

3) 地域のソーシャルキャピタルの把握状況

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（図20）。

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（図21）。

図20 地域のソーシャルキャピタルの把握状況

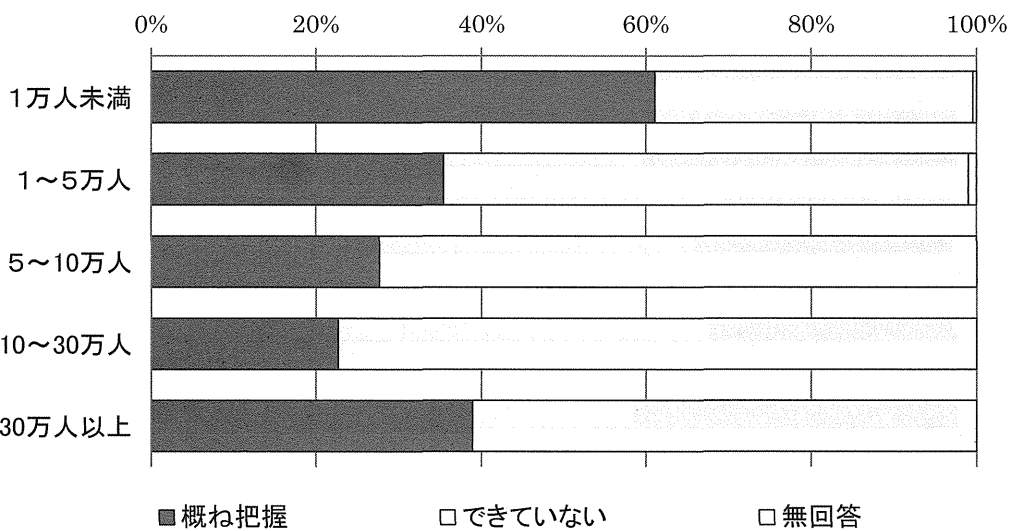
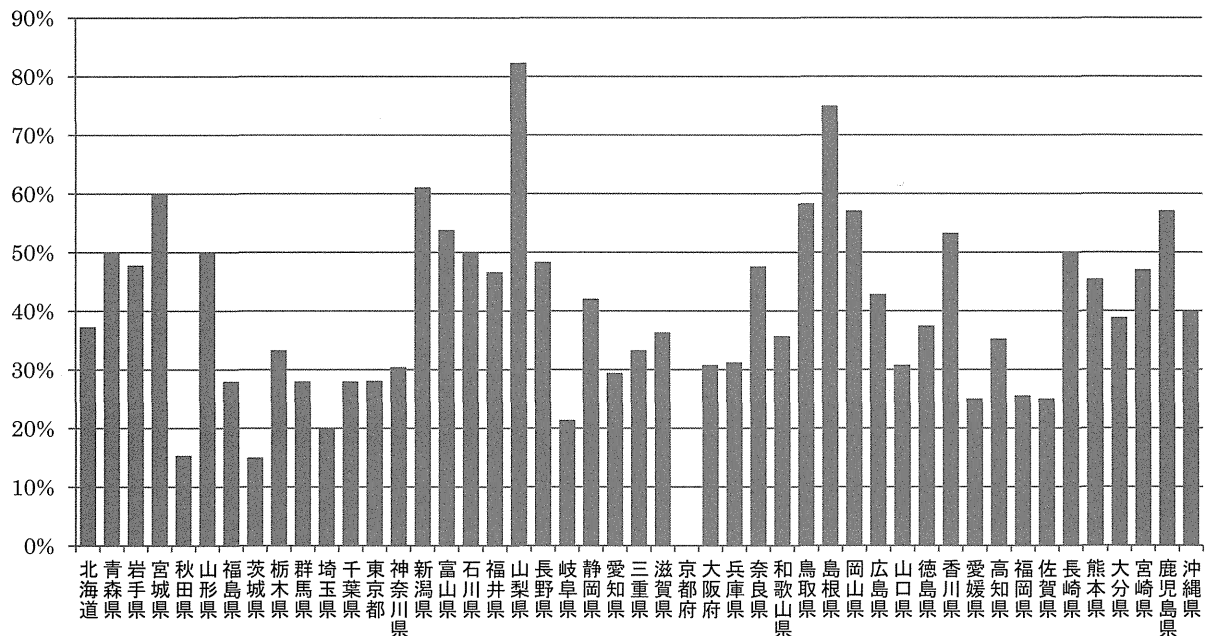


図21 地域のソーシャルキャピタルの把握率



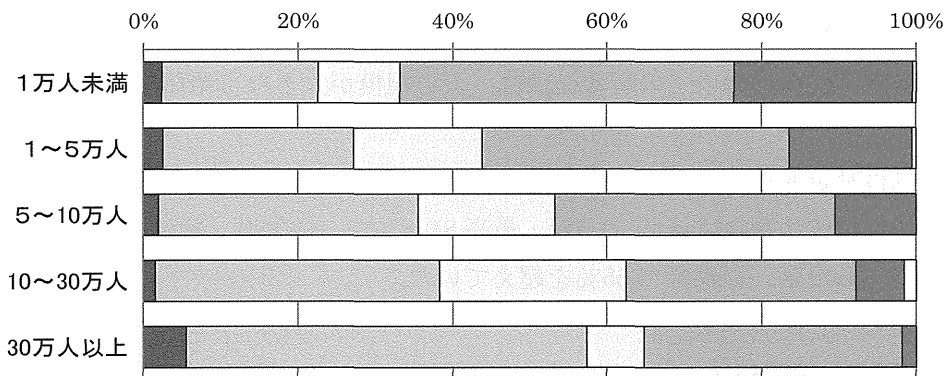
4) 保健事業におけるソーシャルキャピタルの位置づけ

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(図22)。

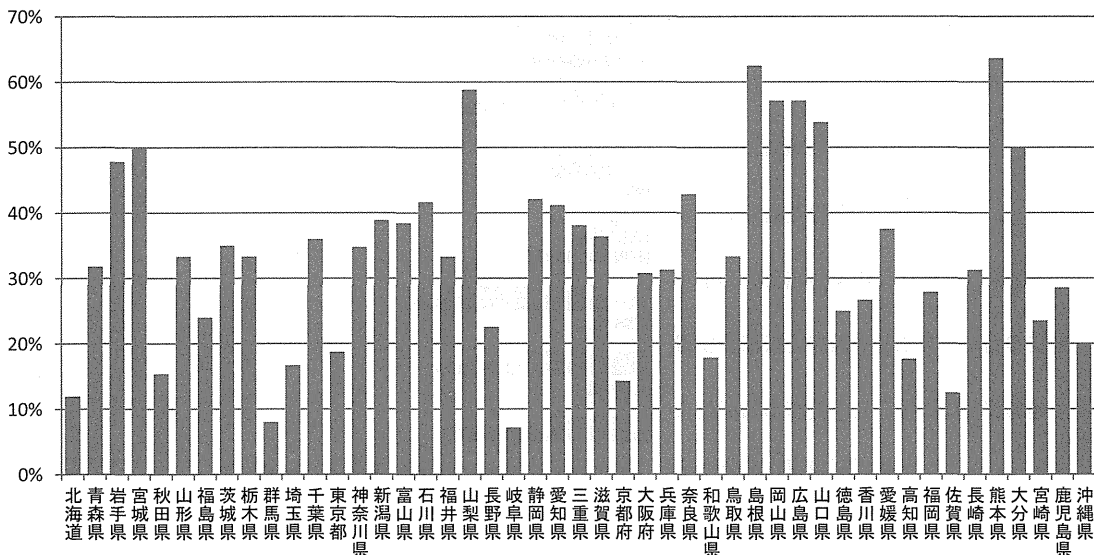
都道府県別の集計では、20%未満の県が10県ある一方で、50%以上の県が8県あり、最低7.1%から最高63.6%(熊本県)まで大きな差異を認めた(図23)。

図22 保健事業におけるソーシャルキャピタルの位置づけ



- 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
- 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
- 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
- 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
- 今のところ、取り組みについて検討する予定はない
- 無回答

図23 最優先もしくは積極的にSC醸成に取り組む自治体の割合



5) 住民組織に対する情報提供

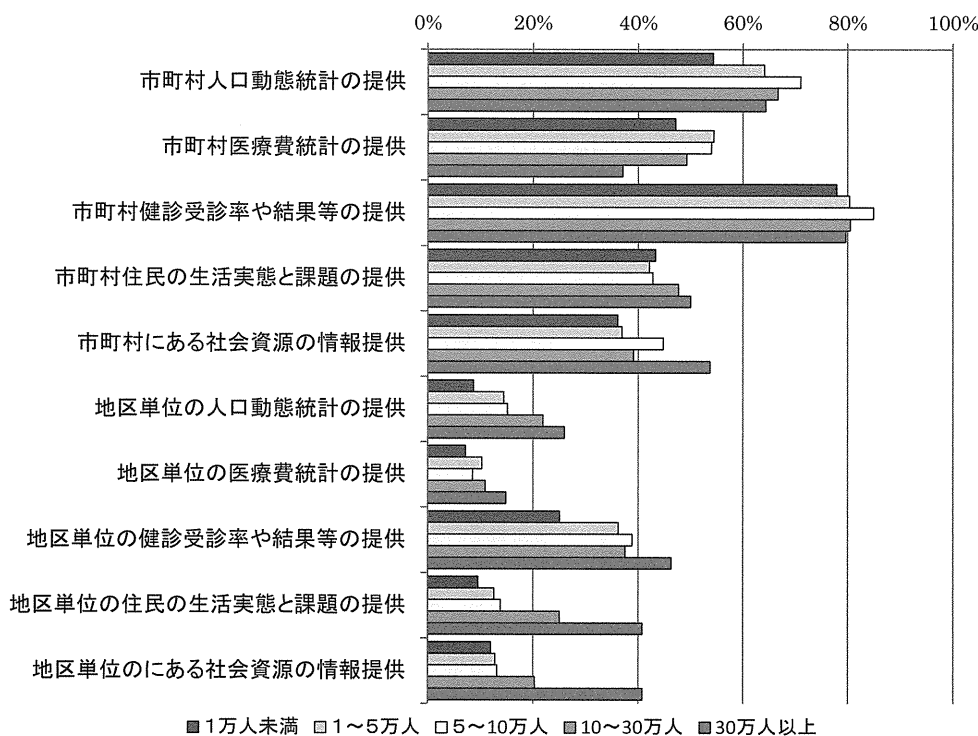
地域の健康課題を共有するために、住民組織に情報提供を行っている自治体の割合は、以下の通りであった。

①市町村の人口動態統計（死因毎の死亡率など）	64.3%
②市町村の医療費統計（疾病毎の受療率，医療費等）	51.0%
③市町村の特定健診やがん検診の受診率，健診結果等	80.5%
④市町村住民の生活の実態とその課題	43.7%
⑤市町村に存在する健康資源（住民組織活動を含む）	39.3%
⑥校区など，地区単位の人口動態統計	14.9%
⑦校区など，地区単位の医療費統計（受療率，医療費等）	9.7%
⑧校区など，地区単位の健診受診率，健診結果等	34.9%
⑨校区など，地区住民の生活の実態とその課題	15.5%
⑩校区など，地区に存在する健康資源（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（図24）。

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%で、滋賀県，新潟県，広島県，宮城県，富山県，兵庫県，島根県，青森県で 65%を超えていた。

図 24 住民組織に対する地域の健康課題についての情報提供



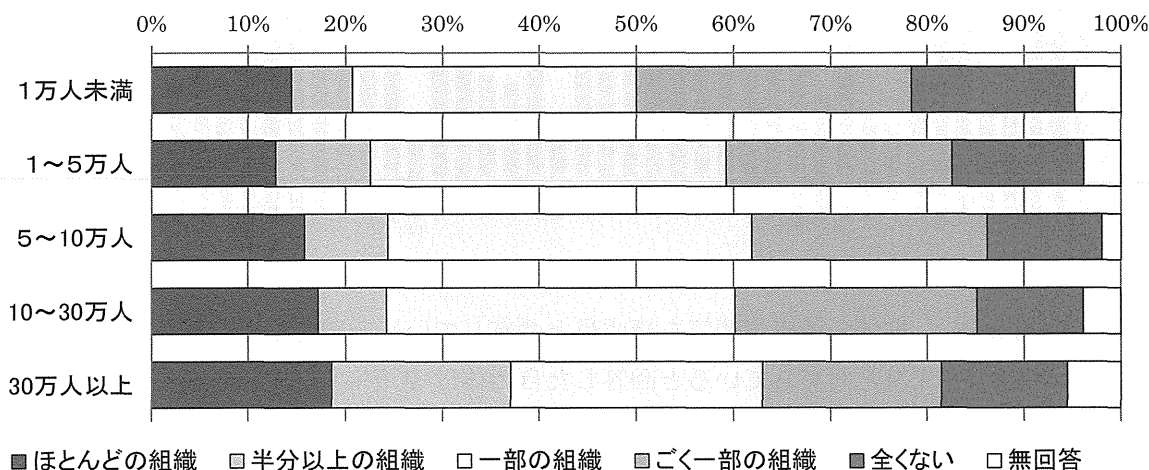
6) 住民組織との協働プロセス

中山の研究⁴⁾を参考に、エンパワメントの視点で住民組織との協働プロセスについて、その実態を明らかにした。

①地域の健康課題の共有

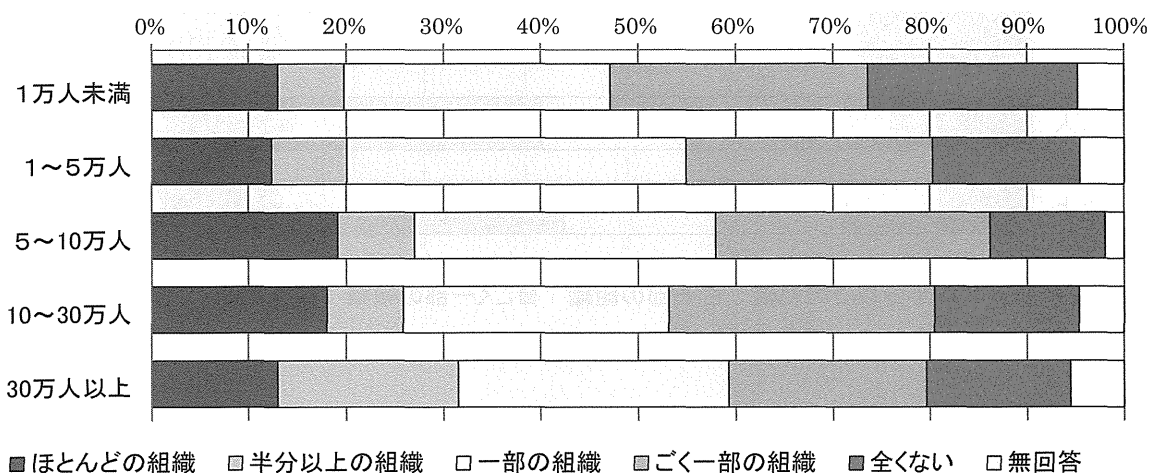
ほとんどの組織に対して、地域の健康課題等の分析結果を提供している自治体は14.6%で、半分以上の組織に提供しているのは8.9%であった。人口規模の大きな自治体ほど、積極的に提供される傾向にあった(図25)。

図25 地域の健康課題等の分析結果を提供している組織の割合



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%、半分以上の組織が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大きな差異を認めなかった(図26)。

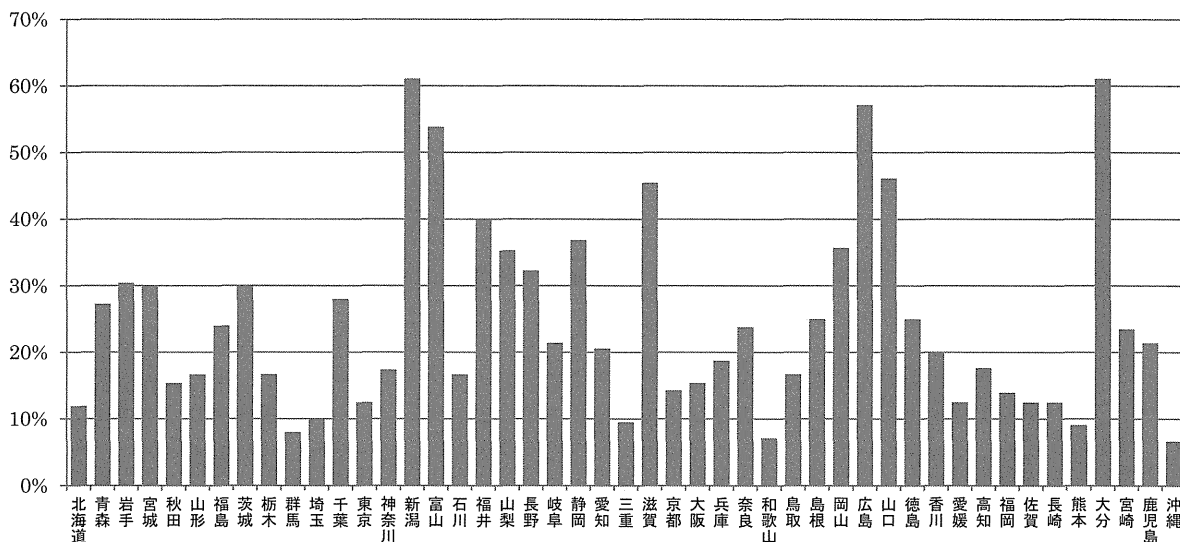
図26 地域の健康課題等を協議をする機会を持っている組織の割合



4) 3pの脚注を参照

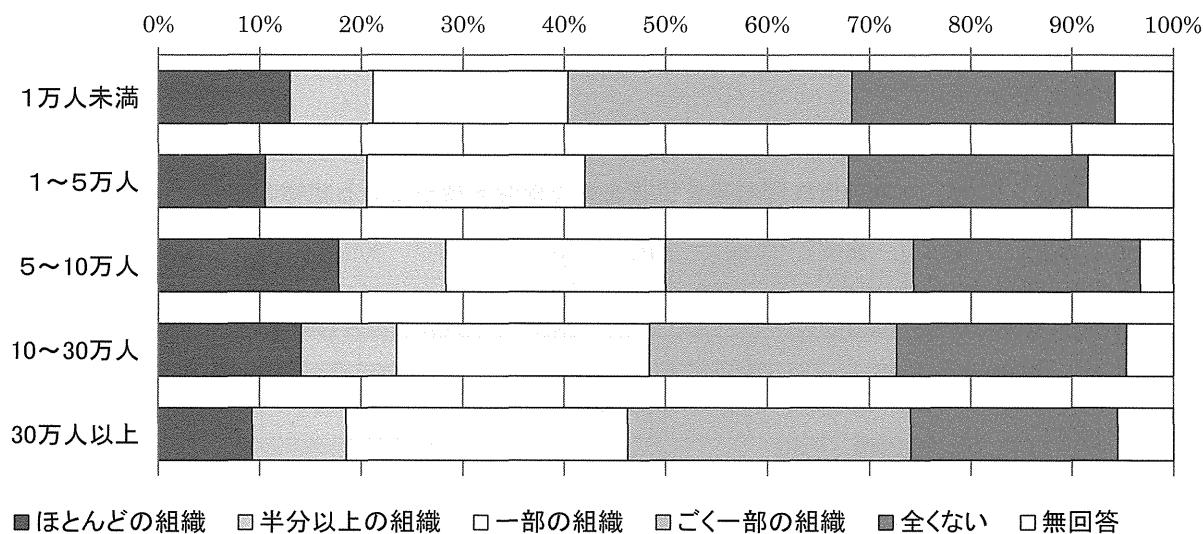
都道府県別の集計では、ほとんど、もしくは、半数以上の組織と地域の健康課題等を協議する機会を持っていると回答した自治体の割合は、最低 6.7%から最高 61.1%（新潟県、大分県）と大きな差異を認めた（図 27）。

図 27 半数以上の組織と地域の健康課題について協議している自治体の割合



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%、半数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、人口規模により大きな差異を認めなかった（図 28）。

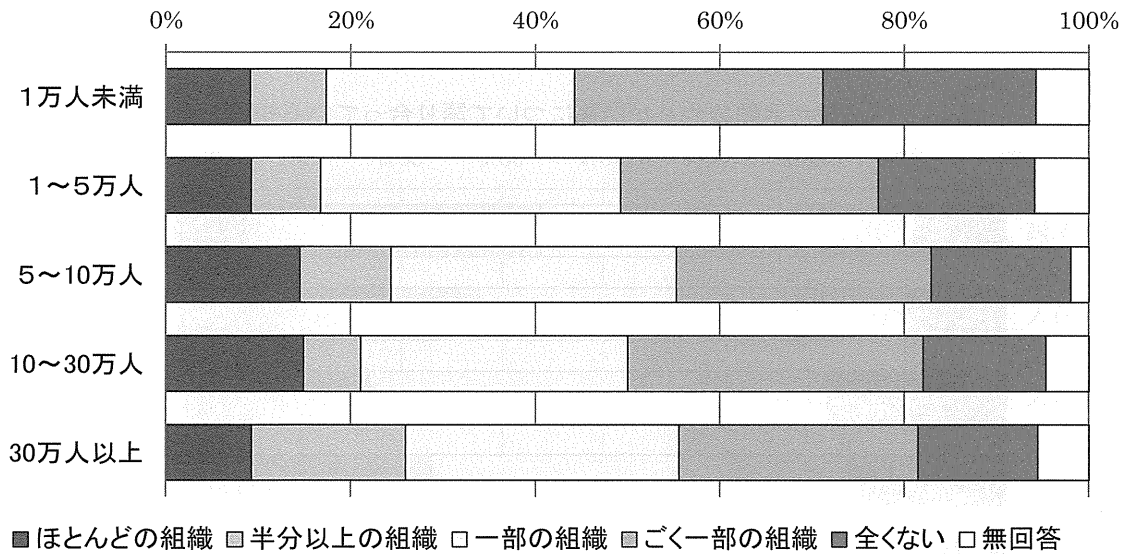
図 28 地域の健康課題等を構成員と共有している組織の割合



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（図29）。

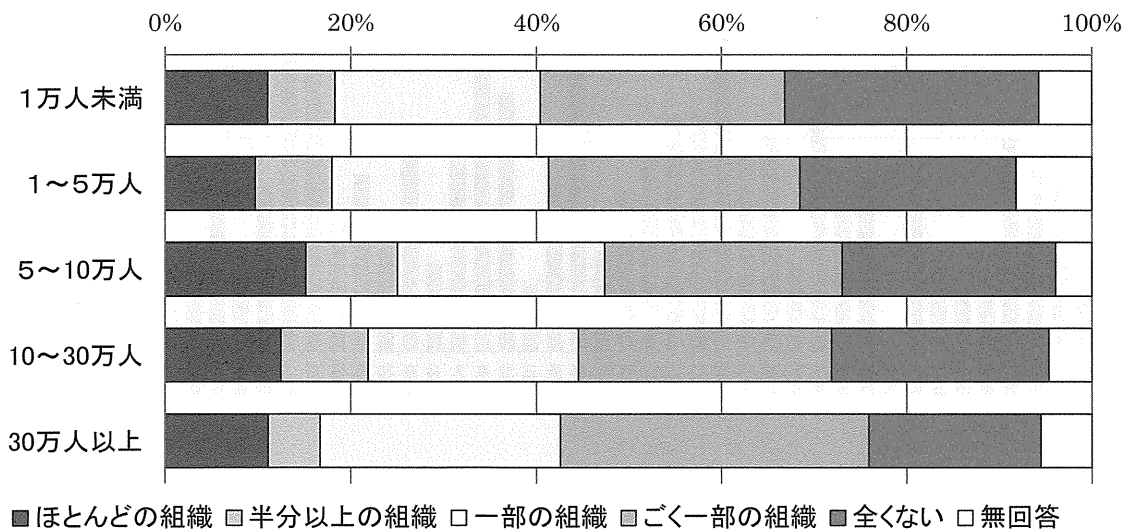
図29 活動目的や目標を構成員と協議して決定している組織の割合



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（図30）。

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。

図30 活動内容を多くの構成員と協議して決定している組織の割合



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5～10万人の自治体で、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た（図31）。

ほとんど、もしくは、半分以上の組織が該当すると回答した自治体の割合は、都道府県によって大きく異なり、最低0%、最高55.6%（大分県）であった（図32）。

図31 構成員が活動のやりがい等について語り合っている組織の割合

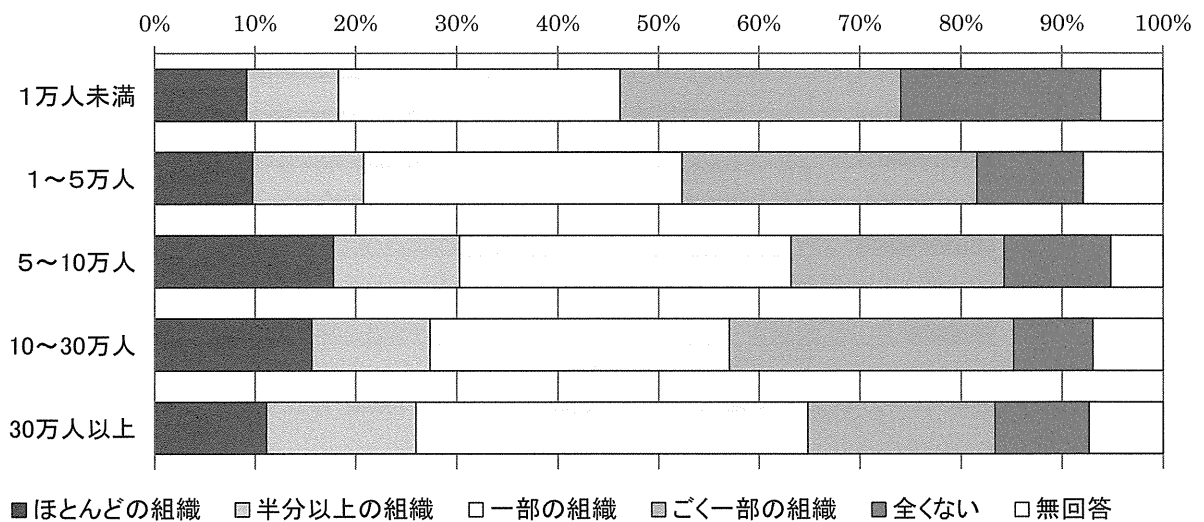
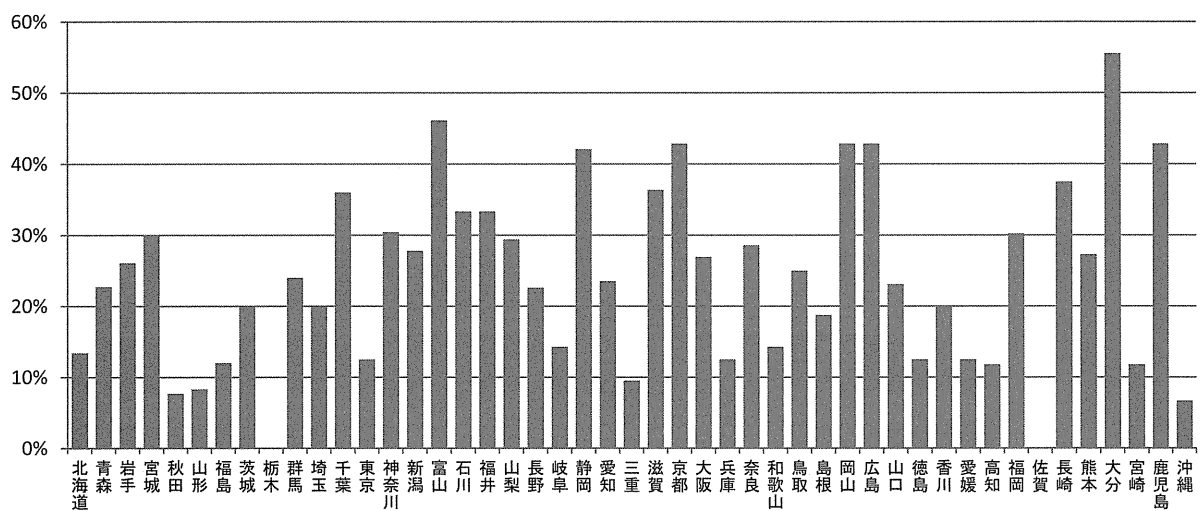
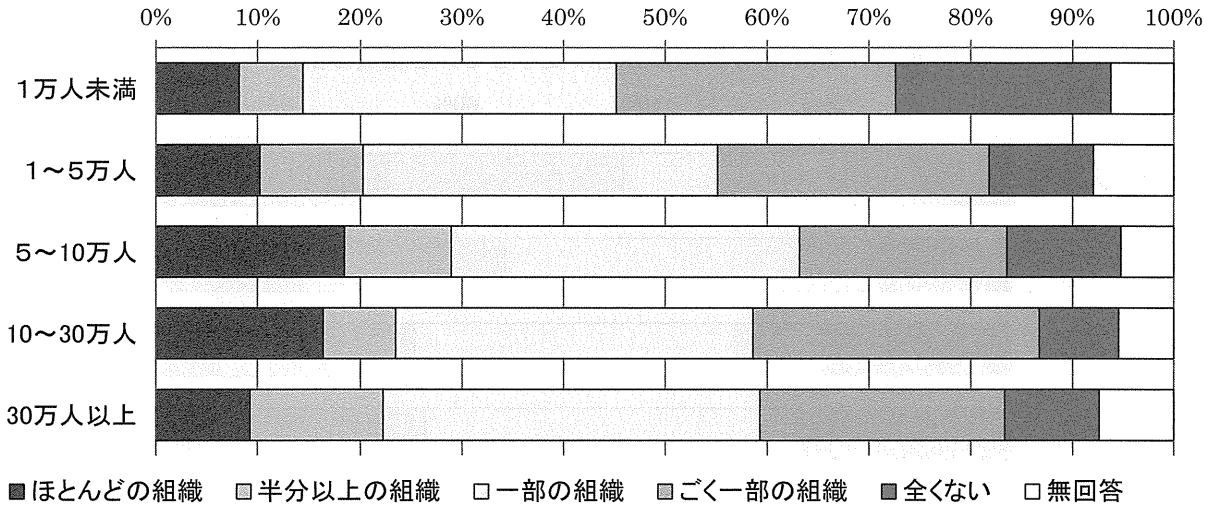


図32 半分以上の組織で構成員がやりがいを語っている自治体の割合



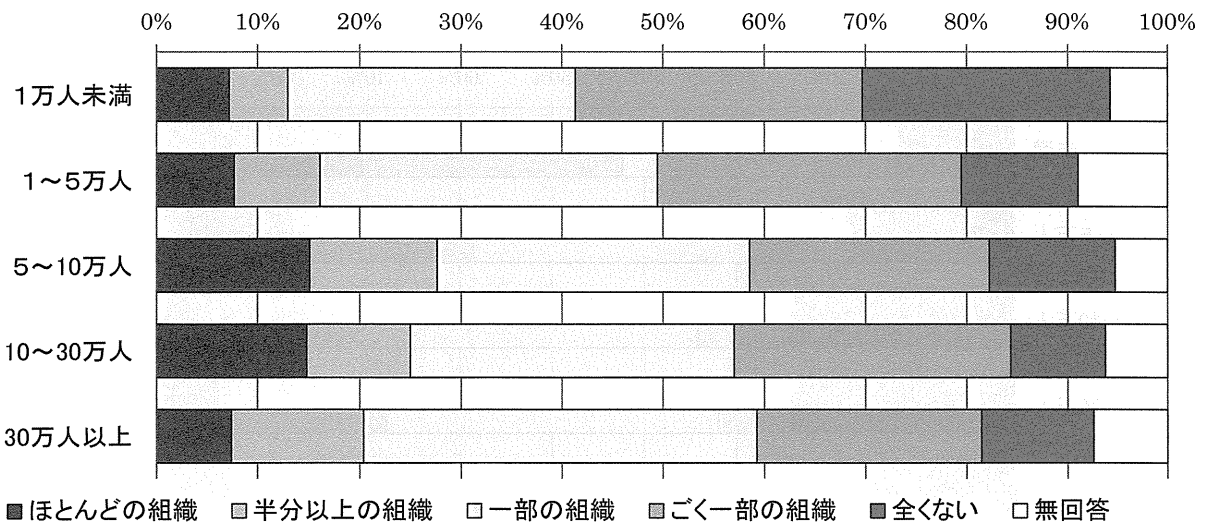
ほとんどの組織が活動の成果を確認できていると回答した自治体は11.9%で、半分以上の組織が確認できていると回答したのは9.0%であった。こうした自治体の割合は人口5～10万人の自治体で最も高かった（図33）。

図33 組織の活動の成果を確認できている組織の割合



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5～10万人の自治体で最も高かった（図34）。

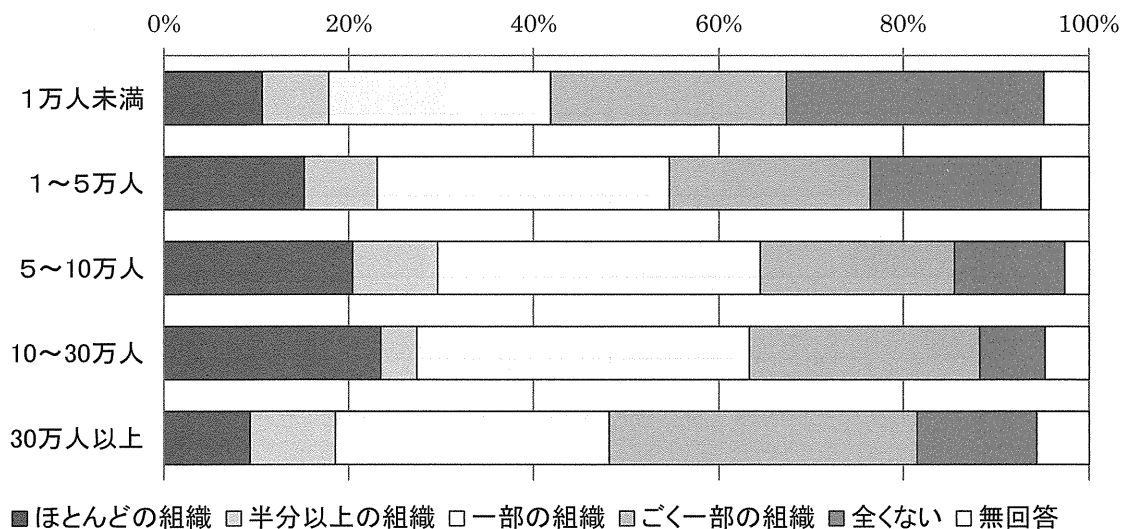
図34 組織の活動やその成果をアピールできている組織の割合



④健康増進計画など保健福祉計画への関与

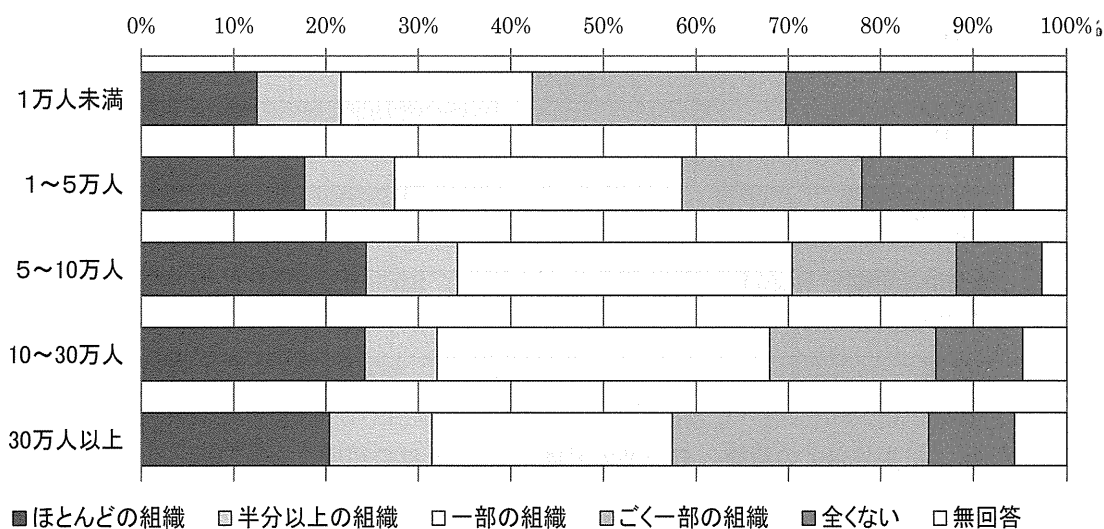
ほとんどの組織が健康増進計画など保健福祉計画の策定に関与していると回答した自治体は15.8%で、半分以上が関与していると回答したのは7.5%であった。こうした自治体の割合は人口10～30万の自治体で最も高かった（図35）。

図35 保健福祉計画の策定に関与している組織の割合



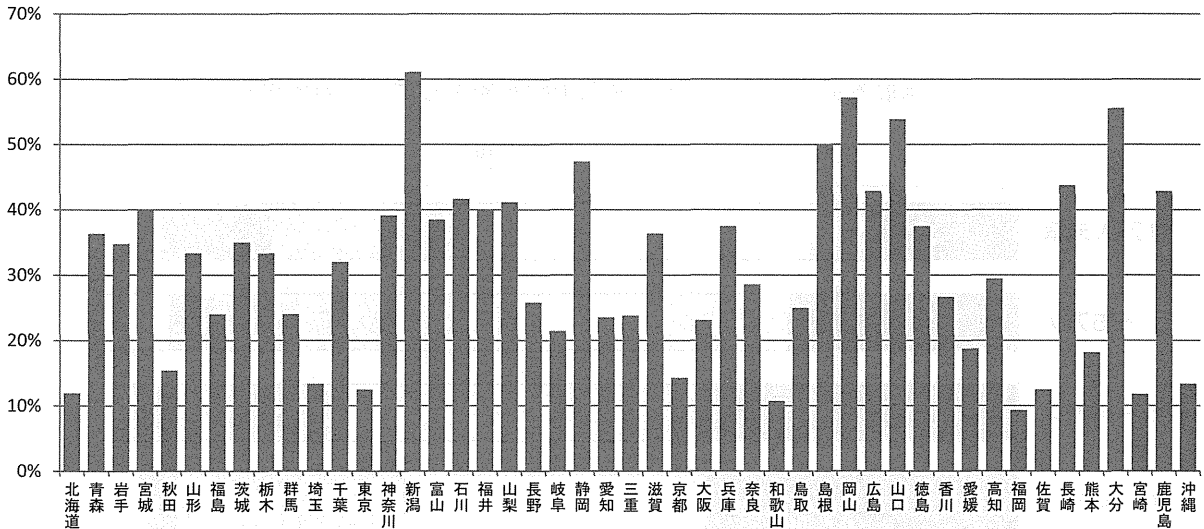
ほとんどの組織が保健福祉計画の推進に関与していると回答した自治体は18.7%で、半分以上が関与していると回答したのは9.4%であった。こうした自治体の割合は人口5～10万の自治体で最も高かった（図36）。

図36 保健福祉計画の推進に関与している組織の割合



都道府県別の集計では、ほとんど、もしくは、半分以上の組織が保健福祉計画の推進に関与している自治体の割合は、9.3%から61.1%（新潟県）まで、大きな差異を認めた（図37）。

図37 半分以上の組織が保健福祉計画の推進に関与している自治体の割合



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5～10万人の自治体で最も高かった（図38）。

図38 保健福祉計画の評価に関与している組織の割合

