | | |
| | 推進員による啓発用資料配布の有無 | 11 | 69.6% | 100.0% | 1.53 | | | | | | |
| | 推進員による健康づくりイベント運営支援の有無 | 11 | 63.7% | 72.7% | 0.45 | | | | | | |
| | 推進員による声かけ・訪問の有無 | 11 | 50.7% | 81.8% | 1.44 | | | | | | |
| | 推進員による運動での健康づくりの有無 | 11 | 63.5% | 81.8% | 0.68 | | | | | | |
| | 推進員による地域の健康教室等の企画や運営の有無 | 11 | 56.3% | 90.9% | 1.37 | | | | | | |
| | 推進員による地区の行事等と連携した健康づくりの有無 | 11 | 62.0% | 90.9% | 1.26 | | | | | | |
| | 推進員等の量的評価 | 11 | 2.36 | 2.09 | 0.75 | | | | | | |
| | 推進員等の質的評価 | 11 | 2.62 | 2.36 | 0.71 | | | | | | |
| 食生活改善推進員等 | 食生活改善推進員の有無 | 16 | 90.2% | 93.8% | 0.22 | | | | | | |
| | 食推の会員数 | 15 | 126.6 | 121.5 | -0.07 | | | | | | |
| | 食生活改善推進員65歳以上割合 | 15 | 61.8% | 74.0% | -1.20 | | | | | | |
| | 過去3年間の食推養成数 | 14 | 35.2 | 25.4 | -0.39 | | | | | | |
| | 過去3年間の食推登録者数 | 15 | 71.8 | 97.8 | 0.40 | | | | | | |
| | 食推による生活習慣病予防の有無 | 15 | 96.8% | 100.0% | 0.35 | | | | | | |
| | 食推による子どもたちの食育の有無 | 15 | 95.0% | 100.0% | 0.94 | | | | | | |
| | 食推による高齢者の食支援の有無 | 15 | 85.2% | 93.3% | 0.67 | | | | | | |
| | 食推による障害児者の食支援の有無 | 15 | 15.9% | 20.0% | 0.35 | | | | | | |
| | 食推による地域産物活用支援の有無 | 15 | 72.7% | 86.7% | 0.80 | | | | | | |
| | 食推による災害時に備えた食支援の有無 | 15 | 29.4% | 46.7% | 0.84 | | | | | | |
| | 食推による地区行事と連携した健康づくりの有無 | 15 | 85.5% | 93.3% | 0.55 | | | | | | |
| | 食推による運動による健康づくりの有無 | 15 | 51.4% | 60.0% | 0.37 | | | | | | |
| | 食推の活動の量的評価 | 15 | 1.89 | 1.73 | 0.51 | | | | | | |
| 食推の活動の質的評価 | 15 | 2.17 | 2.00 | 0.60 | | | | | | | |

図6 ○○県における愛育班および母子保健推進員等の活動状況

| | 客体数 | 全国平均 | ○○県 | 偏差値 | -3.0 | -2.0 | -1.0 | 0.0 | 1.0 | 2.0 | 3.0 | |
|----------|--------------------------|------|---------|--------|-------|------|------|-----|-----|-----|-----|--|
| 愛育班等 | 愛育班等の有無 | 16 | 11.3% | 18.8% | 0.34 | | | | | | | |
| | 愛育班員数 | 3 | 1,826.9 | 70.3 | -0.36 | | | | | | | |
| | 愛育班員65歳以上割合 | 3 | 36.4% | 63.3% | -1.36 | | | | | | | |
| | 愛育班員数の増減 | 3 | 2.20 | 2.00 | 0.32 | | | | | | | |
| | 愛育班の学習会回数 | 3 | 18.0 | 4.7 | -0.43 | | | | | | | |
| | 愛育班による子育て家庭声かけ・訪問の有無 | 3 | 80.5% | 33.3% | -1.31 | | | | | | | |
| | 愛育班による乳幼児健康診査会場での支援の有無 | 3 | 38.1% | 0.0% | -0.94 | | | | | | | |
| | 愛育班による妊娠・出産への支援の有無 | 3 | 26.7% | 0.0% | -0.76 | | | | | | | |
| | 愛育班による女性の健康支援の有無 | 3 | 26.2% | 0.0% | -0.67 | | | | | | | |
| | 愛育班による高齢者への声かけ・見守りの有無 | 3 | 55.6% | 100.0% | 0.93 | | | | | | | |
| | 愛育班による健康づくり全般への取り組みの有無 | 3 | 58.1% | 66.7% | 0.20 | | | | | | | |
| | 愛育班による地区の行事と連携した健康づくりの有無 | 3 | 66.4% | 100.0% | 0.78 | | | | | | | |
| | 愛育班の活動の量的評価 | 3 | 2.21 | 1.67 | 1.01 | | | | | | | |
| | 愛育班の活動の質的評価 | 3 | 2.27 | 1.67 | 1.50 | | | | | | | |
| 母子保健推進員等 | 母子保健推進員の有無 | 16 | 34.1% | 50.0% | 0.50 | | | | | | | |
| | 母子保健推進員数 | 8 | 52.8 | 55.1 | 0.06 | | | | | | | |
| | 母子保健推進員65歳以上割合 | 8 | 26.0% | 39.4% | -0.87 | | | | | | | |
| | 母子保健推進員数の増減 | 8 | 2.13 | 2.13 | 0.00 | | | | | | | |
| | 母子保健推進員学習会回数 | 8 | 5.51 | 5.38 | -0.03 | | | | | | | |
| | 母推による子育て家庭声かけ・訪問の有無 | 8 | 73.6% | 87.5% | 0.43 | | | | | | | |
| | 母推による乳幼児健康診査会場での支援の有無 | 8 | 63.0% | 87.5% | 0.75 | | | | | | | |
| | 母推による妊娠・出産への支援の有無 | 8 | 39.9% | 50.0% | 0.35 | | | | | | | |
| | 母推による女性の健康支援の有無 | 8 | 18.8% | 25.0% | 0.25 | | | | | | | |
| | 母推による高齢者への声かけ・見守りの有無 | 8 | 11.3% | 12.5% | 0.06 | | | | | | | |
| | 母推による健康づくり全般への取り組みの有無 | 8 | 24.6% | 12.5% | -0.50 | | | | | | | |
| | 母推による地区の行事等と連携した健康づくりの有無 | 8 | 33.2% | 62.5% | 0.92 | | | | | | | |
| | 母推の活動の量的評価 | 8 | 2.12 | 2.38 | -0.55 | | | | | | | |
| | 母推の活動の質的評価 | 8 | 2.34 | 2.38 | -0.06 | | | | | | | |