

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の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、縦断的にリンケージ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ケージされる予定である。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名(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名(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」「自分たちですでに対策済み」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、それぞれど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がないのが11%(8人)、仕事上ではやりとりがないのが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）、勤続年数が高いほど、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。また勤続年数が高いほど、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）、勤続年数が高い（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に比べると、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いない場合も多く、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なり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なり知り合いになり、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とれ、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て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.