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

ソーシャル・キャピタルの概念に基づく
多部門連携による地域保健基盤形成に関する研究

平成25年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　近藤尚己
平成 26（2014）年 3 月

目　　次

Ⅰ．総括研究報告

ソーシャル・キャピタルの概念に基づく多部門連携による地域保健基盤形成に関する研究 1

近藤尚己

II. 分担研究報告

1. 自治体における地域づくり型の保健活動におけるソーシャル・キャピタルの概念の活用法についての理論的研究　12

近藤尚己

2. 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 23

近藤尚己, 芦田登代, 近藤克則

（資料）神戸市のワークショップ作業シート

（資料）御船町の小地域別診断結果シート

3. 高齢者の健康状況に関する神戸市のベンチマーキング 34

尾島俊之, 芦田登代

4. 介護予防事業の優先地域を選定するためのツール開発に関する研究　43

近藤尚己, 芦田登代

（資料）介護予防事業実施対象地区選定シート

（資料）介護予防事業実施対象地区選定シート活用の手引き

5. 日本老年学的評価研究（JAGES）2013 年調査の結果： 神戸市と御船町の特徴と主な集計結果 56

近藤克則, 芦田登代

6. 自治体における多部署連携を進めるための会議のファシリテーション手法に関する研究：「一人からみんな（1-2-4-ALL）」手法の活用経験の報告　75

河村洋子, 芦田登代, 近藤尚己

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表 78

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）
総括研究報告書

ソーシャル・キャピタルの概念に基づく
多部門連携による地域保健基盤形成に関する研究

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

研究要旨　健康日本21（第二次）の基本姿勢となるなど，地域のソーシャル・キャピタルを醸成することで健康増進を図る「地域づくり型」の保健施策の重要性が高まっている．しかしソーシャル・キャピタルの概念には誤解や乱用が多く，その醸成手法も発展途上である．そこで本研究は，地域づくり型の保健施策を進めるために，まずソーシャル・キャピタルの概念を整理し，その醸成方法の在り方を検討すること，そして介護予防を例に，自治体との連携による実践で，その課題や手法についての知見を得ることを目的とした．まず，概念整理の結果，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，グループメンバー同士やグループ同士の良好な関係性を追求するような，集団の凝集的特性としてのソーシャル・キャピタルの醸成を進めることが概念的に合致していた．また，自治体職員が主導する地域づくり型の介護予防施策におけるソーシャル・キャピタルの推進には，まず自治体内の各部署が特定の共通の目的のもとに連携して活動する横断的な連携システムを作ることが重要であると考えられた．これをもとに，兵庫県神戸市および熊本県御船町において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．その結果，共通の目的の保有，参加部署それぞれにとって合目的であるための運営の工夫，効果的なファシリテーション手法の活用，ソーシャル・キャピタルの負の効果への対処などの重要点が確認された．これらに留意しつつ準備を進め，両自治体において，実際に連携会議を立ち上げることに成功した．また，日本老年学的評価研究（JAGES）による地域診断とその結果の見える化ツールであるJAGES-HEARTを活用して，23年に実施した神戸市でのJAGES調査結果に基づき，神戸市の地域診断を行った．JAGES-HEARTをさらに実践的に活用するため，「介護予防事業実施対象地区選定シートver.2.1」を開発して，神戸市で実際に使用した．要介護のリスク，社会参加状況，社会経済状況，地域づくりのための資源等について学区単位で数値評価することで，介護予防施策の優先順位が高い地域を客観的に選定できるツールである．連携会議では，「ひとりからみんなへ（1-2-4-all））」といった会議のファシリテーション手法を活用し，多様な部署が参画する会議においての有用性を確認した．加えて，今後の地域づくりの介入効果判定のベースラインとするため，今年度はJAGESの2013年調査を上記2自治体で実施し，自治体の特徴等について把握した．2年目の計画では，第6次介護保険事業計画の立案と合わせて，データを活用した連携組織の運営による地域づくりとソーシャル・キャピタルの醸成の具体化と取り組みの継続実施をめざし，その評価をする．

A. 研究目的

＜背景＞

ソーシャル・キャピタルは，近年，政治学や経営学，社会学，経済学など，多くの分野で大きく注目されている概念であり，社会疫学による知見の蓄積により，公衆衛生分野でもその積極的な活用を検討する段階にきている．たとえば，健康日本21（第二次）においては，ソーシャル・キャピタルの醸成を主眼とした社会環境の整備（地域づくり）による健康増進対策を推進することが強調されている（小宮山洋子，2012）．しかし，ソーシャル・キャピタルという概念には，これまで社会的ネットワークや社会的支援といった社会関係に関する諸概念でとらえられていた事象との混同があるなど，誤解や誤用が多く，今後のソーシャル・キャピタルの概念の普及や活用の妨げとなることが懸念される．

また，健康の社会的決定要因の概念に依拠すれば，健康増進のための社会環境の整備を進めるためには，都市計画や教育，就労支援など，保健に直接は関係しないが，健康に大きな影響を与える社会的要因へのアプローチが必要であるが，これは保健セクターのみでは不可能であり，関連する他の部署や市民，民間企業等との幅広い連携が求められる．しかし，そのような多部署連携のしくみが備わっている自治体はほとんど見られず，本来の意味での“地域づくり”による保健対策があまり進められていないのが現状である．

また，社会環境の整備を進めるためには，地域を，健康に影響を与える社会環境の視点で客観的に評価し，地域診断することも求められる．本研究班の研究者らは，地域環境やソーシャル・キャピタルなど，健康の社会的決定要因を解明するために，平成15年より大規模な縦断疫学研究である日本老年学的評価研究：JAGESを続けてきた．これまでに地域診断と健康格差への対策ツール「JAGES-HEART」や地域格差の可視化ツール「介護予防WEBアトラス」を開発した（近藤克則，2012，近藤克則，2014）．JAGES-HEARTは，政策評価の枠組み理論を応用し，高齢者の健康状態に関する地域の常用を，①インプット（資源：予算措置など），②プロセス（計画・配分・サービス利用），③環境（活動機会の密度，インフラなどへのアクセス），④個人の行動（運動，栄養など），⑤健康アウトカム（要介護認定，死亡など）の5要素に分け，それぞれについて，地域ごと平均値と地域格差，社会経済格差について自治体単位で計算して見やすく編集し，公表したものである（具体例を図1，図2に示す）．これにより，自治体間比較（ベンチマーキング）および自治体内の小地域間比較を可能とするものであり，自治体における高齢者保健対策の計画・立案・評価・改善というマネジメントプロセスを支援することをねらいとしている．これらは健康日本21（第二次）が求める，地域づくりによる保健対策に資することを視野に入れ，開発されたものであり，健康日本21（第二次）が求める，地域づくりによる保健対策に資することを視野に入れ，開発されたものである．

しかし，今後の課題として，自治体ではこのようなデータツールの活用に基づく社会環境の整備による保健対策の経験が乏しいことがあげられている．

＜研究の目的＞

以上より，本研究の目的は，自治体との連携のもと，JAGES-HEARTを基盤として，ソーシャル・キャピタル理論を踏まえた地域づくり型の健康増進・健康格差対策のための実践的エビデンスを提供することである．また，

そのための幅広い地域連携基盤の構築の方策を提案することである．これらによりJAGESの研究成果の本格的な社会実装につなげ，今後の地域づくり型の介護予防施策の全国展開に資することを目指す．

＜平成25年度の実施内容＞

上記の目的を達成するために，初年度である平成25年度は，以下の6つの研究を実施し，分担研究報告書としてまとめた．

1） 自治体における地域づくり型の保健活動におけるソーシャル・キャピタルの概念の活用法についての理論的研究
2） 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
3） データに基づく地域診断ツール：JAGES-HEART2010を用いた神戸市のベンチマーキング
4） 介護予防事業の優先地域を選定するためのツール開発に関する研究
5） JAGES2013年調査結果：神戸市と御船町
6） 自治体における多部署連携を進めるための会議のファシリテーション手法に関する研究：「一人からみんな（1-2-4-ALL）」手法の活用経験の報告

B. 研究方法

1） 自治体における地域づくり型の保健活動におけるソーシャル・キャピタルの概念の活用法についての理論的研究

ソーシャル・キャピタルの概念について，主にその定義と健康への影響について文献的検討を行い，定義の相違を分類した．これを踏まえ，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．

2） 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

介護予防対策を目的として，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．

3） データに基づく地域診断ツール：JAGES-HEART2010を用いた神戸市のベンチマーキング

2010-11年度に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」のデータを用いて，JAGES-HEARTの枠組みにより自治体間のベンチマーキングを行った．使用したデータ元の調査は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項目であった．各指標の値は直接法による年齢調整を施した．

4） 介護予防事業の優先地域を選定するためのツール開発に関する研究

JAGES2010年-11年調査のデータを用いて，市内を小地域単位で客観的に評価し，どの地域に改善のニーズが集積しているのかを可視的に評価することで，優先的に介入すべき地域を選定するツール「介護予防事業実施対象地区選定シート（version2.1）」を開発した．

5） JAGES2013年調査結果：神戸市と御船町

2013年に全国30自治体を対象としたJAGES2013年調査を実施した．その一部として，本研究では兵庫県神戸市と熊本県御船町におい

て調査を実施した．今本報告書では，主な指標について，調査結果を集計した．

６） 自治体における多部署連携を進めるための会議のファシリテーション手法に関する研究：「一人からみんな（１-２-４-ALL）」手法の活用経験の報告

多部署連携に欠かすことのできない効果的かつ効率的なディスカッションのための「場」づくりのツールとして提唱されたLiberating Structuresの一手法である「一人からみんな（1-2-4-ALL）」を，御船町での地域包括ケア推進会議において活用した．これは，共有された情報や知識に対して一人ひとりが自分の考えを反映させ，人数が多少にかかわらず，皆必ず一度は自主的に発言をすることが促される仕組みをもった手法である．会議には，財務や防犯などにかかわるものも含まれた多様な部署からの参加があった．

（倫理面への配慮）
JAGES調査は日本福祉大学倫理審査委員会の許可を得て実施した．

C. 研究結果

７） 自治体における地域づくり型の保健活動におけるソーシャル・キャピタルの概念の活用法についての理論的研究

ブリュデューなどが定義する，個人が社会関係を通じて得られる資源，としての定義がある一方で，健康日本21（第二次）などが目指す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，グループメンバー同士やグループ同士の良好な関係性を追求するような，集団内における関係の凝集的特性を意味する，「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概念的に合致していた．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．一方，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，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．

８） 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

ソーシャル・キャピタルに関する概念整理の結果を踏まえて，神戸市，御船町の担当職員らとの準備を進め，保健や介護の枠を超えた幅広い部署出身のメンバーを含めた多部署連携会議をそれぞれ発足した．準備のプロセスの中で，幅広い職種の積極的参加を促すには，目的を共有することと互いの利益が尊重されることをめざした運営方法の工夫が必要であることや，ソーシャル・キャピタルの負の側面への対処など，理論的に重要と考えられたことが，実際に極めて重要なポイントであることが確認された．

９） データに基づく地域診断ツール：JAGES-HEART2010を用いた神戸市のベンチマーキング

ベンチマーキングの結果，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は31自治体平均値よりも男性で3.7%，女性で6.93%上回っていた．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自治体の平均値をやや下回っていた．「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．

１０） 介護予防事業の優先地域を選定するためのツール開発に関する研究

作成した「介護予防事業実施対象地区選定シート（version2.1）」を用いて，実際に神戸市の第6期介護保険事業計画の策定に向けた取り組みの中で，そのツールを用いて「モデル地区」を選定するために活用した．各行政区の担当者が同ツールを使って地域診断を行い，他の地域情報と併せて市の担当者に報告し，最終的に，介入予定地区，つまり「モデル地区」として4地区を選定した．

１１） JAGES2013年調査結果：神戸市と御船町

神戸市では，65歳以上の住民15,705名に対して郵送調査を行い，73.7%から回答を得た．御船町では,65歳以上の高齢者2,000人に調査票を配布し，回収率は70.8%であった．

単純集計の結果，観察した項目はおおむね似通っていたが，「1か月間に会った友人知人数では顕著な違いが観察された．「いない」と回答した人は，神戸市男性17.33%，女性6.63%，御船町男性8.7%，女性3.57%であった．

１２） 自治体における多部署連携を進めるための会議のファシリテーション手法に関する研究：「一人からみんな（１-２-４-ALL）」手法の活用

「一人からみんな」の手法を用いたのは多部署から集まった12名の地域包括ケア推進会議であった．自主防災組織の活用による地域づくりというテーマに関して，まず5分間，それぞれが一人で意見をまとめ，次に2人ペアでそれをシェアし，さらにペア同士をくっつけ4人グループとして意見出しをした後，フロア全体での討論をした．この手法によって，すべての人が必ず自身の意見をもち，それを発言する機会を提供することができた．全体で50分のセッションの中で，一定の量の課題や取り組み案を出すことができた．

D. 考察

研究初年度である25年度は，ソーシャル・キャピタルの理論的背景についての整理を行い，それをもとに，兵庫県神戸市および熊本県御船町において，地域づくり型の介護予防施策を進めるための第一歩として，多部署連携による継続的な検討会議の場を1年かけて立ち上げることができた．連携会議では，JAGES-HEARTや介護予防事業実施対象地区選定シートなどを用いて，調査に基づく客観的なデータに基づき，小地域単位で評価した地域診断結果を用いることで，課題が多く対策の優先度を上げるべき地域の把握と介入対象地域の選定が達成された．「介護予防事業実施対象地区選定シート（version2.1）」については，開発後，実際に自治体での介護保健活動に用いられ，円滑に対策の優先対象地域の選定が行われたことから，実用面での有用性も確認されたといえる．

JAGES2010年調査データを用いた神戸市のベンチマーキングの結果からは，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一方で，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．このようなベンチマーキングが，複数自治体との比較により自身の自治体の課題を客観的に判断し，対策へとつなげるのに有用であると考えられた．今後，他の多くの自治体にも応用可能なツールの開発をめざし，地域の特性に応じた評価項目の適切性および妥当性，また使いやすさの追求等の改善に取り組む予定である．

JAGES2013年度調査は前回調査よりも大幅に（約10%）回収率を向上させることができた．これは調査票のデザインの影響に加え，督促ハガキを出したことの効果も大きかったと考えられる．回収率の変化したことは，回答者の傾向に2つの調査の間で相違がある可能性を示唆している．つまり，2010年調査では回答しなかったある特性を持つ人たちが，今回の調査では回答したといったことが，データの特性に影響を与えた可能性がある．これについては，今後，2010年と2013年のデータの比較を進める際に留意する必要がある．また，単純集計の結果からは，都市の構造や人的交流に影響を与える文化や交流機会の数など，人々の交流に関する環境が，神戸市と御船町で異なることが考えられた．今後の介護予防策を講じるうえでは都市規模に応じた対応が求められる可能性が見出された，今後詳細な分析を進め，地域性を考慮した対策につながるヒントとしたい.

最後に，連携会議において試用してみたファシリテーション手法であるLiberating Structures法の一つ「一人からみんな（1-2-4-ALL）」を，介護予防を目的とした多部署連携会議で活用する経験を得, その有効性についての「手ごたえ」を得た.

E. 結論

ソーシャル・キャピタルの概念を活用し，その醸成を目指した地域づくり型の介護予防施策を進めるための，理論的，実践的なエビデンスやノウハウを蓄積することを目的とした本研究班の初年度の活動では，ソーシャル・キャピタルの理論に関する基本的な概念整理，地域づくり型の対策を推進するための組織としての多部署連携会議の発足，多部署連携会議において，地域診断や対象地域の優先順位づけのためのツール開発，および今後の取り組みの評価のベースラインとするため等の目的のための, 疫学調査の実施を行った.

本年度の成果をベースとして，次年度は，多部署連携による地域づくり型の介護予防施策の実施，そのための連携会議の継続運用をめざす．その成果を，対象2自治体における第6次介護保険事業計画へと反映することを視野に入れる．また，調査によって得られたJAGESのデータを縦断的に個人単位でリンケージし, これをもとにJAGES-HEARTおよび介護予防事業実施対象地区選定シートのバージョンアップを行い，関連研究を論文化する.

自治体の多部署連携会議では，会議の継続運営を最も重要な目標とするが，可能な範囲で，住民組織や民間企業などとの連携など，集めるグループの幅を広げたワークショップの開催を試みる.

F. 健康危機情報

特になし.

G. 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. 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.

（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「支えあいでつくる健康長寿・御船町」平成25年11月26日. 御船町カルチャーセンター.

H. 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＞

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,pp.5-20.

小宮山洋子 (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).

図1　JAGES-HEARTの一部．自治体ごとに各指標についての評価を行い，色分けして示すことで比較を容易にしている．

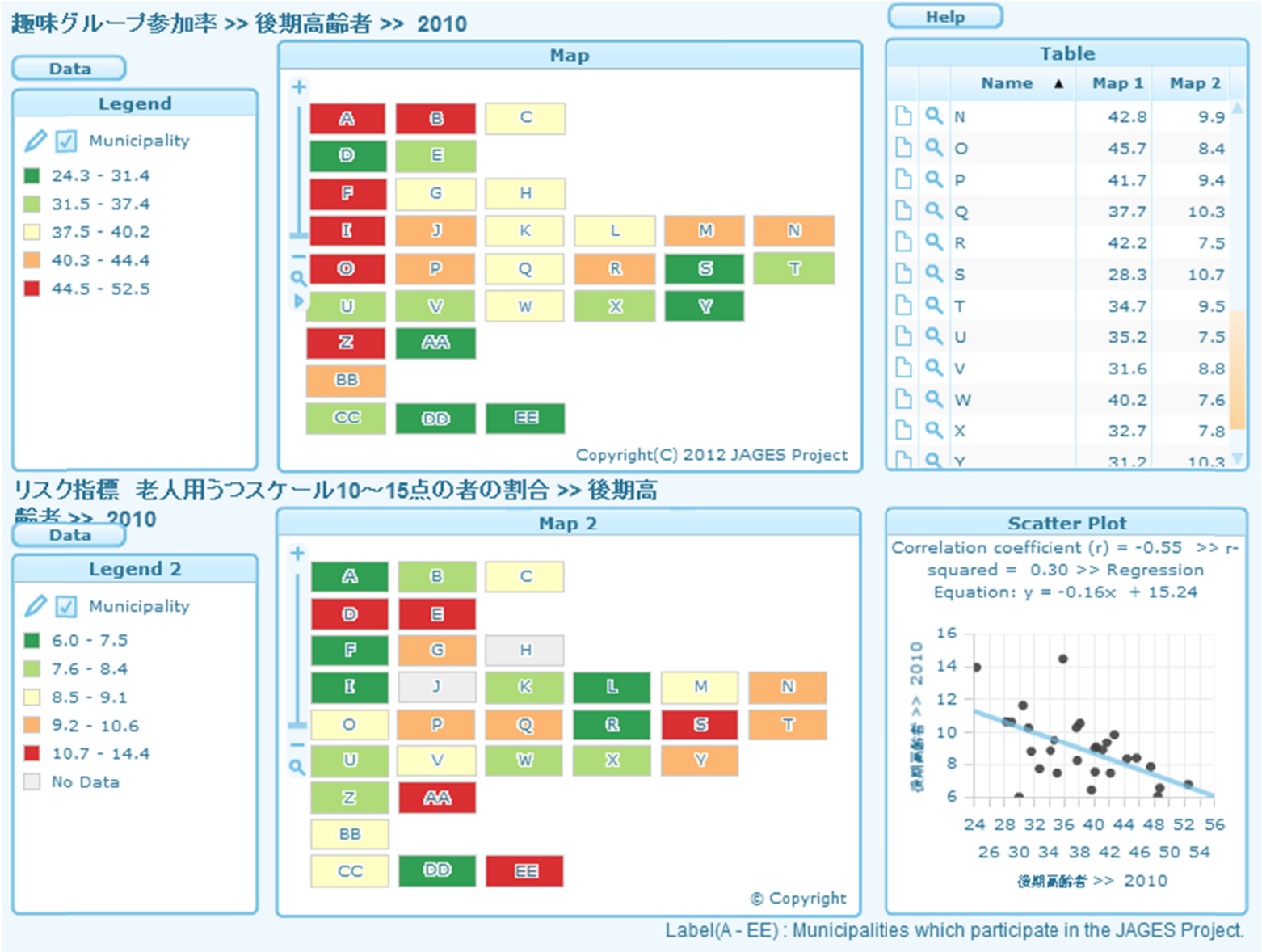


図2　介護予防ウェブアトラスの一部（2指標の比較機能を持ったページの例）

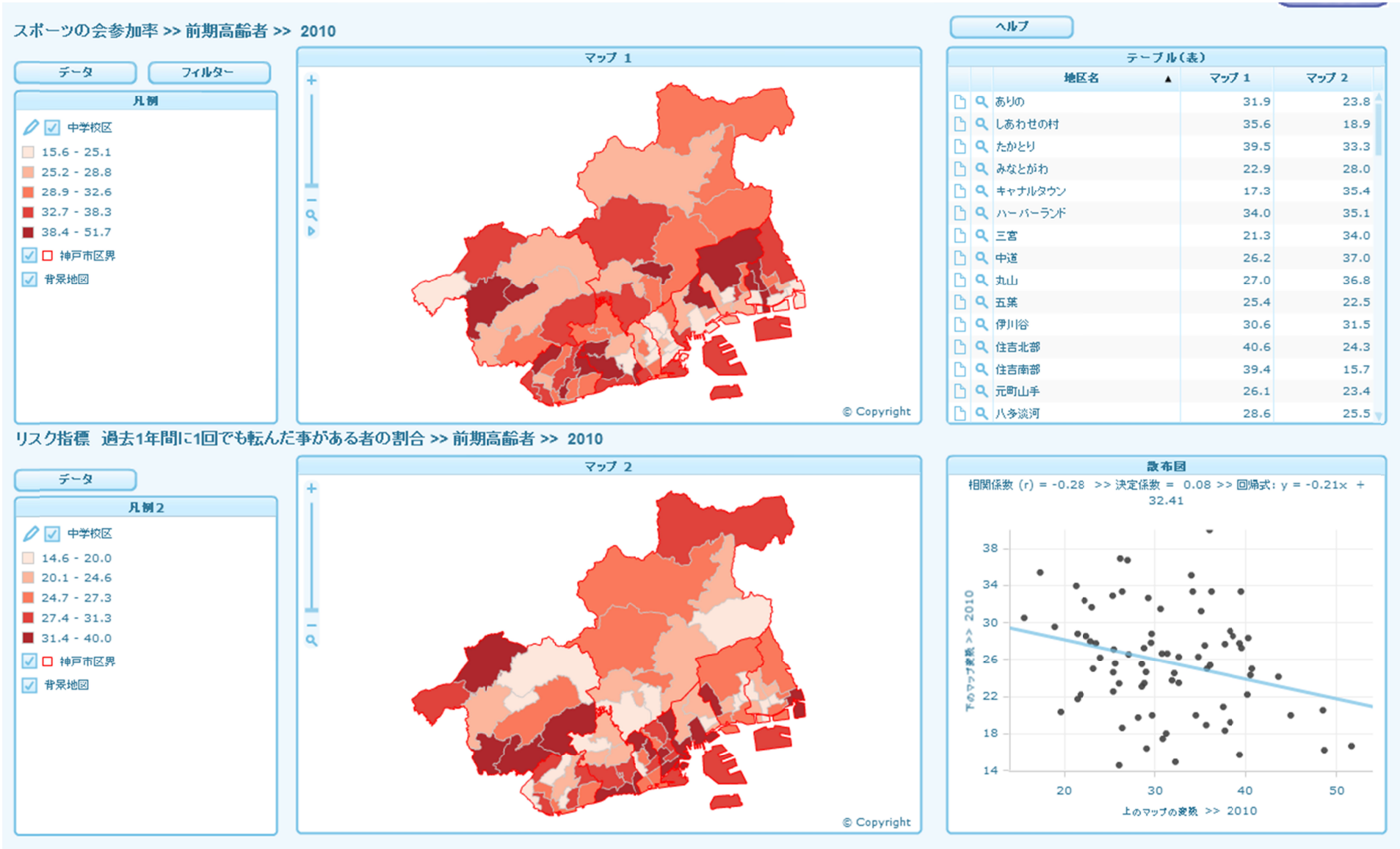
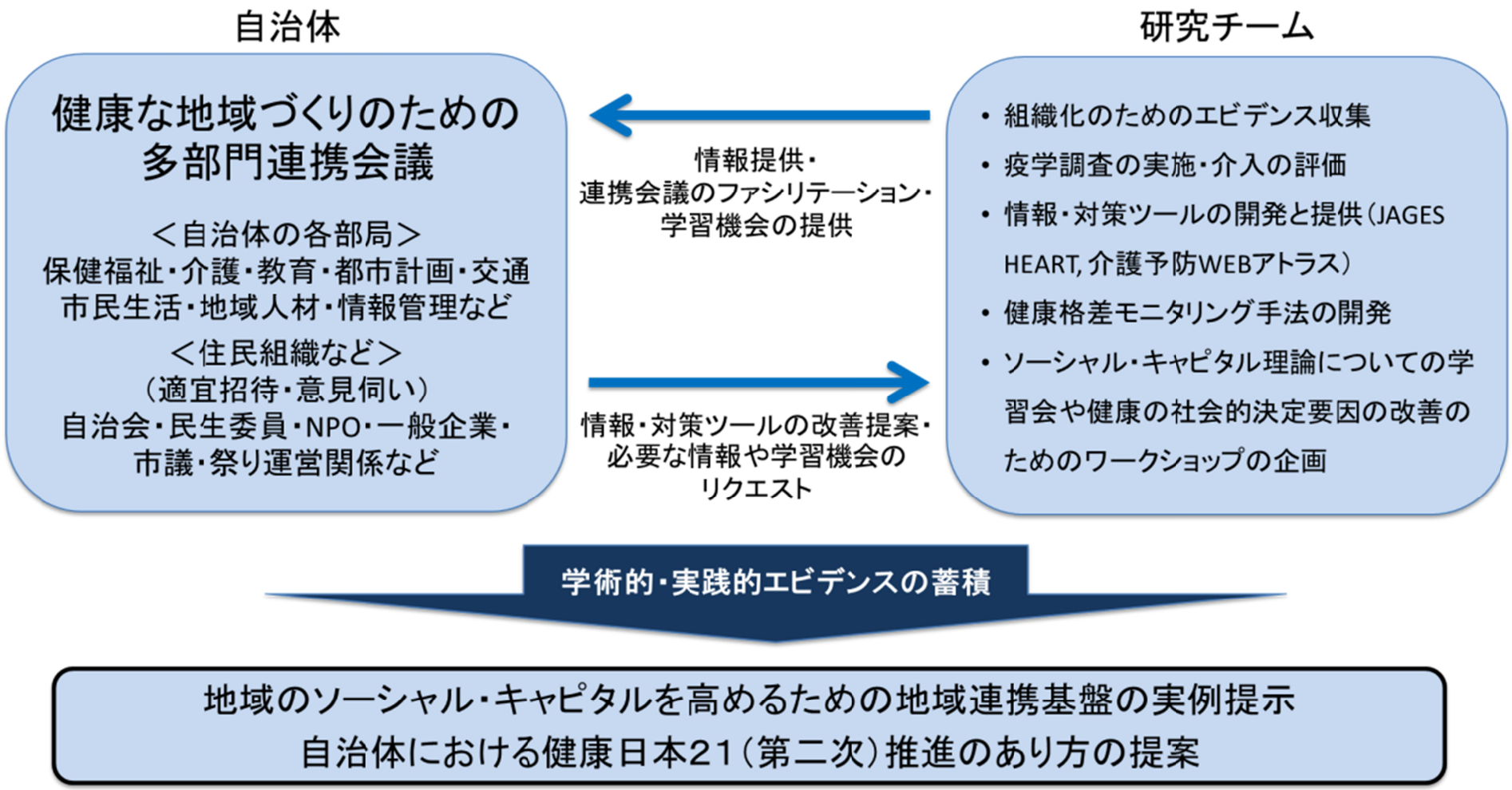


図3　研究の概念図


自治体
健康な地域づくりのための
多部門連携会議
＜自治体の各部局＞
保健福祉・介護・教育・都市計画・交通
市民生活・地域人材・情報管理など
＜住民組織など＞
（適宜招待・意見伺い）
自治会・民生委員・NPO・一般企業・
市議・祭り運営関係など
情報提供・
連携会議のファシリテーション・
学習機会の提供
情報・対策ツールの改善提案・
必要な情報や学習機会の
リクエスト
研究チーム
• 組織化のためのエビデンス収集
• 疫学調査の実施・介入の評価
• 情報・対策ツールの開発と提供（JAGES HEART, 介護予防WEBアトラス）
• 健康格差モニタリング手法の開発
• ソーシャル・キャピタル理論についての学習会や健康の社会的決定要因の改善のためのワークショップの企画
学術的・実践的エビデンスの蓄積
地域のソーシャル・キャピタルを高めるための地域連携基盤の実例提示
自治体における健康日本21（第二次）推進のあり方の提案

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

自治体における地域づくり型の保健活動における ソーシャル・キャピタルの概念の活用法についての理論的研究

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

研究要旨　健康日本21（第二次）の基本姿勢となるなど，地域のソーシャル・キャピタルを醸成することで健康増進を図る「地域づくり型」の保健施策の重要性が高まりとなっている．しかしソーシャル・キャピタルの概念には誤解や乱用が多く，その醸成手法も発展途上である．そこで，ソーシャル・キャピタルの概念について，主にその定義と健康への影響について文献的検討を行い，定義の相違を分類した．これを踏まえ，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．ブリュデューなどが定義する，個人が社会関係を通じて得られる資源，としての定義がある一方で，健康日本21（第二次）などが目指す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，グループメンバー同士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概念的に合致していた．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一方，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．現在実施中である兵庫県神戸市および熊本県御船町での部署・官民連携組織の運営において，今後これらの知見について実践的な経験を踏まえ，考察を深めていく．

A.　研究目的

健康日本21（第二次）では，社会環境にアプローチする，地域づくり方の，いわゆるポピュレーション・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．ソーシャル・キャピタルの醸成を主眼とした社会環境の整備による健康増進対策を推進することが強調されている（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，小宮山洋子 2012）．

ソーシャル・キャピタルは，公衆衛生分野で最もよく知られたパットナムの定義によれば，メンバー同士の信頼性や結束，互恵性の規範といいたもので特徴づけられるグループの特性，と理解される（Putnam, 1992）．すなわち，地域住民同士の結束や信頼，助け合いの規範を醸成することが，公衆衛生分野において一般に「ソーシャル・キャピタルの醸成」として語られる意味合いといえる．とこ

ろが，一方で，ソーシャル・キャピタルという用語を，これまで社会的ネットワークや社会的支援といった社会関係に関する諸概念の単純な延長上で独自の解釈を行いて使用しているなど，概念への誤解や誤用，あるいは拡大解釈による活用例も見られ，今後のソーシャル・キャピタルの概念の普及や活用の妨げとなることが懸念される．

更に，地域において，ソーシャル・キャピタルを自治体などフォーマルな組織が主体となって醸成する手法やその成功例については，情報が不十分であり，その普及も進んでいない．

そこで本研究の目的は，ソーシャル・キャピタルの概念を整理し，地域づくり型の疾病予防活動を推進することを狙いとした活動において，この概念がどのように関与するか，またそういった地域づくり活動の効果を上げるためにソーシャル・キャピタルの概念がどのように役立つかについて，文献的・理論的に考察し，整理することとした．

B. 研究方法

まず，日本における近年の公衆衛生活動あるいはそのための指針等におけるソーシャル・キャピタルの概念の扱いについて，健康日本21（第二次）の策定に向けた議論を中心に整理した．次に，ソーシャル・キャピタルの理論的背景について，理論の起源と発展の経緯を中心に文献的に検討して概念を整理した．そのうえで，現在日本において自治体が進めるべき地域づくり型の保健活動の在り方について，ソーシャル・キャピタルの概念が持つ含意や留意点について考察した．

ソーシャル･キャピタルの概念については，それを提唱した主な研究者のうち，特に公衆衛生分野においてよく引用されるパットナム（Putnam, 1992），コールマン（Coleman, 1990），ブリュデュー（Bourdieu, 1986）について，同概念をそれぞれ提唱した原書（ブリュデューはフランス語であったため英語訳のもの）を読み，概念を整理した．

（倫理面への配慮）

本研究は文献研究であり特段の倫理的配慮を要しない．

C. 研究結果

＜我が国の公衆衛生活動におけるソーシャル・キャピタルの概念の扱い＞

健康日本21（第二次）の基本姿勢を提示している「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」（小宮山洋子, 2012）では，

「四 健康を支え，守るための社会環境の整備
：個人の健康は，家庭，学校，地域，職場等の社会環境の影響を受けることから，社会全体として，個人の健康を支え，守る環境づくりに努めていくことが重要であり，行政機関のみならず，広く国民の健康づくりを支援する企業，民間団体等の積極的な参加協力を得るなど，国民が主体的に行う健康づくりの取組を総合的に支援する環境を整備する．また，地域や世代間の相互扶助など，地域や社会の絆，職場の支援等が機能することにより，時間的又は精神的にゆとりのある生活の確保が困難な者や，健康づくりに関心のない者等も含めて，社会全体が相互に支え合いながら，国民の健康を守る環境を整備する．」とし，そのための具体的な「健康を支え，守るための社会環境の整備に関する目標 」として，

1. 地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）

2. 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加
   健康づくりに関する活動に取り組み，自発的に情報発信を行う企業登録数の増加
3. 健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加
4. 健康格差対策に取り組む自治体の増加（課題となる健康格差の実態を把握し，健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数）

を掲げている．「健康日本21（第二次）の推進に関する参考資料」（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）の中では，ソーシャル・キャピタルという言葉を「ソーシャル・キャピタルとは，ある社会における相互信頼の水準や相互利益，相互扶助に対する考え方（規範）の特徴」と定義し，これ用いて，個別の健康課題においてこれら目標を達成するための活動の在り方について述べられている．

すなわち，健康日本21（第二次）においては，個人レベル，組織レベル，加えて社会組織と個人，それぞれの関係性において，そのつながりを密にすることで保健活動を円滑を進め，ひいては自身の健康づくりに主体的に取り組む個人および組織を増やすことを目指す，という立場が読み取れる．

＜自治体での取り組み状況＞

現状でどのような地域づくりによる保健活動の取り組みが行われているかを明らかにするために，事例に関する文献を調べた．

まず，厚生労働省による健康日本21（第二次）の取り組み事例についての資料「地方自治体等の取組事例（2013年8月版）」（厚生労働省，2012）では，38の取り組みが紹介されている．そのほとんどは医療機関等における，組織的な特定保健指導の事例や知識の普及啓発にかかわる活動であった．地域のフォーマル・インフォーマルな組織の連携や住民の参画を促すような社会環境の整備を目指した事例として，三重県の元気クラブいなべ」の事例のみであった．

一方，地域づくり型の保健対策の先進事例については，分担研究者尾島が中心となり事例の収集と公表を進めてきた．成果の一部は保健師ジャーナル誌上で25年4月より「事例集：新しい健康日本21へのヒント」として連載されている（2013-2014）．26年5月号までに，13の自治体での取り組みが紹介された．そのほとんどで強調されていたのは，健康づくり（体操教室・サロン等）の活動を行う住民組織の育成や既存の住民組織（老人クラブや食生活改善推進員，愛育会など）との連携によるそれら活動の推進であり，また，そういった住民との活動を自治体の保健行政のマネジメントシステムに組み込んで計画的に推進している事例も見られた．

＜ソーシャル・キャピタルの概念的分類＞

ソーシャル・キャピタルを定義した主な文献を確認したところ，研究者によって定義がまちまちであるが，まずどの定義も「社会関係に内在する資源的な側面」という包括的な要素を備えていた．まず，ソーシャル・キャピタルという言葉が広く社会科学や保健の分野で注目されるようになった政治学者パットナムの著書「Making Democracy Works」（Putnam, 1992）では，イタリアにおける観察研究の成果として，人々同士の信頼や結束の強さ，互恵性の規範といった特性が資源（キャピタル）として機能し，国や地域社会の政策の効率向上に貢献するとしている．人々が，

特定の価値観や信念，利害関係等によって互いに信頼して結束あっている様子を社会的凝集性（social cohesion）が高いというが（Kawachi and Berkman, 2000），パットナムの立場は，そのように凝集的（cohesive）な構造を持った集団の特性を資源としてとらえ，ソーシャル・キャピタルと定義する立場である（＝集団レベルのソーシャル･キャピタル）．類似の定義として，社会学者コールマンのものがある（Coleman, 1990）．コールマンは，個人が何らかの行為を起こすための資源の一つとしてソーシャル・キャピタルを扱っており，それは「グループの構造あるいは関係性についてのある側面であり，それによって個人のある種の行為を促す」ものと定義している（12 章）（Coleman, 1990）．

もう一つは個人の社会的ネットワークの中にある財としてとらえる立場である（＝個人レベルのソーシャル･キャピタル）．主要な論者ブリュデューは,「互いの認識と互恵関係が備わった強固なネットワークを通じて得られる実在あるいは潜在的な資源の集まり」をソーシャル・キャピタルであるとしている（Bourdieu, 1986）．個人の目標達成のためには文化資本（教育など）や経済資本（金銭など）を有することが必要であるが，たとえこれら資本を持っていなくても，自身の社会的ネットワークの中の誰かが有している場合，人間関係を通じてそれを利用できる．したがって，ネットワークを広げることに投資することで，多くの財にアクセスできるようになる（Lin, 2001）．

＜健康への影響機序＞

集団レベルのソーシャル・キャピタル：集団レベルのソーシャル・キャピタルは，本人の意思にかかわらず，集団内のすべての人に文脈的な影響を与える．したがって，健康への正の効果としては，以下が考えられる．すなわち，

（１）社会的ネットワークが豊かなため，その機能面（社会的サポートや社会関係によるストレスの低減）で有利になる．信頼関係にある集団内での生活は精神的にも有利である．

（２）健康的な規範が形成される．たとえば少年の喫煙などに対する監視機構が働く.（３）協調行動が進み政策の効率に作用する（Putnam, 1992）．互恵性の規範が整っていれば，共有資産（税や自治会費など）の活用に関する合意形成が進みやすいと言われている．また，波及効果も考えられる（Kawachi, et al., 2013）．自治会活動が盛んであれば，自治会員ではない人も，その地域に住んでいれば，災害時などには自治会がこれまで築き上げてきたソーシャル・キャピタルの恩恵を受けるであろう．

集団レベルのソーシャル・キャピタルの負の影響：社会関係は常に健康に対して良好に機能するとは限らず，ソーシャル・キャピタルにも負の影響があることが指摘されている．ポーテスによれば,（集団の）ソーシャル・キャピタルの負の側面として（１）集団外の人の排除（２）集団からの過度の要求（３）強すぎる規範による自由の制限（４）強制的なメンバーの平均化（抜け駆けの禁止）を挙げている（Portes, 1998）．これらは，社会的な孤立や過剰な精神的ストレス，個人の自由の過度の制限などにつながり，健康面にも悪影響を与えかねない．Pronyk らは，南アフリカでのマイクロクレジット・プログラムを通して，地域のソーシャル・キャピタルを醸成することで感染症予防効果が高まるかを比較実験により検証した（Pronyk, et al., 2008, Pronyk, et al., 2008）．その結果，地域への任意的な信頼度は有意に改善し，男女とも HIV 感染予防

効果との関連を示したが，新たな個人間の関係が増えたことで，女性の罹患率はむしろ上昇した，という“副作用”が生じた．HIV 感染予防という点では予防的に働いていた，既存のコミュニティの規範（女性の社会進出の制限）が，破壊されたことで生じた結果である可能性が指摘されている．また，女性が性的接触を金銭的な取引の付随手段として用いることが一定の慣習となっていたという背景の関与も推察された．このように，地域におけるソーシャル・キャピタルの醸成の際には，地域の既存の文化や規範，慣習等について十分に把握しておくことや，それを熟知している住民との協力の重要性を示唆している．

個人レベルのソーシャル･キャピタル：一方，個人がアクセスできる具体的な資源としての，個人レベルの定義については，アクセスしたネットワーク内の資源が，健康や健康行動の達成にそれぞれの効果を発揮すると理解される．個人レベルのソーシャル･キャピタルは，高度に目的依存的だといわれている．つまり，目的と資源の組み合わせによっては全く役立たない資源もあるだろうし，負の影響が出ることもあり得る（Kawachi, et al., 2008）．

実証分析結果：集団レベルのソーシャル・キャピタルが及ぼす健康への影響についての実証分析結果には膨大な積み上げがある．しかし最近のレビューでは，未だ多くの研究が横断研究にとどまっており，地域レベルの認知的ソーシャル・キャピタルが個人の認知（近隣への信頼感など）の影響と独立して健康に文脈的な効果を持つかについては明確な結果が得られていないなど，更なる検討が必要であるとしている（Murayama, et al., 2012）．また，ネガティブな関連についての知見も蓄積されつつあり，個人の属性（社会経済状況など）との交互作用も観察されているなど新たな広がりを見せている（Kawachi, Takao, Subramanian and al, 2013）．

国内では，日本老年学的評価研究による，高齢者における研究の積み上げが顕著である．たとえば，スポーツの実施は，一人で行うより，スポーツ組織への参加を行ったほうが介護予防につながる（Kanamori, et al., 2012）といった知見が得られている．Kondo らは山梨県の伝統的な結束型ソーシャル・キャピタルとして無尽講を取り上げ，その活動強度が高くやポジティブな参加態度であるほどその後の介護や死亡のリスクが低い一方で，金融的性質が強いとむしろリスクを上げる可能性ことを見出した．同じソーシャル・キャピタルでも，活用法により両側面の影響が出る可能性を示唆している（Kondo, et al., 2012）．

D. 考察

＜ソーシャル・キャピタルの定義と公衆衛生活動＞

以上，文献的な検討から，ソーシャル・キャピタルには，集団の特性であり，集団内のメンバー全員に影響を及ぼすものとするパットナムやコールマンの立場と，個人がネットワークを通じてアクセスすることのできる資源（財）としてとらえるブルデューらの立場に大別されることがわかった．集団のレベルのソーシャル・キャピタルはグループの構造に備わっているため，そこで生活する人々に個人の意思とは無関係に多様なさまざまな文脈的（contextual）影響を与え得る．一方，個人レベルのソーシャル・キャピタルは，あくまで個人一人一人が個々の目的（健康を含め）を達成するための資源として機能するものを意図していた．

また，日本の公衆衛生分野で語られる「（地域における）ソーシャル･キャピタルの醸成」

とは，健康日本21（第二次）に関連する資料を読む限り，明らかに集団（地域・社会）の特性としてのものを意識しており，前者の定義をもとにした議論となっている．これは，「社会環境の整備」「地域づくり」というポピュレーション・アプローチの視点と整合的であり，論理が一貫している．このように，公衆衛生は通常（個人ではなく）集団や社会の環境を介入対象とする，という基本的立場がある．その意味で親和性が高いのは，集団レベルのソーシャル・キャピタルの定義，といえよう．このことが，パットナムの定義が公衆衛生分野において大きな支持を集めた理由と思われた（Berkman and Kawachi, 2000）．

＜保健施策としての，地域におけるソーシャル・キャピタルの醸成をどう進めるか＞

次に，保健のコンテクストにおいて，ソーシャル・キャピタルの醸成をどのように進めるかについて，理論的背景から整理したい．

健康日本２１（第二次）において醸成すべきとして想定されている集団レベルのソーシャル・キャピタルには，

１）個人間（集団内）のもの
２）集団間のもの
３）個人と集団との間のもの

というように3種類に分類できよう．それぞれ，どのように推進されるべきであろうか．

<u>個人間（集団内）のソーシャル・キャピタルの醸成</u>：この，集団内の一人一人の関係性を醸成するような活動のアプローチとしては，2つ考えられる．つまり，

１）「互いにつながり，助け合いましょう」といった住民同士の結束や規範を促す啓発のアプローチ
２）住民の社会参加を促したり，住民同士の交流が増えるような仕組み（しかけ）を構築することで，間接的に個人間の関係性を密にするアプローチ

である．

前者の事例としては，岩手県陸前高田市の「はまってけらいん・かだってけらいん（あつまりましょう・語りましょう）運動がある（2014）．同運動の名称を書いたのぼり旗を市役所などの公的機関や個人店舗など，人の集まりやすい場所に多数設置し，また地元広報誌やラジオなど各メディアを通じて住民同士の交流の促進を図るキャンペーンである．

後者の事例としては，全国展開が進んでいる高齢者向けのサロン事業があげられよう．公的機関の支援により立ち上げたサロン事業を住民主体の運営に切り替えて行くことで，参加者同士，運営ボランティア同士，ボランティアと参加者，といった個人間の関係性が豊かになり，健康へのよい効果の可能性も報告されている（Ichida, et al., 2013）．

<u>組織間のソーシャル・キャピタルの醸成</u>：グループ同士，部門同士が密に連携することで，円滑な施策の展開を目指すのが組織間のソーシャル・キャピタルを醸成するのが目的であるが，これは，組織同士の関係性を密にすることに他ならない．地域の保健施策においては，まず関連団体が連携し合う場づくりが求められよう．たとえば，連携会議のような活動を，自主的に，あるいは政策的な義務の提示により促すことで達成され得る．特定の事項において，それに関与しそうなステークホルダーである各組織や団体が，共通した目的意識のもとで継続的に顔を合わせ，共同で物事を進めるような組織的枠組みを構築するのである．具体的な例としては，高齢者におけ

る地域包括ケアシステムや，その推進のための地域(包括)ケア会議の運営があげられる．医療や介護の連携においては，自治体の保健部門と医療機関や医療専門職の代表組織（医師会，歯科医師会，理学療法士会，看護師会など）や介護サービス事業者，社会福祉協議会などと連携し，共通のマネジメントシステム上で活動するような取り組みである．先にあげた健康日本21（第二次）の事例集に，そのような活動が一部紹介されていた（厚生労働省，2012）．

介護予防については，高齢者の社会参加を積極的に促すことが必要であり，これは保管部門で対応できる範疇を超えるため，より広範な組織間の連携が求められる．まず自治体内において，保健を担当する部署にとどまらず，雇用，生涯学習，ボランティア，学校（世代間交流のため），財務／税務（貧困や孤立リスク者の把握）など，多様な要素を担当する部署が連携する必要がある．また，関連する地域の一般企業やNPO，住民組織との連携も効果的であろう．先に紹介したように，これまで「先進事例」として収集してきた自治体活動の中では，自治体の保健担当部署が様々な住民組織と連携して進めている活動が多くみられた（尾島俊之（企画）ほか，2013-2014）．一方で，保健とは直接無関係な部門や民間団体との連携については未だほとんど事例が集まっていない．

先に述べた陸前高田市は，2011年の東日本大震災で甚大な被害を受けた自治体である．現在，地域包括ケア会議を拡大運用し，「陸前高田市保健医療福祉未来図会議」として，自治体の保健や介護部門が中心となり，同自治体や周辺で活動をしている支援NPOや大学関係者が月1回集まり，互いの活動に関する情報交換や今後の復興の在り方についての方針づくりに取り組んでいる（陸前高田市，2014）．

組織と個人の間のソーシャル・キャピタルの醸成：最も直接的な手法としては，地域包括ケア会議のようなグループ同士の連携組織に，住民組織を加え，可能な限り主体的に参加してもらうことであろう．このことで，住民と自治体内の各組織との信頼関係が醸成されることが期待される．

以上，個人間，集団間，個人と集団という3つの関係性におけるソーシャル・キャピタルの醸成について検討した．3種類を個別に検討したが，全体を見渡してわかることは，自治体が地域づくり型の公衆衛生活動を推進するためにとるべき，集団レベルのソーシャル・キャピタルの推進アプローチとして，多部署・官民の連携が不可欠である，ということである．そういった連携システムの中で，組織間の信頼関係や共同的マネジメント，個人間の関係性の醸成，といった多様な活動が進めることが，効果的な地域づくり型保健活動へと結びつくと考えられる．

個人の行為と社会構造とが相互に影響し合っていること，そして個人の行為の観察から社会をとらえるべきとする立場（ミクロ－マクロ・リンク論）をソーシャル・キャピタル論の展開の際にも指摘しているコールマンによっても，これは支持される．組織間の連携の強化は，個人間の連携の強化につながり，逆もまたあり得るし，個人と組織との関係性の改善にもつながる可能性がある（Coleman, 1990, 小山弘美，2011）．

＜広範な多部署・官民連携のための条件＞

以上を踏まえ，多部署・官民の連携を継続的に進めるための条件について整理する．組織論的立場や，筆者らによる実践的経験（次章の分担報告を参照のこと）から，以下のよ

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恵関係（＝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＞

ポーテ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. 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 Oress.

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に』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)

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)**.**

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）

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**).

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

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。地域の社会経済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る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さ、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、平たん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だしワークショップ
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だしワークショップ
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なことが確認された（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

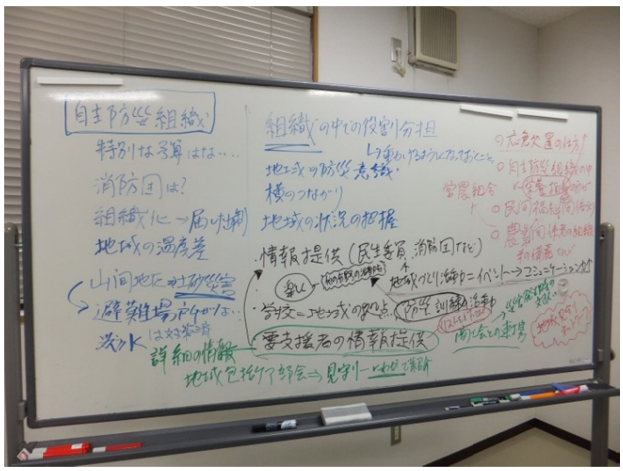


図2：ワークショップの様子2

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と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、重要な留意点が確認された。

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「支えあいでつくる　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)

資料１　神戸市ワークショップの作業シート

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か。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で挙がっ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	うつの人の割合	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	32.6%	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	スポーツの会の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いる割合	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，JAGS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，割合の比でみてみると，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/）

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）≧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

表 2　神戸市のベンチマーキングの結果

No.	主観的健康感		認知機能の低下		うつの人		歯が1本もない人	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
1	77.67%	80.35%	32.95%	35.60%	4.17%	4.88%	20.74%	22.92%
2	76.57%	78.02%	34.46%	33.83%	6.33%	8.15%	18.49%	23.47%
3	74.71%	73.70%	33.49%	35.51%	6.73%	8.05%	22.97%	30.59%
4	78.54%	77.39%	39.08%	40.84%	9.12%	10.63%	24.21%	30.72%
5	80.95%	80.85%	38.40%	35.24%	8.85%	8.86%	11.19%	12.08%
6	84.88%	87.23%	31.68%	30.42%	6.33%	4.45%	8.45%	8.50%
7	78.51%	81.01%	36.05%	31.58%	7.65%	7.25%	13.81%	12.88%
8	—	—	34.56%	23.29%	—	—	—	—
9	81.22%	83.11%	36.60%	33.29%	6.56%	6.07%	10.78%	8.70%
10	81.69%	81.91%	37.25%	34.67%	—	—	13.04%	12.15%
11	78.52%	80.55%	39.72%	36.73%	7.66%	7.54%	15.72%	16.01%
12	78.68%	80.57%	36.40%	35.04%	6.82%	6.12%	15.69%	12.97%
13	76.36%	78.55%	40.27%	37.97%	7.61%	7.34%	14.96%	11.81%
14	79.14%	77.21%	39.19%	38.35%	8.04%	7.94%	14.06%	10.98%
15	79.68%	80.63%	35.62%	34.22%	6.04%	6.65%	10.26%	9.73%
16	80.75%	77.99%	40.17%	37.38%	7.73%	7.28%	10.73%	11.41%
17	75.17%	77.25%	37.49%	39.87%	8.36%	7.51%	11.32%	10.31%
18	80.03%	82.25%	39.58%	39.47%	6.55%	6.00%	11.80%	9.61%
19	74.07%	74.64%	43.87%	40.94%	9.94%	9.09%	16.96%	18.41%
20	75.85%	77.94%	41.10%	37.81%	7.15%	7.99%	15.16%	13.86%
21	77.27%	77.41%	37.85%	38.68%	6.95%	6.90%	12.59%	12.20%
22	77.21%	78.29%	38.22%	36.62%	8.72%	7.61%	18.93%	15.53%
23	79.26%	80.24%	35.47%	35.48%	6.17%	6.44%	15.96%	16.16%
24	77.01%	77.69%	40.06%	35.69%	5.79%	6.99%	18.29%	15.63%
25	77.53%	81.64%	33.19%	30.21%	7.39%	7.57%	23.15%	29.07%
26	77.69%	81.39%	37.12%	35.02%	8.59%	7.41%	11.90%	9.73%
27	73.83%	77.76%	42.57%	35.44%	12.60%	11.02%	23.19%	24.96%
28	78.07%	79.98%	38.35%	33.43%	8.69%	7.96%	22.61%	24.59%
29	74.10%	78.48%	34.13%	31.39%	8.60%	8.21%	19.08%	27.55%
30	73.33%	72.40%	42.13%	39.68%	6.20%	4.83%	17.19%	25.94%
31	69.55%	68.23%	46.50%	42.99%	9.95%	7.49%	18.54%	28.57%
平均	77.59%	78.82%	37.86%	35.70%	7.63%	7.39%	16.06%	17.23%
中央値	77.68%	78.52%	37.85%	35.51%	7.61%	7.49%	15.71%	14.70%
最大値	84.88%	87.23%	46.50%	42.99%	12.60%	11.02%	24.21%	30.72%
最小値	69.55%	68.23%	31.68%	23.29%	4.17%	4.45%	8.45%	8.50%
差	15.33%	19.00%	14.82%	19.70%	8.44%	6.57%	15.76%	22.22%
比	1.22	1.28	1.47	1.85	3.03	2.48	2.86	3.62

注）　ーはデータなし。

表 2　神戸市のベンチマーキングの結果（続き）

No.	やせの人		自分が幸せな方だと思っている		30分以上歩く		現在，喫煙している	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
1	3.41%	6.67%	89.23%	93.60%	67.65%	62.97%	17.99%	5.79%
2	4.02%	6.61%	87.64%	89.91%	62.00%	60.53%	19.74%	3.75%
3	4.68%	7.57%	89.30%	89.78%	64.52%	57.20%	19.73%	5.41%
4	4.96%	5.94%	83.14%	85.29%	67.02%	60.56%	18.22%	2.90%
5	3.88%	6.18%	83.16%	87.71%	65.37%	59.81%	20.82%	3.73%
6	5.49%	10.69%	91.01%	94.08%	75.05%	72.13%	15.83%	3.43%
7	6.09%	10.08%	85.74%	88.87%	66.77%	64.83%	18.82%	3.90%
8	2.57%	5.87%	—	—	—	—	—	—
9	6.07%	11.26%	88.69%	92.61%	69.76%	68.25%	19.64%	4.93%
10	6.00%	8.73%	—	—	67.40%	62.29%	18.10%	3.02%
11	5.51%	6.74%	89.76%	91.72%	63.31%	62.46%	18.60%	2.81%
12	5.91%	10.29%	88.90%	91.68%	67.78%	62.75%	21.75%	2.84%
13	6.61%	8.98%	88.63%	91.45%	65.38%	63.15%	20.64%	2.30%
14	4.17%	9.97%	87.32%	92.87%	69.54%	63.49%	19.39%	3.15%
15	5.79%	9.44%	89.25%	92.41%	70.40%	63.58%	19.31%	2.98%
16	5.46%	10.13%	89.30%	92.69%	68.40%	64.28%	18.32%	3.69%
17	6.68%	9.46%	87.85%	90.97%	69.41%	63.13%	18.76%	2.40%
18	7.37%	10.20%	91.24%	92.98%	71.46%	65.38%	21.56%	2.92%
19	5.48%	7.63%	86.36%	88.80%	60.51%	60.45%	21.54%	2.99%
20	6.13%	7.42%	88.51%	92.23%	64.79%	62.51%	22.67%	2.98%
21	6.29%	8.59%	88.48%	92.60%	66.73%	61.68%	19.56%	2.67%
22	7.18%	9.66%	88.60%	90.97%	67.67%	64.31%	21.35%	2.52%
23	6.39%	9.11%	89.78%	91.63%	70.46%	62.37%	21.55%	2.45%
24	5.86%	6.84%	90.40%	90.72%	62.38%	57.83%	20.18%	2.88%
25	7.93%	12.25%	86.16%	86.99%	67.21%	68.29%	19.34%	0.88%
26	5.01%	10.37%	87.63%	91.46%	72.27%	71.99%	19.08%	4.71%
27	7.06%	11.42%	83.77%	85.55%	64.28%	64.35%	25.69%	3.07%
28	4.80%	7.67%	84.67%	88.42%	70.17%	66.92%	18.35%	1.88%
29	7.02%	7.48%	81.32%	86.13%	61.90%	60.99%	19.20%	3.20%
30	2.91%	3.52%	85.89%	89.93%	67.97%	64.84%	12.88%	1.89%
31	3.09%	4.48%	78.99%	85.01%	58.16%	59.73%	18.16%	3.21%
平均	5.48%	8.43%	87.27%	90.31%	66.86%	63.43%	19.56%	3.18%
中央値	5.79%	8.73%	88.48%	90.97%	67.31%	63.05%	19.36%	2.99%
最大値	7.93%	12.25%	91.24%	94.08%	75.05%	72.13%	25.69%	5.79%
最小値	2.57%	3.52%	78.99%	85.01%	58.16%	57.20%	12.88%	0.88%
差	5.37%	8.73%	12.25%	9.06%	16.89%	14.93%	12.80%	4.90%
比	3.09	3.48	1.16	1.11	1.29	1.26	1.99	6.55

注）　—はデータなし。

表 2　神戸市のベンチマーキングの結果（続き）

No.	健診未受診		閉じこもり		スポーツの会に参加している人		趣味関係のグループに参加している人	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
1	43.12%	41.20%	7.35%	13.52%	39.40%	27.75%	47.69%	46.31%
2	46.82%	41.70%	7.72%	11.75%	32.93%	25.32%	44.56%	47.98%
3	45.04%	49.24%	8.14%	12.96%	33.45%	25.33%	42.83%	42.53%
4	43.44%	44.66%	8.40%	12.63%	21.26%	18.69%	35.29%	38.68%
5	28.59%	30.99%	8.00%	11.55%	32.48%	27.48%	46.74%	49.98%
6	34.38%	31.84%	6.48%	4.77%	37.11%	36.59%	50.53%	61.67%
7	39.05%	39.26%	5.97%	9.56%	37.70%	30.01%	50.47%	48.47%
8	—	—	—	—	60.41%	27.85%	60.39%	45.12%
9	44.88%	44.54%	5.04%	4.71%	27.62%	30.02%	44.17%	53.56%
10	39.81%	37.26%	5.89%	4.15%	30.73%	31.21%	45.06%	51.48%
11	37.33%	34.42%	6.10%	6.37%	24.86%	26.07%	39.24%	43.63%
12	41.46%	45.84%	5.35%	6.11%	25.38%	24.30%	42.88%	46.92%
13	43.51%	36.73%	5.23%	6.61%	21.00%	21.77%	42.13%	47.82%
14	37.47%	35.51%	7.89%	6.53%	27.56%	27.84%	42.82%	49.71%
15	29.44%	35.95%	5.74%	6.64%	28.65%	34.79%	45.82%	54.30%
16	29.32%	28.78%	8.25%	8.20%	28.89%	28.13%	43.94%	49.04%
17	35.78%	37.86%	6.35%	6.69%	31.59%	32.75%	46.46%	47.04%
18	28.59%	30.88%	5.14%	2.98%	30.12%	30.52%	46.21%	49.18%
19	41.12%	40.86%	14.62%	16.57%	15.12%	18.70%	30.49%	38.99%
20	35.44%	36.75%	10.10%	10.86%	22.69%	23.88%	40.54%	45.70%
21	27.58%	25.34%	5.74%	5.66%	25.40%	25.98%	41.81%	44.39%
22	49.30%	50.42%	6.93%	8.68%	23.55%	21.45%	40.09%	40.27%
23	45.67%	44.63%	6.38%	7.94%	31.57%	23.46%	49.13%	44.00%
24	49.22%	52.95%	8.25%	6.24%	27.96%	17.98%	45.88%	33.00%
25	46.16%	41.03%	8.01%	16.23%	17.08%	16.58%	38.78%	40.05%
26	42.75%	45.66%	4.81%	5.15%	28.59%	27.57%	43.03%	50.25%
27	44.58%	38.82%	16.29%	37.72%	12.48%	11.39%	33.77%	27.19%
28	41.91%	42.16%	8.90%	18.93%	33.89%	22.16%	45.89%	47.61%
29	41.09%	39.94%	10.38%	13.83%	27.83%	22.45%	38.10%	40.32%
30	36.62%	35.08%	19.06%	17.39%	28.54%	23.21%	41.41%	42.20%
31	21.98%	21.69%	14.74%	14.83%	36.60%	21.66%	42.40%	43.17%
平均	39.05%	38.73%	8.24%	10.53%	29.11%	25.25%	43.50%	45.50%
中央値	41.10%	39.04%	7.53%	8.44%	28.59%	25.33%	43.03%	46.31%
最大値	49.30%	52.95%	19.06%	37.72%	60.41%	36.59%	60.39%	61.67%
最小値	21.98%	21.69%	4.81%	2.98%	12.48%	11.39%	30.49%	27.19%
差	27.32%	31.26%	14.24%	34.74%	47.93%	25.20%	29.90%	34.48%
比	2.24	2.44	3.96	12.66	4.84	3.21	1.98	2.27

注）　―はデータなし。

表 2　神戸市のベンチマーキングの結果（続き）

No.	ボランティアグループに参加している人		老人クラブに参加している人		4つの会やグループのうち1つでも参加		交流する友人が3人以上いる		幸福度の平均値	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
1	24.43%	16.13%	30.24%	37.59%	62.95%	55.02%	72.62%	75.02%	6.69	7.35
2	22.57%	14.28%	17.82%	28.35%	51.60%	53.58%	74.73%	74.01%	6.74	6.69
3	20.70%	14.38%	32.08%	35.37%	58.44%	54.46%	72.32%	77.79%	6.75	6.87
4	16.21%	15.30%	13.05%	26.48%	44.95%	47.98%	66.14%	72.96%	6.52	6.67
5	22.79%	19.12%	20.89%	23.77%	59.30%	57.74%	72.79%	80.92%	6.71	6.96
6	15.67%	18.95%	10.21%	19.67%	60.90%	65.98%	70.15%	81.96%	7.07	7.35
7	18.44%	19.19%	26.34%	32.53%	62.15%	57.95%	77.32%	79.95%	6.83	7.03
8	39.33%	38.91%	52.73%	56.11%	75.93%	62.58%	82.79%	81.81%	—	—
9	15.19%	15.93%	14.46%	19.10%	50.80%	54.17%	67.53%	77.53%	6.91	7.28
10	20.91%	18.84%	17.88%	25.75%	54.75%	51.05%	73.01%	80.73%	—	—
11	16.03%	16.94%	24.39%	32.65%	51.96%	53.73%	70.52%	75.44%	6.77	7.49
12	18.41%	14.73%	24.46%	28.22%	55.45%	55.50%	72.23%	79.96%	6.97	7.37
13	20.18%	15.31%	29.02%	32.13%	55.23%	55.94%	75.31%	83.13%	6.85	7.14
14	18.88%	17.46%	27.17%	30.50%	54.94%	57.55%	70.84%	79.59%	7.02	7.42
15	21.40%	16.84%	25.36%	27.47%	56.57%	63.08%	71.34%	80.22%	7.37	7.60
16	20.94%	17.43%	35.36%	39.68%	58.76%	60.25%	71.46%	80.21%	7.27	7.61
17	20.83%	21.13%	41.10%	38.46%	63.75%	61.31%	73.34%	80.85%	6.82	7.16
18	19.77%	14.90%	21.23%	27.53%	57.22%	58.96%	69.95%	77.93%	7.30	7.65
19	17.72%	13.40%	36.45%	42.83%	48.00%	51.30%	75.42%	81.83%	7.20	7.53
20	25.23%	20.73%	32.08%	39.87%	55.26%	56.63%	74.14%	81.57%	6.98	7.35
21	20.43%	19.83%	21.85%	26.03%	54.54%	53.81%	71.45%	78.79%	6.80	7.26
22	22.51%	16.08%	38.50%	33.07%	56.15%	51.16%	75.57%	79.31%	6.84	7.09
23	21.70%	18.04%	51.18%	48.98%	67.78%	61.64%	76.60%	82.32%	7.11	7.30
24	22.56%	10.60%	31.90%	31.94%	58.85%	47.48%	75.40%	83.89%	7.02	7.08
25	22.84%	20.49%	44.28%	48.47%	61.68%	62.18%	79.82%	81.91%	6.52	6.71
26	15.07%	18.43%	10.30%	15.82%	51.90%	55.77%	65.96%	76.87%	6.78	7.03
27	25.17%	21.96%	20.86%	25.66%	48.31%	40.83%	78.27%	82.24%	6.31	6.60
28	36.96%	30.33%	35.34%	32.26%	64.99%	59.52%	80.55%	84.33%	6.53	6.79
29	26.66%	15.59%	27.13%	30.08%	53.84%	50.77%	80.28%	85.52%	6.74	6.73
30	25.75%	27.01%	47.85%	47.74%	58.27%	58.44%	75.74%	80.32%	7.31	7.45
31	25.91%	20.58%	55.12%	55.29%	64.06%	57.06%	86.53%	96.46%	7.00	7.26
平均	21.97%	18.67%	29.57%	33.53%	57.40%	55.92%	74.20%	80.50%	6.89	7.17
中央値	20.94%	17.46%	27.17%	32.13%	56.57%	55.94%	73.34%	80.32%	6.84	7.26
最大値	39.33%	38.91%	55.12%	56.11%	75.93%	65.98%	86.53%	96.46%	7.37	7.65
最小値	15.07%	10.60%	10.21%	15.82%	44.95%	40.83%	65.96%	72.96%	6.31	6.60
差	24.26%	28.30%	44.91%	40.29%	30.98%	25.15%	20.57%	23.50%	1.06	1.06
比	2.61	3.67	5.40	3.55	1.69	1.62	1.31	1.32	1.17	1.16

注）　—はデータなし。

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

介護予防事業の優先地域を選定するためのツール開発に関する研究

研究分担者　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）

研究要旨　健康日本21（第二次）では健康格差の是正が目標の1つとして掲げられ，健康状態や健康増進のための資源について，その地域間格差や社会経済状況による差を是正する取り組みが求められている．本研究の研究協力自治体である神戸市において実施された日本老年学的評価研究（JAGES）の2010年－11年調査のデータを用いて，市内を小地域単位で客観的に評価し，どの地域に改善のニーズが集積しているのかを可視的に評価することで，優先的に介入すべき地域を選定するツール「介護予防事業実施対象地区選定シート（version2.1）」を開発した．実際に，兵庫県神戸市の第6期介護保険事業計画の策定に向けた取り組みの中で，そのツールを用いて「モデル地区」を選定するために活用した．各行政区の担当者が同ツールを使って地域診断を行い，他の地域情報と併せて市の担当者に報告し，最終的に，介入予定地区，つまり「モデル地区」として4地区を選定した．今後，他の多くの自治体にも応用可能なツールをめざし，地域の特性に応じた評価項目の適切性および妥当性，また使いやすさの追求等の改善に取り組む予定である．

A.　研究目的

健康日本21（第2次）では，健康寿命の延伸や健康格差を縮小させるための方向性が示された．それには，社会環境の改善に取り組むことが重要で，どのような地域づくりを進めていくのかについての戦略が必要である．

本研究の協力自治体である兵庫県神戸市では，第6期介護保険事業計画の策定に向けて，事業の整理や再構築を検討していた．そのために複数の地域を選定し，それらの地域で新しい事業に取り組むことで，全市展開を目指せる優れた実践事例（Good Practice）を収集する等の計画を予定していた．

そこで，JAGES（Japan Gerontological Evaluation Study：日本老年学的評価研究）研究班は，研究フィールドの1つである神戸市の協力を得て，地域づくり（1次予防）型の介護予防の戦略づくりに共同で取り組むことになった．本研究班は介入優先度が高いモデル地域の選定支援，選定した地域へ介入の際のアドバイス，介入効果の評価等を支援していくこととなった．平成25年度には，介入のためのモデル地域の選定に取り組み，その一環で「介護予防事業実施対象地区選定シート」（以下，地区選定シート）を開発した（資料1）．

B. 方法

1）地区選定シートの開発

コンセプト：本ツールの目的は，地方自治体の担当者が自治体内において優先的に地域づくり型の介護予防施策を進めるべきと考える地域を，可能な限り客観的で妥当な指標とプロセスを用いて選定することである．そこには，各地域について以下の要素を把握する必要であると考えた．

１）要介護の生態学的リスク（身体リスク，精神健康度，認知機能など）
２）要介護の社会的リスク（社会参加状況・社会経済状況）
３）介護予防に活用できる地域資源
４）その他の要因（住民組織の活動状況，地理的要因など，対象自治体個別の要因）

評価指標の選定：以上のコンセプトに基づき，地区選定シートに用いる指標はJAGES-HEARTの項目の1部や自治体が把握している事業統計データを利用した．JAGES-HEARTとは，日本の高齢者における健康の公平性評価と対応のためのツールとして開発が進められているもので（文献1・2），世界保健機関（WHO）が開発したUrban HEART（Urban Health Equity Assessment and Response Tool）（文献3）の枠組みを参考に，日本の高齢者保健に向けて開発されたものである．

今回，地区選定シートに採用する項目数や項目内容は，使い手の日常業務の妨げとならず，簡便性が第1となることを目指した．そのために，自治体職員と地域の社会参加の向上を支援する視点で協議を重ね，評価項目を絞った．その結果，以下の9項目を採用することにした．

①要支援・要介護者の割合
②2次予防対象者の割合
③閉じこもりの割合（男女別）
④抑うつ者の割合（男女別）
⑤物忘れの自覚（男女別）
⑥社会参加の割合（男女別）
⑦地域の困窮度（男女別）
⑧高齢者1,000人当たりの地域福祉センター数
⑨高齢者1,000人当たりのいきがいデイサービス（介護予防型デイサービス事業）実施場所数

使用データ：用いたデータは2010—11年に実施したJAGES調査のうち，神戸市のデータセットである．対象者は要介護認定を受けていない高齢者で，郵送法によって行われた．15,014名に配布され，9,892名から回答が得られた（回収率は65.9%）．

上記項目のうち，①②⑧⑨は神戸市担当者から提供を受けた業務上の統計によるものであった．また，③〜⑦はJAGES調査結果に基づくものであった．

以上の客観的な指標についての実データに加え，「4」その他の要因」に関しては，地域に個別の要因があることや，各担当者が主観的に評価すべき要素もあると考えた．そこで，評価に反映されるように，先に述べた9項目以外に，評価者の任意で記載できる「地域活動の要因」「その他の要因」という項目を設定した．これら項目には，評価者が日常業務での気づきの中で，地域課題を検討する上で重要と考えられるものを評価枠組みに入れられることを考慮したものである．

質問項目の詳細や値の算出については「活用の手引き」に記載しており，文末に

添付している（資料2）.

ツールのベースには，Microsoft Excelを利用し，点数化や色の塗り分けを行った．以下，その手順について説明する.

各指標は1～5の5段階評価とした．実際の数値（生データ）を，神戸市内の全センター圏域別に順番に並べ，5分位で区切って，要介護のリスクが最も高いグループには5点，最も低いグループには1点とした.

項目の値の計算は，各地区の高齢者の割合が最も高い地区では36.5%，最も低い地区では14.3%であり，地区によって年齢分布の比率が異なるため，各指標を単純に比較することは適切ではない．よって，指標の値は以下のような方法で標準化を図り年齢分布の違いを補正した.

直接法

$$\text{各指標の標準化率} = \sum w_i \mathcal{R}_i \Big/ \sum w_i$$

w_i =観察集団の年齢階級別の率

$\mathcal{R}_i$ =標準集団の年齢階級別人口

地区の困窮度については，先行研究（文献4）に基づき，JAGES2010－11年調査データを用いて，男女別に，等価世帯所得，教育年数，これまでに務めた最長職の種類の3つを用いて，因子分析による因子負荷量を重みとした社会経済状況に関する統合スコアを計算した．等価世帯所得については，所得分布の中央値の半分以下を相対的貧困ととらえ、その値（120万円）以下の世帯の割合，教育年数については，年齢調整を施した後，「6年未満」あるいは「6～9年」と回答した者を低学歴と定義してその割合，そして最長職については，「あなたのこれまでの仕事の中で，最も長くつとめた職種は何ですか」という質問に対し，「技能・労務職」「農林漁業職」の回答した者の割合を用いた.

各項目の配点は，要介護リスク要因（①～⑦）10点，各センター圏域が所有する介護予防の資源量（⑧～⑨）10点，地域活動の要因5点，その他の要因5点とし，合計スコアは30点満点で評価されるように点数化し，重みづけを行った.

また，地区選定シートの作成にあたって，直観的に要介護リスクが把握できるようにスコアの順位に応じてエクセルのセルを塗り分けた．セルの塗り分けは，点数が高い順に赤＞オレンジ＞黄＞緑>青と配色した．つまり，点数が高いとエクセルのセルが赤色で表示され，介入のニーズが高いとみなされる.

地域の資源量と介護予防対策のニーズの関連に関する解釈については，地域の介入ニーズの視点で以下の 2 つの考え方を提示した.

① 資源が少ない地区を介護予防のための介入ニーズが高い地区とみなす.
② 資源が多い地区を介護予防のための介入ニーズが高い地区とみなす.

すなわち，①の場合は，資源が少ないために要介護リスクが多いと考え，新たに資源を増やすことによって介護予防を推進することをねらう場合の評価，②は資源が十分あるにもかかわらず，有効活用されていないという視点に基づき資源の有効活用を目指したプログラムの開発を考慮するような場合の評価である.

地区の困窮度については、非常に予測力が高い指標であることがわかっているが（文献 5），それを健康リスクとする考え方が自治体において十分受け入れられない場合がある可能性を考慮し，それを含むスコ

アと含まないスコアを両方算出した.

地区の選定に至るプロセスを理解し，地区の評価に取り組んでもらうために，利用者に向けて，地区選定シートの「活用の手引き」作成した（資料2）．さらに，モデル地区選定の優先順位付けを行う各行政区の担当者にむけて，事業の目的および地域診断の考え方や方法のワークショップを実施し，情報共有や理解を深める時間を設けた.

C. 結果

神戸市における実際の活用：2013年10月から，自治体との協議を重ね，2013年12月にバージョン2.1をリリースした．これを神戸市担当者に提供した．神戸市では，介護保険課が主催した各行政区の担当保健師等を対象としたワークショップでの活用ののち，市からの依頼の形で，各行政区から介入ニーズが高いと思われる候補となる地区（センター圏域）の選定結果の提出を受け，市担当者はその結果を参考に，再度地区選定シートを活用し，最終的に4センター圏域の2014年度に予定している地域づくり型の介護予防施策のモデル地区候補として選定した。

地区の選定には,地区選定シートの結果のみならず，地域のマンパワーや既に実施されている事業等との兼ね合いも考慮された.選定シートの結果は，「資源が少ない地区を介護予防のための介入ニーズが高い地区とみなす」解釈に基づくスコアについて，地域の困窮度が含まない方についてみると，最大スコアは21.5点，最小スコアは8.5点，地域の困窮度を含む方は最大スコア19.9点，最少スコアは9.2点であった．それぞれの解釈に基づく，最大スコア・最少スコアについては，表1にまとめた.

表1　選定シートの結果概要

	地域の困窮度を含む		地域の困窮度を含まない	
	資源が少ない地区=介入ニーズ高	資源が多い地区=介入シーズ高	資源が少ない地区=介入ニーズ高	資源が多い地区=介入シーズ高
最大スコア	19.9	22.4	21.5	23.7
最小スコア	9.2	9.1	8.5	11.3

また,各行政区担当者が任意で記載できる項目「その他の要因」には，9行政区中3行政区が利用していた.「地域活動の要因」,「その他の項目」には次のようなものが挙がっていた.

① 地域活動の要因：婦人会・自治会などの人材の有無や活発度，力量，関係性；ボランティアの集まりそうな地域
② その他の要因：健康リーダーの養成数；区の保健事業の状況；その他の介護予防に関連する地域活動の状況

2）アンケートの結果

今回の地区選定の際の地区選定シートの使い勝手について，地区選定シートの使い方等を説明したワークショップでアンケートによってツールの使い勝手等を質問した.そのアンケートに記載されていた回答を以下に記載する.

- ✓ 主観的なデータも足していける.
- ✓ 何となく感じていたことの裏付けになる.
- ✓ 日頃思うことと，ほぼ同じであった.
- ✓ 何をすべきか改善目標が明確になる.
- ✓ 保健師以外の職種の人の説明の根拠となる.
- ✓ 仕事の中で感じる部分と市内共通したデータ比較を合わせて評価していける点が良いと思った.
- ✓ これだけでは，地域の傾向は分かるものの，それ以上のことは難しい気がす

る.

D. 考察

今回，神戸市と本研究班は第6期介護保険事業計画の策定に向けて，全市展開を目指したGood Practiceの収集を目的に介入優先度が高い地域の選定を行った．選定のためのツールとして「介護予防事業実施対象地区選定シート」を開発した.

ツール開発にあたって，地域で活動に取り組む主として保健師を対象としたワークショップを実施し，ツールに用いた評価項目の趣旨や地区選定シートの使い方を説明することで，より使いやすいものになるように心がけてツールの開発に取り組んだ.

開発したツールについて，開発途中で開催したワークショップでのアンケート結果では、概ね好意的な意見が多かったように伺えた一方で，アンケートの回答の1つ『地域の傾向は分かるものの，それ以上のことは難しい気がする』というものもあった。つまり、地域福祉センター圏域（中学校区単位に相当）よりも細かい単位で地域の特性が異なっており，地域診断のための精度が十分でない，といった意見と解釈した（ワークショップでも同様の意見がきかれた）．これには，今回は，大規模自治体であることを反映して，標本調査データを活用せざるを得なかったこと，神戸市が把握している業務データの集計単位もこれより細かい者がなかった．悉皆調査の実施や，より小さな地域単位での業務データの集計をおこなうことで，より小地域での地域診断が可能になる.

また，今後の検討課題として，地域の特性に応じた評価項目の妥当性や適切さ，および重みづけの客観的根拠，社会資源項目の選定や数の適正さなどについて，改善を重ねていく必要があると考えている.

E. 結論

開発した「介護予防事業実施対象地区選定シートバージョン2.1」を活用することにより，地域づくり型の介護予防を優先的に進めるべき地域を論理的なプロセスで選定できる可能性が示された．本ツールを使ったワークショップも有用であったことから，地域診断と地域の状況把握のツールとしての利便性もあると考えられた.

今回は「神戸市版」の開発にとどまったが，これをひな形として，他の自治体でも応用できるより一般的なツールとすることを予定している．一方で，ツールを作っても，使い手に実用性や利便性を感じてもらわなければ使われない．ワークショップ等を活用した使用者とのコミュニケーションを通じてより実践的なツールとしていく.

謝辞

本研究の一環において，花里真道氏（千葉大学予防医学センター・特任准教授），鈴木規道氏（千葉大学予防医学センター・特任研究員），中川雅貴氏（国立社会保障・人口問題研究所・研究員）に多大な協力をいただきました．深く感謝いたします.

※ 肩書は2014年3月時点のもの.

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）World Health Organization「**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/）

2）**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）**印刷中.**

3）Urban HEART - World Health Organization（http://www.who.int/kobe_centre/publications/urban_heart_jp.pdf）

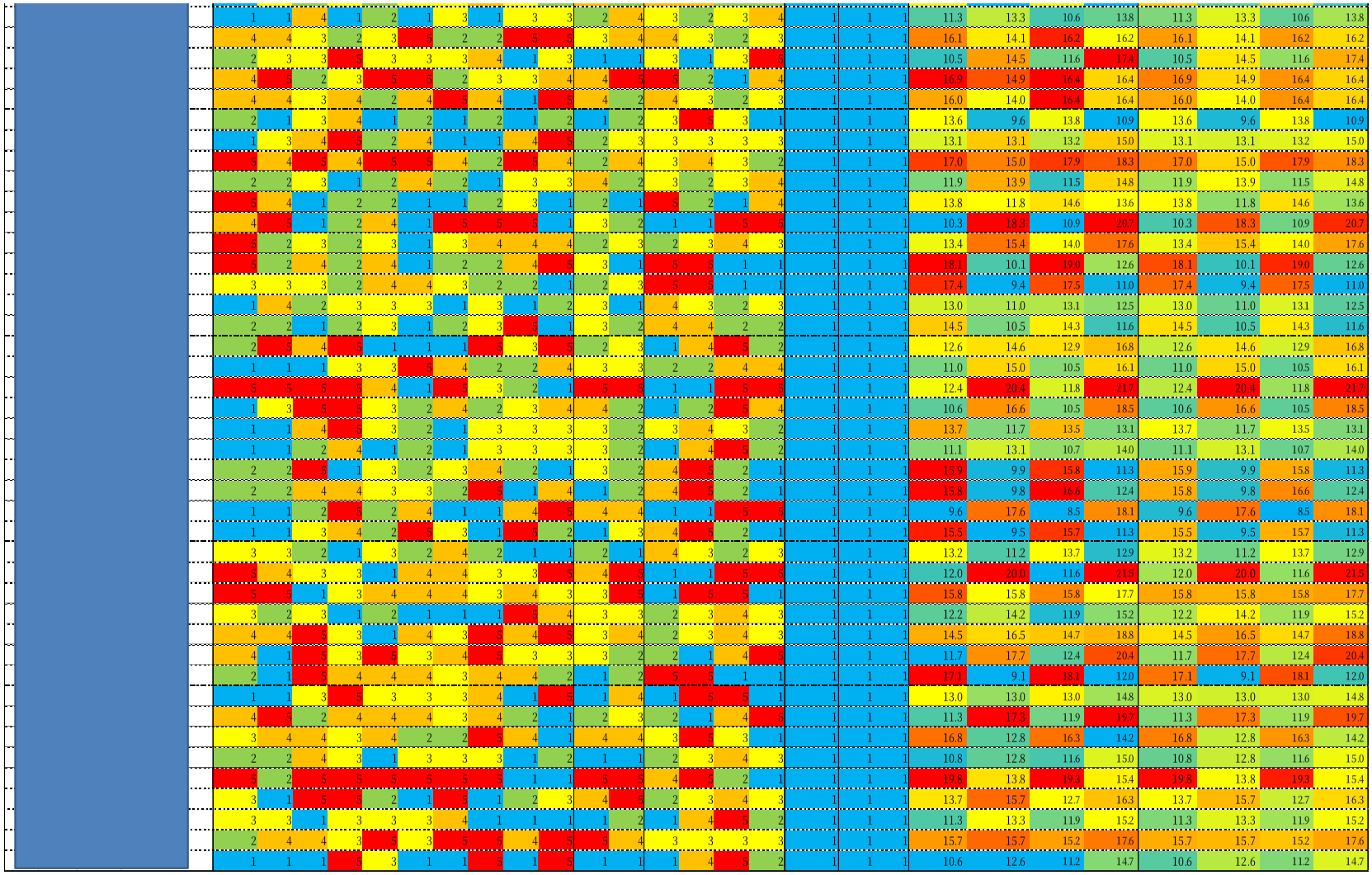
4）**近藤尚己**（2014）「**地域診断のための健康格差指標の検討とその活用**」『**医療と社会**』（http://www.iken.org/activity/paper/past/h25/index.html）**印刷中.**

5）**近藤克則**（2007）**検証「健康格差社会」―介護予防に向けた社会疫学的大規模調査**『**医学書院**』

資料1　介護予防事業実施対象地区選定シート（神戸市版 ver. 2.1）．地域名は削除した．

◆介護予防事業実施対象地区選定シート（神戸市版ver. 2.1）◆

				(項目1) 要介護のリスク要因 (10点)												(項目2) 地域の資源 (10点)				(項目3) 地域活動の要因 (5点)	(項目4) その他 (5点)		合計スコア (合計スコアを各行政区内で色分け)				合計スコア (合計スコアを全学校区で色分け)			
				1										2		3		4		5	6		=1+2+3+5+6	=1+2+4+5+6	=1+3+5+6	=1+4+5+6	=1+2+3+5+6	=1+2+4+5+6	=1+3+5+6	=1+4+5+6
no.	code	行政区	センター圏域名	要支援・要介護者の割合	二次予防対象者の割合	閉じこもりの割合（男性）	閉じこもりの割合（女性）	抑うつ割合（男性）	抑うつ割合（女性）	物忘れの自覚（男性）	物忘れの自覚（女性）	社会参加の割合（男性）	社会参加の割合（女性）	地域の困窮度（男性）	地域の困窮度（女性）	地域福祉センター数①（少＝高得点）	いきいきデイ実施場所数①（少＝高得点）	地域福祉センター数②（多＝高得点）	いきいきデイ実施場所数②（多＝高得点）	地域活動の要因			地域の困窮度を含む合計スコア①	地域の困窮度を含む合計スコア②	地域の困窮度を含まない合計スコア①	地域の困窮度を含まない合計スコア②	地域の困窮度を含む合計スコア①	地域の困窮度を含む合計スコア②	地域の困窮度を含まない合計スコア①	地域の困窮度を含まない合計スコア②
				2	2	2	2	2	2	5	2	3	4	1	1	5	2	1	4	1	1	1	13.1	11.1	14.0	13.5	13.1	11.1	14.0	13.5
				3	3	5	5	5	3	3	3	2	4	3	3	3	2	3	4	1	1	1	13.7	15.7	14.0	18.0	13.7	15.7	14.0	18.0
				2	2	4	2	1	1	2	3	5	2	4	4	3	4	3	2	1	1	1	14.6	12.6	13.6	13.0	14.6	12.6	13.6	13.0
				3	1	3	1	2	2	2	3	2	3	1	1	2	1	4	5	1	1	1	8.9	14.9	9.7	16.9	8.9	14.9	9.7	16.9
				1	1	2	3	2	2	2	2	3	2	2	1	5	1	1	5	1	1	1	11.4	11.4	11.6	12.8	11.4	11.4	11.6	12.8
				3	5	4	4	1	3	4	5	5	4	4	3	4	3	2	3	1	1	1	16.2	14.2	16.3	16.5	16.2	14.2	16.3	16.5
				5	2	3	3	3	3	4	1	1	2	1	1	5	5	1	1	1	1	1	17.0	9.0	18.3	11.7	17.0	9.0	18.3	11.7
				3	2	5	1	1	4	1	3	2	3	2	3	5	4	1	2	1	1	1	16.1	10.1	16.2	11.6	16.1	10.1	16.2	11.6
				5	2	1	3	2	1	4	5	1	1	1	1	5	4	1	2	1	1	1	15.8	9.8	17.0	12.3	15.8	9.8	17.0	12.3
				3	3	1	4	3	2	2	1	3	2	3	1	5	1	1	5	1	1	1	12.7	12.7	13.0	14.4	12.7	12.7	13.0	14.4
				4	3	1	1	1	1	2	4	1	3	1	1	1	5	5	1	1	1	1	12.1	12.1	13.0	14.1	12.1	12.1	13.0	14.1
				3	3	1	3	1	3	2	4	2	4	2	3	4	3	2	3	1	1	1	14.3	12.3	14.4	13.8	14.3	12.3	14.4	13.8
				2	3	5	1	3	5	1	4	1	1	2	1	2	3	4	3	1	1	1	11.4	13.4	12.0	15.5	11.4	13.4	12.0	15.5
				3	1	3	1	1	3	2	3	2	2	2	2	4	1	2	5	1	1	1	11.4	13.4	11.6	14.7	11.4	13.4	11.6	14.7
				3	4	3	2	5	4	4	1	4	3	3	4	3	2	3	4	1	1	1	13.6	15.6	13.5	17.4	13.6	15.6	13.5	17.4
				4	4	4	1	3	2	5	1	2	4	5	3	4	1	2	5	1	1	1	13.9	15.9	13.4	17.1	13.9	15.9	13.4	17.1
				3	3	1	1	1	3	1	2	4	2	1	3	5	1	1	5	1	1	1	12.4	12.4	12.6	13.7	12.4	12.4	12.6	13.7
				3	3	1	2	5	3	4	3	4	3	5	4	3	2	3	4	1	1	1	14.0	16.0	13.2	16.9	14.0	16.0	13.2	16.9
				4	3	2	2	1	1	2	4	5	3	5	4	4	3	2	3	1	1	1	15.9	13.9	14.9	14.4	15.9	13.9	14.9	14.4
				4	5	5	2	5	3	3	4	3	3	3	4	2	4	4	2	1	1	1	15.4	15.4	15.5	17.6	15.4	15.4	15.5	17.6
				5	5	1	4	5	5	5	3	5	5	4	5	5	4	1	2	1	1	1	19.9	13.9	19.9	16.3	19.9	13.9	19.9	16.3
				3	3	2	4	1	4	3	4	4	5	5	4	5	4	1	2	1	1	1	18.2	12.2	17.5	13.4	18.2	12.2	17.5	13.4
				5	4	5	1	5	2	4	2	5	3	5	5	2	3	4	3	1	1	1	15.4	17.4	14.8	18.7	15.4	17.4	14.8	18.7
				4	5	4	2	5	5	3	3	5	2	5	3	2	3	4	3	1	1	1	14.8	16.8	14.7	18.8	14.8	16.8	14.7	18.8
				5	5	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	3	2	3	4	1	1	1	16.6	18.6	16.4	21.0	16.6	18.6	16.4	21.0
				4	5	5	4	5	5	1	5	3	3	5	5	3	2	3	4	1	1	1	15.6	17.6	15.0	19.3	15.6	17.6	15.0	19.3
				2	5	4	5	4	5	5	1	2	4	4	3	3	5	3	1	1	1	1	16.8	12.8	16.7	14.9	16.8	12.8	16.7	14.9
				4	4	2	2	5	3	3	2	3	1	4	4	3	2	3	4	1	1	1	13.8	15.8	13.3	16.8	13.8	15.8	13.3	16.8
				3	3	3	3	4	4	5	1	5	1	5	5	1	2	5	4	1	1	1	12.4	18.4	11.3	19.2	12.4	18.4	11.3	19.2
				5	5	3	5	4	4	5	4	5	5	5	5	1	3	5	3	1	1	1	15.4	19.4	15.2	21.7	15.4	19.4	15.2	21.7
				2	4	3	1	4	2	5	2	3	4	4	3	5	4	1	2	1	1	1	17.0	11.0	16.6	12.4	17.0	11.0	16.6	12.4
				5	5	1	4	4	5	1	5	2	4	5	5	1	2	5	4	1	1	1	13.4	19.4	12.8	20.7	13.4	19.4	12.8	20.7
				4	4	2	3	5	5	5	3	4	3	5	5	2	1	4	5	1	1	1	13.4	19.4	12.7	20.8	13.4	19.4	12.7	20.8
				1	3	2	5	2	5	5	5	2	2	3	5	3	5	3	1	1	1	1	16.2	12.2	15.5	13.5	16.2	12.2	15.5	13.5
				1	2	2	1	4	2	3	1	4	2	2	3	2	1	4	5	1	1	1	9.2	15.2	8.9	16.2	9.2	15.2	8.9	16.2
				1	3	2	3	2	3	3	4	3	2	4	2	4	4	2	2	1	1	1	15.0	11.0	14.5	12.1	15.0	11.0	14.5	12.1



注）スコアの色の塗り分けは，点数が高い順に赤＞オレンジ＞黄色＞緑＞青とした。

資料２

介護予防事業実施対象地区選定シート
(神戸市版 ver.2.1)
活用の手引き

1. 地区選定シートとは

地域診断ツールの 1 つとして自治体担当者が活用することを想定して作成したものです。地域で介護予防事業を進める際に検討する必要がある複数の要因をスコア化することで、自治体内において優先的に介護予防を進めるべき地域やモデル事業を推進する対象地域を選定する際の優先順位づけ作業を支援するツールです。現バージョン（version2.1）では以下の項目を含んでいます（詳細は表 1 を参照してください)。

（項目１）要介護リスク（介護保険統計や住民に実施したアンケート調査のセンター圏域単位での集計値等です。今回は、以下の項目を加味しました：要支援・要介護者割合・二次予防対象者割合・閉じこもり者（外出が少ない者）の割合・抑うつ者割合・物忘れを自覚している者・社会参加者の割合・地域の困窮度）

（項目２）各センター圏域が所有する地域の資源、ここでは介護予防資源の量（ver.2.1 は地域福祉センター数、いきがいデイ実施場所数）

（項目３）地域活動の要因（各センター圏域の特性や住民組織の有無などを基に、そのセンター圏域で予定している介護予防事業をどれだけ効果的に実施できそうかについて主観的に判断したもの）

（項目４）その他の要因（担当者がそれ以外に必要と思われる事項を自由に選定して、主観的に評価したもの）例えば、坂が多い地域など、地区選定に必要と思われる要因を自由に追加してご利用ください。

各指標は 5 段階評価としています。実際の割合（生データ）の値を基に、神戸市内の全センター圏域が均等に 5 分割するように（5 分位に）分けてあります。たとえば要介護リスクを持つ人の割合が高い、といったように介護予防事業の対象になりやすい地域ほど点数が高くなるように分けてあります。たとえば、要介護のリスクが 5 段階中もっとも高い場合は 5 点、最も低い場合は 1 点としています。

スコアの色の塗り分けは、点数が高い順に赤＞オレンジ>黄＞緑>青と配色しています。合計スコアは上記の 5 色を基本とした濃淡で表し、例えば、赤の次は濃オレンジ色＞薄い色のオレンジ＞黄色の順で並んでいます。

各項目の配点は、（項目 1）要介護リスク要因 10 点、（項目 2）各センター圏域が所有す

る介護予防の資源量 10 点、（項目 3）地域活動の要因 5 点、（項目 4）その他の要因 5 点とし、合計スコアは 30 点満点で評価されるように点数化しています。

- 地域の困窮度を「要介護リスク」に含む場合と含まない場合の２パターンの合計スコアを算出しています。
- 地域の資源（介護予防資源の量）の解釈については、以下の 2 つの考え方に基づいて 2 つのパターンで点数化し、それぞれの合計得点を算出しています。
  - ① 資源が少ないほど高得点となるスコア：新たに資源を増やす（地域福祉センターを新設したり、それに類似の活動を支援したりする）といった事業を想定している場合に用いるスコア。
  - ② 資源が多いほど高得点：資源の更なる有効活用を進めるような事業を想定している場合に用いるスコア。資源は（十分）あるにもかかわらず、ほかの地域に比べて要介護のリスクが高いのであれば、そのような介入が必要である可能性があります。

2. 使用法について

1） すでに入力されている、要介護リスク（項目１）と地域の資源（項目２）のスコアについて、地域全体の分布や各センター圏域の状況を吟味します。
2） 項目３から項目４にはあらかじめ 1 が入力されています。これらについて、各センター圏域の状況を勘案して、適宜スコアを 5 段階（1 点から 5 点）で入力します。項目 4「その他の要因」は必要と思われる場合のみ使用します。
3） 地域の困窮度を含むスコアと含まないスコアのどちらを採用するかを判断します。
4） 資源量が豊かな地域を優先するか、資源量が乏しい地域を優先するかを判断します。
5） 選択した合計スコアが高い地域：赤やオレンジの地域*が、今回の介護予防事業を推進する際に優先順位が高い地域と判断されます。全体のスコアバランスを見て、適宜項目３～４のスコアを変更してください。

*行政区ごとに

介護予防事業実施対象地区選定シート（神戸市版 ver.2.1）（地区選定シート）
活用の手引き
＜作成者＞東京大学大学院医学系研究科　健康教育・社会学分野　近藤尚己・芦田登代
お問い合わせ：近藤・芦田（東京大学大学院医学系研究科健康教育・社会学分野）
電話：03-5841-3513
naoki-kondo@umin.ac.jp, t-ashida@m.u-tokyo.ac.jp

2013 年 12 月 12 日 v.2.1 発行 © Kondo & Ashida 2013

表１　介護予防事業実施対象地区選定シート（神戸市版　ver.2.1）に用いた各項目の算出方法および質問項目と回答の説明

要介護リスク要因	1	要支援･要介護者の割合	（各センター圏域の要支援者数+要介護者数）÷高齢者数。
	2	二次予防の対象者の割合	各センター圏域の二次予防対象者（特定高齢者）の割合。
	3	閉じこもりの割合	「あなたが外出する頻度はどれぐらいですか」という質問に、「週１回程度」「月 1～2 回」「年に数回」「していない」のいずれかに回答した人。神戸市では 11.4%の人が該当していた。指標は、年齢が高い人が多いほどその該当者が多いという影響（高齢化の影響）を除くように調整した。男女別。
	4	抑うつ割合	抑うつ傾向が疑われる人の割合。高齢者抑うつ尺度 GDS で 10～15 点であった人。GDS は高齢者を対象としたうつ症状のスクリーニングに汎用される検査。15 点満点のうち、10 点以上が抑うつ傾向にあるとされる。詳細は表 2。指標は、年齢が高い人が多いほどその該当者が多いという影響（高齢化の影響）を除くように調整した。男女別。
	5	物忘れの自覚	「周りの人から「いつも同じことを聞く」など物忘れがあると言われますか」という質問に、「はい」と回答した人の割合。神戸市全体で「はい」と回答した人は 15.4%であった。指標は、年齢が高い人が多いほどその該当者が多いという影響（高齢化の影響）を除くように調整した。男女別。
	6	社会参加の割合	「あなたは下記のような会･グループにどのくらいの頻度で参加していますか」会やグループの種類は、8 種類。政治関係の団体、業界団体･同業者団体、ボランティアのグループ、老人クラブ、宗教関係の団体や会、スポーツ関係のグループやクラブ、町内会･自治会、趣味関係のグループ。これらの会･グループのいずれかに、週 1 回程度以上参加していると回答した人を社会参加しているとした。割合が高いほうがリスクは低い。指標は、年齢が高い人が多いほどその該当者が多いという影響（高齢化の影響）を除くように調整した。男女別。

	7	地域の（社会経済的な）困窮度	等価所得、教育年数、最長職の 3 指標を中センター圏域別にスコア化した。等価所得とは、世帯の所得を世帯人員数の平方根で除して、一人当たりの所得に相当する値としたもの（水道代など、世帯構成員に共通のコスト分を割り引くために、単純に人数で割るのではなく平方根を用いている）。年間 120 万以下であった回答者の割合。教育年数は、「6 年未満」あるいは「6～9 年」と回答した者の割合。教育年数は、世代によって大きく違いがあるため、年齢の影響を除いた標準化（直接法）を施した。最長職については、「あなたのこれまでの仕事の中で、最も長くつとめた職種は何ですか」という質問に対し、「技能・労務職」「農林漁業職」の回答した者の割合。この 3 種の回答の平均したスコア（因子分析に基づく加重平均）。男女別。
地域の資源	8	地域福祉センター数	高齢者千人当たりの地域福祉センター数。 各センター圏域内の地域福祉センター数÷高齢者人口×1,000
		いきデイ実施場所数	（平成 25 年度） 高齢者千人当たりの生きがいデイサービス（閉じこもり型）実施場所数 各センター圏域内の生きがいデイサービス実施場所数÷高齢者人口×1,000

表2

高齢者抑うつ尺度（GDS）

	質問内容	回答	
1	毎日の生活に満足していますか	いいえ	はい
2	毎日の活動力や周囲に対する興味が低下したと思いますか	はい	いいえ
3	生活が空虚だと思いますか	はい	いいえ
4	毎日が退屈だと思うことが多いですか	はい	いいえ
5	大抵は機嫌良く過ごすことが多いですか	いいえ	はい
6	将来の漠然とした不安に駆られることが多いですか	はい	いいえ
7	多くの場合は自分が幸福だと思いますか	いいえ	はい
8	自分が無力だなあと思うことが多いですか	はい	いいえ
9	外出したり何か新しいことをするよりも家にいたいと思いますか	はい	いいえ
10	なによりもまず、物忘れが気になりますか	はい	いいえ
11	いま生きていることが素晴らしいと思いますか	いいえ	はい
12	生きていても仕方がないと思う気持ちになることがありますか	はい	いいえ
13	自分が活気にあふれていると思いますか	いいえ	はい
14	希望がないと思うことがありますか	はい	いいえ
15	周りの人があなたより幸せそうに見えますか	はい	いいえ
	合計得点		／15

注）1，5，7，11，13には「はい」に0点「いいえ」に1点を、2，3，4，6，8，9，10，12，14，15にはその逆を配点し合計する。5点以上がうつ傾向、10点以上がうつ状態とされている。

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

日本老年学的評価研究（JAGES）2013 年調査の結果：神戸市と御船町の特徴と主な集計結果

研究分担者　近藤　克則（日本福祉大学社会福祉学部　教授）
研究協力者　芦田　登代（東京大学医学系研究科　特任研究員）

研究要旨

【背景と目的】本研究計画では、多職種連携による域づくり型の介護予防対策を推進している．2013年度に，調査対象フィールドである兵庫県神戸市と熊本県御船町において予定している介護予防対策の効果を判定するためのベースライン調査を実施した．本報告では，主な指標の集計を行い，都市規模の異なるこの2つの自治体の相違等について大まかな傾向を把握することを目的とした．

【方法】神戸市では，65歳以上の住民15,705名に対して郵送調査を行い，73.7%から回答を得た．御船町では,65歳以上の高齢者2,000人に調査票を配布し，回収率は70.8%であった．まず，神戸市と御船町の特徴と両地域の調査概要について，公表されている既存資料を用いて確認した．次に主な指標について，調査結果を集計した．

【結果】神戸市は人口約153万人の政令指定都市である。御船町は人口約1万8千人，農業を中心とした自治体である．観察した項目はおおむね似通っていたが，「1か月間に会った友人知人数では顕著な違いが観察された．「いない」と回答した人は，神戸市男性17.33%，女性6.63%，御船町男性8.7%，女性3.57%であった．

【考察】都市の構造や人的交流に影響を与える文化や交流機会の数など，人々の交流に関する環境が，神戸市と御船町で異なることが考えられる．今後の介護予防策を講じるうえでは都市規模に応じた対応が求められていることから，今後詳細な分析を進め，地域性を考慮した対策につながるヒントとしたい．

A. 研究目的

現在,厚生労働省では介護保険制度の改革案の1つに地域包括ケアシステムの構築を挙げ，自治体が地域の特性に応じて作り上げることを求めている．しかし，地域の高齢化の課題は，大都市や中都市など都市の規模によっても異なる．そこで，JAGES（日本老年学評価研究）では，プロジェクトの一環として行ってきた10万人規模の調査の知見を活かして科学的な根拠を提示するとともに，研究フィールドにおいて介入を行い，Good Practiceを収集することによって，他の自治体への参考事例の蓄積を目指している．

今後, 新しい分析を進めるための基礎資料にするために，本稿では2013年度に実施した「健康とくらしの調査」の結果を報告する．本研究事業の対象フィールドである2つの保険者，すなわち，都市部の代表として神戸市，農村部の代表として熊本県御船町について報告する．

B. 方法

1）神戸市の特徴

神戸市は9行政区からなっている．兵庫県南部に位置し，六甲山系によって二分されている．六甲山系南部が市街地として発展し，その後，鉄道沿いに六甲山系の北部と西部に拓かれた．市街地は六甲山系の南側, 瀬戸内海に面した東西に長い扇状地形に広がり，住宅地や商業・工業，臨海部に工業など多様な用途が共存している．六甲山系北側は，農地や山林が広がり，神戸市全体の面積の約44%を占めているが, 人口密度が最も低い．六甲山系の西側には丘陵が広がり，高度成長期以降に神戸市中心部のベッドタウンとして開発されたニュータウンがある．

平成22年度の国勢調査の総人口は1,544,200人で，神戸市の9行政区のうち最も人口が多いのは西区で248,700名，最も少ないのは長田区で98,745名である．神戸市の人口のうち65歳以上の人口は354,218人であり，総人口に占める割合は23.1%である．行政区別にみると，長田区が最も高く29.6%，兵庫区28.4%，須磨区25.2%と続く．最も低い割合の行政区は西区18.2%，東灘区19.8%，灘区22.6%であった．年齢別人口構成比をみると，平成22年の国勢調査では15歳未満が12.7%，15～64歳が64.1%，65歳以上が23.1%となっており，神戸市の高齢化率は全国平均と同様の動きで推移している．また，65歳以上の単独世帯数をみると，平成22年度では23.8%であり，平成17年と比較すると5.8%増加している．男女別では，男性より女性の人数の方が約2.4倍で，行政区別にみると，垂水区が最も多く12,099名, 65歳以上の人口総数に占める割合についてみると中央区が最も高い．

2）神戸市の調査の実施方法

本調査は, 神戸市の協力を得て行われたものである．対象者の抽出は自治体側で行われ，地域の代表性の確保と可能な限りパネルとして結合できる数を最大にできるように依頼し，神戸市在中の65歳以上の高齢者15,705人を対象に郵送調査が実施された．回収率は74.4%であった．

調査内容は, 共通項目, オプション項目と自治体独自項目の3つで構成されている．オプション項目を設けたのは，回答者の負担を軽減するため，質問を5セットに分けて共通項目と組み合わせることで5バージョンの調査票を作成した．共通項目は，身体・機能状態（罹患, 保健行動, 転倒状況など），うつなどの心理状態，社会経済的状況，会・グループへの参加，地域環境，ソーシャルサポートやネットワーク，外出頻度等である．オプション項目として5つのバージョンがあり, ①健康情報リテラシー, 健康行動, ②笑い，ライフコース，虐待など，③信頼, 家族や地域での役割, Sense of coherence（ストレス対処能力），④食材の調達，服薬状況，予防接種，住宅，⑤COPD（慢性閉塞性肺疾患），受動喫煙，喫煙行動である．

文末に調査票および調査結果を添付する．

3）熊本県上益城郡御船町の特徴

御船町は熊本県の中央,熊本市の東南に位置し，阿蘇外輪から続く山間部と熊本平野の一部をなす平たん部からなり，御船川が中心地付近を流れている．かつては，御船川の左岸が経済や行政の中心であったが，国道等の整備によって現在は右岸が中心となり，大型商業施設や文化・スポーツ施設等の整備が進められている．熊本市の通学通勤圏内でありながらも，豊かな自然が残っている地域である．また，約9千年前に形成された御船層群に，日本で初めて肉食系恐竜の化石が発見されたことから，恐竜の郷としても知られている．

平成22年10月の国勢調査によれば，人口17,888人（男性8,419人，女性9,469人），世帯数6,224世帯である．平成12年の国勢調査と比較すると3.5%減少している．産業別人口についてみると，第1次産業が12.2%，第2次産業が27.1%，第3次産業60.7%の人が従事している．

4）御船町における調査の状況

調査は2013年10月22日～11月11日にかけて実施し，御船町在中の高齢者の約半数を無作為抽出した2,000人に配布された．回収率は71.6%であった．

調査内容は，神戸市と同様に共通項目とオプション項目，自治体独自項目から構成されている．質問項目は，共通項目とオプション項目は神戸市と同じ項目である．

C. 結果

調査結果は文末につけた（資料1）．JAGES2013年度調査の質問項目は多岐にわたるため，本稿では介護予防ベンチマーク（文献4）の項目を中心に結果の報告をする．

なお，介護予防ベンチマークとは，WHO（世界保健機関）の都市における健康の公平性評価・対応ツール（Urban Health Equity Assessment and Response Tool：Urban HEART）の枠組みを利用し，国内で応用可能なように開発が進められているものである．

1)神戸市

① 趣味の会参加

「どのくらいの頻度で参加していますか」と聞いたところ，男性，女性ともに「参加していない」が最も多かった．続いて，「月1～3回」の頻度で参加しているという回答が多かった（それぞれ，13.8%，18.3%）．その次に男性は「年に数回」（8.5%），「週に1回」（6.8%）と続く．女性は，「週1回」（10.5%），「週2～3回」（9.8%）という順番であった．

② スポーツの会に参加

この質問も頻度について質問している．男女ともに「参加していない」が最も多かった．次に男性は「月1～3回」（7.6%），「週2～3回」（6.6%），「年に数回」（5.7%）と続く．女性では，「週2～3回」（9.8%）が多く，「週1回」（8.4%），「週4回以上」（5.4%）であった．

③ 主観的健康感

「現在のあなたの健康状態はいかがですか」と質問に対し，「とても良い」「まあ良い」「あまり良くない」「良くない」の4つの選択肢から1つを回答するものである．男女合わせて「まあ良い」と回答した人が最も多く全体では70.3%であった．男女とも

に順位は同じで，順番に述べると男性「まあ良い」67.98%,「あまり良くない」17.81%,「とても良い」11.12%,「良くない」3.09%,女性は「まあ良い」72.29%，「あまり良くない」14.79%，「とても良い」10.98%，「良くない」1.94%であった.

④　閉じこもり

「あなたが外出する頻度はどのくらいですか（畑や隣近所へ行く，買い物，通院などを含みます）」と聞いたところ，最も多い回答は，男性女性ともに「週4回以上」男性74.3%, 女性72.28%であった. その次に「週に2〜3回」と続き，男性18.25%，女性20.80%であった.

この質問は介護保険法に基づいて実施される生活機能評価（介護予防健診）の基本チェックリスト項目の1つである．「月1〜3回」「年に数回」「していない」と回答した人を「閉じこもり」傾向にあると評価される．この3選択肢について男女合わせて3.44%が該当していた．男女別にみると，男性「月1〜3回」2.91%，「年に数回」0.38%，「していない」0.48%，女性「月1〜3回」2.36%，「年に数回」0.38%，「していない」0.43%であった.

⑤　1年間の転倒歴

「過去1年間に転んだ経験がありますか」と聞いたところ男女ともに「ない」と回答した人が最も多かった（男性79.09%，女性73.86%）．次に「1度ある」男性16.94%，女性21.34%，「何度もある」男性4.97%，女性4.8%であった.

⑥　歩行時間

「平均すると1日の合計で何分ぐらい歩きますか」という質問に対して，男女とも「30〜59分」が最も多かった（男性38.48%，女性41.84%）．次に「30分未満」男性23.23%，女性22.16%，「60〜89分」男性20.42%，女性19.84%，「90分以上」男性17.87%，女性16.16%であった.

⑦　残歯数

「現在ご自身の歯は何本残っていますか．さし歯や金属をかぶせた歯も自分の歯に含めます．なお，成人の歯の総本数は，親知らずを含めて32本です」の質問に対して，男女ともに「20本以上」の回答が最も多かった（男性50.24%，女性56.82%）．その続きは男女別にみると，男性は「10〜19本」男性20.49%，「0本」10.71%，「5〜9本」8.16%，「1〜4本」8.16%，女性については「10~19本」20.36%，「5〜9本」9.82%，「0本」6.96%，「1〜4本」6.05%であった.

⑧　交流する友人がいる人の割合

「この1か月間，何人の友人・知人と会いましたか．同じ人には何度会っても1人と数えてください」という質問に対して，男性女性ともに同じ順番であった．最も多いものから「10人以上」男性28.96%, 女性37.32%,「3〜5人」男性21.50%，女性24.73%，「1〜2人」男性20.89%，女性17.24%，「6〜9人」男性11.33%, 女性14.07%,「0人（いない）」男性17.33%，女性6.63%であった.

⑨　過去1年間の健診受診

「あなたは今までに，職場や保健センター，医療機関などで健診や人間ドックを受けましたか」という質問に対し，男女ともに最も多かったのは「1年以内に受けた」男性54.53%，女性52.43%であった．その次からの順位は男女で異なり，男性については「4年以上前に受けた」12.43%，「受けていない」21.68%，「2〜3年以内に受けた」11.36%，女性については「受けていない」23.

43%，「2〜3年以内に受けた」11.88%，4年以上前に受けた」9.26%であった．

⑩　喫煙

「タバコは吸いますか」という質問に対して，男女ともに「吸わない」が多かった（男性52.61%，女性92.53%）．続いて男性は，「やめた」29.76%，「吸う」17.63%で，女性は「吸う」4.51%，「やめた」2.97%であった．

⑪　幸福度

「あなたはご自分が幸せだと思いますか．あてはまる点数1つに○をつけてください」という質問に対して10点=たいへん幸せ，1点=幸せでないとして，1〜10点の連続値の中で当てはまると思う点数に○をつけるものである．男性女性ともに8点と回答した人が多く，男性26.77%，女性27.74%であった．平均値は，男女合わせて7.17点，男女別には男性7.01，女性7.31であった．

2）御船町

①　趣味の会参加

「どのくらいの頻度で参加していますか」と聞いたところ，男女ともに「参加していない」が最も多く，男性58.41%，女性55.67%であった．2番目以降は男女の順位が異なり，参加割合が多い順番に見ていくと，男性については，「年に数回」15.88%，「月1〜3回」11.53%，「週に2〜3回」5.86%，「週1回」5.67%，「週4回以上」2.65%，女性については「月1〜3回」15.98%，「週2〜3回」9.62%，「年に数回」6.7%，「週1回」6.53%，「週4回以上」5.50%であった．

②　スポーツの会に参加

「どのくらいの頻度で参加していますか」と聞いたところ，男女ともに「参加していない」が最も多く，男性53.47%，女性60.74%であった．2番目以降は男女の順位が異なり，参加割合が多い順番に見ていくと，男性については，「年に数回」13.32%，「週に2〜3回」12.04%，「月1〜3回」10.58%，「週4回以上」5.66%，「週1回」4.93%，女性については「週2〜3回」11.00%，「年に数回」7.95%，「月1〜3回」7.78%，「週4回以上」6.77%，「週1回」5.75%であった．

③　主観的健康感

「現在のあなたの健康状態はいかがですか」と質問に対し，「とても良い」「まあ良い」「あまり良くない」「良くない」の4つの選択肢から1つを回答するものである．最も多かったのは，男女ともに「まあよい」であり，男性63.02%，女性71.28%であった．次に続くものは，男性から見ると「あまりよくない」男性18.65%，「とてもよい」14.31%，「よくない」4.02%，女性については「とてもよい」と「あまりよくない」が13.30%，「よくない」2.12%であった．

④　閉じこもり

この質問項目は外出頻度を尋ねたもので，基本チェックリストの1つである．「月1〜3回」「年に数回」「していない」と回答した人を「閉じこもり」傾向にあると評価され，この選択肢に該当していたのは，男性6.69%，女性8.06%であった．

この質問では最も多かったのは男女ともに「週に4回以上」男性73.57%，女性69.72%であった．続いて「週に2〜3回」男性14.52%，女性18.89%，「月1〜3回」男性5.55%，女性5.69%，「週1回」男性5.22%，女性3.33%と続いていた．

⑤　1年間の転倒歴

「過去1年間の間に転んだ経験はあります

か」に対して，「ない」が最も多く，男性76.25%, 女性74.47%,「1度ある」男性16.48%, 女性18.65%，「何度もある」男性7.27%，女性6.87%であった.

⑥　歩行時間

1日の歩行時間について，男女ともに回答者の割合は同じであった．男性から見ると，「30〜59分」33.77%，「90分以上」25.16%，「30分未満」24.68%，「60〜89分」16.40%，女性は「30〜59分」27.41%，「90分以上」27.13%，「30分未満」26.28%，「60〜89分」19.18%であった.

⑦　残歯数

「現在ご自身の歯は何本残っていますか．さし歯や金属をかぶせた歯も自分の歯に含めます．なお，成人の歯の総本数は，親知らずを含めて32本です」の質問に対して，男女ともに「20本以上」の回答が最も多かった．男性から回答者の多い割合から見ると，「0本」45.72%，「10〜19本」21.55%，「0本」13.16%，「1〜4本」11.02%，「5〜9本」8.55%であった．女性は「20本以上」44.35%，「10〜19本」25.22%，「0本」と「5〜9本」11.74%，「1〜4本」6.96%であった.

⑧　交流する友人がいる人の割合

「この1か月間，何人の友人・知人と会いましたか．同じ人には何度会っても1人と数えてください」という質問に対して，男女とも「10人以上」が多かった．男性から回答割合が多かったものを見ていくと，「10人以上」37.54%，「3〜5人」24.57%，「1〜2人」16.55%，「6〜9人」12.63%，「0人（いない）」8.70%, 女性については「10人以上」41.82%，「3〜5人」25.60%，「6〜9人」14.58%，「1〜2人」14.43%，「0人（いない）」3.57%であった.

⑨　（過去1年間の）健診受診

「あなたは今までに，職場や保健センター，医療機関などで健診や人間ドックを受けましたか」という質問に対し，男女ともに最も多かったのは「1年以内に受けた」男性69.33%，女性72.24%であった．その次からの順位は男女で異なり，男性は「2〜3年以内に受けた」12.07%，「受けていない」10.60%，「4年以上前に受けた」7.99%，女性については「受けていない」12.04%，「2〜3年以内に受けた」9.77%，「4年以上前に受けた」5.95%であった.

⑩　喫煙

「タバコは吸いますか」という質問に対して，男女ともに「吸わない」が多かった（男性54.52%，女性95.40%）．続いて男性は，「やめた」29.19%，「吸う」16.29%で，女性は「吸う」2.37%，「やめた」2.23%であった.

⑪　幸福度

「あなたはご自分が幸せだと思いますか．あてはまる点数1つに○をつけてください」という質問に対して10点=たいへん幸せ，1点=幸せでないとして，1〜10点の連続値の中で当てはまると思う点数に○をつけるものである．男性女性ともに8点と回答した人が多く, 男性23.99%, 女性27.37%であった．平均値は，男女合わせて7.33点，男女別には男性7.03，女性7.60であった.

D.　考察

今回の調査の回収率は，神戸市74.4%，御船町71.6%であった. 調査結果について,「趣味の会」「スポーツの会」の頻度は，神戸市・御船町ともに男性より女性の方が，参加頻度が高い傾向であった．主観的健康感

は，神戸市・御船町ともに「まあよい」が最も多く，女性の方が全般的に主観的健康感が高かった．外出頻度は神戸市・御船町も「週に4回以上」の人が最も多く7割を占めていたが，外出頻度の低い「閉じこもり」の傾向にある人は神戸市では男性の方が多く（男性3.77%，女性3.16%），御船町では女性の方が多かった（男性6.69%，女性8.06%）．1年間の転倒は，神戸市・御船町も「ない」人が多かった．歩行時間は，神戸市・御船町も「30～59分」が最も多く，男女ともに同じ順位であった．神戸市と御船町を比較するならば順位が異なり，神戸市は「30～59分」→「30分未満」→「60～89分」→「90分以上」に対し，御船町は「30～59分」→「90分以上」→「30分未満」→「60～89分」であった．残歯数は，「20分以上」が最も多く，「0本（歯がない）」という回答に着目すると神戸市・御船町も男性の方が「0本（歯がない）」割合が高かった．交流する友人は，「10人以上」が最も多く女性の方がその割合が高い．また，「0人（いない）」という回答は神戸市・御船町とも男性の割合が高かった．過去1年の健診は，神戸市では男性54.5%，女性52.4%，御船町では男性69.3%，女性72.24%が受診しており，性別による大きな違いはなかったが，神戸市の健診未受診率が高かった．喫煙は，神戸市・御船町も男性の方が喫煙者が多かった．幸福度は神戸市・御船町ともに女性の平均値の方が高かった．

以上のことからまとめると，性別による違いは多くの項目で見受けられ，都市の規模が違うものの喫煙率や交流する友人がいない人の割合は男性が高く，幸福度は女性の方が比較的高いこと等が共通していた．一方で，男女の回答割合の順位は同じ（自治体内で同じ動き）であったが，神戸市と御船町では順位が異なっていた項目（歩行時間など）もあったこと，交流する友人数に顕著な差があったことから，都市の諸条件に応じた対応策を講じていくことが望まれる．

E. 結論

今回，規模の異なる2つの地域，都市部と農村部で調査を行った．回収率が70%を超えており，全体の誤差の少ない，より信頼のできるデータ得られることが期待される．調査結果から，自治体職員等と協働して地域の健康課題やニーズを把握し，地域連携の基盤づくりの方策を提案していきたいと考えている．

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

参考文献・引用文献

1）神戸市ホームページ（http://www.city. kobe.lg.jp/）
2）御船町ホームページ（http://portal.kumamoto-net.ne.jp/town_mifune/）
3）熊本県庁ホームページ（http://www.pref.kumamoto.jp/）
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.

図１　神戸市のあらまし（神戸市ホームページ「ポケット統計神戸」より）

1 東灘区 Higashinada Ward　6 長田区 Nagata Ward
2 灘区 Nada Ward　7 須磨区 Suma Ward
3 中央区 Chuo Ward　8 垂水区 Tarumi Ward
4 兵庫区 Hyogo Ward　9 西区 Nishi Ward
5 北区 Kita Ward

	推計人口 Estimated Population	世帯数 Households	面積(km²) Area
神戸市　Total	1,539,751	690,863	552.83
東灘区	212,743	95,775	30.37
灘区　Nada Ward	134,707	65,791	31.4
中央区　Chuo Ward	129,330	74,890	28.46
兵庫区　Hyogo Ward	106,736	56,302	14.56
北区　Kita Ward	224,348	87,418	241.73
長田区　Nagata Ward	98,745	47,401	11.46
須磨区　Suma Ward	164,269	71,505	30
垂水区　Tarumi Ward	220,173	95,449	26.83
西区　Nishi Ward	248,700	96,332	138.02
(再掲)北須磨　Kitasuma	91,515	38,242	17.45

人口密度(平成25年10月1日)Population Density per km²　(Oct.1,2013)
2,785人/km²

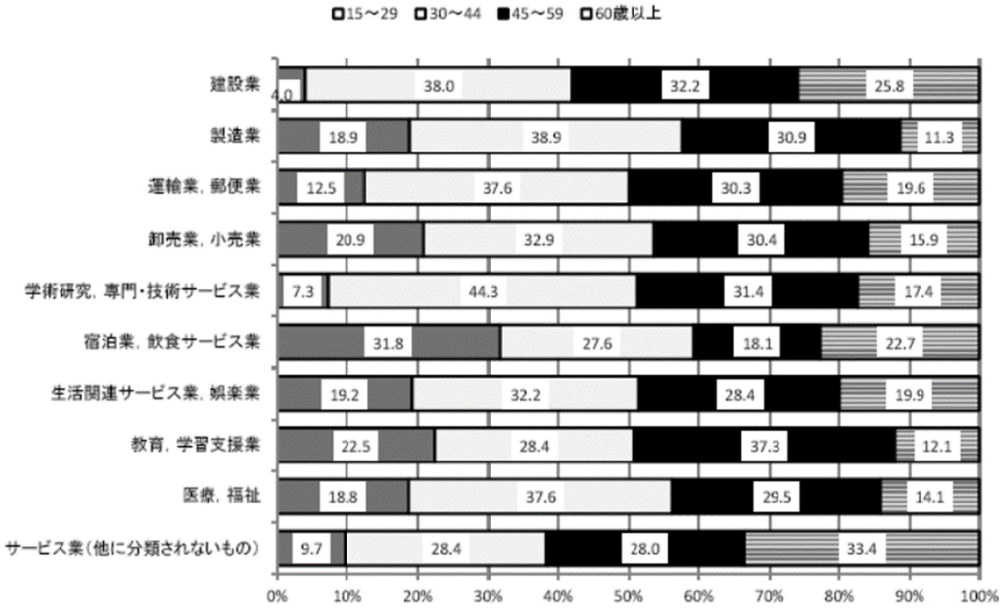
人口動態（平成24年中）Population Change(2012)

人口増減数 Net Change	2,846人減				
自然増減数 Natural Change	2,473人減	出生 Births	12,636人	死亡 Deaths	15,109人
社会増減数 Migration Change	373人減	転入 Immigration	77,964人	転出 Emigration	78,337人
婚姻・離婚件数(平成24年中) Marriages Divorces(2012)		婚姻	8,140件	離婚	3,046件

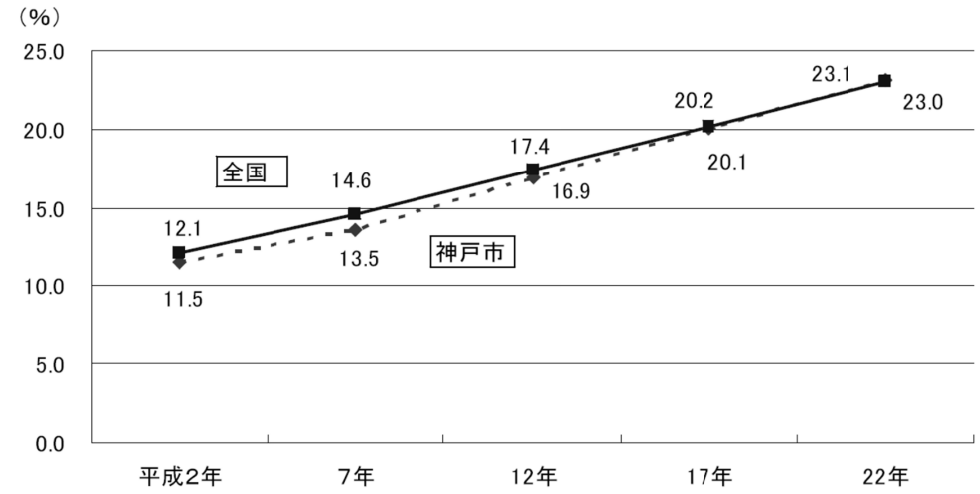
◆平成22年国勢調査 Population Census (Oct. 1, 2010)

人口 Population	1,544,200人
世帯数 Households	684,183世帯
年齢別人口構成 a) Population by Age	
１５歳未満 0～14	194,963人(12.7%)
１５～６４歳 15～64	980,959人(64.1%)
６５歳以上 65 and over	354,218人(23.1%)
※a) 割合は不詳を除いて算出	
人口集中地区 Densely Inhabited Districts (DIDs)	
人口 Population	1,440,411人
面積 Area	152.14 k㎡
（再掲）地域別人口 Population by District	
ポートアイランド Port Island	15,321人
六甲アイランド Rokko Island	17,711人
市民就業者数 Employed Persons	
第１次産業 Primary Industry	4,743人
第２次産業 Secondary Industry	124,162人
第３次産業 Tertiary Industry	488,217人
市内就業者数 Domestic Employed Persons	
第１次産業 Primary Industry	4,776人
第２次産業 Secondary Industry	124,853人
第３次産業 Tertiary Industry	508,858人
昼間人口 Daytime Population	1,583,765人
昼夜間人口比率(昼間人口÷常住人口×100) Ratio of Daytime Population to Nighttime Population	102.6
労働力率(労働力人口÷１５歳以上人口×100) Labor Force Participation Rate	57.7%

平成 24 年就業構造基本調査結果より（主な産業別有業者の年齢別割合）



統計で見る神戸 No.61 より「65 歳以上の人口割合の推移（神戸市，全国）」

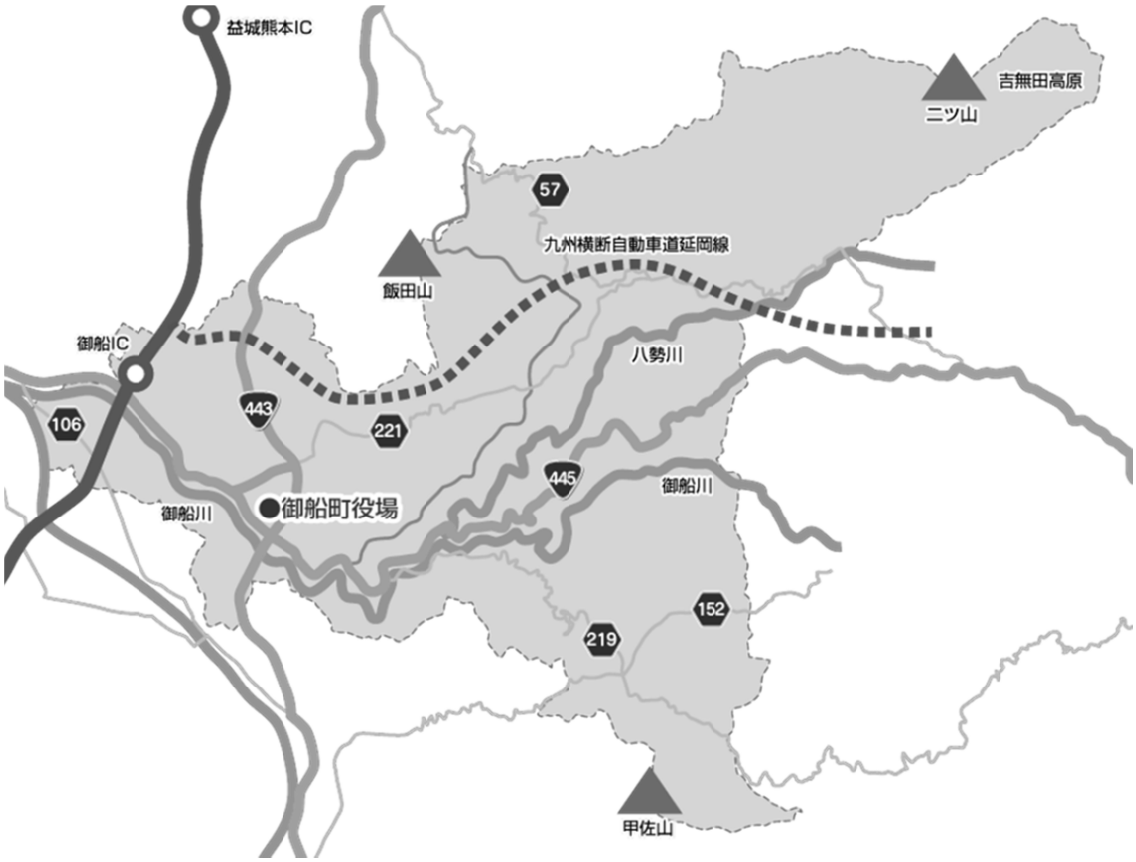


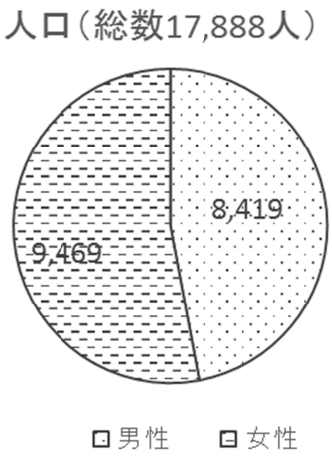
65 歳以上の単独世帯数

年次 / 区別	65歳以上の単独世帯数 総数	男	女	65歳以上人口総数に占める割合(%) 総数	男	女	(参考) 平成17年
平成 12 年	54,684	14,200	40,484	21.7	13.4	27.6	
17 年	70,110	20,086	50,024	23.0	15.5	28.4	
22 年	84,193	24,615	59,578	23.8	16.4	29.2	70,110
東灘区	9,921	2,416	7,505	23.9	14.1	30.8	8,015
灘区	7,994	2,304	5,690	26.8	19.0	32.1	7,043
中央区	10,749	3,603	7,146	37.5	30.6	42.3	8,788
兵庫区	10,135	3,780	6,355	33.8	29.8	36.7	8,594
北区	8,767	2,479	6,288	16.7	10.8	21.3	7,011
長田区	8,665	2,509	6,156	29.0	20.8	34.5	7,429
須磨区	9,182	2,348	6,834	21.8	13.1	28.3	7,392
垂水区	12,099	3,164	8,935	22.2	13.7	28.4	10,851
西区	6,681	2,012	4,669	14.8	10.1	18.6	4,987

熊本県御船町（御船町ホームページ「町の概要」「都市再生整備計画事業」より）

熊本市の東南 16.6km に位置する．東西約 20km，南北約 10km に広がり，北は益城町，東北は阿蘇郡西原村，東は山都町，北西は嘉島町，西は熊本市，南は美里町，南西は



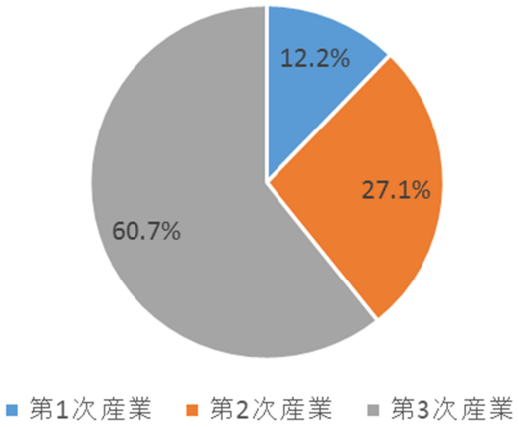


世帯数　6,224 世帯

平成 22 年 10 月 1 日（国勢調査）より

産業別就業人口（熊本県 HP「上益城地域振興局ホームページ」より）

（http://www.pref.kumamoto.jp/site/kamimashiki-hp/shinkoukyoku-kamimashiki-hp-guidance-area-industry.html）



資料 1 調査結果

健康とくらしの調査

神戸市

調査時期：2013 年 11 月 12 日～12 月 2 日
配布数：15,705　**回収数** 11,685（**回収率** 74.4%）

※集計は，調査票記入者の年齢が 65 歳未満の者，年齢無回答者は除外している．

【問１】１）現在のあなたの健康状態はいかがですか。

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
とてもよい	572	11.12	656	10.98	1,228	11.04
まあよい	3,497	67.98	4,320	72.29	7,817	70.30
あまりよくない	916	17.81	884	14.79	1,800	16.19
よくない	159	3.09	116	1.94	275	2.47
合計	5,144	100.00	5,976	100.00	11,120	100.00

【問１】５）現在ご自身の歯は何本残っていますか。さし歯や金属をかぶせた歯も自分の歯に含めます。なお、成人の歯の総本数は，親知らずを含めて３２本です。

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
０本	554	10.71	414	6.96	968	8.70
１～４本	422	8.16	360	6.05	782	7.03
５～９本	538	10.40	584	9.82	1,122	10.09
１０～１９本	1,060	20.49	1,211	20.36	2,271	20.42
２０本以上	2,599	50.24	3,380	56.82	5,979	53.76
合計	5,173	100.00	5,949	100.00	11,122	100.00

【問１】８）あなたは今までに、職場や保健センター、医療機関などで、健診や人間ドックを受けましたか。

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
１年以内に受けた	2,822	54.53	3,138	52.43	5,960	53.41
２～３年以内に受けた	588	11.36	711	11.88	1,299	11.64
４年以上前に受けた	643	12.43	554	9.26	1,197	10.73
受けていない	1,122	21.68	1,582	26.43	2,704	24.23
合計	5,175	100.00	5,985	100.00	11,160	100.00

【問２】７）タバコは吸いますか。

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
吸う	924	17.63	275	4.51	1,199	10.57
やめた	1,560	29.76	181	2.97	1,741	15.35
吸わない	2,758	52.61	5,646	92.53	8,404	74.08
合計	5,242	100.00	6,102	100.00	11,344	100.00

【問３】１）あなたが外出する頻度はどのくらいですか（畑や隣近所へ行く、買い物、通院などを含みます）

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
週に４回以上	3,883	74.30	4,418	72.28	8,301	73.21
週２～３回	954	18.25	1,271	20.80	2,225	19.62
週１回	192	3.67	230	3.76	422	3.72
月１～３回	152	2.91	144	2.36	296	2.61
年に数回	20	0.38	23	0.38	43	0.38
していない	25	0.48	26	0.43	51	0.45
合計	5,226	100.00	6,112	100.00	11,338	100.00

【問３】４）過去１年間に転んだ経験がありますか。

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
何度もある	260	4.97	293	4.80	553	4.87
１度ある	887	16.94	1,304	21.34	2,191	19.31
ない	4,089	78.09	4,513	73.86	8,602	75.82
合計	5,236	100.00	6,110	100.00	11,346	100.00

【問３】８）平均すると１日の合計で何分くらい歩きますか。

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
３０分未満	1,217	23.23	1,354	22.16	2,571	22.66
３０～５９分	2,016	38.48	2,556	41.84	4,572	40.29
６０～８９分	1,070	20.42	1,212	19.84	2,282	20.11
９０分以上	936	17.87	987	16.16	1,923	16.95
合計	5,239	100.00	6,109	100.00	11,348	100.00

【問６】１）あなたは下記のような会・グループにどのくらいの頻度で参加していますか.
（２）スポーツ関係のグループやクラブ

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
週４回以上	202	4.36	281	5.43	483	4.92
週２～３回	305	6.58	508	9.81	813	8.28
週１回	251	5.41	434	8.38	685	6.98
月１～３回	352	7.59	238	4.60	590	6.01
年に数回	265	5.71	96	1.85	361	3.68
参加していない	3,262	70.35	3,619	69.92	6,881	70.12
合計	4,637	100.00	5,176	100.00	9,813	100.00

【問６】１）あなたは下記のような会・グループにどのくらいの頻度で参加していますか。
（３）趣味関係のグループ

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
週４回以上	123	2.64	180	3.40	303	3.04
週２～３回	266	5.72	521	9.83	787	7.91
週１回	317	6.81	554	10.45	871	8.75
月１～３回	641	13.78	967	18.25	1,608	16.16
年に数回	396	8.51	264	4.98	660	6.63
参加していない	2,910	62.54	2,813	53.09	5,723	57.51
合計	4,653	100.00	5,299	100.00	9,952	100.00

【問７】２）この１か月間、何人の友人・知人と会いましたか。同じ人には何度会っても１人と数えてください 。

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
０人（いない）	876	17.33	389	6.63	1,265	11.59
１～２人	1,056	20.89	1,011	17.24	2,067	18.93
３～５人	1,087	21.50	1,450	24.73	2,537	23.23
６～９人	573	11.33	825	14.07	1,398	12.80
１０人以上	1,464	28.96	2,188	37.32	3,652	33.45
合計	5,056	100.00	5,863	100.00	10,919	100.00

【問１１】５）あなたはご自分が幸せだと思いますか？当てはまる点数１つに○をつけてください。

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
１点	57	1.10	57	0.95	114	1.02
２点	47	0.91	42	0.70	89	0.80
３点	128	2.47	72	1.21	200	1.79
４点	149	2.87	142	13.10	291	2.61
５点	702	13.54	782	13.10	1,484	13.30
６点	761	14.68	730	12.23	1,491	13.37
７点	1,005	19.38	1,005	16.84	2,010	18.02
８点	1,388	26.77	1,656	27.74	3,044	27.29
９点	457	8.81	705	11.81	1,162	10.42
１０点	491	9.47	778	13.03	1,269	11.38
合計	5,185	100.00	5,969	100.00	11,154	100.00

熊本県御船町

調査時期：2013 年 10 月 22 日～11 月 11 日

配布数：2,000　**回収数** 1,432（**回収率** 71.6%）

※集計値は，調査票記入者の年齢が 65 歳未満の者，年齢無回答者は除外している．

【問１】１）現在のあなたの健康状態はいかがですか。

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
とてもよい	89	14.31	94	13.30	183	13.77
まあよい	392	63.02	504	71.28	896	67.42
あまりよくない	116	18.65	94	13.30	210	15.80
よくない	25	4.02	15	2.12	40	3.01
合計	622	100.00	707	100.00	1,329	100.00

【問１】５）現在ご自身の歯は何本残っていますか。さし歯や金属をかぶせた歯も自分の歯に含めます。なお、成人の歯の総本数は，親知らずを含めて３２本です。

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
０本	80	13.16	81	11.74	161	12.40
１～４本	67	11.02	48	6.96	115	8.86
５～９本	52	8.55	81	11.74	133	10.25
１０～１９本	131	21.55	174	25.22	305	23.50
２０本以上	278	45.72	306	44.35	584	44.99
合計	608	100.00	690	100.00	1,298	100

【問１】８）あなたは今までに、職場や保健センター、医療機関などで、健診や人間ドックを受けましたか。

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
１年以内に受けた	425	69.33	510	72.24	935	70.89
２～３年以内に受けた	74	12.07	69	9.77	143	10.84
４年以上前に受けた	49	7.99	42	5.95	91	6.90
受けていない	65	10.60	85	12.04	150	11.37
合計	613	100.00	706	100.00	1,319	100.00

【問２】７）タバコは吸いますか。

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
吸う	101	16.29	17	2.37	118	8.82
やめた	181	29.19	16	2.23	197	14.72
吸わない	338	54.52	685	95.40	1,023	76.46
合計	620	100.00	718	100.00	1,338	100.00

【問３】１）あなたが外出する頻度はどのくらいですか（畑や隣近所へ行く、買い物、通院などを含みます）

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
週に４回以上	451	73.57	502	69.72	953	71.49
週２～３回	89	14.52	136	18.89	225	16.88
週１回	32	5.22	24	3.33	56	4.20
月１～３回	34	5.55	41	5.69	75	5.63
年に数回	7	1.14	10	1.39	17	1.28
していない	0	0.00	7	0.97	7	0.53
合計	613	100.00	720	100.00	1,333	100.00

【問３】４）過去１年間に転んだ経験がありますか。

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
何度もある	45	7.27	49	6.87	94	7.06
１度ある	102	16.48	133	18.65	235	17.64
ない	472	76.25	531	74.47	1,003	75.30
合計	619	100.00	713	100.00	1,332	100.00

【問３】８）平均すると１日の合計で何分くらい歩きますか。

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
３０分未満	152	24.68	185	26.28	337	25.53
３０～５９分	208	33.77	193	27.41	401	30.38
６０～８９分	101	16.40	135	19.18	236	17.88
９０分以上	155	25.16	191	27.13	346	26.21
合計	616	100.00	704	100.00	1,320	100.00

【問６】１）あなたは下記のような会・グループにどのくらいの頻度で参加していますか.
（２）スポーツ関係のグループやクラブ

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
週４回以上	31	5.66	40	6.77	71	6.23
週２～３回	66	12.04	65	11.00	131	11.50
週１回	27	4.93	34	5.75	61	5.36
月１～３回	58	10.58	46	7.78	104	9.13
年に数回	73	13.32	47	7.95	120	10.54
参加していない	293	53.47	359	60.74	652	57.24
合計	548	100.00	591	100.00	1,139	100.00

【問６】１）あなたは下記のような会・グループにどのくらいの頻度で参加していますか。
（３）趣味関係のグループ

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
週４回以上	14	2.65	32	5.50	46	4.14
週２～３回	31	5.86	56	9.62	87	7.83
週１回	30	5.67	38	6.53	68	6.12
月１～３回	61	11.53	93	15.98	154	13.86
年に数回	84	15.88	39	6.70	123	11.07
参加していない	309	58.41	324	55.67	633	56.98
合計	529	100.00	582	100.00	1,111	100.00

【問７】２）この１か月間、何人の友人・知人と会いましたか。同じ人には何度会っても１人と数えてください 。

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
０人（いない）	51	8.70	24	3.57	75	5.96
１～２人	97	16.55	97	14.43	194	15.42
３～５人	144	24.57	172	25.60	316	25.12
６～９人	74	12.63	98	14.58	172	13.67
１０人以上	220	37.54	281	41.82	501	39.83
合計	586	100.00	672	100.00	1,258	100.00

【問１１】５）あなたはご自分が幸せだと思いますか？当てはまる点数１つに○をつけてください。

	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
１点	9	1.46	5	0.73	14	1.07
２点	7	1.13	7	1.02	14	1.07
３点	9	1.46	8	1.16	17	1.30
４点	15	2.43	9	1.31	24	1.84
５点	111	17.99	89	12.95	200	15.34
６点	91	14.75	68	9.90	159	12.19
７点	90	14.59	81	11.79	171	13.11
８点	148	23.99	188	27.37	336	25.77
９点	59	9.56	100	14.56	159	12.19
１０点	78	12.64	132	19.21	210	16.10
合計	617	100.00	687	100.00	1,304	100.00

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

自治体における多部署連携を進めるための会議のファシリテーション手法に関する研究：「一人からみんな（１-２-４-ALL）」手法の活用経験の報告

研究協力者　河村　洋子（熊本大学政策創造研究教育センター准教授）
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）
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）

研究要旨　本稿は、多部署連携に欠かすことのできない効果的かつ効率的なディスカッションのための「場」づくりのツールとして提唱されたLiberating Structures（以下、LS）の一手法を実際に活用した経験とそれに基づく考察を報告するものである。御船町地域包括ケア推進会議においてLSの一つである「一人からみんな（1-2-4-ALL）」の手法を用いて行なったディスカッションは、役職や年齢などによる心理的な壁を少なくとも低くし、参加者一人一人の貢献度が高いものであると感じられた。今後、他のLS手法を実際に活用しながら効果や我が国における受容性や活用可能性を検証し、多部署連携をはじめ協働や連携が求められる現場に活きるツールの提案へとつなげていきたい。

A. 研究目的

御船町における地域包括ケア推進会議では、部署が異なり年代や性別も異なる自治体職員が、高齢化する地域社会における課題や解決策に関してディスカッションする。このような場は、多様な意見が出されてこそ有意義なものになるが、日頃の関係性が構築されていないとき、全員の意見を引き出すということは非常に難しい。人数が多いと限られた時間のなかで効率的に進める必要があり、その難しさはさらに増す。回を重ねるごとに関係性が成熟し、相互のコミュニケーションがスムーズになってくるとも言えるが、頻繁でないとそこに至るまでに時間がかかる。さらに、コミュニケーション能力には個人差がある。しかし、発言しないからと言ってその人がアイデアをもっていない決してなく、発言されないアイデアにこそ本当の光が潜んでいる可能性もある。

昨今、多数の個人が集まりコミュニケーションし、アイデアを出したり、合意形成を図る機会は多々ある。しかしながら、上記のような課題に対応できずに、進めてしまうことは少なくないであろう。また、そのような場や機会の目的を明確にせず進め、最終的に納得のできる成果が得られず、参加者の達成感や満足感は低く場を閉じてしまうこともあるのではないだろうか。

このような集団でのコミュニケーションの過程に一工夫加えることで、効果的で効率的なものにすることができる。また、このような工夫は、普及しているようないわゆる「ワークショップの技法」に取り込まれていることかもしれないが、実践する側が意識的に行なうかどうかで重要な違いを生むと言える。

そこで本研究の目的は自治体における多部署連携を推進する際に、近年米国を中心に提唱されている体系化された会議のファシリテーション手法の一つである、Liberating Structuresを取り入れ、その有効な活用法や条件について考察することとした。

B. 研究方法

我が国におけるLiberating Structures（以下、LS）の浸透は極めて低く、導入は皆無に等しい。日本語訳は提案されていないが、「コミュニケーションを自由化する構造の工夫」と意訳できる。すなわち、人々がコミュニケーションする「場」の要素に着目し、それらをうまくアレンジすることで、コミュニケーションの質が向上する。また、一般に会議などの場では効果と効率性は両天秤にかけられがちであるが、LSは効果的であると同時に、効率性も担保できるのである。さらに、LSには目的に応じて準備された33種類手法があり、この中から「場」の目的を達成するために最適なものを選択して、コミュニケーションの経験をデザインできるという、実践性を極めたツールであると言える。我が国にも文化に応じた独自のファシリテーション手法も多々存在し、展開もされているところであるが、このようにコミュニケーションの「場」の要素の視点から体系化された実践的なツールは珍しい。このようなツールは昨今協働や連携が強調されている保健行政分野においても、現場に還元されるべき知見であると言える。研究初年度である今年度は、対象フィールドである御船町で開始した多部署連携による地域包括ケア推進会議において、LSの中の一つである「一人からみんな（1-2-4-ALL）」の手法を用いた。本稿ではその会議運営の経験を報告し、考察する。

（倫理面への配慮）

本研究は活動報告であり特段の倫理的配慮を要しない。

C. 研究結果

第 3 回御船町地域包括ケア推進会議において、小さな工夫として「一人からみんな」という過程を取り入れでワークショップを進めた。これは、一人一人が共有された情報や知識に対して自分の考えを反映させ、人数が多少にかかわらず、皆必ず一度は発言をもつ、というものである。12 名が参加した会議内でのこのワークショップの目的は、参加者が自身の部署が連携することで自主防災組織事業の展開に寄与できると同時に、自らの業務においてもプラスになる取り組みのアイデアを出すことで、多課連携による地域包括ケアの実質的な可能性を感じることであった。

今回は、まず自主防災組織の事業の進捗状況と課題に関して、担当者からの発表を聴く時間を設けた。組織化そのものは進んでいるが、これからの課題は組織を実質的なものにしていくことである、ということであった。発表を受けて、全体で質疑応答により論点整理し、災害発生時の対応では地域の中での役割分担が重要であること、いわゆる弱者の存在といった地域の現状の把握、住民同士のつながりと言った点が重要であることなどを確認した。そこで、参加者に「自主防災組織の今後の展開に、自分の今の仕事がどのように関わることができるか。自分にとってもメリットになるし、自主防災事業にとってもメリットになるような事」について考え、メモに記述するように投げかけた。5 分程度後にできるだけ業務上接点のない参加者一人とペアになって、自身の書き留めたアイデアを伝え合う時間を設けた。この際、しっかりとペアで話し合うように促した。そして、2 つのペアが一緒になり、各ペアで話した内容を伝え合う時間をとり、最後に各グループが 4 人で語り合ったことを全体に共有する時間で締めくくった。全体で約 50 分の工程であった。

D. 考察

第 2 回会議までにもグループに分かれてディスカッションする機会もあったが、今回は普段発言の少ない人も自身のアイデアを語る時間を必ず設けたことで、前回までの機会と比較し、発言の多さ（にぎやかさ）は際立っていたと感じた。グループに分かれるとファシリテーション役がいない限り、他者や年長者に対して発言することに前向きでない人が、自分の意見を言う機会はおそらくないであろう。しかし、そのような人でもペアの相手方に対して自分の考えを話すであろう。

また、グループごとの差はあるものの、アイデアが具体的になるなどディスカッションが深まっていった様子もみることができた。これは、段階的に人数が増えることで、視点の多様性が高まるためであろう。

参加者、特に自主防災組織事業の担当者の満足度は高かったようである。会議のメンバーの知恵に基づく成果と前向きな気持ちを提供でき、発表準備に報いることができたと言える。

E. 結論

小さな工夫で、関係性の基盤がなくとも効果的なコミュニケーションを促すことができることが確認できた。今回試行した以外の LS の手法も今後活用しながら効果や、我が国における受容性や応用可能性を確認し、多課連携を推進するような会議を含め、保健行政分野を中心とした類似の場に応用できるように提案できるものにしていきたい。

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＞

Lipmanowicz, H., & McCandless, K. (2014). The surprising power of liberating structures: Simple rules to unleasch a culture of innovation. Seattle, USA; Liberating Structures Press.

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ
Naoki Kondo, Kokoro Shirai	Microfinance and health	Ichiro Kawachi, SV Subramanian, Soshi Takao	Global perspectives on social capital and health	Springer	New York	2013	239-276
近藤尚己 白井こころ	マイクロファイナンスと健康	イチロー・カワチ, 高尾総司, SVスブラマニアン	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	東京	2013	301-346
近藤尚己	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	国際保健医療学第3版	杏林書院	東京	2013	23-26

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
近藤尚己	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	24(1)	47-55	2014
近藤尚己	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	52(2)	147-151	2014
近藤尚己	相対所得仮説とソーシャル・キャピタル	経済セミナー	676	24-28	2014
近藤尚己	社会階層と健康：疫学のアプローチ	理論と方法	28(1)	21-33	2013