

図表1. 沖縄地域の高齢者における模合参加と高次生活機能自立の関係

	男性			女性			総数					
	RR	95%CI		p	RR	95%CI		p	RR	95%CI		p
		lower	upper			lower	upper			lower	upper	
生活機能自立	1.75	1.07	2.85	0.03	2.40	1.45	3.99	0.00	2.12	1.50	3.00	0.00
手段的自立	1.62	0.96	2.74	0.07	3.44	1.74	6.79	0.00	2.46	1.64	3.69	0.00
社会的役割	2.54	1.76	3.67	0.00	3.20	2.07	4.95	0.00	2.97	2.25	3.92	0.00
知的能動性	2.49	1.47	4.21	0.00	1.93	1.28	2.91	0.00	2.06	1.50	2.83	0.00

調整変数:

年齢・世帯人数・教育歴・所得・BMI・喫煙歴・飲酒習慣・運動習慣・うつ指標 (GDS)・転倒歴・高血圧既往・糖尿病既往

図表2. 沖縄地域の高齢者における模合参加の特徴（橋渡し型・結束型）と高次生活機能自立の関係

	男性			女性			総数					
	RR	95%CI		p	RR	95%CI		p	RR	95%CI		p
		lower	upper			lower	upper			lower	upper	
生活機能自立	1.75	1.07	2.85	0.03	2.40	1.45	3.99	0.00	2.12	1.50	3.00	0.00
手段的自立	1.62	0.96	2.74	0.07	3.44	1.74	6.79	0.00	2.46	1.64	3.69	0.00
社会的役割	2.54	1.76	3.67	0.00	3.20	2.07	4.95	0.00	2.97	2.25	3.92	0.00
知的能動性	2.49	1.47	4.21	0.00	1.93	1.28	2.91	0.00	2.06	1.50	2.83	0.00

調整変数: 年齢・世帯人数・教育歴・所得・BMI・喫煙歴・飲酒習慣・運動習慣・うつ指標 (GDS)・転倒歴・高血圧既往・糖尿病既往

業務項目名：

- ② 地域診断と見える化ツールを活用した介護予防施策マネジメント・パッケージの開発
d. 介護予防事業計画の立案までのマネジメント・プロセス開発
d-13. 半田市

住民主体の介護予防に向けての取り組み

－「介護予防政策サポートサイト」を活用した半田市の試み－

担当責任者 近藤克則 千葉大学予防医学センター 教授

研究協力者 中村廣隆 和田恭子 木村智恵子 神谷みづ穂 愛知県半田市役所 保健師

研究要旨【目的】住民主体による介護予防の実施に向けて、ボランティアを養成し、地域課題を共有して、活動の振り返り、今後の活動を考えるワークショップを行った。そのプロセスを記述し、参加者アンケートで効果を検証することを目的とした。**【方法】**新たな介護予防の概念や量的地域診断の結果を地図や表で「見える化」したものを活用して、地域課題の理解を促し、実践に向けたワークショップを実施した。参加者 100 人を対象にアンケートを実施し 87 人から回答を得た（回答率 87%）。**【結果】**アンケートの集計結果では、量的地域診断結果が実践に活用できそうなど 8 割が肯定的であり、ワークショップでは、活動の振り返りや活動の工夫を検討することができた。**【考察】**地域課題をボランティアと共有することで、データの裏付けや背景要因について理解を深め、ネットワーク形成の機会にもなることがわかった。**【結論】**今後もボランティアとのワークを継続しながら、一緒に事業を構築し、地域介入をしていく予定である。

A. 背景と目的

地域包括ケアシステムの構築に向け「介護予防」「生活支援」は欠かせない要素であり、これまでの身体機能の向上を中心とした介護予防事業から転換を図ること、住民主体や地域づくりへの視点が重要である。

半田市では、2017 年度から開始予定の介護予防・日常生活支援総合事業の実施に向けて、地域資源の開発を進めるため、ボランティアが運営する介護予防事業の評価を行った。課題は次の 3 点である。①全市的にみれば多様性はあるものの、住民にと

って身近な居場所となる量や質を満たしているか。②参加者は「支えられる側」、ボランティアは「支える側」と、立場や役割を区別しているのではないか。③活動内容が画一的で固定化しつつあるが、運営するボランティアはどのように感じているのか。

そこで、高齢者支援に関わるボランティアを対象に開催する介護予防サポーター上級講座にて、高齢者の社会参加や活動が注目されている背景や、活動地域ごとの介護予防の課題を認識して活動内容を検討してもらう「知る・気づく」という機会を設け

ること、さらに他のボランティア活動を知り、一緒にできることを見出していける第一歩となる講座を開催した。

本報告の目的は、住民主体による介護予防の実施に向けて、ボランティアを養成し、地域課題を共有して、活動の振り返り、今後の活動を考えるワークショップを行ったプロセスを記述すること参加者総数は100人。そのうちアンケート回収は87人（有効回答率87%）である。

B. 取り組みの実際

1. データを用いた地域診断

本市が優先すべき介護予防の課題をボランティアに示すため、日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study 以下、JAGES）プロジェクトが作成した「介護予防政策サポートサイト」（以下サイトとする）を活用した。優先すべき介護予防の課題は、「前期高齢者の認知機能の低下」であり、調査対象30市町村中ワースト5位であった。また、小学校区間でも地域差があり、優先対象地域も推定できた。

2. 介護予防サポーター上級講座

1) 対象

講座の対象者（以下ボランティアとする）は、健康体操を普及している「半田市健康づくりリーダー」、食生活の見直しや食育を推進する「半田市食生活改善推進員」、地域住民が中心となって管理運営するふれあい施設などの「施設運営ボランティア」、くもん脳健康教室の学習サポーターである「はなまる先生」、小学校区単位でサロンを開催している「地域ふれあい会ボランティア」である。募集にあたっては、各ボランティア団体の代表者会等に出向き、担当者から講座の開催目的等を説明し、参加を促した。

2) 開催時期・会場

日程、会場、地域特性は次のとおりである。

日時	場所／参加者数	地域特性
12月8日	保健センター／46人	半田市の中心部。新旧入り混じった地域。
12月15日	おっかわニコパル／33人	スポーツクラブの活動拠点。古い町並みも多い。
12月16日	神戸公民館／21人	農村地域と住宅街が両極端にある地域。

3) 開催内容

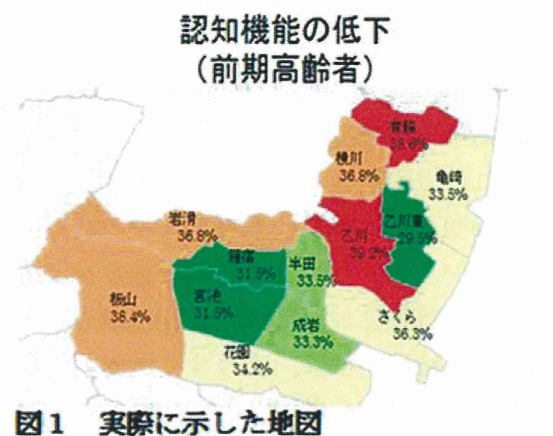
(1) 第1部の構成

全体で2時間、2部構成で実施した。第1部は保健師が講義形式で45分間実施した。内容は、今までの介護予防は身体機能向上に重点を置いていたが、社会参加や役割をもつことが重要であること、参加者はもてなされるのではなく、参加者自身が主体的に活動できる仕組みが必要であることを、ICFモデルを用いて説明した。また、ボランティア活動の中で感覚として捉えていた気づきを、データに基づいた課題に対する介入の方法を示すことで、介護予防の課題共有や活動のヒント、今後のボランティア活動の参考になるよう示した。

① データの示し方の工夫

基本チェックリストの見方とともに、サイトから要介護リスク別データを半田市内13小学校区に示した。リスクの割合が多い順に色分けされた地図をダウンロードし、地名や割合をパワーポイントに編集した（図1）。本市の日常生活圏域は5中学校区であるが、ボランティアの活動範囲や、ボランティアが住民として介護予防の課題をイメージしやすいように、今回は小学校区毎に示した。また、ボランティア自身の年齢や、これから10年の介護予防の取り組みを検討するため、データは前期高齢者に絞っ

て示した。



② 課題解決のためのヒント

サイトの「手がかり発見ツール」を活用した。これは要介護リスク状態の該当者の多少には、どのような要因が異なっているのか探ることができる。今回はボランティアが活動内容を再検討する際に、イメージが湧くように一覧で相関係数を示した。基準は $0.4 < |r|$ と設定して表1にまとめた。すべてを示すのには時間の制約があったため、優先すべき課題である認知機能の低下の関連要因に絞った。

該当者の少ない地域の特性		該当者の多い地域の特性	
カテゴリ	内容	カテゴリ	内容
1) 社会参加	① ボランティア活動に参加している	5) 生活機能	⑨ IADLの低下がある
	② スポーツ結団に参加している		⑩ 知的能動性が低い
	③ 趣味の会に参加している	6) 生活習慣	⑪ 健診受診をしていない
	④ 老人クラブに参加している		⑫ 1日30分未満の歩行者が多い
2) ソーシャルサポートの授受	⑤ 情緒的サポートの授受		
	⑥ 手続的サポートの授受		
3) 園芸	⑦ 園芸をしている		
4) 料理	⑧ 調理をしている		

表1 認知機能の低下に関連する要因

(2) 第2部の構成

① グループの構成

ボランティア同士が交流し、つながりができるように、在住する小学校区ごとに討議がしやすい6~8名でグループを構成した。

② グループワークのテーマ

「地域でできる介護予防の可能性」とし、①自分の住む地域の良い点と課題、②「こんな介護予防ができれば良いな（これならやれそう!）」について、意見交換した。

③ グループワークのファシリテーターの役割

当日は、包括支援センター職員、地域福祉課保健師、保健センター保健師がファシリテーターを行った。留意事項について事前に話し合い、以下のことを決定した。

グループワーク①では、地域の課題について意見が出にくい場合は、日ごろボランティア活動について感じていることでも良いなど、視点を変えて考えてもらうようにする。グループワーク②は、必ずしも自分ができることを中心に考えなくても良いが、一方で誰かに押し付けるような発言はしないように説明した。

なお、グループワークでのファシリテーションスキルを向上させるため、半田市社会福祉協議会の精神保健福祉士に研修を依頼、3時間程度で、グループディスカッションでの雰囲気づくりや意見の引き出し方、まとめ方についての技術を学んだ。

また、講座終了後には、アンケート結果を用いて、グループワークの効果についてスタッフ間でディスカッションを行い、講座の今後のありかたについて検討した。



写真 グループ討論の様子

(倫理面の配慮)

本研究は東京大学医学部倫理審査委員会の承認を得た(番号10555)。

C. 結果

参加者総数は100人。そのうちアンケート回収は87人(有効回答率87%)であった。

年齢区分	人
40～64歳	31
65～74歳	50
75歳以上	6
合計	※87

表2 参加者の年齢内訳(アンケート回収者のみ)

1) グループワークの結果

3日間の結果を下記に紹介する。

(1) 事後アンケート

「地図による地域の現状は見やすかったか」は、87%が「見やすかった」と答えていた。「半田市の高齢者事情や地域の介護予防の課題は理解できたか」は91.3%が「理解できた」と答えていた。「自分たちの住んでいる地域の介護予防の課題は発見できたか」は76.1%が「発見できた」と答えていた。また、「今後やれそうな活動が見つかったか」は、55.4%が「あった」と答えていた。「今後も参加したいか」は、81.5%が「参加したい」と答えていた。

アンケートの自由記載欄で多かった意見は、「他のボランティアと意見交換ができた」「高齢者の現状と課題がわかった」「参加者をふやしたい」「ほかのボランティア活動の内容が知れた」「新しいことが学べた」「みなさんの話を聞いて意欲がわいた」などであり、新しい情報を得るとともに、活動の意欲向上につながったと思われる。今回の最高齢である81歳の女性のボランティアは、

「自分の動きが鈍くなってきているのですが、この会で又思いなおしました」とあった。

(2) 自分たちの活動を振り返ることができた

運動器の機能の低下が比較的少ないと診断された地区から、「サロン活動の中で、体操を毎回取り入れているのが良かったかもしれない」という自分たちの活動を肯定的に評価する意見が出た。また、逆に該当者が多かった地区からは、「もう少し活動の強化をしなければならない」など活動の振り返りにもなっていた。

また、男性の参加者が少ないことはいずれの地域も課題であり、男性の参加を促す工夫が話し合われた。男性は役割が不明確であると参加しないため、「管理業務をして欲しいなど、男性が好きそうな役割を持って出てきて欲しい」という意見であった。

一部のボランティアから、「来年度、はなまる先生と一緒に地域ふれあい会で認知症予防の取り組みをしてみたい」という意見もあった。

(3) 終活を外出するきっかけに

サロンなどの会場まで出てこない人に対しては、出てきたいと思える工夫が必要である。例えば、「その会場にくと物々交換ができ、野菜や不用品などを持ち寄って交換できる仕組みなどはどうか」という意見がでた。また、「高齢者の終活が話題となっているが、身辺整理をすると不用品が出て、処分に困ることが多い。終活中の高齢者に不用品の処分を目的としたバザーなどへの参加を呼び掛け、出るきっかけにしてはどうか」など、自らの体験を踏まえたアイデアが出された。

D. 考察

(1) 活動の振り返りについて

他のボランティアと交流を図ることで、横のつながりができ、新しい活動に広がるきっかけとなった。次年度にむけて、地域ふれあい会に認知症予防を取り入れるなど、活動内容が発展する兆しがあった。

また、介護予防の課題を見える化した地図は、8割が「見やすかった」と答えており、課題の共有や考えるきっかけとなり、媒体として適切であった。今回の資料は、ボランティアにとって自分たちの活動の効果を数量的に推察できる資料ととらえる面もみられた。要介護リスクが低い地域は、これまでの自分たちの活動の実績ととらえ、今後の継続や更なる意欲の向上に繋がる印象であった。一方で要介護リスクが高い地域は、今後の活動の方向性の検討や改善目標ととらえている姿が印象的であった。今後は、ボランティアの活動が住民の介護予防にどのような効果をもたらしているのか、質的かつ量的に示す指標を定めるとともに、その経年的な変化をボランティアや住民に示すことも、介護予防事業の評価や意欲の向上として重要であると感じた。

(2)参加者主体の関わりについて

第1部では、意図的に高齢者の社会参加が重要であることを伝えている。その結果、討論では男性に焦点が当てられたが、「男性には役割が必要」など、受身ではない関わり方の工夫が必要であることも話し合われた。

(3)全体を通じて

サイトを活用してボランティアと一緒にグループワークをすることで、地域の課題や背景や要因について理解を深めることができた。また、今回のような試みは、地域内のボランティア団体間で課題を共有することができ、ネットワーク形成の機会にもなることがわかった。今回の取り組みの特徴は、地域の課題を見える化したこと、その結

果を住民と共有したことにある。また、その過程で、保健師側はファシリテーション技術を学ぶことができたなどのスキルアップにつながった。

今後の課題として、1点目は要介護リスク状態の地図を男女別に示すことも必要であると考えられた。2点目はボランティアの活動の効果を質的かつ量的に示す指標を定めるとともに、その経年的な変化をボランティアや住民に示して、活動評価を共に実施していきたい。3点目は、ボランティア同士の交流で地域の課題に向けた取り組みを一緒に実施するなど、活動内容に発展をする仕組みとなり得ることからも、介護予防ボランティアとのグループ討論を継続しながら一緒に事業を構築し、地域介入をしていく予定である。

E. 結論

住民主体による介護予防の実施に向けて、ボランティアを養成し、地域課題を共有して、活動の振り返り、今後の活動を考えるワークショップを行った。

参加者アンケートによって、地域課題をボランティアと共有することで、データの裏付けや背景要因について理解を深め、ネットワーク形成の機会にもなることが明らかとなった。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 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

業務項目名：

② 地域診断と見える化ツールを活用した介護予防施策マネジメント・パッケージの開発

d. 介護予防事業計画の立案までのマネジメント・プロセス開発

d-14. 余市町

地域診断書を活用したワークショッププログラム開発の試み（第一報）

～根拠に基づいた介護保険事業計画を作成するために：北海道余市町～

研究協力者 岡田 栄作 浜松医科大学医学部健康社会医学講座 助教

研究分担者 尾島 俊之 浜松医科大学医学部健康社会医学講座 教授

研究分担者 近藤 克則 千葉大学予防医学センター 教授

研究要旨

地域診断を実施したが、実際に地域診断をどのように施策に結びつけるかは課題のままである。地域診断の結果を踏まえ、現場の福祉従事者の意見を集約し、どのように介護保険事業計画を作っていくのか。本研究では、介護保険事業計画を作成するための対話の機会を提供することを目的とした。ワークショップの開催によって、地域診断と介護保険事業計画を結び付ける試みを行った。

ワークショップについて、1回目は、地域診断について知り、6期介護保険事業計画に向けての町の課題を知る。2回目は、町の課題について共有し、町内外の現状のリソースを確認して、課題の解決可能性を探る。3回目は新たなリソースの展開を探索し、具体的な事業計画に落とし込むというプロセスで展開した。今回は1回目のプログラム内容についての報告とする。

3回のワークショップの結果から、地域課題は地域との対話から生まれ、対話を生むために地域診断書を活用する方法もあることがわかった。地域の課題をリソースとつなげることで、多様性が生まれ、市町村独自のグッド・プラクティスができる可能性が示唆された。現場での地域の課題やニーズの把握につながることは具体的な対策やまちづくりを話し合う根拠となることが明らかになった。

A. 研究目的

地域包括ケアシステムの構築に向けて、住民・地方自治体が情報を利活用できる介護・医療関連情報の「見える化」が厚生労働省の平成 25 年度試行的事業などで進められている。JAGES（日本老年学的評価研究）では、そのための科学的根拠を得るため、2010-2012 年度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）・システムを開発した。JAGES では、平成 2014 年度より、このベンチマークシステムを活用し、データ提供頂いた 102 保険者、117 市区町村（2014 年 10 月末現在）に対して「地域診断書」を作成し、市町村が根拠に基づく第 6 期介護事業計画の策定を行えるように支援を行う事業を始めた。

地域診断により、客観的なデータに基づい

て地域の課題を把握することは、地域の事業の見直しや新たな事業の予算化のための根拠となる。また、地域診断により保健・医療・介護・福祉に関わる様々な課題が明らかになれば、分野横断的なアプローチによる地域包括ケアシステムの推進に大きく貢献する可能性がある。しかし、地域診断の重要性は広く認識されているものの、現状では有効な地域診断が十分にできていない、統計データを十分に活用できていない、地域診断の結果が十分に共有されていないなどの課題がある。また、地域診断を実施したが、実際に地域診断をどのように施策に結びつけるのかも重要な問題になっている。地域診断の結果を踏まえ、現場の福祉従事者の意見を集約し、どのように介護保険事業計画を作っていくのか、そのような対話の機会が望まれている。

本研究では、実際に地域診断書を作成し、市町村へ返却した市町村の中から、研究協力の了承の得られた北海道余市町を対象市町村に設定した。余市町で介護保険事業計画を作成するための対話の機会を提供することを目的に全3回のワークショップを開催した。ワークショップの開催によって、地域診断と介護保険事業計画を結び付ける試みを行った。将来的には、本研究で行ったワークショップをプログラム化し、他保険者の介護保険事業計画の一助になることを目指している。

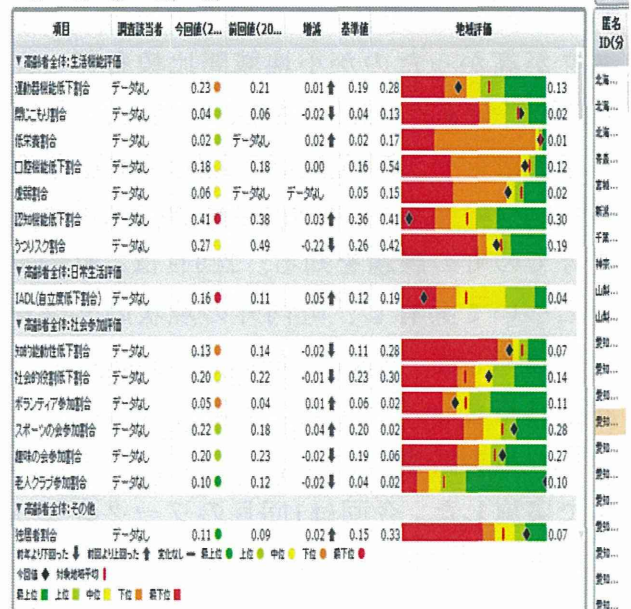
B. 研究方法

1. 地域診断書の作成

まず、余市町の第6期ニーズ調査データを基に地域診断書(図1)を作成した。

図1 地域診断書の一例

地域診断書



地域診断とは、対象となる地域のきめ細かい観察や既存の統計を通して、地域ごとの問題、特徴を把握することを地域診断という。地域診断書とは、その地域診断の結果を個人の健診の結果レポートのように地域全体を一覧でき、どこに課題があるのかが、一目で分かるようになっている。地域診断により、客観的なデータに基づいて地域の課題を把握することは、地域の事業の見直しや新たな事業の予算化のための根拠となる。

地域診断書で指標化した15項目は1) 運動器機能低下、2) 低栄養、3) 口腔機能の低下、4) 閉じこもり、5) 認知機能の低下、6) 虚弱、7) うつ予防、8) IADL、9) 知的能動性、10) 社会的役割、11) ボランティア参加、12) スポーツの会参加、13) 趣味の会参加、14) 老人クラブ参加、15) 独居者の割合である。これらの指標について市町村間比較を行った。各項目について、リスク該当者と参加者の割合を算出し、102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、他の保険者との相对比较(ベンチマーク)をした。

さらに地域診断書からリスクの高かった指標を3項目抽出し、どこの小地域がよりリスクが高かったのか小地域間比較を行った。

2. ワークショップについて

ワークショップについて、1回目は、地域診断について知り、6期介護保険事業計画に向けての町の課題を知る。2回目は、町の課題について共有し、町内外の現状のリソースを確認して、課題の解決可能性を探る。3回目は新たなリソースの展開を探索し、具体的な事業計画に落とし込むというプロセスで実施した。今回は1回目のワークショッププログラムとその効果について焦点を当てる。

1) 出席組織

1 回目のワークショップの参加組織：役場高齢福祉課、地域包括支援センター、デイサービス

2 回目のワークショップの参加組織：役場高齢福祉課、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、居宅管理者、ケアマネージャー連絡協議会、訪問看護管理者、訪問介護管理者、病院相談員、病院薬剤師

3 回目のワークショップの参加組織：病院・介護保険施設・地域包括支援センター・在宅介護支援センター・訪問看護事業所・訪問介護事業所・NPO 団体・観光協会・社会福祉協議会・保健推進委員会・民生委員会・役場高齢福祉課

2) 方法

1 回目のワークショップの概要を下記に記す。

第1回 地域包括ケアシステム意見交換会

地域診断システムの結果から余市の課題を発見する

日時：2014年7月28日(月) 13:30～16:30

場所：余市町役場3階会議室

1. 地域診断システムの説明
2. 生活機能評価等15項目のリスク予想
3. 地域診断書の説明
4. 地域診断書に関する意見交換・質疑応答
5. 町内における診断比較について
6. 町内外のリソースの確認

(倫理面の配慮)

本研究は東京大学医学部倫理審査委員会の承認を得た(番号10555)。

C. 研究結果

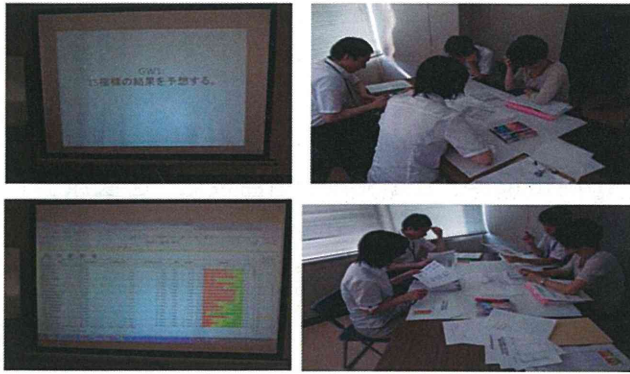
第1回プログラムは参加者の詳細は、役場高齢福祉課4名 地域包括4名 デイサービス2名、コーディネーター:株式会社C-LABO1名、ファシリテーター:NPOフューチャー北海道1名、話題提供者:浜松医大岡田で行われた。

プログラム構成は、

- 1) ご挨拶・自己紹介
- 2) 地域診断システムの説明
- 3) 生活機能評価等15項目のリスク指標の予想 (GW)
- 4) 地域診断書の説明
- 5) 地域診断書に関する意見交換・質疑応答 (GW)
- 6) 町内における診断比較について
- 7) 町内外のリソースの確認 (GW)
- 8) チェックアウト
- 9) 次回の開催に向けて

という順番で行われた。GWはグループワークの略称である。

図2 実際の様子



D. 考察

余市町の地域診断結果を聞いた後、現在余市町にある資源や、あったら良いと思う資源を参加者が自由に出し合った。その結果、現在ある資源を充分知らない、また知っていても活動状況を把握していないなど、参加者自身が気付く場面も見られ、「この懇談会に参加して楽しかった」、「もっと町民や色々な方が参加してできればいいと思った」、「こんな会議なら長くても大丈夫」等の評価を頂き、終了した。

地域の課題は地域との対話から生まれることがわかり、地域の対話を生むために地域診断書を活用する方法可能性も生まれた。地域の課題をリソースとつなげることで、多様性が生まれ、町独自のグッド・プラクティスが創出される可能性がある。

このワークショップの特徴はグループワーク（GW）を重視する点である。最初のGWは、地域診断書を見る前に地域診断書予想シート（図3）を用いて、15指標の結果を予想して頂くことから始めた。実際に事業計画で解決すべき課題は現場の方も腹落ちしていないと課題を解決することが難しい。このGWではそれぞれの指標が他の市町村に比べて、どのような状況にあるのか認識をしていただくために、事業に参加した市町村の平均値より大きい小さいか平均ぐらいかの3段階で事前予想を

して頂いた。予想をして頂いたが、立場や経験によって、予想が一致しないグループもあり、課題の捉え方も一様でないことがわかった。このワークでいかにそれぞれの方が考えていることが違い、多様であることを認識して頂く機会になった。

GWの2つ目は、地域診断書を見て、予想と結果が違った所などを中心に意見交換をしてもらった。地域診断書で客観的に町をみることが出来る資料を共有することによって、普段、それぞれの考えていることを共有、議論するきっかけが生まれ、対話が生まれた。対話から以前は、見えなかった地域課題が浮かびあがったので、地域課題は対話から生まれるものだと実感する機会になった。

図3 地域診断書予想シート

1. 指標	余市町（生活環境部）							0 町外
	1) 環境部関係の下	2) 経済	3) 0 地域関係の下	4) 観光	5) 環境部関係の下	6) 健康	7) 文化	
平均より大きい								0
ほぼ平均	0			0		0		
平均より小さい		0	0		0		0	

GWの3つ目は、現状の町内のリソースを確認することである。課題を解決するための材料が町の中に既にあるのか、外部に求めるのかを確認する機会にして頂いた。地域課題の中には、日頃から課題と認識されているが、それが町内で解決できる問題ではなかったので、そのままにされてきた課題なのか、町内の皆さんが課題を認識し、協力することができれば解決する問題なのかによって、アプローチが異なるからである。参加者からこのGWで、次にどのようなステップを踏めば課題解決に向かうのかが共有できて、次の1歩に進むきっかけができたという前向きな意見も出てきた。

図4 GW3の様子



本ワークショップを通して、地域診断の結果を踏まえ、現場の福祉従事者の意見を集約し、どのように介護保険事業計画を作っていくのか、対話をする機会を設ける重要性を再認識した。地域診断書について、対話を重んじた地域住民へ向けた説明資料としてはまだまだ改良が必要であるが、同じ資料を通して同じ地域に住んでいる方が話し合うきっかけとして診断書を活用できたことは、他の市町村にも地域診断を普及するためのヒントが得られた。

今後は地域診断の視点を持つ保健師や地域コーディネーターが地域住民にどのような資料を見せたいか等の意見を聞き、よい事例を蓄積していくことが現場で活用するためには必要である。

E. 結論

ワークショップの結果から、地域課題は地域との対話から生まれ、対話を生むために地域診断書を活用する方法もあることがわかった。地域の課題をリソースとつなげることで、多様性が生まれ、市町村独自のグッド・プラクティスができる可能性が示唆された。現場での地域の課題やニーズの把握につながることは具体的な対策やまちづくりを話し合う根拠となることが明らかになった。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

①岡田栄作、近藤克則、尾島俊之、宮國康弘、中村廣隆、JAGESグループ；日常生活圏域ニーズ調査データを活用した地域診断指標36指標の開発：JAGESプロジェクト．第55回日本社会医学会総会．2014．7．

②岡田栄作、近藤克則、宮國康弘、尾島俊之、グループJAGES；日常生活圏域ニーズ調査を用いた地域診断書の開発に関する研究：JAGESプロジェクト．第73回日本公衆衛生学会総会．2014.10.

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) 厚生労働省．健康日本21（第2次）．http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkounippo_n21.html

2) 厚生労働省．介護予防マニュアル（改定版）．http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index.html

厚生労働科学研究委託費（長寿科学研究開発事業）

委託業務成果報告（業務項目）

業務項目名：

- ② 地域診断と見える化ツールを活用した介護予防施策マネジメント・パッケージの開発
e. 介入効果の評価

市町村施策に対するJAGESプロジェクトの効果評価のための調査

- 2014年度調査概要 -

研究協力者	長谷田 真帆	東京大学大学院医学系研究科
研究協力者	芦田 登代	東京大学大学院医学系研究科
業務主任者	近藤 尚己	東京大学大学院医学系研究科 准教授
担当責任者	斎藤雅茂	日本福祉大学社会福祉学部 准教授

研究要旨

【目的】日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study : JAGES）に基づく地域診断データの活用により、市町村の介護予防や高齢者保健担当の職員における施策立案能力や市町村内の他部署および住民組織等との連携状況の現状を明らかにすること。

【方法】調査対象の32市町村に勤務しているJAGES調査の担当職員（保健師や事務職員など）105名に調査票を送付し、102名から回答を得た（回収率97.1%）。調査内容は基本属性に加え、JAGES調査による地域診断データの活用の度合い、施策立案能力、部署内・行政内の他部署・民間組織や住民組織との主観的な連携状況や仕事上の協力関係、また各部署や組織の担当者と知り合いであるかどうかや、実際にやり取りを行っている頻度について評価した。

【結果】介護予防担当の市町村職員は、自分の部署内や、医療・福祉に関する他部署や行政外組織、地域の役員とはやり取りの頻度が高く、協力して業務を行っている傾向にあったが、それ以外の部署や外部組織とはやり取りの頻度が低く、協働の段階に至っていない場合が多かった。担当者との知り合いの組織の数は、主観的な連携状況と必ずしも相関を示さなかったが、施策化能力との関連がみられ、市町村での経験年数や職位の上昇に伴って様々な組織や役割を持つ者とやり取りの機会が増え、施策化能力が養われる可能性が示唆された。

【結語】健康格差や健康の社会的決定要因への対策として、各市町村で有機的な多部門連携を達成していくために、連携を促進するような取り組みを行いながら、部署間の連携状況ならびにその市町村の健康状態との関連について、継続的な評価を進めていく必要がある。

A. 研究目的

近年、健康に関連する生物学的な要因だけでなく、心理・社会的な決定要因に注目し、地域社会のシステムをデザインする（地域づくりをする）ことで、介護予防・高齢者保健を進めることの重

要性が指摘されている¹⁾。このような地域づくり型の施策には、保健関係者が、高齢者保健に関するデータに基づく地域分析結果、すなわち地域の疾病や社会的なリスク要因の分布や社会階層間格差に関するデータを用いて、他の部署（例えば都

市計画課や雇用促進を担当する課など)や住民組織、企業等と幅広く連携することが求められる。しかし、このような幅広い連携による地域づくり型の施策の立案や運営の経験は乏しく、そのための実証エビデンスも少ない。

そこで、本研究の目的は、日本老年学的評価研究 (Japan Gerontological Evaluation Study : JAGES) に基づく地域診断データを活用することで、その市町村の高齢者の健康状態や健康行動にどのような影響を与えうるか、またそれらのアウトカムに至る前段階のプロセスレベルとして、介護予防や高齢者保健の担当者において、その施策立案能力や市町村内の他の部署および民間組織や住民組織との連携が強化されるかについて、質問紙調査によって前向きに明らかにすることである。2014年度は、まず多部門連携や市町村職員の施策化能力についての現状把握を主な目的として、調査を行った。

B. 研究方法

対象

対象者は、最新のJAGES調査パネルである2013年調査に参加した30市町村と2010年調査に参加した沖縄の2市町村の計32市町村に勤務しているJAGES調査の担当職員(保健師や事務職員など)である。研究協力の協定締結の過程で選定されている、各研究協力市町村におけるJAGES担当職員のリストが存在する。これを用いて、各市町村の担当者へ本研究の主旨を説明し、各職場において介護予防事業を担当しておりJAGES調査に一定のかかわりを持つ職員に対して本調査への参加を呼びかけてもらい、賛同が得られた職員を調査対象者とした。市町村により対象者数は異なり、1名から9名までの幅がある。2014年度は合計105名が対象となり、102名から返答を得た(回収率97.1%)。調査の主旨や留意事項の説明文とともに調査票を送付し、それへの回答をもって研究参加に承諾したものとした。希望者には全体の結果の平均と自身の回答を比較した「個人結果報告書」(図1)を、

結果集計後に送付した。

調査期間

調査は2014年度から年に1回、計3回行う予定としている。2014年度は9月にベースラインの質問紙調査を行った。

調査票内容

市町村職員の基本属性や勤続年数に加え、JAGES調査による地域診断データの活用の度合い、自分の部署内・市町村内の他の部署・行政外の民間組織や住民組織・専門職などの特定の役割を担っている者との、主観的な連携状況やその満足度、仕事上の協力関係について5段階で尋ねた。さらに行政内の他の課、行政外の組織、特定の役割を担う人について、あらゆる課や組織を提示し、それぞれについてどのくらいの期間知り合いであり、自分が所属している部署やその部署や組織の担当者と知り合いでない場合を除いて、どのくらいの頻度で仕事内外や仕事上でやりとりをするかを尋ねた。

また本研究の対象には様々な職種が存在するが、便宜的に信頼性・妥当性の確認されている行政保健師の施策化能力評価尺度²⁾を用い、施策立案能力を測定した。この尺度は2つの因子から構成されており、第一因子は、「コミュニティパートナーシップ」、第二因子は「地域診断サイクル」となっている。

他に、精神的健康度の測定として、信頼性・妥当性の確認されているうつ病・不安障害のスクリーニング調査票(K6)の質問項目³⁾⁴⁾を用いた。また職域でのソーシャル・キャピタル(人々の協調行動を活発にすることによって社会の効率性を高めることのできる、信頼、規範、参加のネットワークといった社会的仕組みの特徴⁵⁾)についても、フィンランドで開発され⁶⁾、日本語化が進んでいる^{7) 10)}尺度を用いて調査した。

分析方法

本年度は、各職員個人の連携状況や施策立案能力について、属性ごとに検討した。

なお調査データには個人識別番号を付加し、縦断的にリンクできる状態で保管しており、本研究では、JAGES調査による地域診断データの活用により、市町村職員の施策立案能力や他の部署の職員や住民組織との連携状況がどのように変化するかについて、縦断的に分析・評価する。2016年には、対象市町村の高齢者を対象とした追跡調査が実施され、データは2013年までのデータと個人単位でリンクされる予定である。本研究ではさらに、この追跡調査データを二次利用して、市町村職員の能力や連携状況の変化により、住民の健康行動や健康状態が改善するか否かを評価する予定である。

(倫理面の配慮)

本研究は東京大学医学部倫理審査委員会の承認を得た(番号10555)。

C. 研究結果

個人属性

回答者の性別は男性35名、女性65名、無回答1名、年齢は平均42.8歳で、最年少は22歳、最年長は63歳であった。職種は事務職が42名、医療福祉専門職が59名、そのうち保健師が53名、社会福祉士が4名、看護師が3名、精神保健福祉士・主任ケアマネージャーが各1名(重複あり)であった。保健師の業務は、業務担当制が12名、地区担当・業務担当併用制が39名、無回答が3名であった。部署の規模は平均11.4人で、最少が2人、最多が51人であった。勤続年数は平均4.17年、最短が5か月、最長が27年6か月であった。

精神的健康度

精神的健康度の把握目的に測定したK6の得点は、5点以上(心理ストレス相当)の者が48%(49人)おり、うち10点以上12点未満(気分・不安障害相当)が6%(6人)、13点以上(重症障害)が6%(6人)であっ

た。日本の一般住民において、K6が13点以上に該当するのは3.0%⁸⁾とされており、一般住民に比べて市町村職員の精神的健康度は悪い傾向にあった。

JAGES研究者との連携(表2-1)

JAGES研究者との意思疎通についての回答は、「とても良い」が8名(8%)、「まあ良い」が42名(41%)、「どちらとも言えない」が38名(37%)、「あまり良くない」が9名(9%)、「全く良くない」が3人(2%)、無回答が2名(2%)であった。連携状況の満足度についての回答は、「とても満足」が10名(10%)、「やや満足」が35名(34%)、「どちらとも言えない」が54名(53%)、「やや不満」が2名(2%)、無回答が1名(1%)であった。2014年度にJAGESプロジェクトが計4回開催した保険者向けの結果説明会に参加したか否かで分けると、参加したと回答した58名は、参加しなかったと回答した40名に比べて、連携状況が良い、満足していると答える傾向があった。職種やJAGES調査への参加年度では差は見られなかった。

JAGESの地域診断書について

JAGESプロジェクトでは、パネル調査の結果を、一市町村と他市町村との比較や、市町村内でのリスクが集積している地区の提示という形で「見える化」した地域診断データを「地域診断書」としてweb上で公開している。これをどの程度有用と思うかについては、「とても有用」が14名(14%)、「まあ有用」が55名(54%)、「どちらとも言えない」が14人(14%)、「あまり有用でない」「有用でない」は0名、そもそも「地域診断書を見たことがない」が18人(17%)、無回答1名(1%)であった。地域診断書を見たことがない者を除き、地域診断書が介護予防事業計画の策定や実施にどの程度活用できているか尋ねたところ、「大いに活かしている」が7名(8%)、「まあ活かしている」が35名(45%)、「どちらとも言えない」が28名(33%)、「あまり活かしていない」が9名(10%)、「全く活かしていない」が3名(3%)、無回答が4名(5%)であった。地域診断

書を活かさない理由については、「忙しい」が15名、「具体的な対策が思いつかない」が14名、「見方がわからない」が5名、「他部署の協力が得られない」が4名、「予算が確保できない」「自分たちですすで対策済み」が各2名であった。自由記載の中には、「印刷・加工しづらい」「他部署と共有するのが難しい」「課題が大きすぎて、対応が難しい」「目立った特徴を拾いきれなかった」「項目の妥当性が不明」「時期の問題」などの意見が挙げられた。

主観的な連携状況(表2-2)

行政内の他の課、行政外の組織、住民や住民組織について、連携が取れていると思うか、満足しているかどうかについては、行政内で「連携が取れている」と考えている者は56%と他よりも多い一方で、「満足していない」と感じている者も36%と他に比べてやや多かった。部署の規模で分けてみた場合(図4)、部署の規模が大きいほど、行政外の組織と住民や住民組織との連携が取れていると感じている人がやや多かった。しかし、可住地人口密度が高い市町村の職員(図5)は、特に住民や住民組織との連携が取れていないと感じる傾向が強かった(可住地人口密度が4000以上の市町村では2.70点、1000以上4000未満の市町村では3.16点、1000未満の市町村では3.39点)。連携状況の満足度については、同様の傾向は見られなかった。

仕事上の協力関係(表2-3)

所属する部署内、行政内の他の課、行政外の組織、住民や住民組織と、それぞれの程度協力して活動しているかについては、所属する部署内では、「課題へ協働して取り組んでいる」段階まで到達している者が25%と他よりも多かった。その段階まで到達しているのは、行政内の他の課では14%、行政外の組織では13%、住民や住民組織では9%に留まった。また住民や住民組織とは、そもそも「一緒に活動することはない」との回答が29%に達した(所属する部署内では2%、行政内の他の課では

20%、行政外の組織では12%)。現在勤務している市町村への居住の有無で分けてみた場合(図6)、居住していない者の方が、居住している者に比べて、どの部門とも協力できていると感じている人が多い傾向にあった。但しこれまでの居住年数で分けてみた場合は、関連ははっきりしなかった(図7)。他、精神的健康の度合いとして測定したK6の得点が13点以上の場合、所属する部署内や行政内で協力状況が低い段階にあったが、住民や住民組織とはむしろ他の群よりも協力関係が進んでいる段階にあった(図8)。

「やりとり」の頻度と連携の必要性(表2-4, 5)

行政内の他の課については、16種類の部署について尋ねたところ、平均して12.1種類の部署と知り合いであるという結果であった。可住地人口密度が高い市町村に勤務している者ほど、行政内には知り合いは少ない傾向があった(図9)。各部署については、高齢者福祉の部署とは、全員が月1回以上仕事内外でやりとりしており、仕事上では92%(59人)が月1回以上、8%(2人)が年数回の頻度でやりとりをしていた。また障がい者福祉・生活保護などの部署とも、知り合いでないのは6%(5人)と少なく、月一回以上やりとりをするのが仕事内外で70%(60人)、仕事上で66%(57人)と多かった。一方で、就労の部署とは知り合いが42%と少なく、そのうち月1回以上やりとりがあるのは仕事内外で9%(7人)、仕事上で5%(4人)、年数回のやりとりがあるのは仕事内外で22%(17人)、仕事上で24%(18人)、知り合いであっても仕事内外でやりとりのないのが11%(8人)、仕事上ではやりとりのないのが13%(10人)とやりとりの頻度が少なかった。他、産業に関する部署とも知り合いが59%と少なく、観光や環境の部署と仕事上で月1回以上やりとりをするのがそれぞれ4%・6%と少なかった。連携の必要性については、特にやりとりの頻度が少ない部署において、後述の行政外の組織や特定の役割を担う人や組織に比べ、「必要性を感じていない」と答える者の割合が大きかった。

行政外の組織については、25種類の組織について尋ねたところ、平均して11.4種類（医療・福祉に関する9種類の組織では6.4種類、それ以外の16種類の組織では5.5種類）の組織の担当者と知り合いであった。職位が高いほど医療・福祉に関する組織の担当者と知り合いであると回答する傾向にあり（図10）、勤続年数が長いほど、医療・福祉に関する組織もそれ以外の組織でも、担当者と知り合いであると答える者が多い傾向にあった（図11）。各組織については、社会福祉協議会、居宅介護支援事業所とはそれぞれ知り合いがいる人の割合が97%、84%と多く、そのうち仕事内外でやりとりする頻度が月1回以上である者が前者71%・後者54%、年数回が前者25%・後者24%と頻繁にやりとりをしていた。住民組織では、老人クラブに知り合いがいる者が74%、自治会に知り合いがいる者が73%と多かったが、いずれも半数以上は年数回程度のやりとりであった。反対に、青年団は地域にあった場合でも、知り合いでない人の割合が94%に達した。患者会は地域にない場合も多かったが、あっても78%は知り合いでないと回答しており、やりとりの頻度は低かった。また薬局・郵便局・商店・スポーツや趣味の組織などと仕事でやりとりをする頻度は、それぞれ月1回以上が5.8%、1.1%、1.2%、2.4%、3.7%であり、年数回が22%、22%、15%、21%、15%と低い水準にとどまった。また「やりとり」を頻繁にしている部署ほど連携の必要性を感じている割合が高い傾向にあった。

特定の役割を担う人や組織については、12種類の人や組織について尋ねたところ、平均して6.1種類（首長や議会議員とは1.5種類、専門的な職業についている者とは2.8種類、地域の役員についている者とは1.9種類）と知り合いであった。特に職位が高く（図12）、勤続年数が長くなるほど（図13）、首長や議会議員、専門的な職業についている者と知り合いである場合が多い傾向にあった。また勤続年数が長いほど、地域の役員についている者に知り合いがいると答える傾向にあった。反対に可住地人口密度が高いほど、首長や議会議員とは知り

合いでないと回答する者が多かった（図15）。民生委員とは、仕事上で月1回以上やりとりをする者が33%、年数回が43.2%と比較的頻繁にやりとりがあることがわかった。愛育委員は、回答者のうち1/4が地域にないと回答しているが、地域にある場合でも、77%が知り合いでないと回答していた。また弁護士や司法書士とも、75%が知り合いでないと回答していた。連携の必要性については、民生委員とは連携の必要性を強く感じている人が多かった。他方で、議会議員や首長とは知り合いである割合が高いものの、連携の必要性は「どちらとも言えない」と回答する者がそれぞれ23%・14%と他よりも多かった。

職場のソーシャル・キャピタル(表2-6)

8個の質問項目いずれについてもフィンランドの先行研究⁶⁾や日本の先行研究⁷⁾と比較して、平均点が高かった。K6の点数段階ごとにみた場合、K6の点数が高いほど、職場のソーシャル・キャピタルの得点が低い傾向にあった（図16）。

施策化能力評価尺度(表2-6)

第一因子の「コミュニティパートナーシップ」と比較して、第二因子の「地域診断サイクル」は数値が低かった（平均点はコミュニティパートナーシップが10.5点、地域診断サイクルが8.6点、尺度の総得点の平均は18.8点）。各設問では「疫学を活用して健康課題を分析する」に関して「できない」「ややできない」と答える人の割合がそれぞれ43.9%、37.8%と多かった。職位が高く（図17）、勤続年数が長い（図18）ほど、いずれも得点は高い傾向にあったが、反対に教育歴（図19）や居住歴（図20）は長いほど得点が低い傾向にあった（前者は第一因子のコミュニティパートナーシップについて）。また可住地人口密度（図21）の高い地域の職員ほど、地域診断サイクルの得点が高い傾向にあった。JAGES研究者との意思疎通の状況とは、いずれも関連はみられなかった。施策化能力評価尺度の得点を4段階に分けてみると、得点段階が高い方

が、より多くの行政外の組織や特定の役割を担う人や組織について知り合いであると答える傾向にあった(図22)。

D. 考察

本研究では市町村職員の、様々なレベルの集団に対する、主観的ならびに客観的な連携状況や施策化能力について現状把握を行った。本研究の結果について、まず組織のレベルや種類ごとの連携状況について考察する。

自分の部署内については、部署の規模や人口密度によらず協力関係は一定段階に到達しており、職場のソーシャル・キャピタルも高く、ある程度団結していることが伺える。しかし精神的健康度の低い者に関しては、自分の部署内や行政内の協力関係が進んでいない傾向にあり、職場のソーシャル・キャピタルの点数が低い傾向にあったことから、行政職員においては、外部との連携よりも、部署内や行政内の連携や協力状況が、精神的健康度と関連が強いことが示唆された。

行政内の他部署については、介護予防と関連が深いと考えられる福祉関係の部署とは知り合いが多く、頻繁にやり取りをしており、連携の必要性を感じている割合が高い。主観的な連携状況では「連携がとれている」と回答する者の割合が大きいのは、良くやり取りをしている他部署があるためである可能性がある。しかし、部署によっては担当者に知り合いがおらず、やりとりの頻度が少ないものが散見される。連携状況への満足度が、連携状況のわりに低いことは、行政内にそれらのまだやり取りが少ない部署があることと関連があるかもしれない。

行政外の組織については、特に医療・福祉に関する組織とは担当者と知り合いである場合が多く、頻繁にやり取りをしており、連携の必要性を感じている割合も高かった。中でも職位の高い者や勤続年数が長い者で、担当者と知り合いであると答える者が多かった理由としては、行政内の組織や特定の役割を担う人などと比べると、担当者の異

動が少なく、やり取りの頻度が多いところほど引き継ぎが適切に行われている可能性などが挙げられる。一方で、医療・福祉以外の組織については、老人クラブや自治会については一定のアプローチができていたことが推測される。しかし他の民間の組織や住民組織とは担当者にそもそも知り合いがない場合も多く、仕事上の協力関係も低い水準に留まっており、民間組織や住民組織と協働した取り組みを行っている市町村はまだ限られると考えられる。

特定の役割を担う人や組織についても、職位が高く、勤続年数が長くなるほど、市町村内で力のある人や社会的地位のある職業、地域の役員を担う住民などと接する機会が増え、知り合いとなる場合が多くなると考えられる。職業や役の種類によっては知り合いでない場合が多いものもあるが、介護予防事業の中で、例えば弁護士や司法書士であれば成年後見制度の利用・啓発の際に、母子保健推進委員であれば世代間交流の推進などの際に関わりを持つ可能性があり、これらの職業や役との知り合いの状況ややり取りの頻度についても、今後経年的な変化を検証したい。

また可住地人口密度が低い市町村に勤めている職員ほど、行政内・行政外の医療や福祉に関する組織・首長や議会議員と知り合いである場合が多いが、これは市町村の規模を考慮すると理解しやすい結果である。しかし、主観的な連携状況やその満足度、また仕事上の協力状況については、ほぼ関連は見られなかった。この理由としては、顔見知りであっても業務上の連携や協働という段階には至っていない可能性が挙げられる。

予想に反して、勤務している市町村に居住している場合や居住年数が長いほど、特に行政外の組織と主観的な連携状況が悪く、仕事上の協力関係が進んでおらず、行政内外・住民組織とも知り合いの数も少ない傾向にあった(図6・7・14)。これは、勤務している市町村に居住していない者は、その市町村のことを良く把握しようとする過程で知り合いが増え、連携を取っていけるようになる

のに対して、勤務している市町村に居住している方は、仕事の忙しさや、立場上プライバシーについての話が住民の間で広がることを気にするなどの理由からあまり地域の活動に参加せず、様々な立場の知り合いが増えず、連携や仕事上の協力が進まないからである、といった説明が考えられる。これについては来年度以降の調査で要因を詳しく探ることも検討したい。

次に、施策化能力について考察する。本研究では、職位が高く勤続年数が高いほど施策化能力評価尺度の得点が高いという結果であったが、元の尺度開発の論文でもそのような得点分布となっており²⁾、今回保健師以外の職種にも適用しているが、結果は一致していた。

可住地人口密度が低いほど「地域診断サイクル」の得点が高くなっていったが、これは市町村規模が小さいほど地域の状況を把握しやすいためと考えられる(保健師の業務体制とは関連がなかった)。また居住経験が短いほど施策化能力評価尺度の得点が高かったが、前述のような理由で、勤務している市町村に居住していない者の方が、活動の過程で知り合いが増え、結果的に施策化能力が向上した可能性が考えられる。

さらに、施策化能力評価尺度全体の得点が高い人ほど行政外の組織や特定の役割を担う人や組織の担当者として知り合いが多かった。これは、長く勤めて経験を積み、職位が高くなるにつれて、様々な組織や役割の担当者として知り合いになり、やりとりをしていくことで、自身の実感としては良い連携状況ではないにしても、実際の施策化能力は向上している、という説明が考えられる。

本研究の限界としては、以下のような点が挙げられる。

まず今回の調査対象者は介護予防担当部署の全ての職員とはなっておらず、特にJAGESプロジェクトに関わっている人を対象にしているため、選択バイアスが生じている可能性が考えられる。しかしJAGESプロジェクトが継続的に関わっていくことによって最も施策化能力や行政内外の連携

状況に変化の起きやすい集団であり、今後の効果測定に適していると考えられたため、今回の方法で対象者の選択を行った。対象者の人数が少ないため結果の精度は高くないが、結果には一定の傾向がみえて、これまで他部門との連携状況や施策化能力に関するエビデンスが限られていることを考慮すると、本研究の結果は貴重な知見であると考えられる。

また今回施策化能力の評価に用いた尺度はあくまで自己評価であり、実際にどの程度部署の施策形成に個人の知識や能力が寄与しているかについては明らかではない。これについては、今後客観的な評価方法も検討したい。

なお今回の調査においては、特に知り合いややりとりの頻度を聞く部分で質問項目が多く、欠損値が多くなっている。次年度以降の調査では質問の仕方や調査方法を再度検討し、有効な回答をなるべく多く得られるような工夫が必要であろう。その上で、今年度の結果と比較し、経年的なやりとりの頻度の変化やそれに伴い連携状況やその満足度・協力状況などに変化がみられるかどうか、またどのような属性の人で変化が起きやすいのかについて、さらに検討していく必要がある。

E. 結論

介護予防の部署に勤める市町村職員は、自分の部署内や、業務に特に関連する他部署や行政外の組織、地域の役員などとは一定のやりとりがあり、連携をとり協力して業務にあたっている傾向があることが明らかになった。その一方で、医療・保健・福祉以外の部署や民間組織、住民組織とは知り合いややり取りの頻度が少なく、協働の段階には至っていない場合も少なくなかった。

健康格差や健康の社会的決定要因への対策として「全ての政策において健康を考慮する(Health in All Policies)」アプローチ⁹⁾を各市町村がとっていくために、各市町村がそれぞれに適した方法で有機的な多部門連携を達成できるよう、今後も継続して連携状況そのものや、健康指標との関連等に

ついでの評価を行っていく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
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) 厚生労働省. これからの介護予防～地域づくりによる介護予防の推進～.pp71-74. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002lybz-att/2r9852000002lyg9.pdf>(2015年3月5日最終アクセス)
- 2) 鈴木由里子, 田高悦子.(2014). 行政保健師の施策化能力評価尺度の開発. 日本公衆衛生雑誌, 61(6), 275-285.
- 3) Kessler, R.C, Andrews, G, et al. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, 32, 959-976.
- 4) Furukawa TA, Kessler R, Andrews G, Slade T. (2003). The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*.33:357-62.
- 5) Putnam, R. (1993). *Making democracy work: civic tradition in modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- 6) Kouvonen, A., Kivimäki, M., Vahtera, J., Oksanen, T., Elovainio, M., Cox, T., Wilkinson, R. G. (2006). Psychometric evaluation of a short measure of social capital at work. *BMC Public Health*, 6(1), 251.
- 7) 小田切優子. (2010). 第83回日本産業衛生学会ポスター発表.
- 8) 川上憲人. 全国調査におけるK6調査票による心の健康状態の分布と関連要因. 2006年度厚生労働科学研究費補助金（統計情報高度利用総合研究事業）国民の健康状況に関する統計情報を世帯面から把握・分析するシステムの検討に関する研究. 分担研究書.
- 9) WHO, Government of South Australia (2010), “Adelaide statement on health in all policies: moving towards a shared governance for health and well-being” Report from the International Meeting on Health in All Policies, Adelaide, 13-15 April 2010. WHO, Government of South Australia. http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf (2015年3月5日最終アクセス)
- 10) イチロー・カワチ, 高尾 総司, S.V.スブラマニアン編, 近藤克則, 白井こころ, 近藤尚己監訳. (2013). 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, 東京. pp42-43.

図1：調査対象者のうち、希望者に返却した個人結果報告書の見本（表面と裏面。実物はA3）

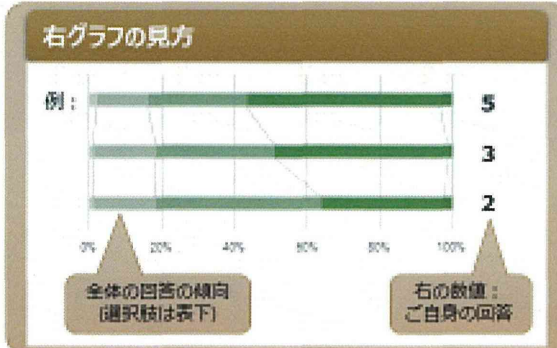
あなたの連携力・職場の力

2014年度「自治体施策に対するJAGESプロジェクトの効果評価のための調査」個人結果報告書

本結果は、2014年9月に実施した調査にご参加頂いた方で、個人結果の返却をご希望された方へお送りしております。
あなたの職場内外・地域の組織との連携状況や、ソーシャル・キャピタル、施策化能力について、ご報告致します。

日本老年学的評価研究
JAGES Japan Gerontological Evaluation Study

〇〇市 部署名：●●課
お名前：ママ ▲▲様



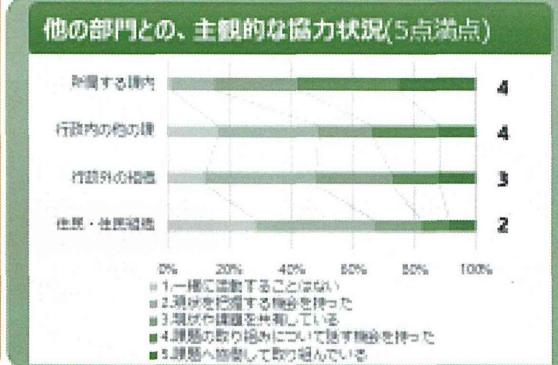
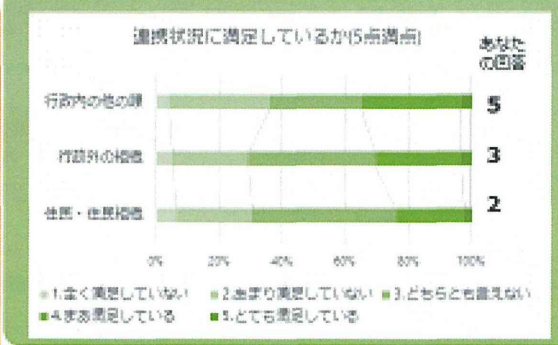
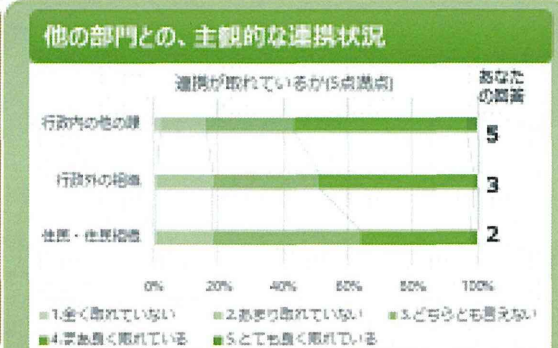
職場のソーシャル・キャピタル

「職場のソーシャル・キャピタル」とは、同僚や上司との信頼や助け合い、価値観の共有、協調した行動を促すものです。

あなた	平均			
1. 全く当てはまらない	2. あまり当てはまらない	3. どちらとも言えない	4. やや当てはまる	5. 非常に当てはまる (5点満点)
私たちの上司は信頼できる	3	4.1		
上司は私たちの従業員としての権利に対して理解を示してくる	4	4.2		
上司は親切心と思いやりをもって私たちに接してくれる	5	4.0		
部署のメンバーは、出来るだけ最高の成果を出すために、お互いの意見を取り入れ合っている	4	4.0		
部署の人々は、新しいアイデアを考えたり実行に移すために協力し合っている	3	4.0		
私たちの部署では、お互いに理解し合合っている	4	4.0		
私たちの部署では、共に働く、という姿勢がある	5	4.1		
私たちの部署では、仕事に関連した情報の共有ができています	4	4.0		
合計(満点40点)	32	32.3		

【あなたのスコアの評価】
あなたの職場のソーシャル・キャピタルは、全体の平均と同程度です。

なお本尺度については、各点以上が高い等の基準はありません。
尺貫の由来：Kawamura et al.(2006). Psychometric evaluation of a short measure of social capital at work. BMC Public Health, 6:251



施策化能力評価尺度

「施策化能力」とは、自治体にお勧めされる方が、政策・施策・事業からなる政策体系を踏まえ、公衆衛生の視点から政策目的を達成するために必要な知識・技術・態度・行動のことです。
この尺度は、①「コミュニティパートナーシップ」と②「地域診断サイクル」の、二つの尺度によって構成されています。

①「コミュニティパートナーシップ」
いかに地域住民や関係機関を巻き込みながら施策化できるかという力。施策化におけるコミュニティメンバーと協働に関する項目から構成されています。

自己評価	平均	
施策の進捗を地域住民や関係機関に報告する	0	1.5
地域住民や関係機関が施策化に参加できる機会を平等に提供する	1	1.3
地域住民や関係機関と施策化における役割を調整する	2	1.4
地域住民や関係機関と施策化の必要性について合意を得る	3	1.2
地域の関係者に施策化の必要性を説明する	0	1.4
住民に施策化の必要性を説明する	1	1.4
地域の関係者と解決すべき課題課題を共有する	2	1.4
住民と解決すべき課題課題を共有する	3	1.3
小計(満点24点)	12	10.3

②「地域診断サイクル」
健康課題の再発把握（再発防止）に基づき、Plan-Do-Check-Actのサイクルを回す力です。

自己評価	平均	
費用対効果の観点から施策を評価する	0	1.1
施策化が必要は根拠を明文化する	1	1.1
施策の評価指標を明確にする	2	1.1
福祉・教育・環境など関連分野の効果を理解する	3	1.3
長期的な見直しを持ち継続課題の解決策を検討する	0	1.1
行政機関が対応すべき継続課題の解決策を検討する	1	1.2
継続課題を多角的にアセスメントする	2	0.9
疫学を活用して継続課題を分析する	3	0.8
小計(満点24点)	12	8.7

①+②総得点：24点（満点：48点、全体平均：19.5点）

【あなたのスコアの評価】
あなたの施策化能力は、全体の平均よりやや高いようです。

なお本尺度については、各点（平均）毎の基準はありません。
尺貫の由来：鈴木ら(2014). 日本公衆衛生雑誌 61(8) p275-285