

うに整理をこころみた。

- 1) 共通の、普遍的で明確な目的があること
- 2) 活動が参加者や参加団体それぞれが持つ利害のすべてあるいは一部と一致していること
- 3) 現状把握がされていること
- 4) 明確で民主的なマネジメントシステム上で行われていること
- 5) ベースとなる一定水準のソーシャル・キャピタルが備わっていること

1) について、目的は誰もが困難な問題として抱えている課題の解決に関連するものがよい。たとえば、自治体において今最も受け入れられやすいものの一つに「高齢化対策」があげられよう。この大きな人口学的変動への対応に迫られていない部署はむしろ考えにくく、利害が一致しやすい。また、事例に挙げた陸前高田市の「未来図会議」における共通目的は「住民生活の復興」といえる。この大きな目標のもとに、多くの団体関係者が、月1回、情報交換とネットワーキングを目的として参集している。

2) について、当然だが、利害の一致は、継続的なかわりに不可欠である。たとえば自身の目的と完全に合致していなくても、自身の目的達成に役立ちそうだ、という理由が見出せる限り、継続参加が促されよう。

この点に関連して注意すべきは、イニチアチブをとる立場（発起人の立場）は、自身の目的を前面に押し出すと、幅広いメンバーが参加する合理性を欠いてしまい、連携が成立しない可能性である。たとえば、介護保険課が、「介護予防」のための多部署・官民の連携を推進したいと考えて始める活動であっても、介護予防という目的のみのために、介護予防活動を存在理由としていない別の部署

（たとえば都市計画課）の参集は得られにくい。参加者すべてについて、それぞれが持つオリジナルの目的達成に関連するテーマ設定が求められる。であるから、介護予防ではなく、高齢化対策がベターなのである。

3) について、組織の課題を明確にするためにも、現状把握は不可欠であろう。既存の統計情報や追加の調査、評価のための調査により、現状についての情報をメンバー間でシェアし、共通理解を持つ必要がある。1) の目的（ゴール）の明確化のためにも重要な要素である。

4) について、多部署連携の推進は、特にその初期段階では、参加者たちは、それに費やす十分な資源（人や時間、予算）を持たないまま（手弁当で）参加することとなる。そのため、ゴールまでの道筋やそのマネジメントの仕組みを可能な限り明確にし、各参加者が、参加に伴う将来のコストとプロセス、そして成果物をイメージできるようにしておくことが求められる。

最後に、5) について、多様な参加者が集まるには、特に発起人と各参加者との間の一定程度の信頼関係や互惠関係（＝ソーシャル・キャピタル）が備わっている必要がある。一般住民における（伝統的な）互助的活動の多く（たとえば貯蓄講やマイクロクレジットなどの金銭互助組織や、「結い」など）において、既存のソーシャル・キャピタルが不可欠であることは以前より指摘されている（近藤尚己・白井こころ 2013）。これは組織間の連携についても同様に適用されると考えられる。

<多部署・官民連携における集団レベルのソーシャル・キャピタルの負の側面への備え>

ポータスの批判に合ったように、集団レベルのソーシャル・キャピタルには、負の側面

が存在する。連携組織の運営上も、そこに留意し、関連するアクシデントの予測と対応策の準備をしておくといよい(Portes, 1998)。

たとえば、連携組織への参加を強い義務とすることをトップダウンで決定して行った場合、連携組織の運営上は安定するが、組織への強いコミットメントを求めることとなり、各参加者にとっては時に強い精神的ストレスとなったり、自身の本業部分を圧迫することになりかねない。

利害関係者間の摩擦への対処も必要になる。具体的な活動が進んでいくと、参加者（参加組織）の中には、活動が自身の利害と一致しにくくなる場合がある。同時にすべての参加者にとっての利益とならなくても、将来の計画ライン上にそれぞれの利益につながる活動がマッピングされているなどの工夫をすることや、活動内容の決定を可能な限り民主的に行うことなどの工夫により継続参加を維持しやすくなるであろう。

## E. 結論

ソーシャル・キャピタルの概念について、主にその定義にさかのぼり、定義の違意を明確にしたうえで、公衆衛生活動におけるそれぞれの含意や留意点について整理した。また、この整理結果を踏まえて、自治体における「地域づくり型」の公衆衛生活動の進め方について、理論的考察と、事例的な検討から掘り下げた。地域づくり型の公衆衛生活動においては、コールマンやパットナムによる定義に基づき、グループメンバーやグループ同士の良好な関係性を追求するような「集団レベルのソーシャル・キャピタル」の醸成を進めることが、健康日本21（第二次）の基本姿勢とも合致していることが明らかになった。その推進のためには、保健関係の分野にとらわれず、幅広く、自治体内の多部署や住民組織、民間

団体が参集するような連携組織の運営を行うことが有効なアプローチであると考えられた。しかし、これまでの事例を見る限り、住民組織との連携については多くの事例がみられるものの、特に自治体内の部署間連携について、その事例がほとんど見られていないなど、今後目指すべき方向性が確認された。

また、集団レベルのソーシャル・キャピタルには負の側面があることを踏まえ、また地域の文化や慣習を十分に把握したうえでの地域づくりを進めることの重要性も確認された。

筆者らは、以上の研究成果を踏まえ、本研究計画により、2つの地方自治体（兵庫県神戸市・熊本県御船町）で多部署・官民連携組織の運営に関与している。次章で今年度の活動報告を行う。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

原著論文：

近藤尚己（2014）「地域診断のための健康格差指標の検討とその活用」『医療と社会』vol.24, no.1, pp.47-55.

近藤尚己（2014）「東日本大震災復興期における高齢者の健康状態および社会参加状況に関する調査結果」『Geriatric Medicine』vol.52, no.2, pp.147-151.

近藤尚己（2013）「社会階層と健康：疫学のアプローチ」『理論と方法』vol.28(1), pp. 21-33.

近藤尚己（2014）「相対所得仮説とソーシャル・キャピタル」『経済セミナー』no. 676, pp.24-28.

書籍：

Naoki Kondo, Kokoro Shirai (2013). Microfinance and health (Chapter 10). In., Ichiro

- Kawachi, SV Subramanian, Soshi Takao (Eds.), *Global perspectives on social capital and health*. Springer, New York, in press.
- 近藤尚己・白井こころ (2013) 「マイクロファイナンスと健康 (第10章)」イチロー・カワチ, 高尾総司, SVスブ라마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』日本評論社.
- 近藤尚己 (2013) 「健康の社会的決定要因と健康格差」日本国際保健医療学会 (編). 『国際保健医療学第3版』杏林書院. pp23-26.
2. 学会発表
- Naoki Kondo. Physical and Social Environment and depression: 1.5 Years after the 2011 Great East Japan Earthquake. The 5th annual meeting of the International Society for Social Capital Research, Turku, Finland, June 3, 2013.
- Naoki Kondo. Physical and Social Environment and depression: 1.5 Years after the 2011 Great East Japan Earthquake. PeSeTo International meeting. Seoul (S. Korea). May28th, 2013.
- (招待講演) 近藤尚己. これからの健康・介護予防政策: 健康格差社会と自治体. 自治体議会政策学会第15回自治政策講座. 神奈川県民ホール (神奈川県). 平成25年5月13日.
- (招待講演) 近藤尚己. 日本はなぜ健康になったか? 地域の取り組みと国の政策の貢献. ハーバード大学公衆衛生大学院武見国際保健プログラム設立 30 周年記念シンポジウム. 日本医師会大講堂 (東京都) 平成25年11月23日
- 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
- <引用文献>
- Berkman LF and Kawachi I (2000) 『Social epidemiology』Oxford University Press.
- Bourdieu P (1986) 「The forms of capital」JG R. 編『Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education』Greenwood.
- Coleman J, S (1990) 『Foundations of social theory.』Harvard University Press.
- Ichida Y, Hirai H, Kondo K, et al. (2013) "Does social participation improve self-rated health in the older population? A quasi-experimental intervention study" *Soc. Sci. Med.* 94(0):83-90.
- Kanamori S, Kai Y, Kondo K, et al. (2012) "Participation in Sports Organizations and the Prevention of Functional Disability in Older Japanese: The AGES Cohort Study" *PLoS ONE* 7(11):e51061.
- Kawachi I and Berkman L (2000) 「Social Cohesion, Social Capital, and Health」Berkman L. and Kawachi I. 編『Social Epidemiology』Oxford University Press.
- Kawachi I, Subramanian SV and Kim D (2008) 『Social capital and health』Springer.
- Kawachi I, Takao S, Subramanian S, et al. (2013) 『Global perspectives on social capital and health』Springer.
- Kondo N, Suzuki K, Minai J, et al. (2012) "Positive and negative impacts of finance-based social capital on incident functional disability and mortality: An 8-year prospective study on elderly Japanese" *J.*

- Epidemiol.* 22(6):543-550.
- Lin N (2001) 『Social capital: Theory and research』Aldine de Gruyter.
- Murayama H, Fujiwara Y and Kawachi I (2012) "Social capital and health: a review of prospective multilevel studies" *J. Epidemiol.* 22(3):179-87.
- Portes A (1998) "SOCIAL CAPITAL: Its Origins and Applications in Modern Sociology." *Annual Review of Sociology* 24(1):1-25.
- Pronyk PM, Harpham T, Busza J, et al. (2008) "Can social capital be intentionally generated? a randomized trial from rural South Africa" *Soc. Sci. Med.* 67(10):1559-70.
- Pronyk PM, Harpham T, Morison LA, et al. (2008) "Is social capital associated with HIV risk in rural South Africa?" *Soc. Sci. Med.* 66(9):1999-2010.
- Putnam RD (1992) 『Making democracy work: Civic transitions in Modern Italy』Princeton University Press.
- 近藤尚己・白井こころ (2013) 「マイクロファイナンスと健康」カワチ イチロ., 高尾 総., スブラマニアン S., et al.編『ソーシャル・キャピタルと健康政策：地域で活用するため』日本評論社.
- 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会, 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会 (2012) 『健康日本 21 (第 2 次) の推進に関する参考資料([http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21\\_02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf))』厚生労働省 (2012) 『自治体の取組事例集』([http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21\\_01-02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01-02.pdf)) .
- 小宮山洋子 (厚生労働大臣) (2012) 『厚生労働省告示第四百三十号「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」』([http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21\\_03.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_03.pdf))
- 小山弘美 (2011) 「ソーシャル・キャピタルとしての町内会：個人の行為から町内会をとらえる方法」『日本都市社会学会年報』vol. 29:127-142.
- 尾島俊之(企画)ほか (2013-2014) 「事例集」新しい健康日本 21 へのヒント『保健師ジャーナル』医学書院,vol.57-70.
- 陸前高田市. 陸前高田市保健医療福祉未来図会議 ウェブサイト . 2014. (<http://www.koshu-eisei.net/saigai/rikuzentakatakaigi.html>). (Accessed 2014 年 5 月 2 日).

自治体における多部署・官民連携体制の構築による  
地域づくり型の介護予防対策の推進に関する研究

研究代表者 近藤 尚己（東京大学大学院医学系研究科准教授）

研究協力者 芦田 登代（東京大学大学院医学系研究科特任研究員）

分担研究者 近藤 克則（日本福祉大学社会福祉学部教授）

**研究要旨** 自治体における地域レベルのソーシャル・キャピタルの醸成をめざした地域づくり型の介護予防対策の推進するためには、自治体において幅広い多部署・官民連携体制を構築することが、必要であると考えられる。自治体で保健対策のための多部署・官民連携を進める際の実践的課題を抽出するため、介護予防施策を例に、兵庫県神戸市および熊本県御船町における連携会議の立ち上げと多部署連携会議の運営を、研究者の参画を伴い実施した。本年度1年間の取り組みの結果、幅広い職種の積極的参加を促すには、共通の目的と互いの利益の尊重される運営方法の工夫が必要であることなど、重要な点が確認された。また、参加者の主体的かかわりを効率的に高め、信頼関係を構築するために、ファシリテーション手法が有効である可能性が見出された。今後、構築した多部署連携会議の枠組みを継続運用していくことで、持続可能で効率的な連携組織の在り方について検討していく。

## A. 研究目的

### <背景>

健康日本21（第二次）では、身体状況や生活習慣の面において高い疾病リスクを抱えた個人を対象としたハイリスクアプローチを中心とした従来の手法から転換し、そういったリスクのありなしにかかわらず、人々が共有している社会環境にアプローチする、いわゆる環境改善型のポピュレーション・アプローチによる保健対策を推進することが求められている（小宮山洋子 2012）。高齢者を対象とした保健活動においても、まず社会経済的に困窮しやすく、また社会的にも孤立しやすい高齢期という特徴を踏まえ、まず社会組織や制度から取り残されたいわゆる「社会的排除」の状態とならないよう（社会的包摂状態を維

持するよう）、フォーマルおよびインフォーマルなセーフティネットを整備することが求められる。また社会参加を積極的に促すことで、社会的役割機能を維持増進し、ひいては介護予防につなげることの重要性も指摘されている（介護予防マニュアル改訂委員会（厚生労働省老人保健事業推進費等補助金研究班 2012））。

高齢者保健については、現在地域包括ケアシステムの本格的な推進が求められる段階に来ており、介護予防に関しては多部署連携によって、高齢者の社会参加を促す多様な機会や仕掛けを生活圏域内に備えることが重要とされている。ただし、介護予防を目的としていない他の部署が、直接介護予防活動にかかわることには、政策的合理性がない。そのた

め、他の部署との連携の必要性は認識されながら、自治体においてそれが実際にうまくいっている事例はあまり報告されていない。

前章の分担研究報告書において、多部署連携の合理性について、ソーシャル・キャピタル論の観点から考察した。しかし、それが実際の自治体活動で活かされるか、現実的な考察になっているかについてはわかっていない。

#### <目的>

そこで本研究では、市区町村自治体において、集団レベルのソーシャル・キャピタルを高め、高齢者の社会参加、社会的包摂を推進する「地域づくり型」の高齢者保健の推進の在り方やそのノウハウについて、実際に自治体との共同で多部署・官民連携の取り組みを進めることにより実証的に明らかにすることを目的とした。

3年計画の初年度である25年度は、自治体の共同の取り組みのための多部門連携組織の立ち上げを行うことを計画し、それを進めたので報告する。

## B. 研究方法

前章の理論的検討の成果を踏まえて、本研究班が参画する日本老年学的評価研究（Japan

Gerontological Evaluation Study: JAGES）に参加している30自治体のうちから、合意の得られた2自治体を選定し、介護保険や地域包括ケアの担当部署との準備会議を開催した。準備会議を受け、年度内に多部署連携会議を立ち上げた。連携会議には毎回担当研究者が参画し、ソーシャル・キャピタルや地域づくり型の介護予防戦略の概念の説明、その条件としての地域診断とその見える化の重要性、地域づくり型の保健施策のポイントなどに関するレクチャーに加え、連携会議のデザインや

運営方針について議論を進めた。また、連携会議での検討材料とするための、JAGESデータを用いた地域診断作業を実施した。

対象自治体の地域診断には、JAGESデータを用いた介護予防関連の諸指標を分析し、ウェブ地図等を用いて視覚的に理解しやすく「見える化」したJAGES-HEART（近藤克則，2014）、および介護予防ウェブアトラス（近藤克則，2012）を用いた。

#### （倫理面への配慮）

本研究は文献研究および自治体との共同作業による事業的性質の実践研究であり、疫学研究や臨床研究に求められるような倫理審査は求められない。関連するJAGES追跡研究については、日本福祉大学の倫理審査委員会の承認を得て実施された。

## C. 研究結果

#### <対象地域の選定>

対象地域は、都市部と農村部の違いを考慮し、大都市から兵庫県神戸市を、中山間地から熊本県御船町を選出した。両自治体の基本情報等については本報告書の分担研究報告（56ページ）を参照されたい。

#### <多部署連携に向けた組織づくりの経過>

##### 1. 神戸市

神戸市は、平成22年から23年に行われたJAGES第1回調査の対象自治体であり、本研究計画開始時にすでに同市の介護保健課との協力関係があった。これまでは、第1回調査の集計結果や分析結果を返信し、市職員が自主的に活用するという範囲にとどまっていた。今回、第2回調査の対象地域として引き続き協力体制を継続することになった。また、JAGES-HEARTをより積極的に活用し、地域づくり型の

一次予防施策へと同市の介護予防戦略をシフトさせることが検討されたが、その際のアドバイスを研究者（近藤克則、近藤尚己）が行う形で準備の調整を進めた。25年度初頭から準備を進め、期間中に4回の準備会議、行政区の保健師など介護関係の担当者を集めた「介護予防ワークショップ」を2回行い、3月には「ぱんだプロジェクト」と称した介護予防に関する多部署連携ミーティングを実施した。

12月には、市から各行政区担当者へ、研究者らが作成した「介護予防事業実施対象地区選定シート（詳しくは分担研究報告書（43ページ）を参照のこと）を用いて、次年度以降、地域づくり型の介入を進めるべき校区の候補を抽出し、市へと報告することを依頼した。その結果をもとに、市として取り組むべき4校区を最終的に選定した。

各会議の内容は以下の通りであった。

#### 1) 第1回準備会議（8月15日）

- ・ 介護予防における地域づくり型対策の重要性やそのアプローチについてのレクチャー（近藤克則）
- ・ 今後の計画についての会議

地域づくり型の対策を進めていくことを確認した。また、JAGES-HEARTを用いた地域診断結果の活用法について、行政区の保健師等職員を交えた検討会（ワークショップ）の必要性を確認した。

#### 2) 第2回準備会議（9月6日）

- ・ 神戸市の組織構造や意思決定、進捗状況について確認
- ・ 東京大学チームよりJAGES第1回調査（2010年）調査結果を用いた追加の地域診断結果の提示と議論
- ・ ワークショップの進め方について相談

行政区ごとに課題の多い地域（中学校区）を選び出し、最終的に全市で4校区ほどのモデル事業対象とする地区を選び、次年度の地域づくり型の介入につなげる旨が確認された。追加分析では、JAGES参加自治体の中では神戸市は比較的健康状態や社会参加状況がよいことがわかった。一方で、健診未受診者の割合や痩せの割合、うつの割合などの対策が課題である点が確認された。

#### 3) 第1回介護予防検討ワークショップ（10月16日）

保健福祉局高齢福祉部介護予防担当課長名による依頼通知により、各行政区の保健福祉課長あてにワークショップへの参加依頼をかけ、開催された。各区より2、3名の参加があった。地域づくり型の介護予防の推進およびJAGESプロジェクト等についてのレクチャー（近藤克則）のあと、JAGES-HEARTを用いた地域診断結果地図等を用いて各区の中の介護リスク等の分布についてグループワークを行った。それぞれ、重点対象とすべき地域や対象課題（歯の健康、うつなど）について明らかにすることができた。また、地域づくり型の介入手法についてのブレインストーミングを行った。（資料1）

#### 4) 第3回準備会議（11月7日）

- ・ ワークショップの振り返り
- ・ 介護予防事業実施対象地区選定シート・バージョン1の提示
- ・ 次回ワークショップの内容検討

地域診断の必要性、地域づくりの有効性について、ワークショップにより各行政区担当者の理解が得られたことを確認した。次回のワークショップでは閉じこもり予防と社会参加の促進に焦点を当てて、対象地区選定作業

を進めることを確認した。各行政区担当者が主体性を持って取り組めるような工夫をしつつワークショップを進めることを確認した。

5) 第2回介護予防ワークショップ(12月3日)

戦略的な介護予防を推進する地域づくりについてのレクチャー(近藤克則)のあと、「介護予防事業実施対象地区選定シート・バージョン2.1.」を用いて、各区内での要介護リスクや地域資源量との兼ね合いから地域づくり型の介入事業をするべき優先度の高い自治体を選ぶ作業を実施した。また、各地域で行うべき地域づくり型の介入の方法や活用するリソースについて意見交換をした。地域の社会的な困窮度が健康リスクと強く関連することなどへの気づきがあった。また農村地域と都市部でアプローチを大きく変える必要性などにも気づいた。

6) 第4回準備会議(2月13日)

12月に各行政区に依頼し、市が報告を受けた地域づくり型対策を推進すべき地区候補の情報を基に市が選んだ4地域について、その健康リスク指標の状況や地域資源の状況について詳しく検討した。

また、多部門連携会議に向けた準備を行った。

7) 第1回ぱんだプロジェクト会議(多部署連携会議)(3月3日)

保健福祉局高齢福祉部介護保険課の主催により開催した。参加者は都市計画総局・環境局・企画調整局(デザイン都市推進室)・市民参画推進局・行財政局・保健福祉局からの11名であった。介護福祉に関する神戸市の状況について、および「ぱん

だプロジェクト」についての担当保健師からの説明ののち、各参加者の自己紹介を行い、グループワークを行った。

グループワークでは、多部署が入り混じったグループにより以下のセッションを実施した。

- ① 介護予防とは関係なく、まず各部局が現在高齢者に関して抱えている課題や悩み、対策などについての意見出し
- ② 解決できる課題および解決困難な課題についての議論
- ③ 各課の連携による新しい解決法の提案
- ④ 発表

ワークショップのあと、ソーシャル・キャピタルを醸成する地域づくりについて、その介護予防への意義についてのレクチャーを行った(近藤尚己)。研究者らはオブザーバーとしての参加形態をとった。

グループワークでは、「介護」という響きの印象の問題、参加したい人はいるはずだが、ニーズを満たす仕掛けがないこと、ボランティアではなく、可能な限り給与の出る参加形態が望ましい、楽しい取り組みが必要、住民組織に任せただけの場合の会計処理の煩雑さが問題、といった意見がだされ、課題点に関するカテゴリーとして、

- ① 担い手不足の問題
- ② コミュニティの力
- ③ 場所・認知・魅力
- ④ 支援拒否、本当に必要な人へ届かない

の4つが抽出された。解決策としては、ふれあい喫茶の活用、稼げる仕組みの重要性、企業との連携、サロン事業への助成、コミュニテ



ィ・サポートセンターの活用などの案が出された。

## 2. 御船町

御船町は、25年度JAGES調査からの新規参加自治体である。25年度は3回の「地域包括ケア推進会議」を実施し、初回から幅広い部署からの参加を得た。

各部署の参画については、町長からの指示の形で進められた。

### 1) 第1回地域包括ケア推進会議(11月26日)

参加者は総務課・企画財政課・農業振興課・水環境課・地域包括支援センター・学校教育課・社会教育課・観光交流推進課・福祉課・町民保健課・健康いきいき推進課・建設課・税務課から、研究者3名を含めて20名であった。

「まちづくりで介護予防：全国10万人調査で見えてきたこと」としてのレクチャーのあと、以下の議題でワークショップを行った。

セッション1:各課が取り組んでいる「まちづくり」に関係する事業とその課題。

セッション2:高齢者の社会参加機会を増やすためにできること。

セッション1では、地域防災計画で100%組織化が達成された自主防災組織の運用や活用のアイデアが乏しいこと、高齢者のゴミ出し支援の問題があること、山間地の過疎地域(水越地区)の活性化には高齢者の参画が不可欠であること、税務業務の中で、社会経済的に困難な状況にある高齢住民を相手にする機会が多く、介護予防との関連を感じていること、老人クラブなど、組織の担い手不足の問題、社会参加のための手段(交通など)の問題、若手との交流不足などがあげられた。

セッション2では、高齢期が貧困のリスクであることから、可能な限り有償の活動の場の提供が望ましいこと、農産物を売れるようにすること、耕作放棄地の活用、シルバー人材センターの出張所を各区に設けること、自治体職員の積極介入による、貧困者の生活立て直しの支援をすることなどの案が出された。

### 2) 第2回地域包括ケア推進会議(2月21日)

第2回目の会議は、JAGES調査が終了後の2月に行われた。午前中に地域包括ケアセンターの担当者らとの打ち合わせを行い、午後には会議を実施した。

「地域づくりと介護予防」としてのレクチャー(近藤尚己)のあと、JAGES調査の概要と中間分析結果の説明を行った(芦田登代)。参加者は16名であった。

グループワークでは町内の地区ごとの集計結果(資料2)を見ながら「どんな指標が良いのか悪いのか」「指標同士の関連」「地域の課題」について議論した。

議論の結果、山間部と平坦部で結果に大きな違いがみられ、平坦部では社会参加やソーシャル・キャピタルが希薄である一方、健康状況や幸福度は悪くなく、山間部は社会参加やソーシャル・キャピタルが豊かであるが、社会経済的状況は相対的に良くなく、健康状態にも課題が多い、という傾向が見て取れた。七滝校区はすべてにおいて良好な状況であり、その理由について、地域の交流活動が非常に豊かに地域であることが知られており、その関係について議論された。

課題の解決方法として、七滝地区を見習った活動を他の地域へ展開、ボランティアグループへの男性参加者増加の方法の模索、シルバー人材センターの区ごとの登録場所の確保、自主防災組織活動とゴミ出し支援とをつなげ

る、地域の行事（運動会など）の推進などの案があげられた。

会議後の反省会で、将来的に住民組織の代表者も地域包括ケア推進会議に参加する機会を作ることを今後検討することを確認した。

### 3) 第3回地域包括ケア推進会議（3月20日）

第3回会議は、以下の構成で行った（図1, 2）。

- ① JAGES調査結果の振り返りワークショップ（地域診断結果を再度検討）
- ② 水越地区の活性化の取り組み状況についての報告とアイデア出しワークショップ
- ③ 自主防災組織運営の現状と課題についての報告とアイデア出しワークショップ
- ④ レクチャー（近藤尚己：まちづくりによる介護予防）

ワークショップでは、研究協力者の河村洋子氏の司会により、「一人からみんなへ（1-2-4-all）」というファシリテーション手法を活用した（詳細は分担研究報告書：75ページを参照のこと）。

ワークショップでは、自主防災組織の活性化について、災害時の技術支援などで商工会との連携や、災害備蓄で農業部門との連携が有効であるのではないかと、といった意見が出された。また、普段の訓練の場を、栄養改善に取り組む住民活動など、別活動と結び付けて行うことで楽しく、有効に機能させられるのではないかと、といった意見が出た。

過疎化が進む農村地区である水越地区の活性化については、旧小学校校舎を活用した配食サービスや集会所としての活用などで、住民組織などとの連携が必要との意見が出された。

会議予定時間を3時間としていたが、本来業務に戻らねばならず、途中退席した参加者がいた。

会議後の反省会では、多部署連携会議は多忙な部署等から集まっていることもあり、可能な限り短い時間でこなすことなどの配慮が必要ことが確認された（最大2時間、という意見が出た）。

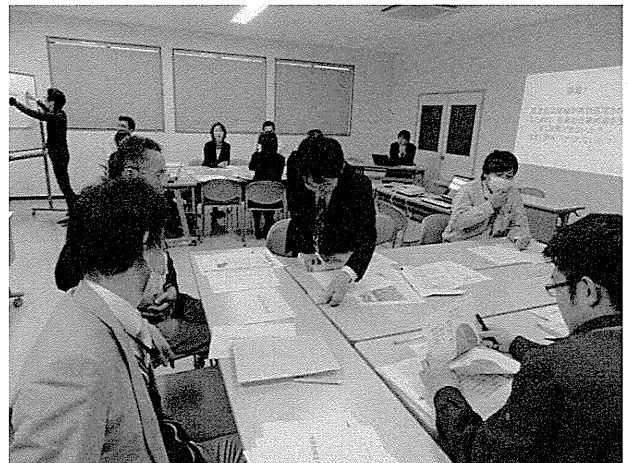


図1：ワークショップの様子1

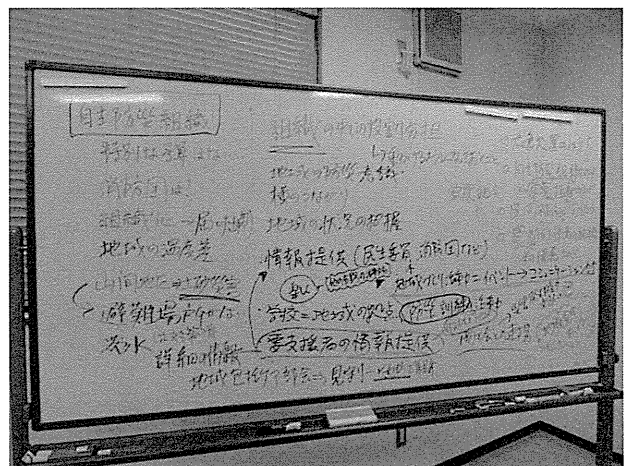


図2：ワークショップの様子2

## D. 考察

以上、大都市の例として神戸市、中山間地

の例として御船町における多部署連携の取り組み状況について、初年度の準備的段階の報告をした。計画通り、両自治体において多部署連携会議の発足までたどり着くことができた。

#### <多部署連携までのプロセスについて>

連携組織までの立ち上げまでは、都市と農村部でのプロセスにはいくつかの違いがみられた（後述）が、おおむね以下のように整理されると考えた。

1. 地域づくり型の介護予防施策の重要性についての関係部署（介護保険担当部署）内での十分な動機付けと学習
2. やや拡大した関係部署を交えた準備会議と合意形成（神戸市における各行政区の保健師などを交えた会議）
3. 介護や福祉以外の部署を含めた多部署連携会議
4. （住民組織や民間企業へのヒアリング）
5. （住民組織や民間企業を主メンバーに加えた拡大会議）

（\*カッコ内は今後進むと期待しているプロセス）

つまり、コアとなる発起人チーム内の目的意識の共有と結束がスタートのための条件であり、そのうえで、徐々に直接の関係部署から、間接的な関係部署へと広げていく、という段階的なプロセスが必要、ということである。御船町では、町が小規模であることから、以前より部署間の風通しが良かったことを背景に、初回より別の部署の職員を広く集めた会議を開催することができた一方で、組織の大きな神戸市の場合は、信頼関係を少しずつ構築していくプロセスを十分に踏まえていく

必要があった。このように、自治体の規模や既存の部署間のソーシャル・キャピタルの状況などを踏まえた準備プロセスを踏む必要があると考えられた。

#### <見える化された地域診断データの重要性>

また、多部署連携会議の発足と推進によって地域診断データが有用であることについて、前章の分担研究報告ですでに述べたところであるが（12ページ）、今回それが実質上も極めて有用である可能性が確認された。関係者間の目的（ゴール）確認として、また地域の課題の抽出のための検討資料として、可視化された資料が役に立った。

#### <多部署連携会議での留意点>

さらに、前章の分担研究報告書では、多部署連携会議の開始と継続において以下の点が重要であることを理論的に確認した。

- 1) 共通の、普遍的で明確な目的があること
- 2) 活動が参加者や参加団体それぞれが持つ利害のすべてあるいは一部と一致していること
- 3) 現状把握がされていること
- 4) 明確で民主的なマネジメントシステム上で行われていること
- 5) ベースとなる一定水準のソーシャル・キャピタルが備わっていること

これを踏まえ、神戸市と御船町では、まず1)、2)について、介護予防という発起人側の目的の押しつけとならないよう、まず各参加者が高齢化と関連して抱えている課題等について報告しあい、それぞれの課題解決に資するための連携活動である、という立場を明確にしながら進めた結果、目的の共有が一定程度

ははかられたと考えられた。3)については、JAGESのデータを生かした地域診断を最大限に活用することで、議論を豊かにすることができた。

また、多部署連携の負の側面として、組織への強いコミットメントを求めることによる負担の増加が懸念されたが、3時間の予定で行った御船町での第3回会議で途中退席者が出たことなどから、負担を軽減するための適正な会議時間などについて配慮が必要であることが確認された。

## E. 結論

2つの自治体において、見える化した地域診断結果をもとに多部署連携によって地域づくり型の介護予防を進めるための、部署間連携の組織を立ち上げたので、そのプロセスについて報告した。また、多部署連携の際の留意点等について考察した。多部署連携においては、共通の目的意識を維持できるよう、高齢化に関連して各部署が抱えている諸問題へ共同で対応することを一義的な目的として、介護予防活動への貢献を強く求め過ぎないことなど、重要な留意点を確認された。

次年度以降、活動を継続していくことで、持続可能で効果的な組織づくりについての考察を行っていく。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

近藤尚己・白井こころ(2013)「マイクロファイナンスと健康(第10章)」イチロー・カワチ、高尾総司、SVスブラマニアン(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』日本評論社。

近藤尚己(2013)「健康の社会的決定要因と

健康格差」日本国際保健医療学会(編)『国際保健医療学第3版』杏林書院。pp.23-26。

### 2. 学会発表

(招待講演)近藤尚己「これからの健康・介護予防政策：健康格差社会と自治体」自治体議会政策学会第15回自治政策講座。神奈川県民ホール(神奈川県)。平成25年5月13日。

(招待講演)近藤克則「健康格差社会と地域における健康づくり」宮城県看護協会研修会。平成25年10月5日。宮城県看護協会(宮城県)。

(招待講演)近藤尚己「支えあいにつくる健康長寿・御船町」平成25年11月26日。御船町カルチャーセンター

## 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

### <引用文献>

介護予防マニュアル改訂委員会(厚生労働省老人保健事業推進費等補助金研究班)(2012)『介護予防マニュアル改訂版』三菱総合研究所。

近藤克則(2012)「介護予防ウェブアトラス」(<http://www.doctoral.sakura.ne.jp/WebAtlas/>)

近藤克則(2014)「健康格差と健康の社会的決定要因の「見える化」—JAGES2010-11プロジェクト」『医療と社会』vol.24, no.1, pp5-20

小宮山洋子(厚生労働大臣)(2012)『厚生労働省告示第四百三十号「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的

な方針』(http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21\_03.pdf)

## 第1回介護予防検討ワークショップ

JAGESプロジェクト地域診断ツール「介護予防政策サポートサイト」を活用しながら、  
地域情報などを意見交換

### セッションⅠ 自己紹介

#### 1. 地域診断 (20分)

☞ 地図を見て、ご自身の区で、以下の点について評価してください。

健康：健診未受診，やせ，うつ，転倒，残歯数9本未満，物忘れ，外出週1回未満

行動：喫煙，歩行時間，会やグループへの参加（業界・ボランティア・老人クラブ等）

#### 2. 発表 (15分)

### セッションⅡ 実行準備

☞ 日々の経験から、各区の課題について議論してください。(20分)

☞ なぜ、その課題なのでしょう。介入のために活用できる資源は何でしょう。(15分)

### セッションⅢ 事業計画の作成

#### 1. 事業計画の作成 (25分)

☞ セッションⅠで挙げた健康や行動に関する課題について、介入法のアイデアを複数出してください。

☞ そのうちの1つを選択して、事業計画を立ててみる！

①数値目標

②スケジュール

③介入アイデア

- 実行可能性
- 効果の大きさ
- (思いつけば…)波及効果
- 注意すべきこと(逆効果もあるかもしれない！)

#### 2. ディスカッションとまとめ (25分)

資料2 御船町の小地域別診断結果シート（地域名は削除してある）

														最小値	差	比	
幸福・生活満足	1	今の生活に満足している人の割合	男性	71.9%	75.2%	83.1%	86.9%	83.2%	82.1%	78.5%	68.0%	73.5%	52.9%	86.9%	52.9%	0.340	1.64
			女性	88.3%	81.7%	85.0%	85.4%	80.8%	86.3%	78.6%	79.2%	74.9%	74.7%	88.3%	74.7%	0.135	1.18
	2	自分が幸せだと思う人の割合	男性	82.7%	85.0%	78.6%	92.2%	86.8%	94.9%	78.8%	81.3%	84.6%	70.1%	94.9%	70.1%	0.248	1.35
			女性	94.7%	97.3%	92.9%	89.9%	93.6%	90.6%	88.0%	82.7%	87.9%	92.9%	97.3%	82.7%	0.146	1.18
健康	3	やせの人の割合	男性	6.1%	6.7%	0.0%	5.8%	11.9%	3.1%	4.3%	10.3%	4.6%	0.0%	11.9%	0.0%	0.119	
			女性	6.7%	7.0%	8.5%	11.1%	10.0%	6.3%	8.7%	9.8%	12.5%	15.6%	15.6%	6.3%	0.093	2.49
	4	うつものの割合	男性	8.2%	5.6%	0.0%	3.6%	2.9%	3.3%	5.3%	5.2%	3.9%	0.0%	8.2%	0.0%	0.082	
			女性	3.4%	1.9%	2.3%	4.9%	8.0%	4.6%	6.4%	1.4%	3.0%	4.7%	8.0%	1.4%	0.066	5.70
	5	主観的健康感がよい人の割合	男性	78.3%	78.9%	88.9%	79.4%	73.9%	78.3%	78.5%	65.8%	66.4%	100.0%	100.0%	65.8%	0.342	1.52
			女性	87.9%	81.4%	83.5%	86.1%	82.1%	90.9%	86.2%	74.7%	76.3%	67.7%	90.9%	67.7%	0.231	1.34
	6	1年間に1度でも転んだことがある	男性	22.0%	27.9%	17.6%	28.1%	24.0%	20.1%	32.4%	24.1%	20.0%	0.0%	32.4%	0.0%	0.324	
			女性	22.8%	23.6%	36.8%	26.2%	28.9%	20.2%	28.7%	20.4%	27.3%	16.0%	36.8%	16.0%	0.208	2.30
7	歯が1本もない人の割合	男性	12.9%	11.8%	47.1%	10.0%	18.8%	13.6%	9.6%	13.8%	7.7%	23.6%	47.1%	7.7%	0.394	6.11	
		女性	11.1%	15.2%	10.0%	10.4%	4.9%	9.3%	14.0%	13.3%	18.6%	23.9%	23.9%	4.9%	0.190	4.91	
行動	8	健診を受けていない人の割合(過去1年)	男性	32.8%	37.9%	26.6%	30.5%	32.0%	30.2%	24.8%	29.5%	32.6%	21.2%	37.9%	21.2%	0.166	1.78
			女性	29.5%	29.8%	14.9%	34.7%	29.5%	23.1%	19.4%	15.7%	28.6%	24.8%	34.7%	14.9%	0.199	2.34
	9	現在喫煙している人の割合	男性	15.5%	16.7%	21.2%	20.1%	18.4%	12.2%	12.2%	25.3%	16.5%	26.0%	26.0%	12.2%	0.139	2.14
			女性	4.4%	0.0%	2.1%	2.4%	1.1%	1.0%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%	4.4%	0.0%	0.044	
	10	閉じこもり(外出頻度が週1回未満)	男性	6.5%	6.2%	3.8%	8.7%	10.7%	0.0%	4.2%	14.5%	9.7%	8.6%	14.5%	0.0%	0.145	
			女性	4.7%	1.4%	16.8%	10.5%	10.1%	3.1%	14.1%	4.7%	12.3%	22.5%	22.5%	1.4%	0.211	16.23
11	1日の平均歩行時間30分以上	男性	72.0%	63.5%	66.3%	77.1%	77.7%	79.3%	74.5%	77.3%	79.0%	70.0%	79.3%	63.5%	0.159	1.25	
		女性	73.5%	72.1%	79.2%	73.3%	73.1%	75.3%	81.1%	61.6%	77.6%	79.5%	81.1%	61.6%	0.195	1.32	
社会参加	12	ボランティアグループに参加している人の割合(月1回以上)	男性	13.3%	15.2%	40.2%	12.4%	11.9%	9.2%	27.3%	16.0%	9.8%	13.5%	40.2%	9.2%	0.310	4.37
			女性	18.3%	14.6%	3.5%	22.0%	21.2%	21.6%	22.3%	20.4%	10.8%	32.1%	32.1%	3.5%	0.285	9.07
	13	趣味関係のグループの参加している人の割合(月1回以上)	男性	19.7%	26.9%	21.1%	33.2%	34.8%	19.5%	25.6%	46.5%	21.3%	12.3%	46.5%	12.3%	0.343	3.80
			女性	37.7%	40.0%	36.7%	47.2%	34.4%	41.7%	45.5%	30.5%	21.1%	9.0%	47.2%	9.0%	0.382	5.26
	14	スポーツの会に参加している人の割合(月1回以上)	男性	24.5%	40.3%	22.4%	33.6%	33.5%	29.2%	42.8%	60.9%	32.9%	13.1%	60.9%	13.1%	0.478	4.66
			女性	24.8%	44.8%	49.4%	26.6%	26.8%	34.4%	64.0%	33.0%	17.4%	26.0%	64.0%	17.4%	0.466	3.68
	15	老人クラブの参加している人(月1回以上)	男性	6.9%	6.9%	20.8%	7.3%	15.6%	5.2%	21.0%	28.4%	22.4%	13.3%	28.4%	5.2%	0.231	5.41
			女性	18.3%	25.4%	7.7%	24.0%	16.8%	21.8%	39.6%	35.8%	14.6%	29.7%	39.6%	7.7%	0.319	5.13
16	4つの会(ボランティア、趣味、スポーツ、老人クラブ)のどれかに1つでも参加している	男性	39.2%	58.5%	74.9%	49.6%	44.5%	39.1%	57.3%	68.5%	43.0%	39.6%	74.9%	39.1%	0.358	1.91	
		女性	50.1%	66.9%	55.3%	58.5%	47.9%	60.7%	78.0%	57.2%	47.2%	52.2%	78.0%	47.2%	0.308	1.65	
社会関係	17	助け合っている人がいる人の割合	男性	16.2%	22.5%	71.0%	26.0%	26.3%	18.7%	65.4%	42.9%	54.3%	37.9%	71.0%	16.2%	0.548	4.38
			女性	31.6%	41.4%	65.9%	40.3%	29.1%	27.8%	60.4%	68.9%	58.6%	63.7%	68.9%	27.8%	0.411	2.48
	18	交流する友人がいる人の割合	男性	86.0%	93.7%	87.3%	94.1%	93.0%	92.5%	96.2%	93.1%	96.4%	80.4%	96.4%	80.4%	0.160	1.20
女性			96.9%	97.0%	100.0%	93.8%	93.5%	97.9%	97.1%	98.6%	100.0%	100.0%	100.0%	93.5%	0.065	1.07	
19	一般的信頼(とても、まあ信用できる)	男性	71.7%	77.4%	93.6%	79.3%	72.0%	68.9%	84.5%	78.4%	79.3%	93.5%	93.6%	68.9%	0.247	1.36	
		女性	73.7%	76.8%	59.8%	75.8%	68.0%	76.8%	84.2%	79.5%	79.1%	88.1%	88.1%	59.8%	0.283	1.47	
地域の状況	20	独居高齢者の割合	男性	6.4%	14.0%	2.8%	4.5%	4.1%	10.2%	9.4%	5.6%	12.0%	0.0%	14.0%	0.0%	0.140	
			女性	23.6%	21.0%	35.4%	10.6%	14.2%	16.6%	17.6%	7.5%	24.0%	3.8%	35.4%	3.8%	0.317	9.42
21	地域の困窮度	男女	29.2%	32.4%	58.9%	27.2%	28.7%	24.7%	54.0%	57.0%	69.5%	58.9%	69.5%	24.7%	0.448	2.82	

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）  
分担研究報告書

高齢者の健康状況に関する神戸市のベンチマーキング

研究分担者 尾島 俊之（浜松医科大学医学部 教授）

研究協力者 芦田 登代（東京大学大学院医学系研究科 特任研究員）

**研究要旨**

【背景と目的】神戸市は本研究が参加している日本老年学的評価研究（JAGES）の調査フィールドの一つであり、本研究プロジェクトにより、JAGESデータによる詳細な地域診断をもとにした、多職種連携による地域づくり型の介護予防施策の展開を目指している。神戸市における現在の高齢者の課題を抽出するために、介護予防のための地域診断とそのマネジメントツールであるJAGES-HEARTの評価項目について自治体間比較（ベンチマーキング）を行い、神戸市の現状について評価した。

【対象と方法】JAGES調査の対象者は、要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者であった。2010年8月～2012年1月にJAGESプロジェクトと自治体が共同で実施した「健康とくらしの調査」のデータを用いた。31自治体保険者で実施され、回収率は66.3%であった。用いた指標はJAGES-HEARTによる評価項目のうち、JAGES調査によって把握できる主要17項目である。各指標の値は直接法による年齢調整を施した。

【結果】神戸市の指標は、参加31自治体の中では全般的に良好な傾向であったが、女性の喫煙においては31自治体平均値より1.53%上回っていた。また健診未受診者の割合も男性3.7%、女性6.93%が31自治体平均値より上回っていた。さらに、会やグループの参加率や交流している友人数については、31自治体の平均値を下回っていた。「やせ」「喫煙」「グループ参加」においては男女の差がみられ、グループ参加は男性では31自治体平均値よりも5%低かった。

【結論】神戸市は他の自治体と比較すると比較的良いグループに属していたが、ベンチマーキングの結果から、健診受診の推進や社会的な交流の推進などに改善の余地があると考えられた。男女差が大きかった項目については、男女別にその要因を検討し、対策を進めていく必要がある可能性がみられた。

**A. 研究目的**

健康日本21（第二次）では、地域や社会経済状況における健康格差の是正に取り組む

ことが求められている。そのためには、健康状態やそれを規定する社会経済的な背景について、小地域単位で地域を診断し、課



題を注し、対策と評価を進める仕組みが求められる。JAGES-HEART (Japan Gerontological Evaluation Study Health Equity Assessment and Response Tool) は、JAGES (日本老年学的評価研究) 研究班が世界保健機関 (WHO) と共同で開発した、高齢者保健における健康の公平性の評価と対応のためのツールである。健康格差の是正を目的とした施策を実施するために、現状を把握し、その格差を生じさせている原因 (課題) を発見して、Plan (立案) → Do (実施) → Check (評価) → Action (見直し・改善) というマネジメント・サイクルをまわすことを狙いとして開発された (文献1・2・3)。

前章の分担報告書で示したように、本研究班では、兵庫県神戸市を共同研究のフィールドとして、同市の第6次介護保険事業計画の策定と実践を通して、JAGES-HEARTを用いた詳細な地域診断結果に基づき、多部署連携による地域づくり型の介護予防施策の推進を目指している。神戸市の現在の高齢者保健課題を明らかにするためには、高齢者の健康やその決定要因について、他の自治体との比較を行うことが必要である。これまでに、JAGES-HEARTを用いた、JAGES参加31自治体間におけるそのような比較結果が公表されている。これまでの結果は、各自治体の集計値を、そのまま、あるいは年齢階級 (前期高齢者・後期高齢者) 別に比較検討した結果であった。この年齢階級別に評価するアプローチは、各年齢階級における実測値をそのまま表示するため、解釈上有用であるが、一方で、データが層別化されることにより推定が不安定になり、自治体間比較の正確性に課題がある。

そこで本研究では、JAGESの2010-11年調

査データを用いて、直接法により各指標を年齢調整し、自治体間ベンチマークを行った。その結果を利用して、神戸市の高齢者の保健課題についての評価を行った。

## B. 研究方法

用いたデータは2010年8月10日～2012年1月13日に実施されたJAGES調査:「健康とくらしの調査」である。この調査は、全国31自治体に居住する要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者169,215名を対象とした郵送調査である。112,123名から回答が得られた (回収率は66.3%)。分析には、無回答者を除いた合計103,621人 (男性47,680人、女性55,941人) を用いた。回答者の平均年齢は74.1歳 (男性73.9歳、女性74.4歳) であった。

ベンチマーキングの指標として、JAGES-HEARTにおける評価項目のうち、JAGES調査で把握が可能な17項目を用いた (調査以外で把握する項目として要介護認定者割合などがある) (表1) (文献2・4)。

ベンチマーキングの値の算出には、直接法を用いて年齢調整を施した。31自治体の中の位置づけが把握できるように、平均値と中央値、また、自治体間格差の目安として、差 (最大値-最小値)、比 (最大値÷最小値) も計算した。

## C. 結果

表2にベンチマーキングの結果をしめす。No.26が神戸市である。まず、主観的健康感の良い者の割合は、神戸市の男性77.69%、女性81.39%で、ほぼ平均値 (男性77.59%、女性78.82%) に近い値であった。

認知機能の低下も、男性37.12、女性35.02

で平均値（男性37.86, 女性35.70）中央値（男性37.85, 女性35.51）に近い値であった。

うつの人の割合について、男性8.59%, 女性7.41%で、平均（男性7.63%, 女性7.39%）より男性0.96%, 女性0.02%高かった。なお、うつの人の割合の最大値は男性12.6%, 女性11.02%であった。

歯がない人は神戸市の男性11.90%, 女性9.73%で、平均より男性4.16%, 女性7.5%低かった。

やせの人（BMIが18.5以下）の割合は、神戸市の男性5.01%, 女性10.37%で、31自治体平均より男性0.47%低く、女性は1.94%高かった。

「自分が幸せだと思っている人」は男性87.63%, 女性91.46%, 全自治体の平均値は男性87.27%, 女性90.31%であった。

1日平均すると合計30分以上歩く人の割合は、男性72.27%, 女性71.99%であり31自治体平均の男性66.86%, 女性63.43%よりも男女ともに高かった。

現在喫煙している人は、神戸市の男性19.08%, 女性4.71%, 31自治体平均は男性19.56%, 女性4.71%であった。

過去1年以内に健診を受診していない人は、神戸市男性42.75%, 女性45.66%と、31自治体平均である男性39.05%, 女性38.73%よりも大きく上回っていた。

閉じこもり（外出頻度が月3回以下）の人の割合は、神戸市男性4.81%, 女性5.15%, 31自治体平均値の男性8.24%, 女性10.53%よりも低かった。

スポーツの会に参加している人は、神戸市の男性では28.59%, 女性27.57%であり、31自治体の平均値である男性29.11%, 女性27.57%とほぼ同様であった。趣味関係のグルー

プ参加については、神戸市の男性では43.03%, 女性50.25%, 31自治体の平均値は男性43.50%, 女性45.50%であった。ボランティアグループの参加は、神戸市の男性では15.07%, 女性18.43%, 31自治体の平均値は男性21.97%, 女性18.67%, 老人クラブの参加率は、神戸市男性10.30%, 女性15.82%, 31自治体平均値は29.57%, 33.53%であり、神戸市では参加率が低かった。これら4つの会やグループに1つでも参加した人は、神戸市男性51.90%, 女性55.77%, 31自治体平均は男性57.40%, 女性55.77%とほぼ平均程度であり、男性ではやや参加が少ない傾向がみられた。

交流する友人が3人以上いると答えた人の割合は、神戸市男性65.96%, 女性76.87%であり、31自治体平均74.20%, 80.50%よりもやや低かった。

幸福度の平均値については、神戸市男性6.78, 女性7.03, 31自治体平均は男性6.89, 女性7.17であった。

自治体間格差について、割合の比でみると、比が2倍以上の差がみられたのはうつ、歯の健康、やせ、女性の喫煙、健診未受診、閉じこもりであった。グループ参加に関しては、ボランティアや趣味関係など、個別の会への参加には大きな自治体間差がみられたもの、4つの会のいずれかに参加、という形でまとめると、差は2倍未満に収まった。

#### D. 考察

今回、10万人のデータを用いてベンチマーキングを行い、31自治体の中での神戸市の位置づけを確認した。その結果、男女ともに31自治体の中では健診未受診率が高いこと、女性の喫煙高いことが目立った。また、

男性の会やグループ参加が低く、男性の交流する友人が31自治体の平均より下回っていた。神戸市においては、これらの項目が今後の活動に向けた課題となる可能性がある。

たとえば、健診受診の向上や人々の交流が深まるような、社会参加機会の提供を趣旨とした事業の推進が考えられる。

今回、年齢調整を施したデータに基づく単純なベンチマークを行ったところ、ベンチマークが優先課題の特定につながる可能性が見出された。一方で解釈の際に留意することとして、ベンチマーキングの計算方法は複数あり、長所短所がある点である（文献4）。本稿で用いた直接法年齢調整は、粗解析と同じ単位の結果が出るため解釈がしやすい一方、たとえ年齢調整により、1地域の全データを用いたとしても、サンプル数の小さい地域では偶然誤差の影響を大きく受ける可能性は否定できない。また、年齢調整を施した場合、その値が示すものは実際の値とは異なるものになるため、解釈しにくい。方法の長所短所を理解して、層別データによる結果や年齢調整による結果などを合わせながら活用していくことで、より妥当で正確な地域診断と課題抽出が可能になると考えられる。

## E. 結論

今回、本稿では、JAGES-HEARTの介護予防ベンチマークの指標を用いて、神戸市のベンチマーキングを行った。神戸市は総じて良好な結果であった一方、健診未受診者や男性の社会参加が少なめであることなど、いくつかの課題点が見出された。

このベンチマーキング結果は、前章で報告した多部署連携会議において活用し、神戸市内の小地域（中学校区単位）レベルでの分析を追加し、介入の優先地域の同定に用いた。今後、実際の介入の取り組みを推進していく。

## F. 研究発表

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 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

## 引用文献

- 1) 日本老年学的評価研究による健康の公平性評価・対応ツール ([http://www.who.int/kobe\\_centre/ageing/j\\_ages\\_heart/ja/](http://www.who.int/kobe_centre/ageing/j_ages_heart/ja/))
- 2) Nakagawa, M., Kondo, K. and Suzuki, K. (2012) "Older Adult Health Equity Assessment Using the JAGES HEART Indicators: Case Study of Kobe, Japan." Kobe: WHO Centre for Health Development.
- 3) 近藤克則 (2014) 「健康格差と健康の社会的決定要因の「見える化」— JAGES2010-11 プロジェクト」『医療と社会』（<http://www.iken.org/activity/paper/past/h25/index.html>）
- 4) 尾島俊之 (2014) 「Urban HEART の枠組みを活用した介護予防ベンチマーク指標の開発」『医療と社会』 Vol.24, No.1, pp.35-45.

表 1 評価に用いた項目一覧

No.	指標(すべてその割合)	定義
1	主観的健康感がよい者	健康状態が「とてもよい」「まあよい」
2	認知機能の低下疑い	介護予防ニーズ調査の認知機能評価 3 項目 中 1 項目以上の該当者
3	うつ	GDS(高齢者抑うつ尺度) $\geq 10$
4	残歯数	歯が 0 本
5	やせ	BMI18.5 以下の人
6	幸福感がよい	自分は幸せな方だと思う「はい」
7	歩行時間 30 分以上/日	1 日の平均方向時間が 30 分以上
8	喫煙	現在喫煙している
9	健診未受診	1 年以内に受けていない
10	閉じこもり	外出頻度が週 1 回以下
11	スポーツ関係のグループやクラブ参加	年に数回は参加した事がある
12	趣味関係のグループ参加	年に数回は参加した事がある
13	ボランティアのグループ参加	年に数回は参加した事がある
14	老人クラブ参加	年に数回は参加した事がある
15	上記の 4 種の会やグループに 1 つでも 参加したことがある	年に数回は参加した事がある
16	友人(月に 3 人以上会った)	1 か月間の間に会った友人の数が 3 人以上い る人の割合
17	幸福度(平均値:高いほど良い)	「非常に幸せ」を 10 点、「全く幸せではない」を 1 点として平均値