

介護予防活動のための
地域診断データの活用と
組織連携ガイド

地域包括ケアの推進に向けて



目次

執筆者一覧	4
はじめに	5
地域診断はなぜ必要か	6
部署間連携はなぜ必要か	7
本書の使い方について	7
第1章 地域診断の基本	8
地域診断のための分析	9
良い指標の判断基準	10
人口構成の考慮	11
JAGES-HEART 指標	11
健康格差対策のための指標	14
第2章 地域診断の進め方	17
1 優先課題を選ぶ	17
課題の「見える化」のポイント	18
優先課題を選ぶ手順	19
コラム 地域診断データの「見える化」ツールについて	24
2 優先すべき地域や集団を選ぶ	26
地域比較の「見える化」の工夫	26
優先地域を選ぶ手順	27
関係機関・住民と課題を共有しよう	28
3 目標を設定する	32
目標設定型を選ぶ	32
4 評価する	34
どんな項目を評価するか	34
評価結果を共有しよう	36
5 データを公表する	36
データ公表の方法	36
第3章 部署間連携の進め方	39

1 行政内で連携する	40
誰（どこ）と連携するか	40
テーマは「少子高齢化」で ... 「健康」「介護予防」はちょっと横において	40
連携会議の開催・運営	41
必要な連携会議の回数	42
部署間連携会議の進め方：ファシリテーション法の活用	43
アクションチェックリストの活用：まず誰（どこ）と優先的に連携すべき？	44
2 ワークショップで認識を共有する	44
ワークショッププログラム例	45
地区診断シートを使う	47
3 行政外と連携する	50
協議体の結成：より広範な行政外の組織との連携	51
協議体の運営：ワークショップを開く	52
4 連携で迷ったときは？ 支援を求めよう	53
県や保健所に支援を求めよう	53
大学の研究者に支援を求めよう	53
コラム 連携会議を円滑にする会議運営テクニック	55
コラム 住民組織との連携、部署間連携に役立つツールとエビデンス	61
5 都道府県・保健所・政令市などにおけるタテの連携	63

第4章 事例集

事例 01 熊本県御船町——組織間連携のための協議体結成	66
事例 02 兵庫県神戸市——民間企業との連携	70
事例 03 長崎県松浦市——対話、共食、買い物支援ができるサロン	74
事例 04 愛知県武豊町——ボランティア研修におけるデータ活用	79
事例 05 愛知県豊橋市——ボランティア研修におけるデータ活用	85
事例 06 災害対策へのデータの活用と住民組織等との連携	88
事例 07 愛知県名古屋市——大規模団地における孤立防止推進事業	95
事例 08 沖縄県南城市——地域のソーシャル・キャピタルの活用	99
事例 09 北海道 大雪地区広域連合——隣接3町の広域連合による取り組み	104
事例 10 愛知県東海市——「健康交流の家」の開設	109

資料 健康・介護施策における部署間連携のためのアクションチェックリスト	115
--	-----

■ 執筆者一覧 ■

本ガイドは平成26年度から28年度まで実施された厚生労働省（26年度）および日本医療研究開発機構（AMED）（27-28年度）「データに基づき地域づくりによる介護予防対策を推進するための研究」（代表：東京大学・近藤尚己）の活動の一部をまとめたものであり、以下に記載しました、主に同研究班の研究分担者・研究協力者で執筆しました。

近藤尚己	東京大学大学院医学系研究科保健社会行動学分野／健康教育・社会学分野・准教授
高木大資	東京大学大学院医学系研究科保健社会行動学分野・講師
中村廣隆	保健師
長谷田真帆	東京大学大学院医学系研究科保健社会行動学分野／健康教育・社会学分野・博士課程
鶴川重和	北海道大学大学院医学研究科社会医学講座公衆衛生学分野・助教
斎藤民	国立長寿医療研究センター老年社会科学研究部・室長
菅蒲川由郷	新潟大学大学院医歯学総合研究科国際保健学分野・准教授
山谷麻由美	長崎県立大学看護栄養学部看護学科・講師
相田潤	東北大学 大学院歯学研究科国際歯科保健学分野・准教授
齋藤順子	東京大学大学院医学系研究科保健社会行動学分野／健康教育・社会学分野・特任研究員
斉藤雅茂	日本福祉大学社会福祉学部・准教授
白井こころ	琉球大学 法文学部人間科学科・准教授
尾島俊之	浜松医科大学医学部健康社会医学講座・教授
竹田徳則	星城大学リハビリテーション学部・教授
花里真道	千葉大学予防医学センター健康都市・空間デザイン学分野・准教授
藤野善久	産業医科大学医学部公衆衛生学教室・准教授
太田亜里美	新潟県立大学健康栄養学科・准教授
田代敦志	新潟市保健所・次長
近藤克則	千葉大学予防医学センター・教授／国立長寿医療研究センター 老年学評価研究部・部長

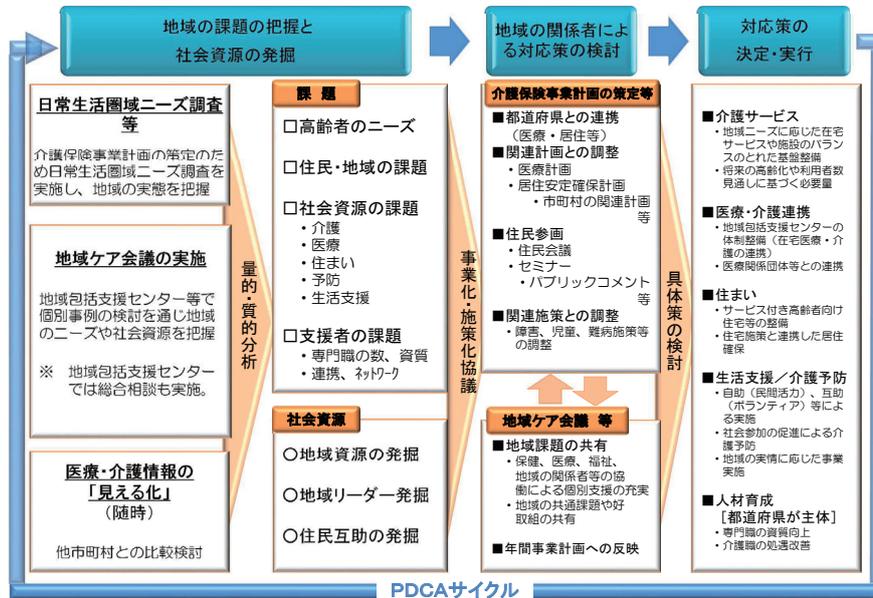
編集支援：奥原剛 大学病院医療情報ネットワーク (UMIN) 研究センター／東京大学大学院医学系研究科 医療コミュニケーション学分野・特任助教

はじめに

本ガイドは、主に、地域包括ケアにおける「介護予防活動」に焦点を当て、地域包括ケアに向けた地域診断および部署間連携の進め方について、事例を交えて解説したものです。市町村や都道府県、地域包括支援センターの職員の皆さまに活用していただくことを想定しています。本ガイドは平成26年度から28年度まで実施された厚生労働省・日本医療研究開発機構（AMED）「データに基づき地域づくりによる介護予防対策を推進するための研究」（代表：東京大学・近藤尚己）の研究活動の一部をまとめたものです。同研究班では、主に公衆衛生の研究者らが、全国の市町村の職員と連携して、地域包括ケアの推進に向けた地域診断データの作成とその活用法を模索してきました。また、地域包括ケアの実践に不可欠でありながら敷居の高さがある「部署間連携」や住民組織の育成に際して、地域診断データがどう役立つのかを検討してきました。この活動から見てきたこと、そして「こうやればできそうだな」とわかってきたことを本ガイドにまとめました。書かれていることの多くは、十分に科学的な検証結果に裏付けられたことではない、経験則的なエビデンスが大部分ですが、市町村の皆様の活動の参考になれば幸いです。

高齢者への地域包括ケアは、保険者である市町村や、その支援者である都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくものです。厚生労働省は、団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる「2025年（平成37年）」をめどに高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進するとしています。地域包括ケアの推進には、生活圏域ニーズ調査等を活用して「地域のどのようなニーズと課題、そして資源があるのか」をできるだけ客観的に明らかにする地域診断を行うこと、そして地域診断結果を基に、高齢者の生活にかかわる様々な部署や組織との連携を進め、ともに「まちづくり」に向けたPDCAを回していくことが求められます（次ページ図1）。

図 1. 市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）



（厚生労働省ウェブサイト（http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html）より）

■ 地域診断はなぜ必要か

地域のニーズと課題、資源を把握することは、地域包括ケアの推進にとって、とても重要です。そもそも**何が課題なのか、どの課題が重要なのか、その課題解決に役立つどんな資源があるのか**を把握するために、地域診断が必要です。

地域包括ケアの推進には、部署間連携や、住民組織も含めた地域の様々な組織との連携が求められます。そういった**連携を進める際に、地域診断のデータはとても説得力のある材料になります**。地域診断結果をわかりやすくまとめ、関係者同士で共有することで、地域の課題共有が円滑に進みます。また、連携して進めていく**事業の目標設定と評価のための貴重なデータ**となります。

< 地域包括ケアの推進に地域診断が必要な 3つの理由 ¹⁾ >

- 対策にかかわる多様な人材や組織同士の課題共有に必要
- 対策の優先順位づけ（重点対象地区や優先すべき課題の選定）に必要
- 対策のマネジメント：計画の立案と評価（数値目標の設定と達成度管理）に必要

■ 部署間連携はなぜ必要か

介護や医療の部門だけでは、高齢者の生活全般に踏み込めません。高齢者が住み慣れたまちで暮らすための地域づくりをするわけですから、町のしくみにかかわる多くの部署や、地域づくりに貢献できる住民組織や企業、NPO、職能団体等とうまく連携するほど、成果が上がります。

反対に、介護や医療の専門部署だけで進めようとする、様々な壁に阻まれることとなるでしょう。例えば、介護予防において重視されているものに、高齢者の役割や居場所の創出があります。コミュニティサロンのような高齢者や一般住民の「通いの場」や、高齢者が活躍する職業やボランティアなどの活動づくりです。これを推進するには、まず、現在地域のどこにどれだけの活動があり、どこにさらに対象者を広げられるような「種（たね・シード）」となる活動があるかを把握する必要があります。この把握をするのに、住民組織や社会福祉協議会、雇用や地域活性化を担当する部署との連携が必要になるでしょう。また、具体的な活動を進める際のパートナーとして、それらの組織が必ず関わることになるでしょう。

地域包括ケアの推進は、誰もが健康な生活を送るための活動、すなわち健康格差対策としても重要な取り組みです²⁾。世界保健機関「健康の社会的決定要因に関する特別委員会」の最終報告書では、健康格差対策を見据えた今後のヘルスプロモーション戦略として、以下の3つを最も基本的な推奨事項としています³⁾。すなわち

1. 生活環境の改善
2. (公正な資源や活動の推進のための) 部署間連携のガバナンス体制の構築
3. 健康状態や健康資源の格差の評価と見える化・地域診断

です。本ガイドが取り上げる「地域診断と部署間連携」は、このWHOの推奨事項とまさに合致していることがわかれると思います。本ガイドが、自治体における地域包括ケアの推進の一助となり、**高齢者の健康格差対策の推進にも資する**ことを期待します。

■ 本書の使い方について ■

本書は、頭からすべて読んでいただくことを意図したものではありません。辞書やマニュアル、ガイドブックのように、目次を見て、必要と思う部分を読んでいただくといでしょう。理論的なことや、実際の地域診断の進め方について知りたい場合は1章から3章までを、事例を読んでみたい方は4章を読むといでしょう。

第1章

地域診断の基本

地域診断とは、様々な情報を収集・分析して、事業のための地域のニーズや資源を把握することです。「ニーズ」とは、**住民にとって（真に）必要なもの**であり、住民が求めているものとは必ずしも一致しません。住民の求めているもの（デマンド）だけの情報収集に依存してしまうと、声が大きく、訴えの上手な地域やグループへと支援が偏ってしまう可能性があります。社会的に不利な立場にある人々は一般に必要な支援を訴えることが苦手で、そのための手段に乏しいことも多いため、**できるだけ客観的な情報を集める**ことが、公正の観点からも大切です。

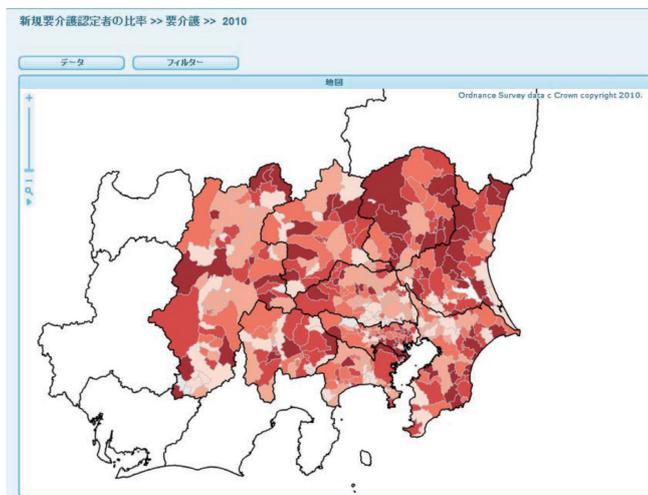
まちづくりに生かせる資源については、公共施設や公民館など、「モノ」としての資源だけでなく、住民組織や住民同士、組織同士の関係性やその信頼や助け合いの状況といった**「社会関係」についても把握**するとよいでしょう。また、地域の成り立ちや地域同士・グループ同士の関係性（時に対立関係なども）についての知識も役立ちます。

こういった情報収集には、**住民への聞き取り・インタビューが不可欠**です。地域で生活している一般の住民・町のキーパーソン・社会的に不利な状況におかれた住民（独居者等）への聞き取りも重要な地域診断活動です。とはいえ、住民への聞き取りについては多くの参考書があり、また既に保健師等地域で保健活動を展開している専門職の方々にとっては十分備わっている技術と思います。したがって、ここから先は、客観的な「指標」を使った地域診断について解説します。

地域診断のための分析

地域診断では、まず指標を計算してから、何かと何かを比較することによって地域の特徴を分析し、分析結果を分かりやすい図や表に示します。地図によって地域間の指標を比較した例、折れ線グラフによって年次間を比較した例を示します。

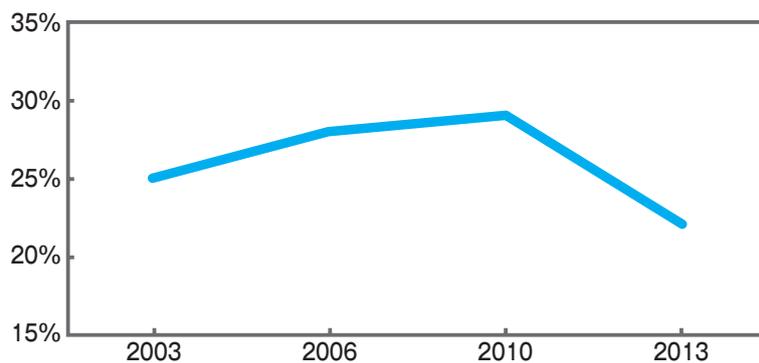
図 1-1. 地域別の新規要介護認定者の比率



〔介護予防サポートサイト：介護予防ウェブアトラス
(http://www.yobou_bm.umin.jp/) より〕

図 1-2. 転倒者割合の年次推移

(A町、男性、過去1年間に1度でも転んだ経験がある人)



指標とは、地域診断等に活用できる、比率や平均値などによって地域の性質を表す統計のことをいいます。分子と分母の比率で表すことなどによって、**人口規模が異なる地域間の比較や、また人口が変動した場合の比較も可能**となります。比率を計算するときには、分母として、アンケートに回答した人数とするか、国勢調査による高齢者の人口とするか、介護保険被保険者数にするかなど、何にするかを決める必要があります。

次に、分析方法や、どのような図表にするかを検討します。分析方法としては下表のような種類があります。分析はシンプルなものでも十分です。必要に応じて、追加的に複雑な分析をした方がよいこともあります。最初から複雑な分析をしないことがポイントです。

地域診断のための分析方法

- 地域間・グループ間比較 …… 地域間を比較する棒グラフや塗り分け地図など
- 時間比較・経年変化 …… 年次推移の折れ線グラフや箱ひげ図など
- 人の属性比較 …… 性・年齢階級別の折れ線グラフや棒グラフなど
- マトリックス表示 …… 地域と指標の表形式として良い数値・悪い数値の色を変える
- 複数の項目で平均と比べた値（偏差値など） …… 株価チャートやレーダーチャートなど

良い指標の判断基準

アンケート調査を行うと沢山の項目についての結果が集まり、また地域には数々の統計があります。地域診断をする時には、むやみに膨大な分析をするのではなく、それらの多数の項目の中から、良い指標に絞って分析をすることがコツです。**分析は腹八分目**にしましょう。たくさん分析しすぎると、そこで力尽きてしまい、どのような対策をするかを考えるなどの、次のステップに進む余力がなくなってしまいます。

良い指標を選ぶ際の判断基準を表にまとめました。これらのすべての視点で満点の指標はありませんので、これらの視点全体で見渡した上で、重要な領域を概ねカバーできるように、比較的良い指標を相対的に選んでいくことになります。

良い指標の判断基準

- 正確性 …………… 実態を正しく表しているか
- 内容的代表性 …………… 見たい領域全体を表しているか
- 社会的受容性 …………… 社会が受け入れやすく、人々が理解しやすいか
- 学術的重要性 …………… どのような対策を行えば良いかなどがみえてくるか
- 介入可能性 …………… 対策を行った時に良い数字に変化しやすいか
- 入手容易性 …………… データの入手が容易か

人口構成の考慮

高齢者（または後期高齢者）は一般的に若年者よりも健康指標が悪い人が多いため、高齢者が多い地域と少ない地域を単純に比較すると、高齢者が多い地域の方が種々の健康指標が悪くなる傾向があります。そこで、そのような人口構成の違いを考慮した分析方法が必要になります。

最も簡単な方法は、例えば65～74歳の前期高齢者に限った分析を行うなどの「**限定**」です。ただし、それ以外の年齢層のデータを使わないことになる点が課題です。次に簡単な方法は、前期高齢者と後期高齢者に分けて分析を行うなどの「**層化**」です。ただし、図表の数が増えてしまい、結果を説明しようとすると長くなってしまふ点が課題です。その他に、「**年齢調整**」があります。人口が大きい地域の分析に向いている直接法年齢調整と、人口が小さい地域の分析に向いている間接法年齢調整（標準化死亡比または標準化該当比（SMR）の計算）などがあります。学術研究の場合には、多変量解析などその他にもいくつかの方法があります。これらの方法から、どの方法を採用するかを決めます。

JAGES-HEART 指標

本ガイドの執筆者らの多くがかかわる日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study:JAGES）の研究班では、下表に示すように、地域診断を行う時に、まず分析してみるべきコア指標（中核となる指標）を選定しています。また、評価指標の5要素と2側面の概念を下図に示しています。現場での保健・

介護予防活動等の評価においては、まずは、行政等の働きかけの評価として、①資源の投入量などのインプット、②計画・配分・サービス利用などのプロセスの指標、についての評価を行います。次に、それによって、③地域の環境や、④個人の状況や行動の指標の変化が期待されますので、その評価を行います。そして、最終的には、要介護認定率や死亡率などの、⑤効果・成果についてのアウトカムの指標の評価が重要になります。さらに、これらの指標について、地域間や社会階層間での格差をみることによって、「公正」の度合いを評価することができます。また、現実にはなかなか難しいですが、投入した費用と効果の比などをみることによって、費用対効果である効率を評価することも今後求められます。

なお、HEART とは、「健康格差の評価と対策ツール」(Health Equity Assessment and Response Tool) の略で、世界保健機関 (WHO) と共同で開発を行ったものです^{4,5)}。このコア指標は、順次、時代にあったかたちで見直していきますが、まずどのような指標について地域診断をするかを検討する際に、ひとつの参考にしていただけたらと思います。

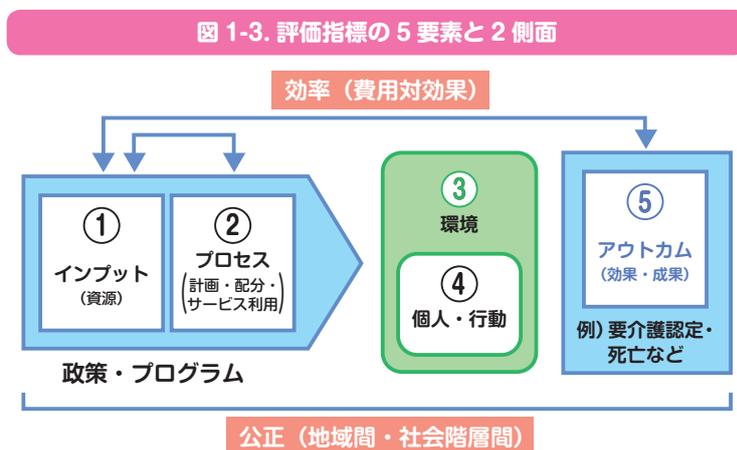


表 1-1. JAGES-HEART のコア評価項目とその計算方法

	指 標 名	計算方法	利用するデータ
① インプット	1. 介護予防事業予算額 (高齢者一人当たり)	$\frac{\text{介護予防事業予算額}}{\text{高齢者数}}$	介護予防事業予算額は自治体へのアンケートによる、 高齢者数は国勢調査による
	② プロセス	2. 介護保険料	月額 第一号保険料
③ 環 境 (中間アウトカム)	3. 趣味の会参加割合	$\frac{\text{スポーツの会参加者}}{\text{回答者}}$	アンケートによる
	4. スポーツの会に 参加の割合	$\frac{\text{スポーツの会参加者}}{\text{回答者}}$	アンケートによる
	5. 生活保護世帯割合	$\frac{\text{生活保護世帯数}}{\text{全世帯数}}$	生活保護世帯数は生活保護 被保護世帯数による、 世帯数は住民基本台帳による
④ 個人・行動 (中間アウトカム)	6. 主観的健康感 良い者の割合	$\frac{\text{健康状態が「とてもよい」または「まあよい」人}}{\text{回答者}}$	アンケートによる
	7. 閉じこもり高齢者割合	$\frac{\text{外出頻度が週に1回未満の人}}{\text{回答者}}$	アンケートによる
	8. 1年間の転倒歴	$\frac{\text{1度以上転倒した人}}{\text{回答者}}$	アンケートによる
	9. 歩行時間	1日平均歩行時間30分未満の人 回答者	アンケートによる
	10. 残歯数	20本以上の人 回答者	アンケートによる
	11. やせの人の割合	BMI 18.5未満の人 回答者	アンケートによる
	12. 基本チェックリスト 認知症項目該当者割合	該当者 回答者	アンケートによる
	13. うつ	GDS15項目版で10点以上の人 回答者	アンケートによる
	14. 助け合っている人の割合	ソーシャルサポートの授受を している人について誰かを 回答している人 回答者	アンケートによる
	15. 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」の設問で 3人以上と回答した人 回答者	アンケートによる
	16. (過去1年間の) 健診受診者割合	過去1年間に健診を受けた人 回答者	アンケートによる
17. 現在喫煙している 人の割合	喫煙者 回答者	アンケートによる	
⑤ アウトカム (最終アウトカム)	18. 要介護認定者割合	要介護認定者 第1号被保険者	介護保険事業状況報告 (年報)
	19. 新規要介護認定者割合	新規要介護認定者 第1号被保険者	介護保険事業状況報告 (年報)
	20. 総死因死亡率	SMR (間接法年齢調整した標準化死亡比)	人口動態統計
	21. 死因別死亡率 (悪性新生物、脳血管疾患)	SMR (間接法年齢調整した標準化死亡比)	人口動態統計
	22. 幸福度	「あなたはご自分がどの程度 幸せだとおもいますか」に 対して連続値で回答する 設問値の平均値	アンケートによる

[2012年度版の指標を一部改変して一覧表にまとめた。]

健康格差対策のための指標

「健康格差」とは

健康日本 21（第 2 次）で健康格差の縮小が目標に掲げられているとおり、地域の健康格差の診断も重要です。健康格差とは、健康状態がある集団間（地域、人種、所得や学歴、世帯構成、性別など）によって異なることを指します。ただし、単に差があることではなく、「**放置すべきではないもの**」という**価値判断**が含まれます。「どのような格差を問題とするのか」ということに関しては、話し合いが必要なことがあります^{1,2,6)}。

健康格差の測定方法

地域間やグループ間の健康格差を見る最も単純な方法は、各地域やグループ間の指標の差や比をとることです。ただし、以下に示すような、測定を行う際のいくつかのポイントを理解しておく、より妥当な評価ができるでしょう。

1) どこと比較するか

全体の平均値と比べるべきでしょうか、それとも最も指標が良い地域と比べるべきでしょうか。

2) 集団間に順序があるか

比べたい集団には順序があるでしょうか（所得・学歴など）、順序はないでしょうか（地域・人種など）。

3) 集団間の差で評価するのか、比で評価するのか（絶対指標か、相対指標か）

格差の大きさを差で表すか・比で表すかによって、格差の変化の判断が変わることがあります。

表 1-2：集団間の死亡率格差の変化の例

		死亡率		前後の変化	
		前	後	差	比
集団	A	50	30	-20	0.6
	B	100	80	-20	0.8
集団間格差	差(B-A)	50	50		
	比(B/A)	2.0	2.7		

左の例をみてみましょう。ある自治体では疾患 X による死亡率が集団 A で 50、集団 B で 100 だったとします。そこである対策を行うと、対策後の死亡率は低下し、集団 A で 30、B で 80 になりました。すると集団 A と B の死亡率の差は 50 となり、対策の前後で格差の状況は変わりませんが、比をとると 2.7 となり、格差

は拡大した、と判断されます。

差と比はどちらがよいというものではありませんので、**両方とも算出**して検討することです。また、**グループごとの数値も把握**するとよいでしょう。

これらの観点から分類される、健康格差の測定方法には、たとえば以下のようなものがあります。

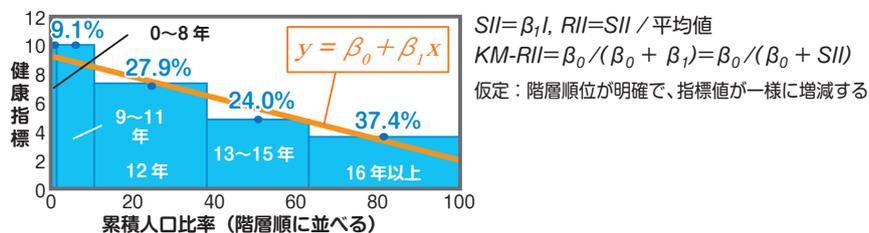
表 1-3. 健康格差の様々な測定方法とその特徴

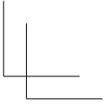
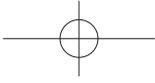
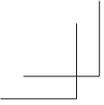
	特徴など	絶対 or 相対	順序	精度	計算の簡便さ	比較可能性	解釈の容易さ
差、比	人数が小さい集団がある場合は要注意	絶対 / 相対	あり	△	○	○	○
分散・標準偏差	ばらつきの一時的指標。平均値の影響を受ける	絶対	なし	○	○	△	×
群間分散	集団の大きさの違いを加味	絶対	なし	○	△	○	×
格差勾配指数 (SII)、格差相対指数 (RII)	集団の大きさを考慮できる。平均値の変化の影響を受ける。	絶対 / 相対	あり	○	△	○	○
集中度指数	階層順にしたジニ係数	絶対 / 相対	あり	○	×	○	×

(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 2013;24(1):47-55. より)

なお指標によっては、集団の大きさ(人数)によって数値が大きく変わるので、注意が必要です。それを解決する、より洗練された指標として、格差勾配指数 (Slope Index of Inequalities: SII) と格差相対指数 (Relative Index of Inequalities : RII) があります。これらは集団に順序がある場合、その順序に各集団を累積人口比率の大きさに横軸上に並べ、各集団の値(死亡率など)を中央にプロットし、回帰直線を引くことで、差や比とほぼ同様に解釈できます⁷⁾。

図 1-4 : 格差勾配指数 (SII) と格差相対指数 (RII)





これらは手で計算するのは難しいものも多く、専用ソフトをインストールすることをお勧めします。(例：HD*Calc = 米国国立がん研究所が提供している、がん統計データ解析ソフトの拡張版。<http://seer.cancer.gov/hdcalc/> からダウンロード可(2016年11月現在)。日本語の解説ファイルが近藤尚己ウェブサイト (http://plaza.umin.ac.jp/~naoki_kondo/) のコラム欄からダウンロードできます。

第2章

地域診断の進め方

1 第2章 地域診断の進め方

優先課題を選ぶ

「私たちのまちは○○が課題です」と、できるだけ明確に答えられるよう、まずは地域の健康や格差の課題を「見える化」してみましょう。

課題の「見える化」には以下の3つのメリットがあります。

- 対策に関わる人材や組織同士で課題の共有ができる
さまざまな組織や専門家、住民に正しく現状を知ってもらい、どうすべきか考えてもらう材料になる
- 対策の優先順位をつけることができる
重点対象とする地区や、優先すべき課題を設定することができる
- 対策のマネジメントができる
計画を立て、目標を設定し、どの程度達成されているのか評価するためには必要不可欠

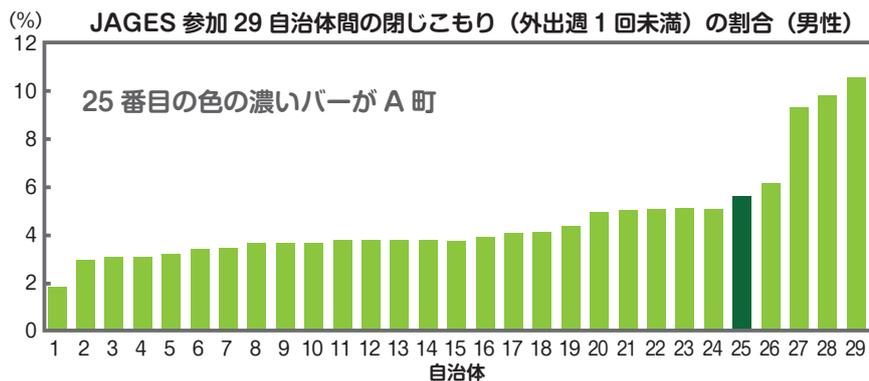
課題の「見える化」のポイント

数字だけ羅列された表や膨大な資料を見せられては、見せられた側では何も「見え」できません。できるだけわかりやすく示しましょう。

1) グラフを使う

数字の羅列よりも、グラフなどで「見える化」することをお勧めします。どのぐらいの差があるのかを比較しやすくなります。下のグラフは、A町の部署間連携会議で実際に用いられたグラフです。介護予防の課題である閉じこもりのデータを、29自治体と比較した結果、ワースト5位であることがひとめでわかります。

図 2-1. 多市町村間比較をしたグラフ



2) 既存の資料を活用する

他市町村と同じ項目のデータを比較することで、鮮明に地域の課題が見える化できます。例えば、オンライン・ツール等を使って「地域診断」を行います。下記の2つのウェブサイト上のツール等が便利です。ツールには、同人口規模の自治体と比較したり、近隣地域との比較をしたり、農村部・都市部との違いを把握したりできる便利な機能があります。

(詳細はコラム「地域診断データの見える化ツールについて」(P24)を参考にしてください)。

<オンライン・ツール>

- 地域包括ケア「見える化」システム <http://mieruka.mhlw.go.jp/>
- 介護予防政策サポートサイト http://www.yobou_bm.umin.jp/

<データベースシステム>

- 国保データベースシステム（KDB システム）
「特定健診・特定保健指導」、「医療（後期高齢者医療含む）」、「介護保険」等にかかわる情報を活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供しています。同規模市区町村間比較が可能です。

優先課題を選ぶ手順

地域の課題を「見える化」し、見えてきた課題の中から優先すべき課題を選びます。優先課題を選ぶ方法には、2つあります。

- ① 日頃の実感や住民からの意見を抽出する方法（質的調査）
- ② 既存の統計資料や住民アンケートなどから抽出する方法（量的調査）

本章の冒頭で示したように、どちらも重要な方法です。

P21（表2-1）には、優先課題を選ぶ手順に沿った様式を掲載しています。様式を用いて手順通りに進めても良いでしょう。以下で、どのような視点で様式を埋めるとよいかを説明します。

1) 既存資料から、全国や周囲の自治体と比較して、特に成績がよくない指標を複数選ぶ

全国の自治体の平均値や、国などが掲げている目標値と比較して値がよくない健康課題をいくつか選びます。比較するのは、同じ都道府県内とか医療圏内など試してください。

2) (多職種・多部署と課題を共有して) 背景となっていることを探る。 地区診断を活かす

全国の自治体の平均値や、国などが掲げている目標値と比較して値がよくない健康課題をいくつか選びます。比較するのは、同じ都道府県内とか医療圏内など試してください。

3) 住民の求めるものを把握する

何を心配しているのか、周囲からどのような話を聞くのか、地域住民へのインタビューなどを通して意見を聞きましょう。

4) 資源はあるか

地域の住民互助の組織や地域リーダーなどの地域資源を把握しましょう。また、国や都道府県の施策の中で、補助金や助成金など活用できる予算を探しましょう。

5) その項目がどの程度重要な健康課題かを総合的に検討して絞り込む

次に、選ばれた複数の指標について「どれだけ重要な指標か」「介入することで十分効果が得られそうか」「よい介入手段を作れそうか」といった視点を追加して吟味したうえで、最終的に取り組むべき課題を絞りこみます。指標の値が悪く優先度が高いと思われるものでも、うまい介入手段が思い浮かばないなどアプローチが難しければ、ひとまずはやめたほうが良い場合もあります。

事例 A 町が「閉じこもり対策」を選んだ理由

A 町では、JAGES 調査に参加している 30 自治体と、様々な指標について比較した結果「閉じこもり」の割合が高いことがわかりました。そこで、閉じこもり対策は、町が力を入れている社会参加の推進とも関係が強いこと、意欲を持って参加してくれそうな地域の人々も豊富であることなどの理由から、「閉じこもり対策」を最優先課題としました。

事例 B市が「認知症予防対策」を選んだ理由

B市では、JAGES 調査に参加している 30 自治体と比較すると、認知機能低下者が多いことがわかりました。都道府県からの助成金が獲得できているなど、予算面で豊富に取り組めるきっかけがあった理由から、「認知症予防対策」を最優先課題として決定しました。

表 2-1. 優先課題を選ぶための様式

～使い方の例～

実際のデータ	わかったこと	課題	優先度
地域診断データを記載する 【統計資料】 ・基本チェックリストから抽出 ・既存の統計資料から抽出 (例) ①認知機能低下者 A市：38% 都道府県平均：30% 都道府県内順位：5位 / 40 30市町村順位：3位 / 30 【地区診断】 ・専門職として ・行政職員として ・多職種と話し合いして ①介護認定で認知症の診断者が多い(介護課) ②サロンが他と比べて少ない	データから得られたことを端的な文章でまとめる #1 認知機能の低下が、県内ワースト5位、30市町村でワースト3位。 #2 認知症の診断名で、介護保険認定を受ける人が多い⇒診断名で第1位を占める #3 認知症を心配している高齢者がいる	課題についてまとめる 認知症予防に地域ぐるみで取り組むことができ、認知症になっても安心して暮らせる地域にする。	1位

<p>(福祉課)</p> <p>③サロンで物忘れを心配している人が多い(社協)</p> <p>【住民インタビュー】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域住民として実感はどうか ・住民の語り <p>①最近物忘れが心配なんです</p> <p>②親も認知症だった 今後は自分が心配</p> <p>③最近、道に迷っているひとを見かけたよ</p> <p>【機会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国、地方自治の政策の流れ ・予算、補助金の関係 <p>①地域包括ケアシステムにおける認知症対策の助成金がある</p>	<p>#4</p> <p>地域包括ケアシステム関連で、都道府県の補助金が確保されている</p>		
<p>実際のデータ</p>	<p>わかったこと</p>	<p>課題</p>	<p>優先度</p>
<p>【統計資料】</p> <p>運動機能低下</p> <p>A市：28%</p> <p>都道府県平均：30%</p> <p>都道府県内順位：22位/40</p> <p>30市町村順位：14位/30</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>3位</p>

コラム COLUMN

地域診断データの「見える化」ツールについて

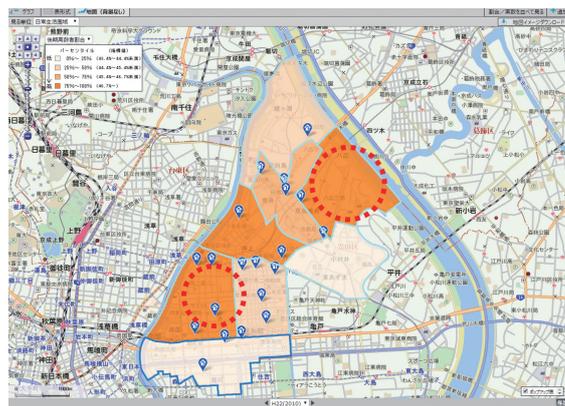
地域診断のための「見える化」の方法は、白地図にマーカーや色鉛筆などで着色する方法、地理情報システム(GIS)による分析方法などのほか、インターネットの「見える化」ツールを利用する方法もあります。ここでは、インターネットのツールを2つ紹介します。

● 厚生労働省・地域包括ケア(見える化)システム

代表的なツールに、「地域包括ケア(見える化)システム」(<https://mieruka.mhlw.go.jp/>)があります。これは、厚生労働省により、都道府県・市町村における介護保険事業(支援)計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システムとして開発され、運用されているものです。年々少しずつアップデートされていますので、今後も新しい機能やデータの収載に期待できます。

下図の例では、東京都墨田区の8つの日常生活圏域と、青色のピンで訪問看護ステーションを表示しています。日常生活圏域の濃淡は、高齢者のうち後期高齢者割合の多寡を示しています。このように、施設の配置計画等を検討することができます。表示できる地域資源は、介護サービス施設・事業所(施設サービス、居住系サービス、在宅サービス、地域密着型サービス)などがあります。

図 2-2. 地域包括ケア「見える化」システム (平成 29 年 1 月 29 日取得)



● JAGES・介護予防政策サポートサイト

前述のJAGES (Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究) プロジェクトによって開発された「見える化」ツールに「JAGES-HEART」があります。JAGES-HEARTは介護予防政策サポートサイト (<http://www.yobou-bm.unin.jp/>) からアクセスできます。他の市町村や地域との比較する機能を中心に、課題の検討、課題の見える化、地域診断などがしやすいようにつくられています。細かな市町村内比較のデータなどは、JAGESに参加している市町村のみ閲覧可能ですが、その他の外部データをわかりやすく見える化した図表データも閲覧可能です。

図 2-3. JAGES-HEART による、課題の見える化、地域診断の例



そのほか、小地域に対応した「見える化」ツールとして、「地図による小地域分析 (jSTAT MAP)」があります。jSTAT MAPは、施設の位置情報などの独自データを取り込み、統計データとの関連を分析することができます。これらを扱うには専門知識が必要ですので、活用したい場合は専門知識のある支援者を探しましょう (<http://healthanddesign.com/portfolio/mieruka/>)

2 第2章 地域診断の進め方

優先すべき地域や集団を選ぶ

地域の課題は、地域や住民の社会的な背景（たとえば所得・学歴・収入など）によっても異なります。農村地域と住宅街によっても違いがあります。そうした違いを、地域間や集団間の比較により考慮し、優先して対策すべき地域や集団を選びます。

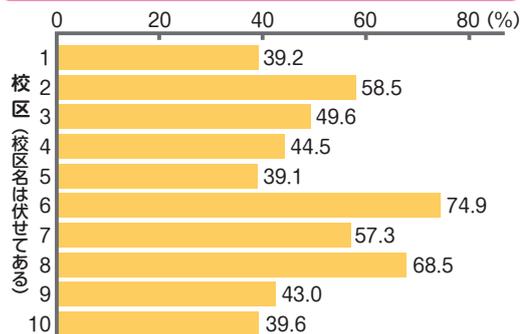
地域比較の「見える化」の工夫

優先すべき地域について検討するためには、まず地域ごとの課題を「見える化」してみましよう。

1) グラフ化

地域内を小学校区で分けて、課題をグラフ化すると、同じ課題でも校区间で差があることが明確になります。たとえば、最も該当者が多い地域を優先するという選択ができます。

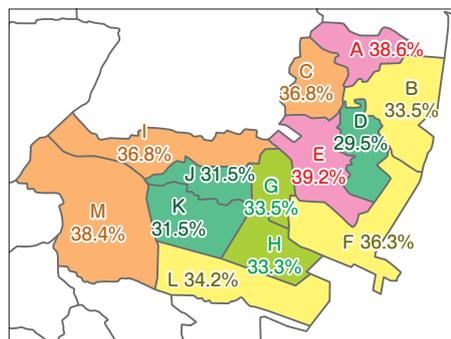
図 2-4. 閉じこもり割合の地域間比較（御船町）
自治体内旧小学校区間比較

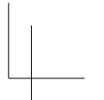
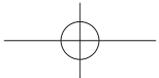


2) 地図化

各課題を小学校区ごとに色分けした地図を作成します。該当者順に赤は該当者が多く、緑は少ないなど5分位に色分けするなどしてみましよう。地図化するメリットは、一目でわかることです。住民への説明や住民グループとの検討の際の資料とするときに役立ちます。

図 2-5. 認知機能の低下（前期高齢者）





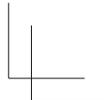
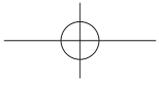
地図にすることで、隣接する地域と比べて地域の特徴は何か予測することを容易になります。例えば、赤色の地域は緑色の地域と比べても、公共施設が少ない場所だから、人との交流が少ないのかもしれない、と予測することができます。

優先課題を選ぶ手順

たとえば次の手順で、地域ごとの課題を見える化しつつ、優先的に介入する地域を絞り込んでいくとよいでしょう。

<手順>

- 1) 選んだ指標について、小地域ごとや、所得階層ごと、外国人と日本人別などで比較してみましょう。
- 2) 次に、「指標の悪さ（＝課題の大きさ）」と、「利用できる資源の量やこれまでの介入状況」とのバランスで候補を絞りましょう。
- 3) 課題は大きいのに、資源が少ない地域がある場合には、これまでの**介入の量が不足している可能性**が考えられます。
- 4) 資源も介入も豊富なにもかかわらず、依然としてニーズが高い地域がある場合には、**豊富な資源や介入が十分に活かされていない可能性**があります。あるいは、**介入が的外れになっている可能性**があります。その場合は、資源が生かされていない原因を探って新たな対処法を探るようなアプローチになります。
- 5) さらに、うまく介入できる手段や環境が整っているか、住民が納得してくれる課題か、介入により十分成果が見込めるか、といった補足的な視点を追加して、最終的に優先度を決めます。新しい事業を始めるには時間がかかります。これまでの何らかの取り組みにより、すでに関連団体や住民組織との連携がとられているような地域では、対策に取り掛かりやすいでしょう。担当スタッフの力量やマンパワー、他部署との兼ね合いで調整しましょう。



■ 関係機関・住民と課題を共有しよう

対策を進めていくために、関係機関や住民の協力は必須とっていいでしょう。協力関係を築くために、関係機関向けや住民向けの研修会を開催するといいいでしょう。

1) 研修会の対象者の選定

住民からは、自治会長や区長、老人クラブ役員、民生委員、地域で活動する NPO・ボランティアなどの地域住民の世話役などが、研修会に関心を示してくれやすいでしょう。しかし、地域の役員や世話役は、すでにいくつものボランティアを兼務していることがあります。地域の役職のない高齢者や、退職前後の世代など、**新たな人材を発掘**して、広く参加してもらうことを目指しましょう。地域の元保健師・歯科衛生士・作業療法士などが参加する例もあります。多様な人が集まることで地域のもつ課題や社会資源の多面的な情報が得られます。



2) 研修会のねらい



研修会のねらいは、**地域課題を知ってもらうこと、ボランティア活動や地域づくりの重要性を理解してもらうこと、そして新たなまちづくりの人材を発掘し、信頼関係を築く第一歩とすること**です。“他人事”でなく“自分の事、自分たちの課題”と感じてもらうことが重要です。

3) 研修会の進め方

講義形式よりも参加型のグループワーク形式で行うことで、住民の主体性が生まれやすくなります。(ただし、グループワークへの参加の動機づけや参加者の拡大を目的とした講義形式の研修会を開くこともあります。) グループワーク型研修会は、**半日程度かけて**行うとよいでしょう。

自治体の事務職員なら住民説明会、保健師などの専門職なら健康講話など、住民に説明する機会は様々あると思います。これらの機会を使って、広く浅く地域の健康課題を知ってもらうことから始めましょう。ただし、**毎回必ず健康づくりや介護予防などを全面に出すのではなく、「地域の課題は何か」「地域のためには」「地域（まち）づくり」**など、広域の分野で興味・関心を持ってもらう態度が重要です。

4) グループワークに使う資料

優先課題の抽出でも説明したように、既存資料や地域の社会資源の数や内容、実感などを地域ごとにまとめた**地域診断結果の資料を活用**しましょう。特に地域別・地区別のデータは住民の方々も自身の居住地をイメージしやすく、グループワークがとて盛り上がります。

分ける地域・地区の単位は自治体により適・不適がありますが、おおむね「行政区ごと」「小学校区ごと」「地域包括圏域ごと」など、住民の生活実態や行政活動の際の単位に合う圏域にすることといたしましょう。

以下に、市町村内などでの優先地域を選定するためのシートの様式を示します。必要に応じて地域を増やしたり、項目を増やして使用してください。

表 2-2. 優先地域の選定（地域ごとに対応した方向性）

～様式 使用例～

【 全体の課題 】			
認知症予防が地域ぐるみで取り組むことができ、 認知症になっても安心して暮らせる地域づくり			
	B地域	C地域	D地域
統計資料			
認知機能低下者割合 (前期高齢/後期高齢) (地区内順位)	・ 33% (35% / 32%) (1位 / 6)	・ 29% (33% / 30%) (5位 / 6)	・ 30% (30% / 30%) (3位 / 6)
高齢者人口割合 (前期/後期)	・ 30% 23% / 32%	・ 20% 21% / 20%	・ 23% 24% / 22%

<p>社会資源</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ サロンの数 ・ サロン参加割合 ・ プログラム内容 ・ 高齢者が集える場所 ・ 地域活動 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 3 か所 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 10 か所 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 6 か所
<p>地域住民の声</p>	<p>集まる場所が少ないよね 車が運転できなくなると出掛けにくい地域だね。</p>	<p>集まる場所はたくさんあるよね。でも運動ばかりしているから興味ないよね。</p>	<p>認知症予防のためのプログラムをしているよね。</p>
<p>地域での対策案</p>	<p>【対象者】 後期高齢者</p> <p>【テーマ】 後期高齢者が集える場所づくり</p>	<p>【対象】 前期高齢認者</p> <p>【テーマ】 既存のサロンで前期高齢者が認知症予防ができるプログラム提案</p>	<p>【対象】 高齢者全体</p> <p>【テーマ】 全域に認知症予防プログラムが広まるようなモデルを作る</p>

3 第2章 地域診断の進め方

目標を設定する

優先課題、優先地域を選んだら、次は目標設定です。

目標設定型を選ぶ

それぞれの地域の現状に合わせて、目標設定型を選びます。目標設定型には、底上げ型、全体型、グループごと設定型があります。1つに絞らず、2つ、3つの設定型を組み合わせてもよいでしょう。

表 2-3. 目標設定型の種類

目標設定型	目指すもの	具体例
底上げ型	地理的・社会的に不利で健康指標もよくないグループの底上げを目指す。	「独居高齢者の閉じこもりを〇〇%低下」 「平均所得が低く喫煙割合の高いX・Y・Zの3地区の喫煙割合を5年間で現在の市平均値(35%)に改善」
全体型	集団全体の健康指標の改善を目指す。自治体全体のデータ(平均値や割合)の改善を目指すものと、格差の是正を目指すものに分けられます。	全体のデータの改善: 「地域全体の新規要介護認定者割合を〇〇%未満にする」 格差の是正: 「地区間の健診受診率割合差を最大20%未満にする」(絶対指標の場合) / 「地区別健診受診率割合比を1.5倍未満にする」(相対指標の場合)
グループごと設定型	各グループ(小地域ごと、所得階層ごと、外国人と日本人別など)に対してそれぞれ定めた健康指標の改善を目指す。	「在日外国人の健診受診率を20%増加・それ以外の受診率を10%増加させる」

ポイント

- できるだけ**数値目標**を設定しましょう。
数値目標は、**具体的で、測定可能で、取り組みによって改善可能なもの**がよいです。
- 目標は**短期、中期、長期に分けて**設定しましょう。
目標として浮かぶものは色々あると思いますが、それらを目標達成時期別に整理することで、**具体的な対策をイメージしやすくなります**。
まず、10年後などの長期目標を明確に設定します。次に、その目標を達成に向けた3-5年以内の中期目標、そして1年以内の短期目標などとして設定します。

事例 A 町の抑うつ疑いの高齢者割合格差対策 (短期・中期・長期の目標設定)

A 町は、人口二万人弱の小さな町です。高齢者割合は 28%と高く、町の中心と周辺の中山間地で居住環境が大きく異なります。地域診断の結果、K6 尺度で測定した抑うつ疑いの割合が周辺の自治体よりも高く、町の中心地 (6%) に比べて中山間地 (15%) でとても高いことが分かりました。そこで「抑うつ地域格差」を優先課題として、**3つの型それぞれの目標設定**を行いました (表 2-4)。

底上げ型	抑うつ疑い割合の高い中山間部の目標値を設定
全体型	両グループの抑うつ疑い割合の差について目標値を設定
各グループ設定型	町中心部と中山間部それぞれにおいて、抑うつ疑い割合の目標値を設定

表 2-4. A 町の抑うつ疑い割合の地域間格差対策の目標値

	中心部	中山間部	地域差 (中山間-中心)
現状	6%	15%	9%
3年後	5%	13%	8%
6年後	4%	11%	7%
9年後	3%	9%	6%

底上げ型 全体型 各グループ設定型

こうして、6年間で格差を3ポイント減らすという長期目標、および、3年ごとの中期目標を決定しました。また、これらを達成するための**プロセス指標**として、社会参加や孤食と抑うつとの関係があるというエビデンス^{8,9)}を活用して「中山間部の集いの場の数を1年で〇〇増やす（底上げ型）」「会食会の開催拠点を中山間部に10カ所、中心部に3カ所新規開拓する（各グループ設定型）、といった短期の目標をたてました。

4 第2章 地域診断の進め方

評価する

■ どんな項目を評価するか

目標が達成されたかどうかについては、各フェーズごとに評価していくといいでしょう。それぞれどのようなことを評価すべきか、医療の質評価でよく用いられるドナベディアン（Donabedian）モデルに基づいて考えてみましょう。

図 2-6. Donabedian モデルに基づく評価項目



1) 構造 (Structure)

ここで評価するのは、地域で介護予防が提供される環境や場所です。例えば、

- 地域づくり型の介護予防プログラムを提供している事業所の数
- 自治体内で介護予防サロンが開設されている数
- サロンなどで活動するボランティアの数
- 公民館や公園、スポーツ施設などの地域の資源の数
(いずれも地区あたり・単位人口当たりなど)

などが挙げられます。その多くは短期～長期いずれのフェーズでも使用できる指標です。

2) 過程・プロセス (Process)

ここでは住民のアウトカムが変化する前に、行政や専門家レベル・住民レベルではどんな変化が起きたか、また行政や専門家と住民にはどんな相互作用があったか、という項目が挙げられます。例えば、

- 自治体職員の地域診断や健康格差対策を行う必要性についての認知度
- 地域診断についての研修会やワークショップの開催状況
- 自治体職員相互、また他部署や他組織との連携・協力状況（主観的な度合いや、客観的なやりとり）
- 行政保健師の施策化能力¹⁰⁾
- 多部門で協働して行う施策や事業計画の数
- 事業計画に地域診断データに基づいた健康格差対策が盛り込まれている項目の割合

などが考えられます。比較的短期～中期の目標に対する評価となる場合が多いでしょう。

3) 結果・アウトカム (Outcome)

住民のアウトカムがどのように変化したか、ということです。死亡・罹患・障害・満足度・健康度の自己評価などで評価します。すなわち

- 死亡率（年齢階級ごと・年齢調整・標準化死亡比SMRなど）
- うつ病や認知症など疾患の罹患率や閉じこもりの割合
- 新規要介護認定者割合
- 主観的健康観が「良くない」人の割合

などです。^{*1} 全体（平均）としての値に加えて、居住地区や社会階層ごとに値を算出すると、健康格差の評価が可能です。アウトカム指標は効果が表れるまでに時間がかかる場合が多く、中期～長期的な達成目標に適しています。

※1. 保健医療の領域では、5D(Death, Disease, Disability, Dissatisfaction, Discomfort)と言われます。

評価結果を共有しよう

上記の枠組みに沿って評価を行ったら、その達成状況によって次の期の事業計画を立てるといのように、PDCAを回します。もし短期で到達できていない目標があれば、中・長期の目標を達成できるように計画を修正し改善します。評価結果を他部署や組織、住民と共有し、どのように計画を改善することができるか、一緒に検討していくといいでしょう。

5 第2章 地域診断の進め方

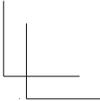
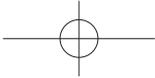
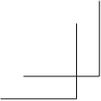
データを公表する

調査実施後は可能な限り結果を公表します。データ公表にも様々な方法があります。目的等を考慮して実情に合った方法を選んでみてください。

データ公表の方法

1) 報告書やウェブ等のメディアで対象者へ報告する

集計結果を報告書にまとめたりする一般的な方法です。JAGESでは、調査協力自治体に対して介護予防政策サポートサイト（http://www.yobou_bm.umin.jp/）

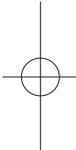
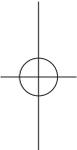


の Web 上で結果を返却しています。前述のとおり、ウェブサイト上でデータを操作できる“JAGES-HEART”を提供しています。自治体内の地域間格差（小中学校区や日常生活圏域などの単位）を、地図からひと目で読み取ることができます。JAGES に参加協力している全国 30 以上の自治体と自分の自治体とを比較できることから、自分の地域の課題の発見に役立ちます。^{※ 2}

住民だけでなく、地域の健康づくりに深く関わりをもつ医師会・歯科医師会・薬剤師会、在宅連携ネットワークなどの多職種連携ネットワークともデータを共有することで、効果的な地域の健康づくりを進める際の役に立つことがあります。

※ 2.JAGES に参加している自治体の皆様は、調査の結果を地域の健康づくりに反映できるように、介護予防政策サポートサイトで作成できる地域診断書と JAGES-HEART を一つのツールとして活用することをお勧めします。

2) ワークショップでの結果共有



生活圏域ニーズ調査や JAGES 調査など、地域診断に活用できる調査から得られた莫大なデータには、地域の介護予防や健康づくりのためのヒントになる情報が多く含まれています。しかし、情報が多すぎて、具体的にどのように介護予防や健康づくりに役立っていけば良いのかわからない、という意見を聞きます。

そこで、前述のように、**ワークショップの開催等により地域診断結果を資料にして話し合うことで地域の課題が見えてきます**。ワークショップで話し合うことで他の部署との連携強化にもつながります。それぞれの参加者に「自分に何ができるか」を考えてもらうことが、次の具体的なアクションにつながります。

ワークショップの開催前に、あらかじめ、参加予定者に担当地域の課題について考え、書き出してもらい、当日は地域診断書や JAGES-HEART 等のデータと突き合わせて話し合うことで効率的に話し合いができたという例もあります。

3) 講演会や市民講座などでの発表

調査結果を市民に還元する方法として、調査結果の報告をまじえた講演会や市民講座の開催があります。質問や意見といったかたちで市民からの声を直接聞くことができ、また、市民に対して直接の還元をすることになります。

見える化した地域診断データを用いた「地域の課題と強みを探す」ような**市民とのワークショップも大変盛り上がり**ます。

事例 【X市】データの公表の範囲については
あらかじめ関係者と調整すべき

JAGES-HEART の公開を巡って、X市では次のような事案がありました。市役所の当該部局だけでなく、医師会や多職種ネットワーク等から、JAGES-HEART のような分かりやすい地域診断システムを公開してほしい、との要望が寄せられました。しかし、X市では、調査時点で回答者に対し JAGES-HEART のようなかたちで見える化することについて了解を得ていないので、公表は不可であるという判断でした。公表する項目や公表の範囲については事前に個人情報の管理を担当している部署に確認し、調査時点で回答者に対する同意を得ておくことが重要です。

なお、これをふまえ X市では、平成 28 年度調査時に、調査結果を JAGES-HEART のようなかたちで見える化して活用すること、及び、それを広く一般公開することについて、回答者から同意を得ることにしました。

第3章

部署間連携の進め方

健康日本 21 や介護保険事業計画などについては、全国一律ではなく各自治体独自の計画を立案することが求められています。この方法は、より実情に合った健康づくり計画を作れるというメリットがある一方、担当者たちからは、以下のような悩みが聞かれます。

- ① 「どのような課題から手をついたらよいのかわからない」
- ② 「どのように目標設定すればよいのかわからない」
- ③ 「課題を解決し、目標を達成するために、どのような人たちと連携していけばよいのかわからない」

①と②については、第2章で解説しました。この章では、「③連携」について解説します。

1 第3章 部署間連携の進め方 行政内で連携する

■ 誰（どこ）と連携するか

第2章で紹介したグラフ化等でデータを「見える化」した地域診断結果をもとに、まずは関係者同士で課題共有しましょう。地域包括支援センターや介護保健の担当課、保健センター等であつまって検討してみましょう。

次に進めるのが、**部署間連携会議**です。より幅広い連携でまちづくりによる介護予防を進めるために、多様な部署との良好な関係づくりを目指しましょう。

■ テーマは「少子高齢化」で・・・ 「健康」「介護予防」はちょっと横において

とはいえ、「介護予防について」「高齢者の健康について」一緒に考えましょう、という呼びかけでは、多くの部署の賛同は得られません。各部署の目的にかなったテーマであることをアピールするとよいでしょう。

具体的には「少子高齢化」などをテーマとすることをお勧めします。なぜなら、**全国の自治体のほとんどが町全体で少子高齢化の問題を抱えており、どの課もそれに関連する問題を抱えているから**です。つまり、**少子高齢化はすべての課の仕事の関心事**なのです。^{*}

後述のように、「健康」「介護予防」を前面に出しすぎると、思わぬ批判や反感を買う場合があります。各部署にはそれぞれの目的と業務がありますので、「健康のための会議」と言われてしまうと、実際、部署の業務目的と合わないため参加できないと断られてしまう場合もあります。

^{*}例えば、熊本県御船町の連携会議「地域包括ケア推進会議」では、以下のような多様な部署が参加しました：防災、環境、教育、建設、企画振興、農林企画、観光交流推進、税務、国民保険、介護保険、健康推進、社会福祉、地域包括支援センター、社会福祉協議会

連携会議の開催・運営

人集めはトップダウンの号令と個人のネットワークをうまく生かして

はじめは、地域包括支援センターや介護保険課が旗振り役となって、連携会議を開催することが多いでしょう。自治体の規模にもよりますが、このとき、**町長・局長など、多くの部署に対して影響の強い人に号令をかけてもらう**ことが初回の集まりを良くします。その後、**各部署の長から、少子高齢化の課題に関連がありそうな職員に直接声をかけてもらい、話し合いにしっかり参加してくれそうな、いわば「生きのいい人・新しいことが好きな人」**に来てもらうと助かります。

連携会議運営例

連携会議は、定期開催を目指します。人口数万人の小規模自治体を想定した第1回会議から2回目以降の会議の運営の内容やポイントを図に示しました。

小規模自治体での部署間連携会議例、およびその運営の内容・ポイント

第1回 会議

データを眺め、「高齢化に関する各課の事業内容と課題」、「高齢者の社会参加を増やすために各課にできること」についてグループワーク

- 一見関係なさそうな部署の担当者も招集すること。
- 「健康」「介護」という言葉をできるだけ出さないこと。
- 「健康至上主義」にならないように、各課の「お悩み」を紹介し合い、公平な立場でみんなで考えるというスタンスを取ること。

ポイント
P

各課担当者に日頃のお悩みや不安を吐き出してもらい、2回目以降の参加意欲を確保。

第2回 会議

内容：データに基づいて、「まちの課題」と称したグループワーク

データは

- 当該自治体と日本の他の自治体を比較できるもの。
(「同じような規模の自治体と比べて、うちの自治体はどのような状況か」)
- 当該自治体内の地区別のデータ。
(「うちの自治体内の各地区において、課題を抱えているのはどの地区か、それはどのような課題か」)

ポイント
P

第3回 会議

グループワークを繰り返し行い、自治体全体もしくはその中のリスクの高い地域における「優先課題の抽出」、それを解決するための「長期計画の策定」を目指します。

はじめのうち、特に初回は、多くの他の課の人は「健康に関係なさそうなのうちの課がなぜ呼ばれたのか」「うちの課の仕事はとくに役に立てることはないのではないか」といぶかしみながら参加しているかもしれません。しかし、何回かグループワークを重ねていくうちに、実は各課の業務が地域の少子高齢化問題に関連しているということが理解され、具体的なまちづくりの提案が出てくるようになります。ここで重要な点は、「健康至上主義」に走るのではなく、この連携が各部署の仕事にとって相互的に利益になるように、つまり「win-win」の関係になることを目指して協力し合うという姿勢を大切にすることです。回を重ねる中で、各課の本来の目的や関心事にあった、互いに利のある連携事業が生まれれば、この部署間連携会議は大成功です。

また、グループワークのネタとなるデータの準備に関しては、研究者に事前のアドバイスを求め、最初は介護予防に関連する少数のメンバーで「準備会議」を行い、グループワークで提示するデータの準備を進めておくとういでしょう（地域診断データについては、第1章、第2章を参照）。

参加者の意欲や帰属意識を高め、楽しんで参加してもらおう工夫をするといでしょう。会議に素敵な名前を付けたり、「会員証」や「地域診断ワークショップ修了証」のようなものを発行したり、ゲーム感覚のワークショップを開催したり、後述する会議ファシリテーションの工夫を活用したりなどをしてみるといでしょう。

部署間連携会議が軌道にのれば、必ずしも介護部門が運営を一手に引き受ける必要はありません。長く続けるためには、持ち回りで担当するなどして、互いに労力をシェアすると理想的です。

必要な連携会議の回数

それでは、「優先課題の抽出」、「長期計画の策定」に至るまで、何回の連携会議・グループワークが必要なのでしょう。例えば、熊本県御船町における事例では、以下のような経緯を経て、最終的な長期目標が策定されました。

表3-1. 熊本県御船町における連携会議による「優先課題の抽出」、「長期計画の策定」の経緯

2013年10月	JAGES 調査に参加。自治体を10地区に分け、地区ごとに集計値を算出。
2013年11月～ 2014年3月	地域包括ケア推進会議3回開催。グループワークで各課の事業と高齢化関連の課題を共有。

2014 年度	<p>地域包括ケア推進会議を定例化し、年 8 回開催：最終的に当該自治体の優先課題を「閉じこもり」と判断。中山間地での他部門連携による社会参加促進事業を決定。</p> <p>熊本県の補助金を獲得。水越地区の住民組織と協議開始。</p> <p>第 6 期介護保険事業計画に閉じこもりの地域間格差対策の長期計画を盛り込む。</p>
---------	---

もちろん、連携会議を何回行えば優先課題の抽出およびその解決のための他部署連携事業の策定に至るかは、各自治体の状況によって異なります。御船町はもともと高齢者保健活動が盛んな地域でしたが、それでも、優先課題の抽出、事業の策定までに合計 11 回の連携会議を要しました。一般的には、**1 年以上の期間をかけて目指していく必要があります。**

■ 部署間連携会議の進め方：ファシリテーション法の活用

地域包括ケアのための部署間連携会議では、事前に十分検討しておいた案を会議で承認する、というような進め方は不向きです。ここでは、「**参加者の中に答えがあり、それを引き出す**」というファシリテーションの考え方と方法を活用する必要があります（ファシリテーションとは、**集団活動において、参加者が発言しやすい場づくりをし、話の流れを整理し、相互理解と相互作用を促すこと**です）。

外部のファシリテーターを活用する方法もあります。しかし、行政職員がファシリテーションの技術を磨き、会議を進めていくことを目指したいものです。例えば、ヘルスプロモーションなど地域保健、社会福祉協議会などの地域福祉、作業療法士や理学療法士など地域リハビリテーションの専門職・大学の教員など、ファシリテーションの得意な人は、**探せば意外と身近に**います。彼らにファシリテーター役を頼むことも可能ですが、**そのような人々に講習会を開いてもらい、行政職員自身がファシリテーションできるようになることを目指す**のもいいでしょう。巻末のコラム「連携会議を円滑にする会議運営テクニック」を参考にしてみてください。

また、以下のブックレットに、連携会議におけるファシリテーションのコツ・テクニックが紹介されていますので、ぜひ読んでみてください。

河村洋子 (2015)

『小さな工夫でコミュニケーションの質を高めよう：より良い「連携」づくりに役立つ4つの方法』

(JAGES サイト内「JAGES 研究から作成された「地域連携に役立つツール」のご紹介」からダウンロードできます。

<https://www.jages.net/jichitairenkei/chiikirennkeiniyakudatsu/>)

■ アクションチェックリストの活用:まず誰(どこ)と優先的に連携すべき?

行政における部署間連携は、部署ごとの優先業務やルールが異なることから、必ずしも容易ではありません。そこで、部署間連携の取り掛かりに「健康・介護施策における部署間連携のためのアクションチェックリスト」が役に立ちます (P115)。このリストは、実施すべきアクション(取り組み)をチェックリスト形式で確認し、取り組みへの気づきを促し行動につなげることを目的とした、現場改善のためのツールです。

2 第3章 部署間連携の進め方 ワークショップで認識を共有する

部署間連携会議では、グループワーク形式のミーティング(ワークショップ)が役立ちます。ここでは、標準的なワークショップのプログラムを提案します。

参加者の集中力と日程調整のしやすさを考慮すると、1回のプログラムは1.5時間から2時間程度が妥当でしょう。外部講師等による講演がプログラムの大半を占める研修が多く見られますが、そうした講演型の研修で専門職が「地域づくりによる介護予防」を「自分の仕事」としてとらえることは難しいでしょう。講演や話題提供を短くし、参加者どうしが話し合うワークショップをメインにしましょう。

ワークショッププログラム例

第1回目 データから見る地域の課題を見つけよう

市町村担当職員向け

ねらい 地域づくりによる介護予防に関する課題を共有すること

オリエンテーション (目安 5分)

- 挨拶 / 本日の目的・進め方、など

講演・話題提供 (目安 30分)

- **介護予防などを巡る政策動向**
「ハイリスクアプローチ」から「ポピュレーションアプローチ」への転換の意義と課題の再確認
- **地域診断とは何か**
調査データから地域を分析し、課題を見つけ出す手順の紹介 (地域診断システムの活用法)
- **地域診断を活用した先進事例の紹介**

ワークショップ① (目安 40分) ※ 6～7名が1グループを想定

- **地域診断結果を見ながら、地域の特徴や重点課題・地区を整理する。**
専門職として、現在何が・どこが課題なのかを共有する。
- **出された課題や強みと地域診断結果を比較してみる。**
地域診断結果をみた感想や意見 (予想通りや意外な結果), 考えられる背景や原因などを発言してもらう。

全体共有① (目安 5分)

司会等が各グループ (テーブル) を回り、主要な意見を紹介する

ワークショップ② (目安 30分)

地域診断書のデータはどの課なら出せるか。
次回に向けてデータ収集する分担をする。

まとめ (目安 5分)

- 本日の感想・次回の予定で地域診断シートのデータを埋めてきてもらう

第2回 小地域ごとに分析をしてみよう

市町村担当職員向け

ねらい 小地域ごとに地域の実情や社会資源を知ろう

オリエンテーション (目安 5分)

- 挨拶 / 本日の目的・進め方、など

ワークショップ ① (目安 50分) ※前回と同じメンバーが望ましい

- 考えたい小地域を選んでもらう
- なぜこの地域はこの重点課題になったのだろうか
- 専門職や行政職として地域を診よう
- まとめてきた地域診断シートをもとに話し合おう

全体共有 ① (目安 5分)

司会等が各グループ (テーブル) を回り、主要な意見を紹介する

ワークショップ ② (目安 20分)

- 課題に対してどのような対策がありうるのかを話し合う。
ex. 会食の場を開く、多部門での情報共有の場を設ける、など

まとめ (目安 5分)

- 挨拶 / 本日の感想・次回の予定、など

第3回 住民を巻き込むにはどうすると良いか作戦会議を立てよう

市町村担当職員向け

ねらい 地域の課題を解決するための住民力を理解し、介入の過程を計画する

オリエンテーション (目安 5分)

- 挨拶 / 本日の目的・進め方、など

ワークショップ ① (目安 50分) ※前回と同じメンバーが望ましい

- 地域のキーパーソンは誰か

- どの場所が必要か
- 住民を巻き込むためにはどのような段取りが必要か
- 誰がどの役割を持つか

全体共有 ①（目安 20 分）

- 小地域ごとの作戦を発表してもらう

まとめ（目安 5 分）

- 挨拶／本日の感想・次回の予定、など

その他、現在連携していないことで生じている可能性のある「ムダ」を見つけてみる、連携できそうな課を洗い出す、連携による事業アイデアを出し合う、といった様々なテーマでグループワークをすることができます。

■ 地区診断シートを使う

行政内の各部門や関係機関のデータをまとめることで、地域の特性をつかむ資料を作成することができます。担当分野のデータは知っていても、他の分野のデータは知らない職員は多いのではないのでしょうか。

分野の壁をこえることで、違った視点やコラボレーションできることが見つかるかもしれません。また、このシートを使うことで住民や関係団体にもメリットがあります。下記にその事例を示します。

地区診断シートを活用しよう

保健・福祉だけにとどまらず、交通・安全・学校・生活情報・住民から得られた情報を集約することで、その地域の強み・弱みを発見することができます。下記の表を、地域を診るときに、どのデータを抽出すると良いのかの参考にしてください。

下記は、住民と地域の課題を解決するために地区診断シート（自治体内の小地域（地区）ごとの診断をするシート）を用いた事例です。

行政職員が NPO 団体職員から質問を受け対応したケース

NPO 職員：「A 地域で、公民館を活用して多世代交流を目的にイベントを開催したいのですが、A 地域の子どもたちの人数を正確には把握していません。また、学童保育や保育園などの施設に地域の高齢者が関われるように、継続的に A 地域で関わりたいのですが、施設の情報もわかっていないので教えてください」

行政職員：「この資料をご覧ください。子どもたちは〇人いますね。保育園や学童保育の数は〇か所です。すでに多世代交流をしている B 地区の表と見比べると、A 地区の方が子どもの数が多いので、きっと集まりやすいかもしれませんね。また、ふれあい施設（多世代交流施設）が多い地域でもありますね。すでに実施している施設がここここにあるので、一度見学に行ってみるといいですね」

このように、地区診断シートを使うと、地域の特徴をすばやく把握できます。活用次第では、まちづくり・介護予防・子育てなど多分野で用いられるでしょう。

表 3-2

1. 基本情報

項目	数値	備考
人口	人	
男性	人	構成比
女性	人	構成比
年齢別(0~9歳)	人	構成比(未就園児)
" (4~6歳)	人	構成比(園児)
" (7~12歳)	人	構成比(小学生)
" (13~15歳)	人	構成比(中学生)
" (16~19歳)	人	構成比(高校生)
" (19~39歳)	人	構成比
" (40~60歳)	人	構成比
" (61~64歳)	人	構成比
" (65~69歳)	人	構成比
" (70~74歳)	人	構成比
" (75歳以上)	人	構成比
外国人	人	構成比
世帯数	世帯	
子育て世帯	世帯	構成比
母子・父子世帯	世帯	構成比
定住世帯	世帯	構成比(10年以上)
出生数	人	
転入者数	人	
公営住宅数	件	

2. 保健・福祉・医療

項目	数値	備考
高齢化率	%	高齢者人口
一人暮らし高齢者	人	構成比
高齢者のみ世帯	人	構成比
ひとり暮らし介護保険サービス利用料	円	自己負担分含む

—年度— 区 地区診断シート★

項目	数値	備考
障がい者(身体)	人	
障がい者(知的)	人	
障がい者(精神)	人	
要介護認定(要支援1)	人	
" (要支援2)	人	
" (要介護1)	人	
" (要介護2)	人	
" (要介護3)	人	
" (要介護4)	人	
" (要介護5)	人	
二次予防対象者	人	
医療費(後期高齢)	円	
医療費(子ども医療)	円	
病院(診療所)	ヶ所	
造形医院	ヶ所	
薬局	ヶ所	
介護施設事業所	ヶ所	
障がい福祉事業所	ヶ所	
保育園	ヶ所	
学童保育	ヶ所	
児童センター	ヶ所	
地域ふれあい施設	ヶ所	
NPO法人数	ヶ所	
登録団体数	ヶ所	

3. 教育情報

項目	数値	備考
幼稚園	ヶ所	認可前施設
小学校	ヶ所	認可前施設
中学校	ヶ所	認可前施設
高校	ヶ所	認可前施設
塾	ヶ所	

4. 交通・防災・安全情報

項目	数値	備考
バス停	ヶ所	
駅	ヶ所	
タクシー	ヶ所	
遊園地	ヶ所	
交番・警察署	ヶ所	
消防署	ヶ所	
消防団	団	
不審者情報	件	

5. 生活情報

項目	数値	備考
公民館・区民館	ヶ所	
スポーツセンター	ヶ所	
コンビニ	ヶ所	
商店	ヶ所	
銭湯	ヶ所	
喫茶施設	ヶ所	

6. その他(地域特性)

項目	数値	備考
不特定・地区行事等		

3 第3章 部署間連携の進め方

行政外と連携する

前節では、行政内の部署間連携組織形成のための連携会議について解説しました。しかし、複雑な現代の健康課題に対処するためには、**行政以外の組織との連携**も積極的に求めましょう。

目指すもの：

特定の事柄において、それに関与しそうなステークホルダーである組織が、共通の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の構築。

1) 行政内の部署間連携

第一ステップとして、前節で解説した行政内の部署間連携があります。ここでは、部署間連携会議によって、行政内の部署間連携を進めることを目指します。参加対象部署は、自治体で少子高齢化に関する問題を抱える部署となります。

2) 医療や介護との連携

第二のステップとしては、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の連携があります。ここでは、共通のマネジメントシステム上で活動するような仕組みづくり・取り組みを構築することを目指します。

3) より広い組織間連携

第三ステップでは、行政、住民、事業者による、より広範な組織間連携を構築することを目指します。上述のように、介護予防には行政以外の組織との連携が大切です。例えば、介護予防のためには高齢者の社会参加を積極的に促すことが必要ですが、これは保健部門単独で対応できる範疇を超えています。そのため、より広範な組織間の

連携が求められます。

地域の一般企業や NPO、住民組織（老人クラブ、食生活改善推進員、愛育会など）との連携を目指します。また、体操教室やサロン等の活動を行う住民組織を育成することも、行政以外との連携の一例といえるでしょう（一般企業との連携事業の事例については、「神戸市の事例」の節（P70）も参照してください）。

協議体の結成：より広範な行政外の組織との連携

それでは、行政外の組織間との連携はどのように進めていけばよいでしょうか。まず、介護保険の総合事業が目指すような、生活支援サービス提供者による広範な**官民の協議体の結成**が事例として挙げられます。熊本県御船町では第 1 層協議体設置に向け下記の多様な組織の人々による準備会議を実施しています。

協議体：非常に多岐にわたる対象団体 (熊本県御船町の事例)

御船町地域包括支援センター運営協議会委員（学識経験者、人権擁護委員、囑託員会長、老人クラブ連合会会長、福祉協力員代表、日本看護協会理事、社会福祉協議会会長、民生委員児童委員協議会会長）、医師会代表、商工会代表、消防団長、青年部部長、婦人会長、JA 女性部、シルバーヘルパー会長、地区社協会長、地域づくり代表者、介護予防サポーター連絡協議会代表、水越地域活性化協議会（福祉部）、上田代ばあばの会、ボランティア連絡協議会会長、NPO 子育て談話室、NPO SK ウェルネス、七滝郵便局長、シルバー人材センター、介護サービス事業者（介護老人保健施設、特別養護老人保健施設、介護支援専門員、訪問介護ステーション、デイサービス、居宅介護支援センター、グループホーム、小規模多機能）

協議体の運営：ワークショップを開く

協議体の準備会議では、住民・行政・事業者を交えたグループワークが、今後の連携を進めていく上での有効な手法となります。御船町の事例では、「高齢者が活躍できる、閉じこもらずに社会参加できるまちづくりのために私たちができること、必要なこと」について、7グループによるグループワークが行われました。ここでは、住民・行政・事業者の各組織が1つのテーブルを囲み、課題に対してそれぞれの出来ることを話し、どのように連携していけるかを議論することによって、各組織が地域の中で行っている事業をより効率的に促進していくための連携事業が検討されました。

また、①参加者全員の名簿を配布して連携を深める、②提案された事業を形にしていくための作業部会への参加者の募集、なども実施します。メンバーの信頼関係と結束を高め（ソーシャル・キャピタルとしての価値を高め）るために、協議体の名称を募集し、名付けることも協議体運営に有効です。

協議体の設立は、行政内の部署間連携にとどまらない、官民の幅広い連携を目指すため、一段とハードルの高い作業になりますが、後の自治体による実際の事例のセクションで紹介するように、強力な介護予防まちづくりを進めていくための基盤となります。



協議体結成準備会議の様子（御船町）



住民・行政・事業者同士でのグループワーク（御船町）



民間事業者によるワーク内容の発表（御船町）

4 第3章 部署間連携の進め方

連携で迷ったときは？支援を求めよう

データがないという場合や、誰と何から始めたらよいか迷うときは、**都道府県、保健所、大学の研究者など、外部の専門家・スーパーバイザーに支援を求めること**から始めてはいかがでしょうか。

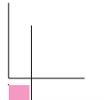
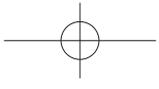
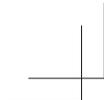
■ 県や保健所に支援を求めよう

地方自治体単独でデータを収集し、計画の策定を進めていくことは、ときとして大きな負担となります。そこで、都道府県や保健所に支援を求めることも大切です。地域保健法上は、県や保健所から受けられる支援としては、①情報提供、②計画策定の基礎資料となる統計データの提供、③健康課題の抽出や手法の提示、④専門家やコンサルティング業者の紹介、⑤関係者間の連携のための調整、そして⑥計画策定に対する財政支援、と多岐にわたります。^{※3}「課題抽出の基礎となる統計データがない」、「人材不足などにより業務実施が困難」などのお悩みを抱えている方は、積極的に都道府県・保健所に相談することをお勧めします。

※3. とはいえ、マンパワー等の面ですぐには十分な支援をできない場合もあります。しかし必要なことを少しずつ声に出して求めていくことで、法的に本来定められている支援を提供できるように変わっていくことにも期待したいものです。

■ 大学の研究者に支援を求めよう

第4章で紹介するいくつかの自治体における部署間連携事例では、大学の研究者がアドバイザーとして参画しました。①地域課題の抽出、②他部署間連携会議（地域包括ケア推進会議）の実施、③部署間での課題共有、④課題解決のための事業計画策定・実施、といった一連の取り組みの支援を大学が行っています。



1) 学会で支援者・協力相手を見つける

熊本県御船町でデータ活用や部署間連携が進む契機となったのは、日本公衆衛生学会年次総会の自由集会での、研究者（JAGES プロジェクトメンバー）と町職員の他愛のない雑談でした。学会の大会、とくに公衆衛生学会や疫学会などの公衆衛生を扱う学会には、自治体の方々と協働して実社会を良くすること、そういった活動に直接資する研究をしたいと考えている研究者がたくさんいます。そのような場が、自治体と研究者のコラボレーションのきっかけになることは少なくありません。

2) インターネットやSNSを活用する

しかし、あてもなく学会の大会に出向き、運よく健康づくりに関心がある研究者に出会い、「トントン拍子」で事が運ぶことばかりではありません。インターネットやSNS、口コミで連携相手を探してみるのもいいでしょう。

COLUMN コラム

連携会議を円滑にする会議運営テクニック

● 連携とはそもそも？

「連携」が大事なことは、耳が痛いほど言われていることです。でも、「連携」ってどういうものなのでしょう。最終的には、地域包括ケア推進事業について、複数の公式な計画の中で言及されたり、介護事業計画の具体的な事業メニューの中に、健康・医療・福祉とは一見関係がないと思われる部門の事業が列挙される、などを私たちは目指しています。でも、ここにたどり着くには、組織内の様々なルールを乗り越えるなど、道のりは平坦ではないかもしれません。

● 組織を動かす「人」同士の関係性を大事にしよう！

一方で、組織をかたちづけているのは私たち「人」であり、組織の意思決定は人同士の関係性の中でされていることを忘れてはいけません。したがって、連携の基礎は日頃からの「関係性」づくりです。

関係性を考えるとき、感情や気持ちはとても大事な要素です。出席しても、何も貢献していると思えないような会議に出たいとは思いませんね。また、自らの感情を表現する（あるいはできる）時、その受け手との距離は縮まるものであることは、私的な生活の中では感じられていても、公式な会議の場では感情を表現することは、日本では積極的に行われていません。

● 逆に作業が増えてない！？

効果的で効率的になるように、正しく「道具」を選ぼう！

最近では行政事業の展開において、会議の場で様々なワークショップの手法を用いられることが多くなりました。しかし、このような特定のワークショップの手法が目的に応じた使われ方がされず「すること」だけに力点が置かれていたり、（膨大な数の付箋に出された意見を抽象化するなど）、最後に出てきた結果を「まとめる」負荷が大きかったり、その「まとめ」が狙った通りの落としどころを示すようなもの（つ

まり、限定的なアイデアしか拾い上げられていない) だったりするのを、目にする
ことが少なくありません。

● 小さな工夫がコミュニケーションと関係性の質向上に

ここで提案したいのは、「身のある会議づくり」であり、その根底に「関係性」構築を意識しています。コミュニケーションは、**少しの工夫でその質を劇的に良く**することができます。前述のようなワークショップを活用する会議の問題を打破して、庁内の仲間や地域住民の方々と良い関係性をつくっていくことができる心の通い合う真の「コミュニケーション」をかたちにする「マイクロ」な工夫のいくつかを提案したいと思います。そして、このマイクロな工夫をぜひ、日常的な会議の中でもぜひ取り入れていただきたいと思います。

● コミュニケーションの質を向上する工夫の視点、5つ

紙面の関係でこの章ではまず、エッセンスとして、工夫の着眼点、視点5つを紹介합니다。

① 場集った人を「招待する」

↓

- 適切で具体的な問いかけをすることで、
- アイデアをつくっていく過程に、しっかりと頭と心で参加するように促す



- 場集った人たちが、必ず貢献できるように「招待」します。その時に、いきなり「〇〇について話し合ってください」と投げかけても、自分が貢献することが求められていると感じることができません。まずは、「あなた自身が〇〇について考える良い点、悪い点それぞれ少なくとも2つずつを書いてみてください」というように、場集った人たち一人一人が自ら考えるようにしっかりと重機付けできる問いかけをしなければなりません。場集った人たちが、自分に引き寄せて、認知的に参加する(エンゲージ)するものであればあるほど良いでしょう。

② 皆が均等に「参加する」時間を必ずもつ

↓
 ● 自分自身で考える時間をとり、必ずその一人で考えたことが発言されるようにする



● 場にいるから、「参加している」とは限りません。グループでの話し合いでも、人数が多ければ多いほど、一言も発言しない人は増える可能性が高くなります。また、人数の少ないグループであったとしても、考えていることが発言されるとは限りません。日頃「声の小さな」「目立たない」人も含むすべての人が一度は自らの考えていることの一部でも必ず、発言する役割を担う時間をとってください。

③ 段階的にグループを形成する

↓
 ● すべての人が自分の考えを表現する時間をとることができるようにグループを形成する

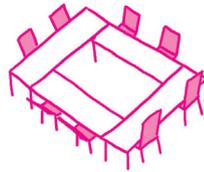
● グループの組み方次第で、考えが表現される機会が確保できるかどうかが決まります。②とも関連して、グループの中で考えを「話す役割」と「伝える役割」があり、場集っている人すべてが、できるだけ均等にその双方を担うことができるのが望ましいです。

● 多様な人たちが交わることも鍵です。できるだけ日常的な接点がない人同士を組み合わせるような促しを積極的にしましょう。



④ 空間的な配置に気を配る

- ↓
- 場や時間を共にする人同士の物理的な障壁はできるだけ取り除くよう心がけ、最適な、机の配置の仕方、座り方を選ぶ



- 実は、机の配置の仕方、座り方は、コミュニケーションに大きな影響を及ぼします。
- よく地域で耳にするのは、「メモしたいから机が欲しい」ということ。メモしていただく必要がほんとはあるのだろうか、と思うことが少なくありません。
- 実は机はコミュニケーションの壁になったり公式度を高めて緊張感を煽ることが少なくありません。私は極力机を排除して、空間を共にする人たちとの間の障害物をなくすことを心がけます。自分の考えを書き留めてもらうような場合、ボードなどがあればいいかもしれませんが、なくても書き留めることはできるものです。

⑤ 流れと期間を適切に配分する

- ↓
- 適切な時間配分。少し短めぐらいで時間を区切って、テンポよく進めていく



- この「時間」とは、個人が特定の「役割」を遂行している時間です。
- 役割を変えるときには特に、時間厳守を心がけます。また、あらかじめ決めておいた時間を伝え、その時間をフル活用するように、短めに設定し、それが短い時間であることを伝えておきましょう。目的にもよりますが、多くの異なる人たちが出くわすような流れを短時間で、連続的にしていくような「短時間、複数回、高い多様性」が実現できると、とても良いアイデアなどが生まれる可能性が高くなります。

あなた自身、場を設定する時に、5点のそれぞれについてできているかを考えてみてください。もしできていない場合、改善するためにどうしたらいいか考えて取り入れてみてください。きっと参加者の満足度が高まったり、全体を振り返ってこれまで出てきたことのないようなアイデアが出てくることもあるかもしれません。

● 使い勝手の良い基本中の基本の一つの手法：1-2-4-ALL

上述の5つの視点をすべて取り込むことができ、日常的な会議から住民さんとの話し合いの場にまで生かすことができる「1-2-4-ALL」という素敵な手法を一つ紹介します。私も、様々な会議で活用しています。

<私のよくするやりかた>

例えば、地域コミュニティの中で閉じこもりの高齢者に対応している方々を対象にして、これからの閉じこもり高齢者に対する地域活動について考えてみるというワークショップを想定してみると・・・

a 「あなた自身が引きこもりがちな高齢者を地域の活動に引っ張り出そうとした経験を教えてください。特に、成功した例があれば、詳しく教えてください。」というような投げかけをします。

b まずは、1人で思い出してもらう時間を10分程度とります。必要があれば書き留めてもらえるように、ワークシートのようなものを準備して置くかもしれません。



c 次にこれまであまりお付き合いのない人とペアになり、2人組で、書き止めたメモを片手に自分の経験を語り合ってもらいます。ここで、5分ずつ見て、10分程度。



d そして2人組2つが一緒になって4人組に。2人組でそれぞれ話したことを共有してもらいます。ここは15分程度。



e 最後に、4人組で話し合った内容を全体に共有してもらいます。最後の時間は全体の人数によりませんが、時間が限られているときにおける効果的かつ効率的な進め方は、各グループから出してもらう内容は、これまで出されていないものを中心にすることです。



< エッセンスを抑えているか >

- ① → 場の目的に応じた、集った人にとって適切で具体的な問いかけで、認知的、心理的なコミットメントが確保できている。

OK!

- ② → 2人組の時に、必ず「話す役割」を担うことに。さらに、③についてできるだけ話したことのない人同士をペアにする工夫で、出て来るアイデアの多様性をあげる。

- ③ → さらに、場全体の目的が「引きこもり高齢者に対する地域活動について考えてみる」という学び合いというものである。この点も日頃あまり親しくないが、同じ思いを持って活動している人同士の意見を聞き、集約されていく過程になっている。

OK!

- ④ → このような場合、椅子だけ、自由に移動できる空間を準備して実施し、動くことで気軽さ、気安さの雰囲気づくり。

OK!

- ⑤ → 役割と時間とのミッションを設定し、テンポよく進んでいく。

OK!

● 他にもたくさん：Liberating Structures

この章で紹介しているコミュニケーションの質を高めるための「マイクロ」な「工夫」は実は、Liberating Structures (LS) というファシリテーション手法のエッセンスです。

研究班の成果として出版したブックレットを提供しています。LSのウェブサイト (<http://www.liberatingstructures.com>) 上では、1-2-4-All やその他のブックレット内で紹介しているものを含め、30以上のメニューが用意されています(注意：英語サイトです)。また、日本語での情報提供のためのサイト (<https://jplsinfo.wordpress.com>) を準備して、現場で活用していただける情報をあげていきますので、こちらも活用ください。関心がおありの読者の方は、著者にご連絡いただくと、目的に応じた使い方や組み合わせなどについても相談に乗ります。

● 今日から！いつものやり方を少しだけでも変えてみよう。

ここで紹介したエッセンスは、本質的であたり前のように感じることはかりもしませんが、意識的にしっかりと取り入れていかないと実現できないことでもあります。

C O L U M N

日常的な会議から、「いつものやり方」を少し見直してみてもいいでしょうか。同じ時間でもより効果的な、良い関係性構築につながるような工夫を、ご自身なりに、あるいは、本章で紹介した資料などを参考に取入れていただきたいと思います。『小さな工夫が大きな成果の種になる』、そして小さな工夫は今日からできることもあるのではないのでしょうか。

C O L U M N コラム

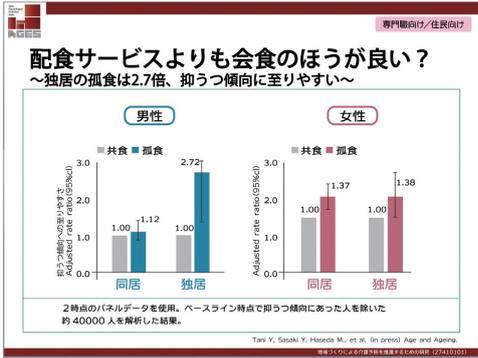
住民組織との連携、 部署間連携に役立つツールとエビデンス

住民組織との連携や部署間連携のきっかけになるような研究成果や実践活動を要約したエビデンス・スライド集を紹介します。スライドはMicrosoft PowerPointで作成し、各スライドのノート欄には、スライドの見方・ポイントを記載しています。今後、研究班のホームページに順次公開していく予定です。適宜ご活用下さい。

(JAGES サイト内「JAGES 研究から作成された「地域連携に役立つツール」のご紹介」

<https://www.jages.net/jichitairankei/chiikirenkeiniyakudatsu/>)

図 3-1. スライド例 ①



要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者のうち、2010年に抑うつ症状のない37,193名を3年間追跡したところ、独居男性では孤食だと共食（誰かと一緒に食事をとること）に比べて2.7倍抑うつを発症しやすい可能性があること、一方、女性では、同居でも独居でも孤食であ

ると1.4倍抑うつを発症しやすいという知見を表しています。宅配の食事ではなく、会食の場を設けることが有益であることを示唆する研究といえます。

図 3-2. スライド例 ②

サロン運営費用と内訳 2010年時点

費目	内訳・単価	金額 (円)
費用総額		6,327,077
①人件費		3,197,460
②実費総額	会場運営費、講師謝礼、臨時雇用資金など	3,129,617
	実参加人数 (727人)	※1人あたり 8,703
	延べ参加人数 (6441人)	982
	サロン (8ヶ所)	※1ヶ所あたり 790,885
	サロン開所 (109日)	※1日あたり 58,047

1人当たり介護給付費は年間で192万円
年間4人 要介護認定受ける者が減れば元が取れる VS 5ヶ所平均600人
×8% = 48人

本評価に必要なデータ
 ✓利用者の名簿 ✓要介護認定データ ✓当該サロンの運営費
 ✓職員・ボランティアの人数・運営に関わった時間数 (タイムスタディ)

愛知大学 (2015) サロン運営コスト分析レポート (2741101)

愛知県武豊町のサロン活動の費用対効果を検証した結果です。人件費を含めて年間630万円ほど投入しており、1人あたりの介護給付費を考慮すると年間4人 要介護認定を受ける人が減れば元を取れるところを年間48名が要介護になっていない可能性があることを明らかにし

た事例です。こうした評価を行うためには、利用者の名簿、要介護認定データ、当該サロンの運営費などの情報が必要であることが示されています。

5

第3章 部署間連携の進め方

都道府県・保健所・政令市などにおけるタテの連携

政令市などの大きな自治体では、市の下にさらに行政区や包括支援センターなどが含まれています。大きな自治体では、急に行政内外の部署や組織との連携を進める以外にも、まずは、関連組織同士の**タテの連携を構築**することも求められます。

それでは、そのようなタテの連携を構築していくためには、どのような手順が必要なのでしょうか。自治体の介護保険課の担当者と研究者による準備会議の後、**各行政区の担当者を集めたワークショップ**を開催することが効果的でしょう。

その後、余力があれば、部署間連携会議を行い、各区から挙げられた課題およびそれへの介入方法や活用可能なリソースに基づいて、各課連携による課題解決方法の議論へと進んでいきます。

各行政区の保健師などの介護関係の担当者を集めたワークショップを開催しよう

1) 準備会議

研究者、介護保険担当者等で準備会議を行い、ワークショップの進め方、ワークショップで提示する地域診断データの準備などを進めます。

2) ワークショップ

1回目のワークショップ

自治体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宛**にワークショップの参加依頼を出します。参加人数の目安は、各区2、3名ずつです。ここでの目的は、グループワークを通じて地域診断の必要性、地域づくりの有効性について各行政区担当者の理解を得ることです。例えば表3-3のようなプログラムが考えられます。

2回目のワークショップ

2回目のワークショップでは、グループワークを通じて、①地域診断データによっ

て、地域づくり型の介入事業をするべき優先度の高い地域を選ぶ、②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行う、の2点を目的とします。

ワークショップでは各区担当者に、研究者らが作成した地域診断シートを用いて次年度以降に地域づくり型の介入を進めるべき地域の候補を抽出し、市へと報告するよう依頼します。

表 3-3. ワークショップの進行例

第1回 介護予防検討ワークショップの進行例

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1 自己紹介
<ul style="list-style-type: none">● 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、抑うつ、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2 実行準備
「日々の経験から、各課の課題について議論してください。」(20分) 「なぜ、その課題なのでしょう。介入のために活用できる資源は何でしょう。」(15分)
セッション3 事業計画の作成
<ul style="list-style-type: none">● 1. 事業計画の作成 (25分) 「セッション1で挙げた健康や行動に関する課題について、介入法のアイデアを複数出してください。」 「そのうちの1つを選択して、事業計画を立ててみる！」<ul style="list-style-type: none">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、波及効果、注意すべきこと)● 2. ディスカッションとまとめ (25分)

3) 部署間連携会議

複数回のワークショップを通じて、各区の課題の抽出、介入優先度の高い地域の選定、介入方法や活用するリソースが明らかになってきたら、行政内の部署間連携会議によって、各課の連携による解決法などの検討を行います。また、さらに連携の範囲を広げ、住民組織や事業者との連携による課題解決のための協議体の結成・事業の展開を行います。これらについては、前節の「①行政内で連携する」や「③行政外と連携する」を参照してください。

表 3-4 に、準備会議、ワークショップ（タテの連携づくり）、連携会議（行政内部署間連携）の概要について示します。

表 3-4. 準備会議、ワークショップ、連携会議の概要

<p>準備会議</p>	<p>介護保険担当課と研究者らによる議論</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 研究者によるレクチャー ● ワークショップの進め方についての相談 ● 地域診断結果の提示・議論 など
<p>ワークショップ</p>	<p>各行政区の保健福祉課長あてに参加依頼。各区より2、3名参加。 地域診断シートを用いたグループワーク</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 重点対象とすべき地域や対象課題の抽出 ● 地域づくり型の介入方法についてブレインストーミング <p>2回目以降</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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地域を選ぶ作業 ● 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
<p>連携会議</p>	<p>行政内の多部署が参加し、少子高齢化に関する各課の悩み・対策について意見出し。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 解決できる課題および解決困難な課題についての議論 ● 各課の連携による新しい解決方法の提案

第4章

事例集

4章では、今後の参考にしていただくために、地域診断データやそこから得られた科学的なエビデンスの活用、多様な部署間や住民組織との連携を進めてきた本研究班内での活動の事例を紹介します。

事例 01 熊本県御船町

組織間連携のための協議体結成

組織間連携のための協議体結成について、熊本県御船町の事例を参考にしながら解説します。

1) 御船町の概要

御船町は、熊本県上益城郡にある人口17,055人、高齢化率が30.9%の町です（いずれの数値も2016年3月末現在）。町の中心部は河川沿いにある平坦地ですが、中山間地の少子高齢化率が高いことが特徴です。御船町はJAGESプロジェクトに参加

する以前から、地域サロン事業などの介護予防活動に先進的に取り組んできていましたが、平成 21 年ころより新規要介護認定者が上昇傾向に転じ、介護保険係や地域包括支援センターは危機感を抱いていました。そこで、JAGES プロジェクトに参加し、その対応策を練ることとなりました。

2) データの「見える化」

現在の複雑な健康課題に対処するためには、介護保険係課外の多種多様な部署間の連携が必要不可欠です。御船町では、部署間で課題を共有し連携していくために、まずデータの見える化が行われました。

御船町は、全国 31 市町村に在住する代表性のある 10 万人以上の高齢者を対象とした調査である JAGES プロジェクトに参加し、2013 年秋に無作為に抽出された 65 歳以上の高齢者 2,000 人に対して調査が行われました（有効回答は 71.6%）。この調査では、身体的・精神的健康、社会経済状況、近隣住民との社会的関係や社会参加の程度などについて測定されました。

調査結果をまずは地域包括支援センター、介護保険課、研究者で検討し、いくつかの潜在的な課題が存在することが示唆されました。この話し合いを通じて、「介護予防まちづくりを様々な部署間による連携で進めていこう」、という考えに至り、少子高齢化に関わる案件を抱えている部署に呼び掛けて、部署間連携会議「地域包括ケア推進会議」を開催するに至りました。

3) 地域包括ケア推進会議の経緯

3-1) 概要

第 1 回会議：

キックオフとなる第 1 回目の地域包括ケア推進会議においては、町長に号令をかけてもらい、様々な課から担当者に参加してもらいました。第 1 回目の会議では以下のポイントが重視されました。

- ① 一見介護予防とは関係なさそうな課にも参加してもらう。
- ② 健康至上主義にならないように、各課対等な立場でそれぞれの「お悩み」を紹介してもらう。

第2回目以降の会議：

2回目以降では、JAGESの調査結果に基づき、「御船町の課題」と称したグループワークを行いました。

3-2) グループワーク

それぞれの会議で重視されたのは、様々な課が1つのテーブルを囲んで行うグループワークでした。第1回や第2回のワークでは、各課の担当者から、「高齢化に関する問題は各部署にもあるが、うちの課がどのように他課の業務と関係するのかわからない」、という声が出ることもありました。しかし、初年度（2013年度）に3回、次年度の2014年度に8回の計11回のワークを実施していくうちに、地域で取り組むべき優先課題が見つかり、その課題を解決するためにどの地区でどのような多部門連携による事業を進めるべきかという、課題と対策が検討されていきました。

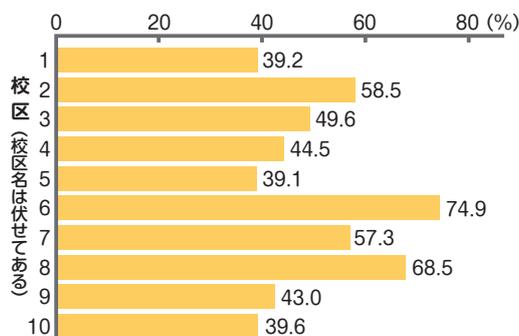
具体的には、グループワークを通じて以下のような町の特徴が見えてきました。

- ① 御船町は JAGES 調査に参加している他の自治体と比べて、住民同士の信頼が高く、社会参加も多い。健康状態も比較的良い。
- ② しかし、一方で閉じこもりの割合が高い（図1）。
- ③ とくに自治体内の地域間で比較してみたところ、中山間地は平坦地よりも社会参加や助け合いが豊富になされている一方で、閉じこもり割合も高いという、地域内の「格差」が存在する（図2）。

図 4-1. JAGES 参加 29 自治体間の閉じこもり（外出週 1 回未満）の割合（男性）



図 4-2. 閉じこもり割合の地域間比較（御船町）



[近藤尚己. 健康格差の評価・測定とその活用—熊本県御船町での取り組み事例より. 保健師ジャーナル 2015;71(6):470-474.]

これらのデータに対して、ワークの中では、「おそらく、中山間地には既存の集いの場、サロン、自治組織などがたくさんあるが、そういった既存のグループには入れていない一部の人が閉じこもっているのではないか」という意見が出され、そこから、「閉じこもり予防には、これまでにはない新しい形のつながりづくりの仕組みが必要ではないか」という提案が出されました。

4) 展開された部署間連携事業

これらの会議・ワークを経て、御船町では、それまで複数の部署が独自に中山間地で行ってきた各事業を、複数の部署の目的に叶うようにアレンジし、事業の効率化がすすめられました。これらの事業の中から、「ほたるの学校」を紹介します。

ほたるの学校

住民による社会参加と助け合いが豊富な反面、そこに入り込むことのできない閉じこもりの高齢者が一定数存在することが明らかになった水越地区では、廃校になった小学校を使用して、2015年度から「ほたるの学校」を開催しています。ここでは水越活性化協議会会長を中心に、体験交流部、加工部、生産部、福祉部といった部会が作られ、それぞれの部会が給食の作成、イベント、体操

などを行っています。これまではバラバラに行われていた給食や体操教室などの各活動を、これまで社会参加がなかった高齢者等の参加もあり、複数の組織が連携して行うことで効率的に事業を進めていけるようになりました。さらに、学校になかなか来られない人のために配食を行っており、配る際に会話することによって「見守り」の一環として活用されています。

これは、それまで複数のまちづくりの部署・組織が独自に水越地区などで展開していた各事業が、地域包括ケア推進会議での議論を通じて複数の組織の目的に叶うようにアレンジされ、事業の効率化が進んだ好例といえるでしょう。

事例 02 兵庫県神戸市

民間企業との連携

1) 神戸市の概要

神戸市は人口 15,646,191 人、高齢化率 26.0%（2015 年 3 月 31 日現在。数値はいずれも神戸市住民基本台帳より）の、日本の市で 6 番目の人口を有する政令指定都市です。

日本老年学的評価研究（JAGES）では 2014 年度から 2015 年度にかけて、調査フィールドの 1 つである神戸市と協働し、78 の地域包括圏域（中学校区に相当）ごとのリスク指標を地区選定シートによって「見える化」してきました（図 1）。このデータに基づき、JAGES プロジェクトの研究者によって、介入優先度が高いモデル地区の選定支援、選定した地域への介入アドバイス、介入効果評価のアドバイスが行われてきました。

図 4-3. 介護予防事業実施対象地区選定シート

◆介護予防事業実施対象地区選定シート(神戸市版 ver. 2.1)◆

no.	code	行政区	センター圏域名	要支援・要介護者の割合 (神戸市全包括圏域の割合を基準として)	要介護のリスク要因						
					二次予防対象者の割合	閉じこもり(性)の割合(男)	閉じこもり(性)の割合(女)	抑うつ割合(男性)	抑うつ割合(女性)	地元の自覚(男性)	地元の自覚(女性)
1				18.8%	8.0%	7.9%	9.0%	4.9%	3.8%	25.9%	16.0%
2				20.0%	8.9%	14.7%	19.2%	12.5%	6.9%	17.6%	18.0%
3				20.4%	8.7%	14.3%	7.5%	1.7%	3.2%	15.1%	18.8%
4				21.0%	8.0%	9.0%	4.3%	4.4%	4.6%	13.6%	17.7%
5				18.9%	7.9%	6.9%	9.7%	4.0%	5.6%	13.6%	15.0%
6				21.2%	10.1%	14.2%	12.8%	0.0%	0.0%	21.5%	26.1%
7				34.8%	8.4%	10.2%	9.8%	7.1%	0.2%	21.9%	10.8%
8				20.9%	8.7%	18.2%	5.9%	2.3%	8.6%	10.9%	19.6%
9				34.8%	8.4%	3.9%	11.4%	4.4%	0.0%	19.0%	23.4%
10				22.0%	9.0%	6.0%	12.9%	6.2%	3.7%	14.2%	11.8%
11				23.4%	9.2%	6.2%	5.9%	3.4%	2.3%	14.2%	20.1%

各圏域の要支援・要介護者割合や閉じこもり者割合といったリスク指標が表示されており、リスクの高い地域は赤色、リスクの低い地域は青色で示されています。これをもとに、どのような地域でリスクが高いのか、そこにはどのような課題が存在するのか、といった地域診断を行います。

以下では、その過程で展開されてきた神戸市の介護予防事業における一連の取り組みを紹介します。

2) 神戸市における組織連携による介護予防戦略：経緯

JAGES プロジェクトの研究者と神戸市は、地区選定シートを活用したワークショップに取り組んできました。平成 25 年度から現在までの取り組みは以下のとおりです。

表 4-1. 神戸市における組織連携による介護予防戦略の経緯

平成 25 年 10 月	78 センター圏域ごとにデータ集計。 第 1 回介護予防検討ワークショップ ● 地域診断グループワーク ● 参加者：市介護保険担当保健師・事務職員、各区成人老人担当保健師、地域保健担当職員
平成 25 年 12 月	第 2 回介護予防検討ワークショップ ● 地域診断結果活用グループワーク
平成 26 年 1 ~ 3 月	優先的に介入する包括圏域の優先順位付け→モデル事業対象 4 圏域の選定。

平成 26 年 3 月～	モデル 4 圏域でサロン事業・企業タイアップによるカフェ型事業開始。
平成 27 年 11 月	モデル 4 圏域のうちの 1 地区で、複数の介護予防サロンおよび体力測定会を定例化。市、企業、大学により、事業評価のための調査を開始（ベースライン調査）。
平成 28 年 1 月	事業評価のための調査、第二波を実施。
平成 28 年 11 月～	残りのモデル圏域においても、企業とのタイアップによる新たな介護予防事業、およびその事業評価のための学術調査を開始予定。

上記のデータ見える化およびワークショップを通じて、以下の表 2 のモデル事業対象 4 圏域が選定され、後述の民間企業との連携による介護予防事業が展開されています。

表 4-2. モデル事業対象として選定された 4 圏域の特徴および選定理由

A 包括 A 地区	B 包括 B 地区	C 包括 C 地区	D 包括 D 地区
下町であり、健康問題が集積しやすい地域。通所型デイはあるが、本地区は包括から遠く、国道で分断された孤立化しやすい地域である。社会参加割合も低い。全市的に見ても、健康格差対策のためには優先すべき地域である。	農村地域で、広大な面積を有する圏域。通所型デイはあるが、歩いて行ける場所（距離の問題）にないため、身近な場所・資源を活用した集える場の整備が必要である。要介護リスク要因が高いにもかかわらず、医療機関やその他の社会資源が少なく、介入が必要な地域である。	急な坂がある住宅街で、神戸の特徴的な地域。通所型デイは普通であるが、社会参加割合が少ない。健康リーダーが比較的活発な地域でもある。包括が地域診断により健康課題を抽出し、転倒予防教室開催に向けて活動中である。	急な坂がある住宅街で、神戸の特徴的な地域。通所型デイも少ない。地域の事業実施状況等を考慮し、モデル事業の実施可能性が高い地域、かつ、リスクの高い地域である。包括が集いの場の開催に向けて活動中である。

3) 部署間連携

神戸市では、データに基づいた介護予防事業計画の策定過程で、多部署連携会議を行うことによって関係者間の関係強化を進めました。多部署連携会議においては、高齢者に関わる庁内の他部署と情報交換・顔の見える関係づくりを行うことによって、部署横断的な取り組みに展開していくことを目的としました。参加部署は、都市計画、住宅、環境、地域福祉、デザイン都市、広報、消費生活、職員研修所など、非常に多岐にわたりました。連携会議を通じて、高齢福祉の部局以外の部署との連携構築の基盤が作られました。

4) 民間企業との連携

神戸市では、行政内の部署間連携だけでなく、民間企業との協働が展開されていることが大きな特徴として挙げられます。

ネスレ日本との連携による「介護予防カフェ」の展開：

ネスレ日本と神戸市が連携した「こうべ 元気！いきいき！プロジェクト」により、「介護予防カフェ」が複数の地域で展開されました。2016年1月現在、約60か所の介護予防カフェが地域住民等によって運営されており、コーヒーマシンの提供を行い、つどいの場づくりの立ち上げの推進を図っています。

大学、企業との連携による ICT 介護予防：

NTT 東日本、NTT データ経営研究所、千葉大学、東京大学、筑波大学との協働により、タブレット端末を用いた参加者の簡易問診と介護予防サロンを結合した「ICT 介護予防モデル」が展開されました。

ICT 介護予防モデルでは、介護予防サロンにおいて、参加者に活動量計を貸し出し、サロンに参加する毎に歩数のチェックと簡単な問診に回答してもらうことにより、参加者が自らの健康度（「いきいき生活度」）の変化を確認できるシステムが導入されました。

サロンに設置されている端末に活動量計を接触させることにより、いきいき生活度の問診とレーダーチャートによる、確認を実施することができ、いきいき生活度が改善されるごとに表示される絵柄が変化していくシステムになっています。これにより、参加者に楽しみながら継続的に参加して

もらうことが目指されました（図）。現在、この ICT 介護予防モデルの評価研究が、東京大学と千葉大学によって進められています。



サロンにて活動量計をタブレットに接触させ活動量を登録。この際、タブレット上で簡単な問診に回答します（写真）。活動量・問診の結果から、今回の「いきいき生活度」（図 4-4）やこれまでの記録の変遷（図 4-5）を確認することができます。

図 4-4. 端末画面例 ①：いきいき生活度



図 4-5. 端末画面例 ②：これまでの記録



神戸市では、今後も民間企業とのさらなる連携事業が予定されています。

事例 03 長崎県松浦市

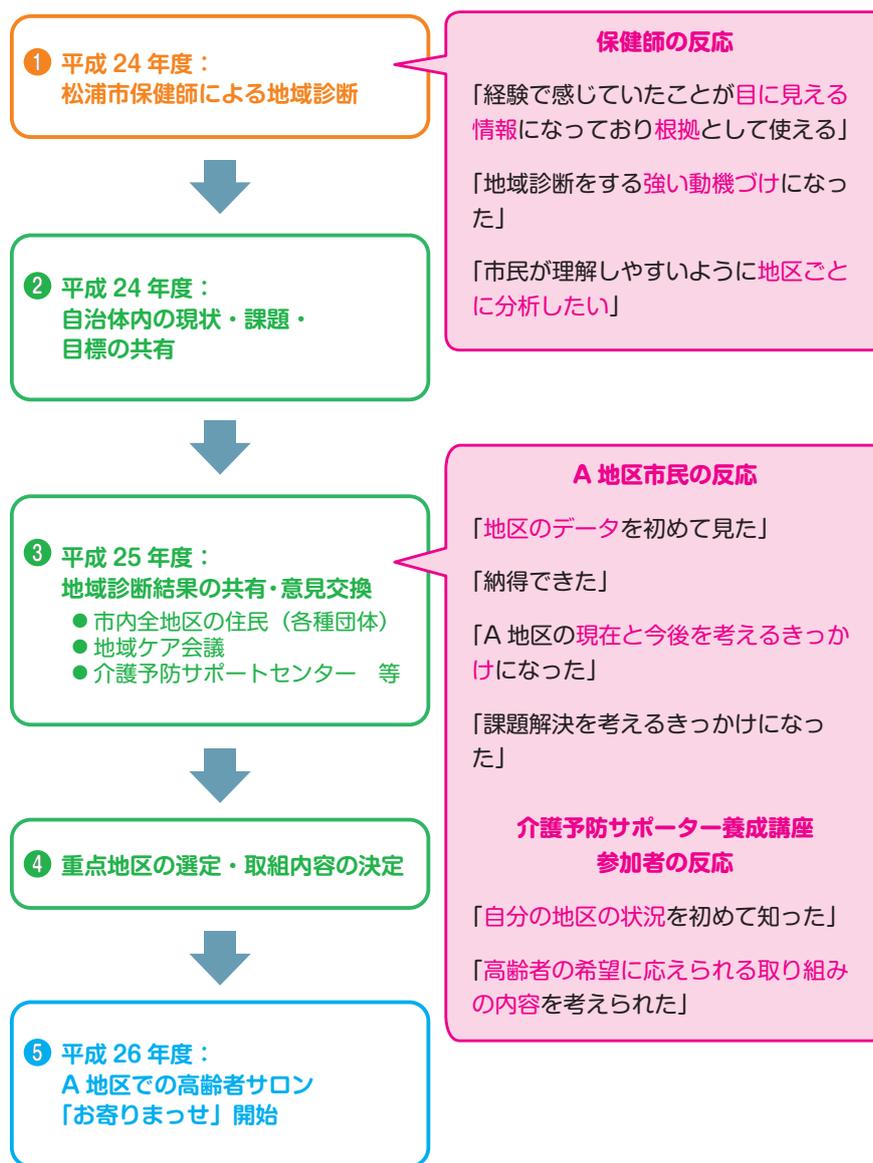
対話、共食、買い物支援ができるサロン

1) 長崎県松浦市と A 地区の概要

松浦市は長崎県北部の北松浦半島に位置し、第 1 次・3 次産業が盛んです。平成 18 年 1 月 1 日に 1 市 2 町が合併し、平成 26 年度の総人口は 24,482 人、高齢者人口は 7,719 人（31.5%）で、人口流出と高齢者の増加で少子高齢化が進んでいます。松浦市は 7 地区あり、A 地区は市の中心地に近い地区です。平成 25 年度人口は 2,391 人、高齢者人口は 684 人（26.6%）で、独居高齢者 193 人、要介護認定者 124 人です。

2) 松浦市の地域診断支援ツールの活用過程

松浦市保健師は JAGES の地域診断支援ツールを用いて、平成 24 年度～ 25 年度まで地域診断を行い、平成 26 年度に本格的に A 地区で高齢者サロンを開始しました。



3) 地域診断支援ツールで活用した図表（一例）

図 4-6. 介護予防 Web アトラス

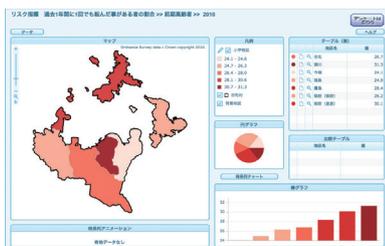


図 4-7. 図 4-6 を松浦市が独自に改良した図

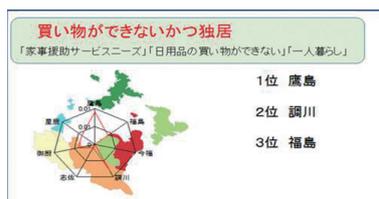


図 4-8. 地域診断書

項目	調査対象地域	今年度 (2013)	前年度 (2012)	目標	基準	地域評価
高齢者全体、生活機能評価	アークレシ	0.21	0.17	0.23	0.19	0.20
認知症予防	アークレシ	0.05	0.05	0.05	0.05	0.02
介護予防	アークレシ	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
高齢者全体、生活機能評価	アークレシ	0.18	0.15	0.17	0.15	0.16
認知症予防	アークレシ	0.05	0.05	0.05	0.05	0.02
介護予防	アークレシ	0.36	0.34	0.35	0.35	0.35
高齢者全体、生活機能評価	アークレシ	0.22	0.21	0.22	0.21	0.19
高齢者全体、生活機能評価	アークレシ	0.12	0.09	0.09	0.12	0.04
認知症予防	アークレシ	0.10	0.09	0.09	0.11	0.07
介護予防	アークレシ	0.20	0.18	0.18	0.20	0.14
高齢者全体、生活機能評価	アークレシ	0.05	0.04	0.04	0.05	0.11
認知症予防	アークレシ	0.25	0.26	0.27	0.25	0.26
介護予防	アークレシ	0.23	0.26	0.26	0.24	0.27
高齢者全体、生活機能評価	アークレシ	0.04	0.07	0.07	0.04	0.10
認知症予防	アークレシ	0.13	0.11	0.11	0.13	0.07

松浦市での活用

- ①: 例「2010年の前期高齢者で過去1年間に1回でも転んだことのある者の割合」を市内7地区で比較。主に市職員の情報共有と関係者間の会議等で使用。
- ②: 高齢者が見やすく理解しやすいように1画面で全ての情報を見られるように①を改良。市内での説明会・地域ケア会議・サポーター養成講座で使用。
- ③: 全国の集計対象地域の平均・松浦市の総体的位置を見て、松浦市としての重点課題候補を探った。

4) 地域診断から見た A 地区の特徴

JAGESの「健康と暮らしの調査」を地域診断支援ツールで分析すると、A地区は7地区中最も悪い項目が35項目中8項目、2番目に悪い項目が4項目と他地区より悪い項目が多く、A地区の課題は「一人暮らし高齢者の増加」「孤食」「買物困難」であると整理されました。実際に、A地区の住民からは、「老人会などの高齢者の集まる場所がなくなった」「この地区には商店がなくて買い物に困っている」という声をよく

聞くということでした。しかし、前期高齢者割合が7地区中1位で、若い高齢者が多くパワーはある地区であり、課題は多いが高齢者が支え合う力がある地区と分析しました。

5) 松浦市 A 地区の高齢者サロンの展開

共食・対話

サポーター手作りの昼食をみんなで食べます



買物

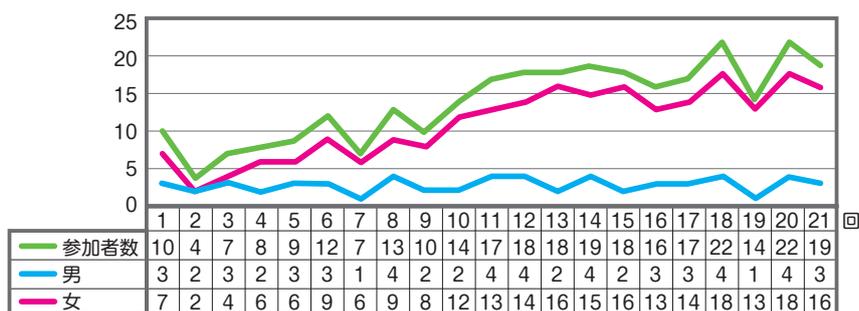
地元の移動販売車がきてくれます



介護予防サポーター養成講座を受講した A 地区の住民であるボランティアが、地域診断結果を参考に、松浦市・地域の福祉施設・商店などの助けを借りて、「対話」「共食」「買物支援」ができるサロンを開設しました。毎月第2・4水曜日に実施し利用料は1回200円です。

6) 松浦市 A 地区の高齢者サロンの評価

図 4-9. 平成 26 年度「お寄りませ」参加者の推移



参加者同士の口コミ、ボランティアによるお誘いで参加者は少しずつ増えていき、1年程で約2倍になった。

	参加者：男性 2 人	参加者：女性 6 人
良かったこと	<ul style="list-style-type: none"> ● みんなから声をかけてもらえる ● 知り合いができて対話ができる ● 対話で心がほぐれる ● 話をしなくても会えば顔見知りになってほっとする 	<ul style="list-style-type: none"> ● 楽しみになっている（全員） ● 食事をみんなのできる ● お金がかからない ● ざくばらんに話をする機会になっている
変わったこと	<ul style="list-style-type: none"> ● ほがらかになった ● みんなの顔を見ようと出かけるようになった ● 心のつかえがとれたようだ 	<ul style="list-style-type: none"> ● 元気になった（全員） ● 買い物をするとき何を作って食べようかと考えるようになった

地域診断で把握した A 地区の特徴から、「共食」「対話」「買物支援」を焦点にしたサロンを展開したが、参加者の声からニーズにできていると判断できた。

【波及効果】

- * 平成 26 年度 には B 地区・C 地区も住民主体の集いの場が開設し、サロン同士の交流も始まっている。

【ボランティアへの効果】

- * 前期高齢者がボランティアをすることで、楽しみながら自らの介護予防になっている。

事例 04 愛知県武豊町

ボランティア研修におけるデータ活用

1) はじめに

地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みが模索されているなか、地域住民主体による自治会単位や小学校区単位での社会参加を促進する「通いの場」（以下、サロン）の設置と活用が推奨されています。その一方では、通いの場を運営するボランティア（以下、ボランティア）の発掘と育成や組織化が課題となっています¹¹⁾。

地域住民がボランティアとして主体的に取り組むことを期待する他方では、ボランティアとして活動する動機を高める工夫も欠かせません。例えば、ボランティアの意義に加えて、サロンの背景やそれもポピュレーション戦略に立つ取り組みの理解、ボランティアの活躍によってもたらされる介護予防効果などについて、具体的データを示しながら伝えることは極めて重要です。そこで愛知県武豊町（以下、武豊町）のサロンボランティア研修におけるデータ活用例を紹介します。

2) 武豊町の概要

武豊町は、愛知県の西部・知多半島のほぼ中央に位置する、2016年4月時点で人口42,993人、高齢化率23.9%、要介護認定率は13.5%のまちです。武豊町の介護予防事業における特徴の一つは、「憩いのサロン」であり2007年度から複数開設しながら、運営ボランティアを育成し、地域で互いに支え合う仕組みづくりに取り組んでいます。

3) ボランティア研修の構成

ボランティア研修は、サロン開所2007年度から年1回実施、内容は表に示した基礎研修（1回2時間）、リーダー養成研修A・B（各2回、毎回2時間）の5回計10時間で構成されています。

ここでは、初回基礎研修において用いている、ポピュレーション戦略に基づくサロ

ンの理解につながるデータのうち、第1に武豊町新規要介護者・死亡者の1年前の要介護リスク数、第2に介護予防事業に参加する条件、第3に保健センターなど町の施設利用割合と自宅からの距離、第4にサロン開所後の拠点数と実参加者数および町内65歳以上高齢者の参加率、第5にサロン参加有無別要介護認定率と認知症を伴う要介護発生率、最後第6に社会的役割と健康について示します。

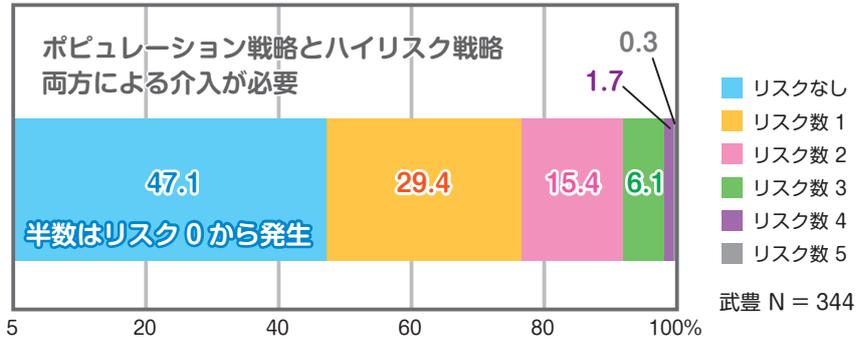
表 4-3. ボランティア研修概要

基礎研修	リーダー養成研修 A	リーダー養成研修 B
<ul style="list-style-type: none"> ● ボランティア研修のねらい ● 高齢社会と健康 ● 要介護状態 ● うつと認知症 ● 健康づくり ● 介護予防 ● 武豊町憩いのサロン ● ボランティアの役割と心得 	<ul style="list-style-type: none"> ● 集団の概念 ● 集団の特徴 ● 集団活用のポイント ● 回想法を用いての交流促進 ● 回想を用いた小グループ演習 	<ul style="list-style-type: none"> ● 武豊町憩いのサロンの背景 ● 韓国の敬老堂 ● 他市町の介護予防とサロンの紹介 ● サロンプログラムの立案 ● プログラム展開の留意事項 ● 演習 サロン参加と進行の実際 ● 研修全体のまとめ

3-1) 武豊町新規要介護者・死亡者の1年前の要介護リスク数

武豊町がポピュレーション戦略を意図した一次予防事業に注力する必要性を示すデータとして図 4-10 を用いています。これは武豊町新規要介護と死亡者計 344 名の 1 年前の要介護リスクのうち①抑うつ状態（GDS 15 項目版 10 点以上）、②閉じこもり（外出週 1 回未満）、③転倒（過去 1 年間に転倒経験複数回あり）、④口腔状態（あまり噛めない）、⑤低栄養（BMI < 18.5）の 5 つの合計数に着目しています。新規要介護者と死亡者のうち 1 年前にリスクが 1 つもなかった者が 47.1%と半数近くで、リスク者を対象とした二次予防事業のみでは予防策としては不十分なことが理解できます。

図 4-10. 新規要介護者 + 死亡者の 1 年前のリスク数



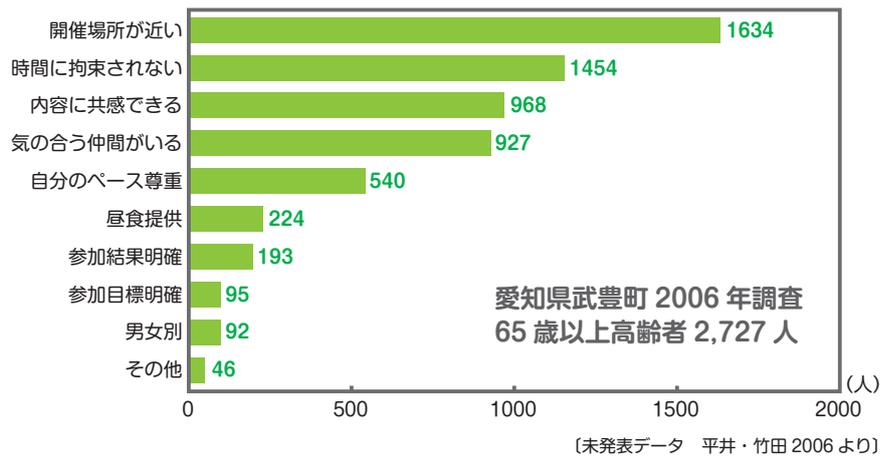
使用リスク…何度も転倒あり，うつ状態（GDS>10），外出頻度が週 1 回未満，低栄養（BMI<18.5），口腔状態（あまり噛めない）

〔近藤克則，健康格差社会，医学書院 2005 より〕

3-2) 介護予防事業に参加する条件

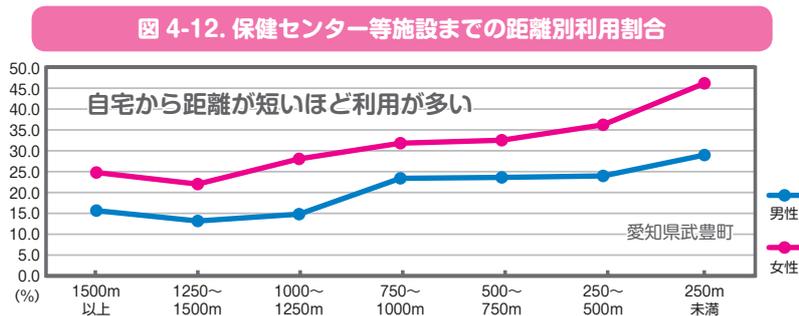
武豊町 65 歳以上高齢者に対して、仮に介護予防事業に参加するとした場合の参加条件を問うた結果を図 4-11 に示しました。回答のあった 2,727 人の上位項目では「開催場所が近い」1,634 人で最も多く、次いで「時間に拘束されない」1,154 人、そして「内容に共感できる」968 人でした。したがって、介護予防事業開催場所までのアクセスの良さを重視する必要性を理解できます。

図 4-11. 介護予防事業への参加条件



3-3) 保健センターなど町の施設利用割合と自宅からの距離

前述 3-2) 介護予防事業に参加する条件で最も多かった「開催場所が近い」というアクセスに関する裏付けデータとして、保健センター等の町施設と自宅からの距離別による利用割合を図 4-12 に示しました。自宅からの距離が短いほど利用割合が多く、それも男性に比べて女性でその傾向が高いことが理解できます。

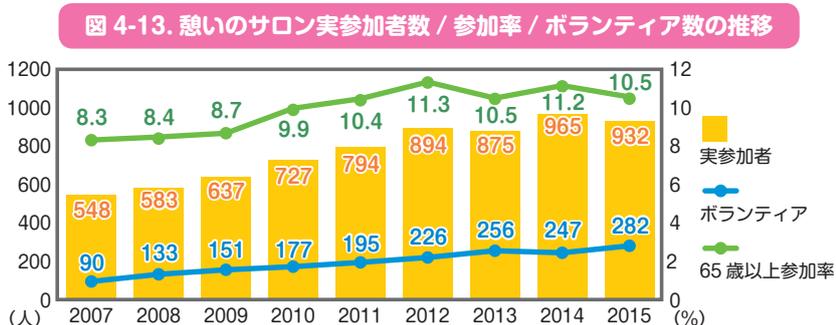


[平井寛. 介護予防におけるポピュレーションアプローチの試み—武豊町における地域サロン事業の計画と実施 (第2回 計画書と事業計画・準備組織ができるまで). 地域リハビリテーション 2009;4(2):172-176. より]

3-4) サロン開所後の拠点数と実参加者数および町内 65 歳以上の参加率

3-1) ~ 3-3) を踏まえると武豊町の中心部の限られた会場においてのみ事業を展開した場合には、参加者は限られてしまいます。このためサロンの多拠点化が必要なが理解できます。そして 2007 年度から 2015 年度までに 11 箇所のサロンが開所に至っています。

サロン実参加者数および 65 歳以上高齢者参加率とボランティア数の推移を図 4-13 に示しました。サロン拠点の経年的増加に伴ってそれぞれ増加し、65 歳以上高齢者の参加率は 11%程度に達していることが確認できます。



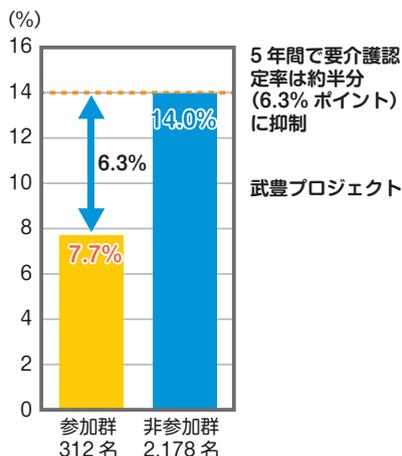
[竹田徳則. 地域在住高齢者の心理社会面に着目した認知症予防—武豊プロジェクト. MEDICAL REHABILITATION 2017;206:45-50. より]

3-5) サロン参加有無別要介護認定率と認知症を伴う要介護発生率

サロン開所以降、参加有無別での予防効果を図 4-14 と図 4-15 に示しました。まず要介護認定率では、サロン参加群は非参加群に比べて 6.3%低いことがわかります。次に認知症を伴う要介護認定発生リスクでは、参加群は非参加群に比べて約 3 割抑制されていることが確認できます。

図 4-14. 高齢者サロン参加群で要介護認定率は低い

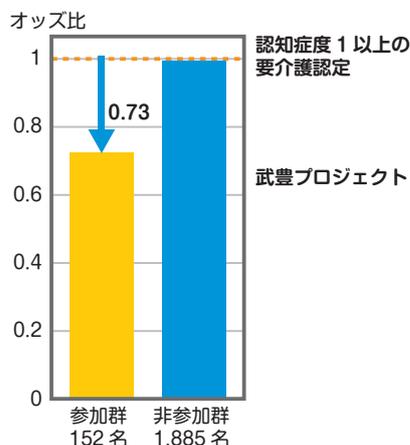
2007 年から 2012 年までの 5 年間の要介護認定率を参加群と非参加群で比較



[Hikichi H, Kondo N, Kondo K, Aida J, Takeda T, Kawachi I. Effect of a community intervention programme promoting social interactions on functional disability prevention for older adults: propensity score matching and instrumental variable analyses, JAGES Taketoyo study. J Epidemiol Community Health 2015;69(9):905-10. より]

図 4-15. サロン参加群で認知症発症 3 割減

2007 年から 7 年間追跡認知症度ランク 1 以上の要介護認定を受ける確率を参加群と非参加群で比較した

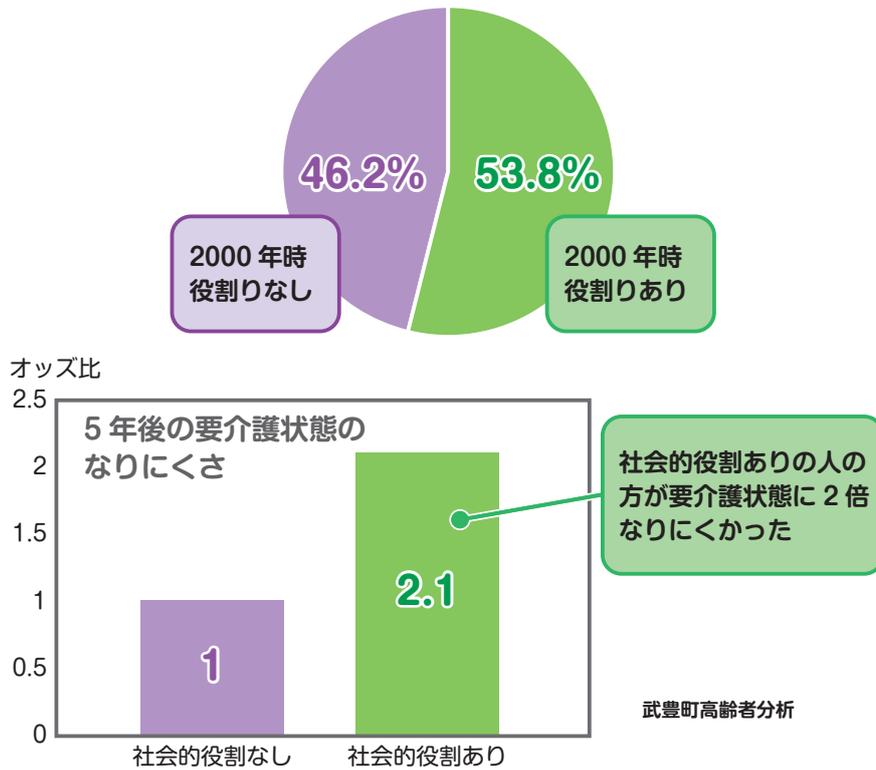


[Hikichi H, Kondo K, Takeda T, Kawachi I. Social interaction and cognitive decline: Results of a 7-year community intervention. Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions 2017;3(1):23-32. より]

3-6) 社会的役割と健康

図 4-16 は、武豊町の 65 歳以上高齢者を対象とした 2000 年調査回答者の社会的役割の有無別での、その後 5 年間の要介護状態発生を追跡した結果です。社会的役割「なし」に比べて「あり」が 2 倍、要介護状態になりにくいことが確認でき、サロンボランティアのような社会的役割を担うことが、健康保持に有用と考えられることが理解できます。

図 4-16. 社会的役割と健康



〔竹田徳則, 他. 地域在住高齢者の認知症発症の関連要因に関する研究－3年間の縦断研究から. 厚生労働科学研究費補助金長寿総合研究事業「認知症予防のための心理社会面に着目した包括的支援に関する研究」平成19年度総括・分担研究報告書(研究代表竹田徳則)2008.53-62.より〕

4) まとめ

サロン運営では、新たなボランティアの発掘と世代交代が課題として指摘されています¹¹⁾。対策としては、単に募集するのではなく地域住民に対してボランティアをやってみようと思わせる工夫が必要です。ボランティアの意義はもちろんのこと、サロンの背景やサロンの運営と参加によってもたらされる介護予防効果、それもボランティア自身にもたらされる効果を含めた「見える化」したデータを用いることが、有用と考えられます。

事例 05 愛知県豊橋市

ボランティア研修におけるデータ活用

1) はじめに

愛知県豊橋市では、研究チームと行政、社会福祉協議会、地域包括支援センターによる共同研究会の場を設けました。JAGES 調査データに加えて、行政が保有する介護予防チェックリストデータ、社会福祉協議会で取り組まれている独居高齢者への見守り活動と介護予防サロン事業のデータなどを統合して、地域課題の「見える化」と多部門間での課題共有を試みました。共同研究会は年に数回、行いました。^{※4}

※ 4.2013 年度は 2 回、2014 年度は 3 回、2015 年度は 4 回、2016 年度は 3 回（予定）開催した。

2) 愛知県豊橋市の概要

豊橋市は愛知県の南東部（東三河地区）に位置し、東側は静岡県と隣接した総人口 378,898 人（2014 年 10 月時点）の中核市である。高齢化率は 2016 年 10 月時点で 24.0%（91,544 名）で、全国平均（27.3%）よりやや低く、今後の高齢化の速度も全国平均並みの自治体です。要支援・要介護認定者の割合は 14.4%（2014 年 10 月時点）です。

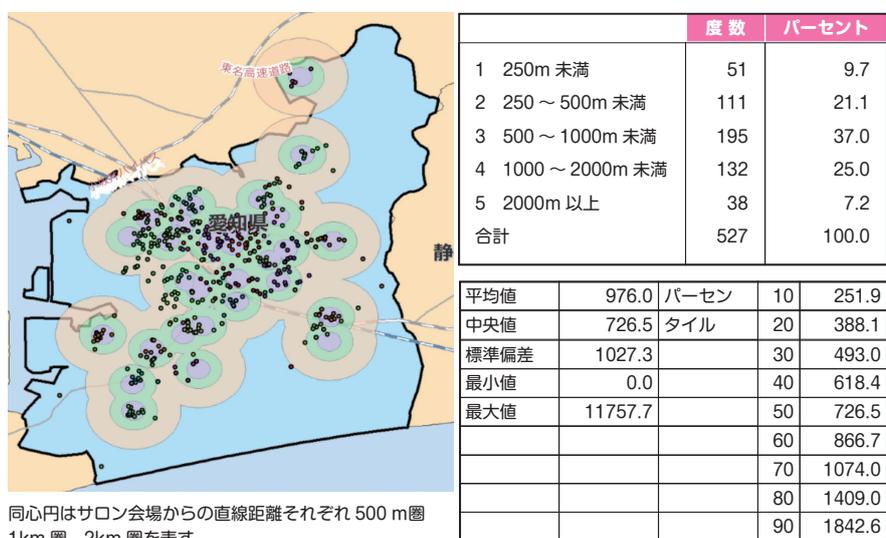
データ活用の事例 ① サロン事業参加者の特性の見える化

- GIS(Geographic Information System : 地理情報システム) を活用して自主運営介護予防サロン事業の会場と参加者を電子地図上にプロットし、参加者とサロン会場までの距離などを算出。
- 参加者の 50% が 750m 圏内



に居住していること、サロン会場までの距離と性別との有意な関連は認められず、男性の不参加理由は距離ではないこと、一方で、サロン活動と見守り活動のいずれも市内全域まではカバーしきれていないことなどを共有。

図 4-17. サロン会場までの距離について



データ活用の事例 ② 住民による見守り活動利用者の特性の見える化

- 調査データと見守り活動の利用者名簿を突合して見守られている独居者と見守られていない独居者を把握。
- 分析の結果、社会的孤立のリスクが高いと思われる人々ほど見守りサービスを利用しておらず、現在の「手上げ方式」の形態では届くべき人々にサービスが行き渡っていないことが判明。
- 母子・父子家庭、生活困難者などを把握している福祉票のデータベースを含めてハイリスク者の情報を共有することの意義を共有。

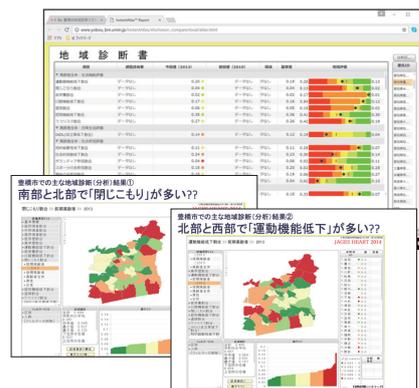
表 4-4. 見守りサービス利用 / 非利用者の相違 (一部)

		見守りあり (%)	粗オッズ比 (ref. = 見守りあり)		
			OR	95%CI	p
性別	女性	30.7	(ref.)		
	男性	19.4	1.85	(1.60-7.09)	.009
婚姻状態	死別	33.0	(ref.)		
	離別・未婚	20.4	1.95	(1.21-3.12)	.006
	その他・不明	11.1	4.01	(1.65-9.73)	.002
等価所得	200万円以上	28.2	(ref.)		
	200万円未満	26.3	1.11	(0.70-1.74)	.666
	不明	28.0	0.99	(0.57-1.75)	.984
居住年数	30年以上	32.7	(ref.)		
	10～30年未満	20.7	1.84	(1.10-3.08)	.021
	10年未満	12.7	3.37	(1.60-7.09)	.001
	不明	28.0	1.19	(0.48-2.91)	.710
住宅種類	持ち家	31.2	(ref.)		
	民間賃貸住宅	9.9	4.36	(1.89-10.02)	.001
	公営・公社・公団	28.3	1.12	(0.59-2.12)	.722

データ活用の事例 ③ 地域診断システムを活用した小地域 (学区) の特徴の把握

- 「地域診断システム」による地域診断書を活用して、例えば閉じこもりが多い地区や運動機能低下者が多い地区、抑うつ傾向者が多い地区などを共有。
- 市内の7校区において、地域診断システムを踏まえたワークショップを展開。消極的・否定的な意見が出される地域もあった一方で、地域の買い物難民の多さから近くに集う場所をつくりたいという動きにまで発展し

図 4-18. 地域診断システムの結果 (一部)



た地域もあり。

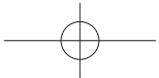
- データで確認された地域課題に直接対応するような解決策が提案されたわけではないが、データを提示することにより、従来にはない具体的な議論が展開されたという意見あり。

共同研究会の意義と課題

- 他部署・他機関と情報交換する場が乏しかったため、「共同研究会」という形で関係者が集い、情報を共有する場の必要性が指摘されました。なお、途中で人事異動があったにも関わらず、共同研究会を継続されました。
- 共同研究会を通じて、様々な機関で取り組まれている住民参加・主体型の「交通整理」をして、地域住民が疲弊しないよう配慮すべきことが改めて確認されました。
- 住民に対しては、地域の課題を話し合う座談会自体は地域福祉の分野でも古くから行われていますが、地域診断など各種データを提示することが拡散した議論や雑談で終わらせないために有益であることが確認されました。
- 共同研究会という場に、第三者として研究者が入っていることも重要であることが指摘されました。同時に、研究者が参加しない共同研究会のあり方については今後、検討していく必要があります。

事例 06 災害対策へのデータの活用と住民組織等との連携

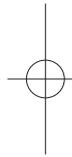
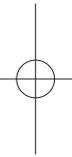
地震や津波、台風や洪水、土砂災害、熱波や寒波など、災害は突然発生し人々の健康や生命に深刻な影響を与えます。世界中で過去 10 年の間、毎年 99,700 人が災害により死亡していると推計されています (Center for Research on the Epidemiology of Disasters, 2015)。その上、災害は生き残った被災者にも負担を



与え、死亡率を高める可能性があります。医療機関の被災により受診が出来なくなることは人工透析患者など、重篤な疾病を有する人々を生命の危機にさらすことになり、災害後に心理的なストレスが高まっている場合には循環器系疾患を増やす可能性が指摘されています。災害により移住を余儀なくされることは、住環境の変化だけでなく、慣れ親しんだ近所の人々と離れてソーシャル・ネットワークが減少することを通してストレスを増加させ、やはり被災者の健康に悪影響を与える可能性があります。

一方で、災害のダメージは対策をしておけば減らせることが知られています。被害を減少させるための対策として、建築物の耐震基準や津波に対する防波堤などハード面での対策がしばしば注目されますが、2011年の東日本大震災で津波が多くの防波堤を破壊して乗り越えていったことから想像されるように、ハード面での対策は大切ではあるものの、それだけでは対応できない状況も考慮しなくてはなりません。そのためには、事前の準備や情報の整理が大切になります。また人々のつながりから生まれる資源であるソーシャル・キャピタルも災害対策に重要であると言われています。

ここでは、東日本大震災や阪神淡路大震災の際に得られた知見をもとに、地域診断データを活用した、人々の健康や人々のつながりに関連する災害対策の要点を説明します。



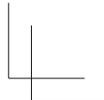
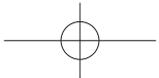
1) 災害前の対策

災害の直後には消防隊や自衛隊の救護活動がすぐに入れるとは限りません。また、必ずしもすべての地域住民が行政の指定する避難所に避難できるとは限りません。そのため、各家庭や各地域住民における対応が重要となります。また、体育館などの避難所の運営も、地域住民が主体となることが多くあります。そのため、災害にあう前からの準備が重要となります。

<物資の備蓄や避難訓練の実施と、近隣の地域同士の助け合いのネットワークへ>

災害前からの避難場所の指定などは、すでに行政で実施されているかと思えます。地域住民がこれを熟知し、防災訓練を実際に経験することで、スムーズな避難行動につながります。

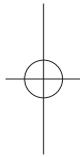
また東日本大震災の際には、津波が到達しなかった山側の地域の町内会の人々が、津波にあった海側の地域に、災害直後の自衛隊などが入る前に食事の炊き出しの支援に入ったというエピソードがあります。物資を備蓄



して防災訓練を実施していると、自分の地域が直接被災していないが近隣の地域が被災した場合に、短時間のうちに食事の炊き出しなどの支援に入ることができます。各地域がこうした体制を整えておくことで、近隣地域同士の助け合いのネットワークが出来上がります。物資の備蓄状況や防災訓練の実施状況を行政が把握し、不足している地域に対する支援をしておくことが大切でしょう。

<ハイリスク者やハイリスク地域の把握>

災害弱者である高齢者や要介護者、心身の健康状態が悪い人々の居住地域を把握しておくことで、避難の呼びかけや支援を優先的に実施する地域を決定することができます。平時における健康調査のデータを地理的に集約し、行政の健康対策部署だけでなく、災害対策部署とも共有しておくことが必要でしょう。



緊急時の食料や毛布などの物資は町内会が備蓄したり、行政から町内会に向けて物資が提供されることがあります。しかしながら、マンションが多い地域など、町内会の加入率が低い地域も最近では多いのが実情です。災害後に、町内会経由で支援物資を分配した場合に、町内会に加入していない人に物資が届かないようなことは避けなくてはなりません。町内会に加入していない人がハイリスク者とならないように、このような地域をあらかじめ行政は把握しておく必要があるでしょう。そして、どのような対応をするか、物資の配給のルールをあらかじめ決めておくことなどの準備が必要になります。

<地域のキーパーソンとの交流とその情報共有>

避難所の運営にあたり、町内会長などが実質的なリーダーとなることが多いです。行政職員がこうしたキーパーソンと顔見知りであったことが円滑な支援につながったと報告されています。そのため、行政職員と地域のキーパーソンの普段から交流は、災害時の支援にも役に立つでしょう。また、誰がどこの地域のキーパーソンであるかの情報を行政内部で共有していたことが役立ったという報告もありますので、災害時に活用できるデータとして行政内部での情報共有できる仕組みづくりが大切でしょう。

<女性の活用の意識づくり>

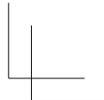
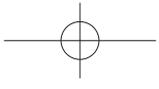
東日本大震災時の避難所において、女性の授乳や生理用品の配給に対して、男性の理解が得られにくかったというケースがあります。また、避難所で「女性は全員揃って、朝5時に起きて炊き出しする」という意見が通ってしまい、女性の疲労や不眠のうったえが多くなったという事例の存在も聞かれています。このような事例が生じる一因として、避難所の運営にかかわる行政や、町内会会長や町内会執行部などの避難所でのキーパーソンやその関係者となる人に男性が多いことがあると考えられます。こうした問題を回避するために、避難所の対応にあたる行政職員や、災害復興の会議などに、かならず女性の行政職員を入れていた自治体も存在します。女性の行政職員や住民を意識的に起用することが、行政及び住民の間に共通認識として出来上がっておくことが必要だと考えられます。行政からの災害対策の情報の中に、女性の起用に関する情報発信も必要でしょう。

2) 災害後の対策

災害後の対策として、ここでは避難所や仮設住宅に関する事柄を述べます。東日本大震災で最も被災者の人数が多かった宮城県では、プレハブ仮設住宅や民間賃貸住宅借上げる応急仮設住宅（みなし仮設）の被災者に対して、健康状態だけでなくソーシャル・サポートや社会参加についても震災後から継続して調査を実施しています（図4-19）。ソーシャル・サポートや社会参加は、実は生活や健康に影響を与えていますので、こうした事柄を把握するのも有用です。以下では、ソーシャル・サポートや社会参加の維持にも関連する、災害後の対策について述べます。

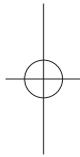
<避難所や仮設住宅への入居方法>

避難所や仮設住宅への移住が災害後に必要となる場合、ソーシャル・ネットワークの維持を意識することが大切だと考えられています。例えばプレハブ仮設住宅への入居は、基本的にプレハブ仮設住宅が1棟建設されるごとに入居していきますが、行政は「公平性」を重視してくじ引きで入居者を決定することが多くあります。しかしこうすると、元の地域の顔見知りの人々が離れ離れになってしまい、ご近所の助け合いがなくなってしまう、外出が少なくなってしまう懸念があります。反対に、ご近所の顔見



知りの人が近くにいれば、お互いの助け合いが人々の生活を楽にするでしょう。何か物質的に助け合うわけではなくても、話をしたり被災の悩みを聞いたりといった「情緒的サポート」も健康に良い効果があることが知られています。東日本大震災の際に、避難所に入る際と同じ地域の人を同じフロアーにしたり、プレハブの仮設住宅への入居に関しても住民の意見を聞きながら元の同じ地域の人が近隣になるよう（例外も認めながら）にした自治体が存在します。実際に地域ごとに集まってプレハブ仮設住宅に入居した場合には、助け合いが多かったことが報告されています（図 4-20）。「くじ引き」よりも行政の手間は多くなりますが、人々のつながりを維持することを考えた移住方法が求められます。

<外出・交流の機会づくり>

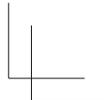
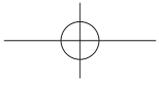


東日本大震災の後、プレハブ仮設住宅では行政や社会福祉協議会やNPO、ボランティアなどによるイベントなどが多くの地域で行われました。実際、プレハブ仮設住宅以外の被災者（多くは、民間賃貸住宅入居者）に比べて、プレハブ仮設入居者は社会参加の機会が多いことが報告されています。また、社会参加の多い仮設住宅に住むほど、精神的な健康状態が良かったことも報告されています。仕事をしていない高齢者では、仮設住宅に入居したことで外出の機会が減少することなどが懸念されますが、プレハブ仮設住宅での取り組みは、一定の成果を上げていたと考えられます。

また、仮設住宅の設計自体も人々の交流に影響します。仮設住宅内の集会所はサロンやイベントの開催場所となるため、人々の交流の機会を増やすのに重要です。仮設住宅の敷地内のベンチやテーブルも人々の交流の機会を増やすと考えられます。プレハブ仮設住宅では、異なる棟の住居の入り口が向かい合うようにしたほうが人々の交流が生まれやすいと言われていました。仮設住宅設計の段階から、人々のつながりを増やすことを考慮しておくことも必要でしょう。

<行政と住民の連携>

行政と被災者のつながりも、当然ながら大切な資源となります。東日本大震災の後にある自治体では、プレハブ仮設住宅の集会所で月一回、仮設住宅の運営に関する被災者住民代表の連絡会が開催されましたが、そこに行政職員や警察や消防の職員、大学の研究者なども参加していました。こ



れにより、住民はさまざまな情報を得ることができ、また住民の要望も各方面に伝達しやすく、役に立ったと考えられています。

また、被災者のメンタルヘルスのケアをする上でも、行政の保健職種が住民とコンタクトをとって、ケアに結び付けることが大切になります。

<被災者の見守り活動>

東日本大震災の後には、社会福祉協議会や地域によっては青年海外協力隊の経験者の団体などが、被災者の家庭を訪問して見守り活動が実施されています。こうした活動は、困りごとがある被災者の把握や、困りごとの解決に有用でしょう。また、近隣住民との交流がない被災者、あるいは交流の中に入っていけない人々にとっても、こうした公的なサポートは重要なものとなります。

<みなし仮設入居者を忘れずに>



プレハブ仮設住宅には多くの被災者が集まって居住しているため、ボランティアや支援物資が入りやすく、反対にプレハブ仮設住宅以外に居住する被災者には、これらの支援が届きにくかったと言われています。そうした被災者の動向を行政が把握し、特に独居高齢者や有病者などの災害弱者には、支援に関する情報や機会を提供できることが求められます。

<仮設住宅から復興住宅へ>

東日本大震災の後には、今後の津波被害がないような高台や盛り土をした土地に被災者が移住をしています。この移住をする際にも、どこに誰が居住するのか、ソーシャル・ネットワークを維持することも考え、住民と行政との密接な協議の元、移住を進めていく必要があります。

おわりに

ここに挙げた対策は、行政内部では多くの部署に担当がまたがっている可能性があります。そのため、行政内部で情報共有やつながりを強くすることが、円滑な災害対応をする上で重要となります。行政内部、行政と住民やNPOなどの団体の連携をすすめながらの災害対策が望まれます。

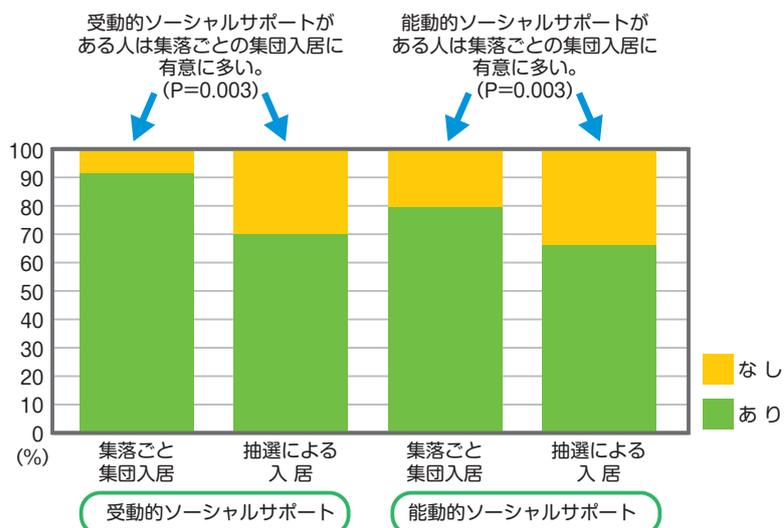
図 4-19. 宮城県 平成 25 年度プレハブ住宅調査票

1 人目記入欄		2 世帯主・世帯主からみた続柄	3 職業	4 過去1年間に健診(学校、職場、市町村等で実施する健診)を受けましたか。	5 体調はいかがですか。
1 氏名(性別)・生年月日(年齢)		①世帯主 ②配偶者 ③子 ④子の配偶者 ⑤孫 ⑥父母 ⑦その他()	①会社員 ②公務員 ③自営業 ④パート・アルバイト ⑤農業 ⑥漁業 ⑦主婦 ⑧学生 ⑨無職 ⑩その他()	①受けた ②受けていない ③分からない ↑ 19歳以上の方がお答えください。	①大変よい ②まあよい ③あまり良くない ④とても悪い
7/14 氏名 性別 ①男性 ②女性 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 年齢 満 歳 (9月1日現在)					
6 病気はありますか。 ①ある ②ない → 7にお進みください。 *「①ある」と回答した方は、病名に○をつけてください。 ↓ 病名 → ○をつけた病名について治療の状況に○をつけてください。		7 こころの問題についてお聞きします。 過去30日間に、どれくらいの頻度で下記のことがありましたか。 全ての項目のあてはまるところに○をつけてください。 18歳以上の方がお答えください。			
		項目 \ 頻度			
		全くない 少しいある 時々ある たいいある いつもある			
① 糖尿病		神経過敏に感じる			
② 高血圧		絶望的だと感じる			
③ がん		そわそわ、落ち着かなく感じる			
④ 心疾患		気分が沈み込んで、何が起ころても気が晴れない感じがする			
⑤ 脳血管疾患		何をしても骨折れだと感じる			
⑥ 呼吸器疾患		自分は何の価値もない人間だと思う			
⑦ 精神疾患					
⑧ 透析					
⑨ その他()					
8 現在の状況について、①～⑥に当てはまるものがある場合には、番号に○をつけてください。 体重の増減があった場合には、その量についても記載してください。		9 悩みを相談できる人はいますか。		10 震災前に比べて、日頃の生活で体を動かす機会はどうなりましたか。	
①眠れない ②何かのきっかけで、災害を思い出して気持ちが動揺することがある。 ③朝または昼から飲酒することがある ④食欲がない ⑤1年前に比べて、体重が減少した (kg減) *健康のために意識的に減らした場合は除く ⑥1年前に比べて、体重が増加した (kg増) *成長期による体重の増加は除く		①いる ②いない		①とても少なくなった ②少なくなった ③変化なし(もともと少なかった) ④変化なし(よく動いている) ⑤増えた	
		11 自治会や集会所で開催される行事への参加等、地域との交流の場へ参加していますか。		12 介護保険の認定を受けていますか。	
		①参加している ②参加していない		①いいえ ②要支援1 ③要支援2 ④要介護1 ⑤要介護2 ⑥要介護3 ⑦要介護4 ⑧要介護5 *サービス利用の有無 ①有り ②無し	
		13 障害者手帳をお持ちですか。			
		①いいえ ②身体 級 ③療育 A・B ④精神 級		①いいえ ②無し	

記入の御協力ありがとうございました。再度、記入漏れがないかご確認ください。
ご家族がおられる方はご家族へお渡しいただき、次のページへの記入をお願いします。

〔宮城県ホームページ (http://www.pref.miyagi.jp/soshiki/kensui/oukyuukasetsujutaku.html) より〕

図 4-20. プレハブ仮設住宅への入居方法と、ソーシャル・サポート



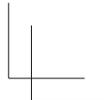
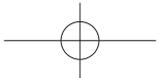
[Koyama S, Aida J, Kawachi I, Kondo N, Subramanian SV, Ito K, et al. Social support improves mental health among the victims relocated to temporary housing following the great east japan earthquake and tsunami. The Tohoku journal of experimental medicine 2014;234: 241-7. より]

事例 07 愛知県名古屋市

大規模団地における孤立防止推進事業

1) はじめに

名古屋市緑区の鳴子団地は昭和 39 年年竣工の大規模公団賃貸型集合住宅です。鳴子団地の高齢化率は推定約 50%、周辺地域と比べ高齢化が著しい地区です。平成 27 年現在、鳴子団地には約 900 人の高齢者が居住しています。名古屋市は大規模団地における高齢者の社会的孤立解消を目指し、平成 24 年度より委託事業として「大規模団地等における孤立防止推進事業」を開始しました。鳴子団地はモデル地区の一つに



選定され、平成 25 年 10 月から団地内に「居場所づくり」「困りごと相談」「地域行事との連携」の 3 つを柱とするコーヒーサロンを開設しました。事業終了後の現在も自主活動として継続しています。

2) 地域・関係機関の連携と共有認識に向けて

2-1) 課題共有のためのデータ活用

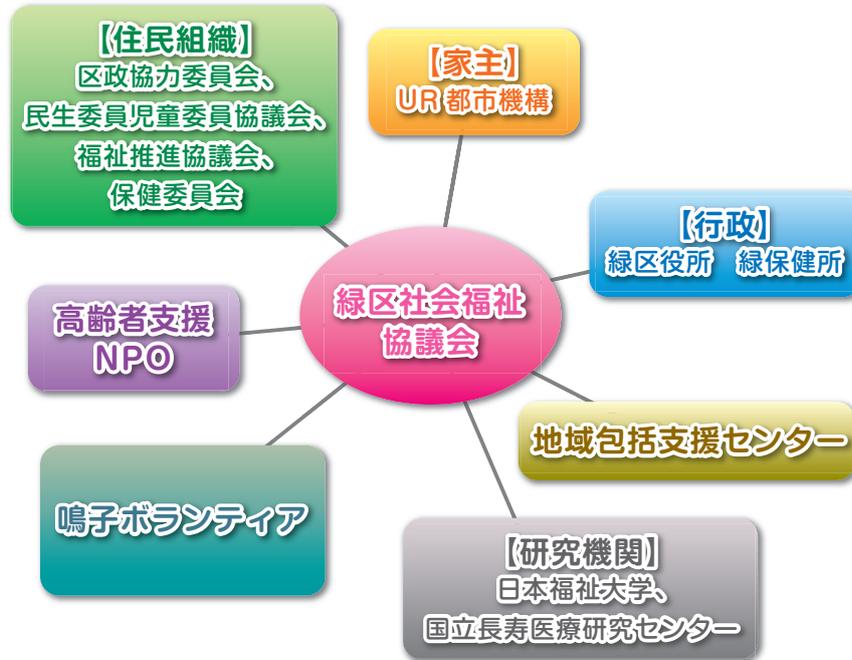


社会福祉協議会（以下、社協とする）が中心となり、区、保健所、研究機関、住民組織、地域の NPO 団体が参加する会議体が構成されました。しかし当初は「高齢者の孤立よりも大事なことがある」という意見など、必ずしも参加者の理解が得られませんでした。こうした状況を受け、団地高齢者全数への調査が実施されました。調査では住民間の支え合いの程度や日常の困りごとの状況のほか、地域の資源として活躍する意欲のある高齢者を把握しました。調査結果を会議において報告することにより、実際に地域での関わりが薄い住民や、支え合い意識があまりないと感じる住民、困りごとの相談相手がいない住民が多いことへの課題認識の共有を図ることができました。課題共有にはデータ活用が重要という一例が示されたといえます。

2-2) 地域・住民との連携

鳴子団地には既存の NPO・ボランティア団体・住民組織等が多く関わり、新規事業を立ち上げるうえではこれらの既存組織との協力・共存関係の明確化が重要でした。一般的に、団地は限られた場所に多くの高齢者が集住しており、場所確保が可能であれば徒歩圏内の居場所づくりを行いやすい利点があります。一方、そうした地理的特性から、既存の支援団体との棲み分けが難しく、共存可能性を考慮しながら活動目的や内容を設定することが重要と思われます。また地域づくり活動には住民参画が不可欠です。鳴子団地の取組みでは、住民調査で把握したボランティア活動に関心のある高齢者（後、「鳴子ボランティア」となる）も会議体に参加し、企画の検討に加わりました。ボランティア活動に関心があっても実際に参加する高齢者は少なく、こうした調査を通じた把握・リクルートは一案といえます。

図 4-21. 組織図

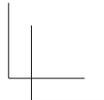
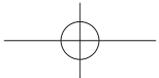


3) 住民ボランティアの育成と支援

ニーズ調査で「ボランティアに関心がある」と回答した高齢者を中心に「鳴子ボランティア」を立ち上げ、サロン開設までの3か月間、社協や地域のNPO等を中心にボランティア研修を実施しました。ボランティア研修では、地区イベントでの広報活動やコーヒーの淹れ方講座なども行われました。こうして平成25年10月のサロン開設を迎えました。開始1年後のボランティアへの聞き取り調査から得られた、ボランティア活動継続を支援するヒントを以下に紹介します。

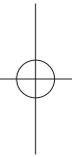
3-1) 水平的な運営

サロン開始当初、企画は社協担当者と代表が相談し、それ以外のボランティアは指示された通りに動く体制でした。そのため各ボランティアは自分の役割がわからず混乱したといえます。しかし諸事情により、代表者が



交代することを契機に運営方式を「水平的」に転換しました。代表とともに副代表や会計担当などの複数名が担う体制とし、企画と会計について全員が情報共有と意見交換を行うことにより、ボランティア全員が活動全容を把握するようになりました。そのうえ意見交換を活発にすることで意見や個性の違いを尊重するようになり、お互いが一番適任だと思う役割分担を行えるようになったということです。

3-2) 支援機関との信頼関係



自主運営に移行するに際してボランティアには大きな混乱が生じたといえます。しかし社協が「絶対に見捨てない。必ず支える」と強く約束したこと、ボランティアと社協との信頼関係を構築できていたことから、活動が空中分解せずに済みました。実際に、社協は地域包括支援センターとともに事業終了後もほぼ毎週サロンに参加し、適宜アドバイスを行い、会場や設備の面で全面的な協力を行ってきました。その後、自主活動化は順調に進捗しているようです。地域住民の自主活動化に向けて、支援提供者との信頼関係が重要であることがうかがえます。

3-3) ボランティア自身の効用感

ボランティア達は活動当初、週1回のサロン活動に負担を感じていました。ところが、しばらくすると、週1回の活動が生活リズムの一部になったといえます。また、ボランティアはサロン活動を通じて「自身の成長」「ネットワークが増える喜び」「感謝される喜び」「生活の張り合い」などの効用を感じることで、活動継続意欲が高まってきました。活動継続支援のうえでは、ボランティアに地域や自分自身にとってのメリットを感じてもらえるよう配慮することが重要といえます。

4) 活動の評価

研究機関を中心に、社協や区、保健所、名古屋市等との協力により、平成27年12月に高齢者への全数調査を再度実施しました。回収率は7割を超え、多くの住民の理解を得られました。将来的に要介護認定の抑制効果も評価する予定となっています。調査の結果、団地高齢者の参加割合（ボランティア割合＋利用者割合）は男性8%、

女性 16%でした。これらの評価結果を市、区、保健所、社会福祉協議会やいきいき支援センター（地域包括支援センター）等と共有し、今後の活動内容を吟味するという PDCA サイクルが回りはじめています。

5) 鳴子団地におけるサロン活動の今後

鳴子団地では現在も引き続きサロン活動およびサロンを拠点とする個別支援が実施されています。平成 26 年より名古屋市の地域支え合い事業に位置付けられ、団地がまたがる 2 学区が対象となっています。年数回、社協、行政、保健所、地域包括支援センター等の公的機関と民生委員や区政協力委員、ボランティアなどの住民、研究機関が集まり、今後の活動のあり方を検討しています。現在の課題としては、活動の担い手不足や、男性高齢者への活動の浸透不足が挙げられます。とはいえ、鳴子団地での取り組みは地域包括ケアの実現に向けて着実に進捗しているといえます。

【参考文献】 12.13)

事例 08 沖縄県南城市

地域のソーシャル・キャピタルの活用

1) 沖縄県南城市の概要

2006 年に 1 町 3 村（佐敷町・知念村・玉城村・大里村）の合併により誕生した南城市（面積：49.70km²）は、現在人口 42,890 人（21,537 人、21,353 人）で高齢化率は 21.2%です。沖縄県は全体的に、人口増加率が高く、高齢化率は全国で最も低い地域となっています（17.4%）。一方、特に人口増加が顕著な沖縄県南部地域の中で、南城市は人口増加率が低調（10 年間の増加率が沖縄県平均 5.7%に対して、南城市は 1.6%）で、高齢化率が高めの傾向がある地域です。また県内の 3 世代同居率は 5.5%ですが、南城市は 8.4%と高いことも特徴となっています。

2) 南城市 T 地区の公民館を核とした介護予防活動・健康づくり活動の展開

2006年に1町3村（佐敷町・知念村・玉城村・大里村）の合併により誕生した南城市（面積：49.70km²）は、現在人口42,890人（21,537人、21,353人）で高齢化率は21.2%です。以下は南城市の特徴です。

- ① サークル仲間でもある、市の職員の呼びかけで、地域の「健走会」（マラソンサークル）メンバーが中心となって、健康づくり推進員を3地区で組織化
- ② 検診受診率を地区毎で競い、高い地域や上昇率が著しかった地域に「報奨金」を出す仕組みを市が公式に創設
- ③ 旧佐敷町地域を中心にして、検診受診の呼びかけを公民館毎に自治会役員や健康づくり推進員が実施
- ④ 健康づくり推進員連絡協議会が発足
- ⑤ 各地域で公民館単位の活動を中心に、検診受診の呼びかけや健康づくりイベントの開催を実施して、健康づくりに関心のある住民や組織メンバーを増やしていった。
- ⑥ 地区の規模別に検診受診率を競い合った結果、検診受診率が10%程度だった地域で、8年間の間に2地域で受診率が60%を達成するなど、検診受診率上昇に成果が出た。
- ⑦ 南城市T地区の公民館を中心とした住民組織で、花いっぱい運動や、空き地の整備活動など、健康づくりを中心に集まった仲間が、まちづくり活動に携わる。
- ⑧ 同公民館において、健康づくり推進員が中心になって、2地区でミニデイ事業、介護予防サロン事業を開始。所管課が健康増進課・介護保険課にまたがる、健康増進活動と介護予防活動を公民館を中心にする事で、住民が主体となって連携して推進する状況が生まれている。



3) ソーシャル・キャピタルの効用から考える 南城市 T 地区の地域組織活動・部署間横断の Well-being 推進

ソーシャル・キャピタルが健康に直接的・間接的に影響を与えることも、多くの報告からよく知られています^{14,15)}。さらに、ソーシャル・キャピタルは、例えば信頼関係があると取引のコストが抑えられる様に、社会の効率性を上げることや、社会全体の資源の配分についても、大きく関係すると考えられます。

例えば、ソーシャル・キャピタルが豊かなコミュニティの効果として、南城市の活動を理解すると以下のような健康効果が期待されると考えられました。

この地域では、震災時の助け合いによる死亡リスクの緩和や、抑うつ症状の軽減が報告されています。また復興の早さや地域格差の緩和についても、ソーシャル・キャピタルの持つポジティブな機能が期待されます。

① インフォーマルな社会的統制 (Informal Social Control)

(1) 向社会行動の増加

社会的統制の機能の一つとして、ソーシャル・キャピタルが豊かな地域では、向社会行動が増えることが報告されています。これは地域で互いの関係性が深まることにより、社会的に望ましいと考えられる行動規範が採択され、逆に社会的な逸脱行動を規制する機能が高まることによる効果と考えられます。南城市でも花を植えることでポイ捨てをする人が減ったり、挨拶をする人が増えたことが観察されています。

(2) 健康行動の機会の増加

望ましいと考えられる行動規範の一つとして、健康的な行動規範の適応が促進されることで、減塩や禁煙、運動機会の増加など、健康によいと考えられる行動を採択しやすくなることが期待されます。健康行動の機会の増加が期待されると共に、健康づくりを行う仲間や友人を見つけやすくなることによる影響も期待できます。

(3) 若年層の逸脱行動への見守り機能

社会的統制の機能の一つとして、未成年の喫煙や飲酒などの行動に対する、地域の見守り機能が強化され、大人が子どもに注意する規範が広がることが知られています。また若年層の側も、こうした見守り機能が浸透することで、自律的な行動規正を行うことが期待されます。

② ネットワークによる健康に資する情報の伝達や情報共有の促進

ネットワークが豊かさだと、グループ内、グループ間の情報伝達の効率上がり、情報の信頼性が高まることが考えられます。その結果、健康についても、有益な情報が早く伝わり、浸透しやすくなることが考えられます。

③ 心理社会的なストレスの軽減

コミュニティやグループの成員間のコミュニケーションが促進されることから、心理的なストレスが緩和されたり、軽減されたりすることが期待される。ただ逆に、強すぎるソーシャル・キャピタルが互いの監視機能を強化することで、社会的ストレスを増加させる可能性も指摘されています。

④ 運動や健康づくりを共に行う仲間・団体の増加

前述の健康行動の機会の増加と共に、地域のソーシャル・キャピタルが豊かになることで、健康づくりを共に行う仲間を見つけやすくなる事が期待されます。同じ運動負荷でも、仲間と行う方が健康効果が高いことが報告されており、個人が健康行動を行う効果が期待される共に、仲間と一緒に活動することによる効果が期待されます。

⑤ セーフティネットや見守りのネットワークの提供

前述の震災時などの緊急時のセーフティネット機能に加え、平常時でも、一人暮らし高齢者の見守りのネットワークが地域で構築される事や、一人親家庭や困難を抱えた地域住民に対する、インフォーマルなセーフティネットとして、助け合いの機能が期待されます。

⑥ 治安の安定

治安の安定や安心感による外出行動の促進による、運動効果や精神的健康度への貢献が期待されます。

⑦ 集団的効力感 (Collective efficacy)

例えば地域の病院が閉鎖される危機に直面した際や、特定の診療科が機能しなくなった際に、病院閉鎖を回避するための行動を住民が積極的に起こしたり、診療機能が低下した診療科を補う様な、集団による行動を起すなどの効果が期待されます。

⑧ 格差縮小への意思決定

収入格差をはじめとする、健康になる機会の不平等を是正する様な政策が、コミュニティの総意として、採択されやすくなることが考えられます。結果として、健康効果や長期的な幸福なコミュニティ構築への効果が期待されます。

⑨ 震災時の助け合い行動や、弱者の救済、復興

ソーシャル・キャピタルが豊かな地域では、震災時の助け合いによる死亡リスクの緩和や、抑うつ症状の軽減が報告されています。また復興の早さや地域格差の緩和についても、ソーシャル・キャピタルの持つポジティブな機能が期待されます。

上記はあくまでも、仮説や先行研究による報告を元にした検討ですが、その他にも各地域の既存資源や文脈に従って、幅広い健康効果が期待出来ると考えられます。

南城市T地区では、地域のソーシャル・キャピタルを活用し、さらに部署を横断して資源を地域に注入することで、新たなソーシャル・キャピタルが生まれ、健康づくりと介護予防事業に効果があったと考えられます。

特に、人間 (=仲間)・空間 (=公民館)・時間 (=活動) の3つの間を、地域が上手く共有することで、住民主体で健康保健サービスと介護予防サービスを、部署を横断する形で実施出来たと考えられます。健康推進員の活動と介護予防活動を、公民

館という地域の資源を中核にし、地域の健康推進員を中心に展開することで、複数のサービスを一箇所で地域へ展開することが出来たと考えられます。

南城市 T 地区では、琉球大学の担当者が各地域の公民館において、健康講話を実施する際に、JAGES の結果についても報告し、WS において住民間で地域課題・個人課題について、検討いただく機会を定期的で開催してきました。WS を通して、個人の栄養状態や健康課題について、また、地域の健康状態や意識について、データを見える化して、フィードバックする機会を複数回持ちました。

その中で、住民の方から健康づくりについてのアイデアや、活動報告を多く伺い、多地域の推進員さんとも共同の勉強会で共有して戴く機会も持ちました。部署間連携・地域間連携・サービス間連携をスムーズに行うための鍵は、意識の共有であり、連携・健康づくりの主役は住民という点を常に意識する視点は重要だと考えられました。

事例 09 北海道 大雪地区広域連合 隣接 3 町の広域連合による取り組み

1) 取り組みの要点

JAGES-HEART 2014 を用いた『健康とくらしの調査 2013 見える化』データから、大雪地区広域連合の構成 3 町は閉じこもりの割合が高く、外出をする人においてもその回数が全国と比較して少ないことを確認。

外出先を増やす取り組みを開始

2) 大雪地区広域連合の概要

平成 16 年 4 月 1 日から東川町、東神楽町および美瑛町の 3 町を区域とする介護保険事業・国民健康保険事業、老人保健事業および福祉医療助成事業を実施しています。中でも国民健康保険事業では、全国で初めて広域連合として保険料の統一を行い、財政運営の安定化と平準化に努めています。それぞれの自治体が行っている共通事務を広域連合で行うことで制度や住民負担の安定化、平準化につながるとともに、事務経費の軽減にもつながります。介護保険事業関係では一年に 4 回程度、大雪地区広域連合および、東川町、東神楽町、美瑛町の介護・福祉担当者共同の 3 町地域包括支援センター合同会議が開催され、住民福祉の向上のため情報交換等が行われています。

表 4-5. 北海道大雪地区広域連合を構成する 3 町の特徴

	東川町	東神楽町	美瑛町
人口(人) (平成 28 年 6 月 30 日現在)	8,116	10,384	10,409
高齢化率(%)	32.16	24.44	36.34
面積(km ²)	247.06	68.50	676.78
主要産業及び特徴	● 農業(水稲) ● 観光	● 農業(水稲) ● 旭川市のベッ トタウン	● 農業(水稲) ● 旭川市のベッ トタウン

3) JAGES-HEART 2014 の活用

2014 年 6 月から 4 回にわたり、北海道大学、大雪地区広域連合とその構成町である東川町、東神楽町、美瑛町の各事務、介護、福祉担当者とともに、JAGES-HEART2014 を用いた地域間比較を行いました。

4 回のうち最初の 2 回は、全関係者が一同に会した場で、まず北海道大学の研究者から JAGES-HEART 2014 の使用方法や全国値と比較した調査結果を提示しました。その後、他広域連合ならびに各町から現状に関する意見等が出されました。2 回の会合を通じて、各町の担当者は次の項目について共通した課題を抽出しました。

1. 全国と比較して、3町とも閉じこもりの割合が高いこと。
2. 外出をする人においても、その回数が全国と比較して少ないこと。

残りの2回は、北海道大学の研究者が個別に各自治体の担当者を訪問しました。訪問は、各町約一時間で、JAGES2010-13コホートのデータを用いて、外出頻度が少ない、または外出回数が前年と比較して減少したと回答した人はそうでない人と比較して、男女ともに死亡、要介護状態になるリスクが高くなることなど、JAGES全体や広域連合のみならず各町のデータに基づいた結果を提示しました。各町個別の課題や担当者から見えている問題点等に関するディスカッションを通じて、各町の担当者のみならず大学研究者も、北海道の積雪寒冷地における外出に関する問題の大きさを確認しました。



図 4-22. JAGES-HEART2014 の結果 ①

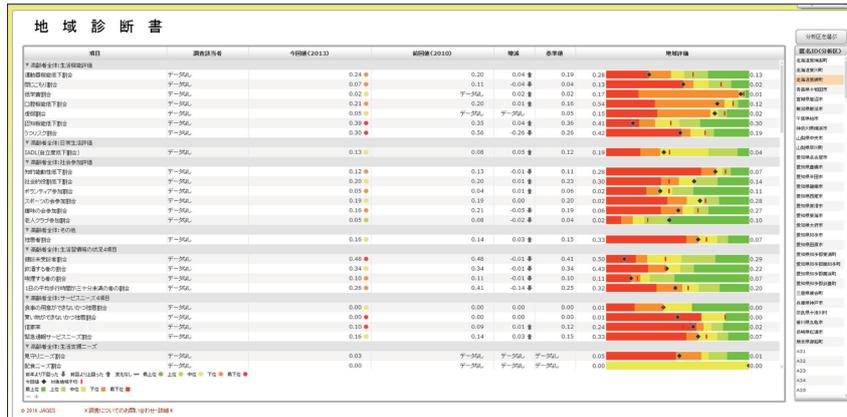


図 4-23. JAGES-HEART2014 の結果 ②



図 4-24. 外出の頻度 (男性)

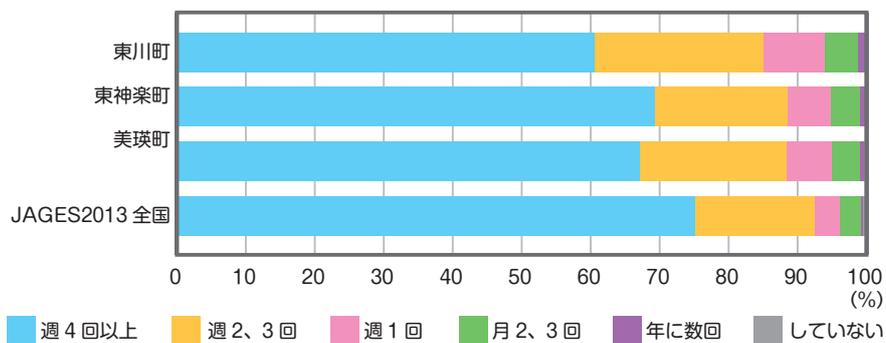
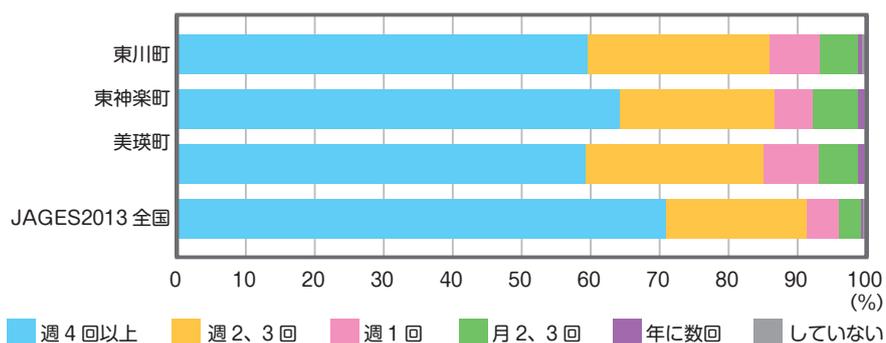


図 4-25. 外出の頻度 (女性)



4) 新たな取り組み

大雪地区広域連合ならびに各町の担当者が JAGES-HEART 2014 の結果と住民の現状から認識した閉じこもり、外出頻度の低下という課題に対して、以下の対策が立てられました。

- 東川町では、町主導の高齢者の通いの場として社会福祉協議会が運営する高齢者いきいきセンター 1 ヶ所のみが運営されていましたが、2016 年度より NPO 法人ソーシャルビジネス推進センター運営の運動教室 (まる元らくらく運動教室) を 1 ヶ所増設しました。
- 東神楽町では、2016 年度より地区公民館整備事業や高齢者のサロン活動へ

の一部助成事業が開始され、現在助成希望団体の募集を行っています。

- 美瑛町では、従来実施していた介護予防教室に加えて、2016年度より社会福祉協議会を主体とした3団体へのサロン支援事業を開始しました。

5) まとめ

JAGES-HEART 2014 を用いた『健康とくらしの調査 2013 見える化』データを用いて、隣接する3町と広域連合が共通の地域課題を確認し、意見交換が行われました。一般的に隣接する町であっても他町の状況を相互に確認する機会は少なく、**広域連合としての共通の基盤に立って3町がデータを確認、比較できたことはメリットと考えられます。**2015年から始まった新たな介護予防・日常生活支援総合事業を進める観点からも課題は各町の担当者が持ち帰り、それぞれ町の資源を活用して外出の機会を増やす取り組みを開始しました。このように取り組みについては萌芽期ですが、一年の約半分が雪に閉ざされる積雪寒冷地では、本州で行われた成功事例をそのまま活用できない苦労が各担当者にはあります。これら新しく取り組みを始めた事業の効果については、「今後の健康とくらしの調査 JAGES 調査」で検証する予定です。

事例 10 愛知県東海市

「健康交流の家」の開設

介護予防において、高齢者個人へのアプローチだけでなく、生活環境の調整や、生きがい・役割を持てる環境づくりなど、地域全体に働きかけるポピュレーション戦略が重視されています。愛知県東海市では、そうしたまちづくりによる介護予防を図る為、地域住民の交流の促進と健康行動の増進を目的とした「健康交流の家」の開設が進められています。東海市は、人口約11万人、高齢化率21.2%、要介護認定率15.9%の自治体です（2016年4月現在）。

1) 健康交流の家とは

健康交流の家は、「東海市立敬老の家の設置及び管理に関する条例」をもとに、広く使い勝手の良い「健康増進スペース」と利用者の憩いの場となる「交流促進スペース」を併せ持つ施設として整備が進められており、現在3施設が開設しています（敬老の家とは、東海市における「老人憩いの家」の名称で、高齢者に教養やレクリエーションの場を提供し、高齢者の心身の健康増進を図ることを目的とした施設です）。

また、現在、開設している施設の中には、健康交流の家と自治会集会所または津波避難施設と合築したものもあり、今後は子育て関連施設との合築も予定されています。

2) 健康交流の家の特徴

2-1) 健康増進スペース

健康増進スペースは、フローリング張りの床となっており、ゴムバンド体操やフラダンス、歌などの趣味の会による定期的な活動や、映画の鑑賞会などのイベントの開催を行っています。

2-2) 交流促進スペース

交流促進スペースは、テーブルと椅子、テレビが設置されています。そこではボランティアスタッフにより、手頃な価格でコーヒーや紅茶、お菓子（福祉作業所からの委託販売品など）を提供してくれます。スポーツや趣味の会などの活動前後にも利用者同士が交流を楽しむ機会が増え、活動に参加しない地域住民も、散歩途中などに気軽に立ち寄り、住民同士の交流する機会が増えています。

2-3) 施設運営

施設の運営は、地域住民の主体的な運営がされており、地域の高齢者がボランティアスタッフとして活動しています。2施設においては、地域の自治会長などが指定管理者となり、施設の管理・運営を行っています。その為、健康交流の家は、高齢者自身の地域における役割づくりにも寄与しています。

2-4) 防災機能

津波避難施設を合築している健康交流の家は、地域防災の拠点としての機能も有しています。同施設は、南海トラフ巨大地震等による津波の被災が想定される地域にあり、建物の1階の壁はあえて壊れやすい構造とし、構造体に津波の力を極力伝えないように設計されています。施設は、下の階（1・2階）が交流促進・健康増進スペースで、上の階（3・4階）が防災スペースとなっており、避難スペースと災害用備蓄倉庫が設置されています。防災スペースは、平時には防災交流のスペースとして、かつて甚大な被害をもたらした伊勢湾台風の記録写真や南海トラフ巨大地震の情報を展示しています。また、日頃より地域住民の防災意識を高めてもらうために、備蓄品などを利用した炊き出しや防災に関する講習などの防災イベントを開催し、防災を絡めた地域住民の交流も促進しています。

以上のように、健康交流の家は、高齢者の介護予防・健康増進に貢献するとともに、他の多様な機能の施設を組み合わせることにより、高齢者の社会参加を促進しています。

3) 健康交流の家の設立・運営に関連した部署間連携

東海市では、2009年から「健康なまちづくり」を全庁的に推進しています。死亡データや医療・介護・健診データの見える化を進めると共に、全庁的に募集した職員による「いきいき元気推進委員会」を立ち上げ、組織横断的に話し合いが進められて、「健康・生きがい連携推進プラン」が2010年に策定されました。

健康交流の家は、2012年に第一号がオープンしました。敬老の家を担当している高齢者支援課が中心となり様々な部署と連携し、設立・運営されています。例えば健康交流の家と自治会集会所の合築施設では、自治会集会所の建築費用の補助金事業を担当している市民協働課と連携し、また、健康交流の家と津波避難施設の合築施設では、市の防災を担当している防災危機管理課と連携し、避難所スペースの確保や災害用備蓄品などについて協議し、建設・設置を行いました。また、上記の防災イベントの開催については、高齢者支援課に加え、地域の健康づくりを担当している健康推進課や地域の防災訓練を担当している消防本部と連携し、地域住民と炊き出し訓練や防災に関する教育講話を行いました。また、今後は子育て関連施設との合築が予定されているため、女性・子ども課とも連携して準備を進めています。

以上のように、多機能施設である健康交流の家は、部署間の連携によって実現しました。さらに、健康交流の家の効果について、JAGES の研究者との連携により評価が行われています。

自治会集会所機能を持つ
健康交流の家



津波避難所機能を持つ
健康交流の家



健康増進スペース



地域ボランティアの活躍



交流促進スペース

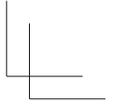
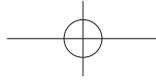
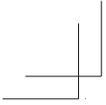


災害用備蓄倉庫

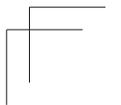
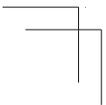
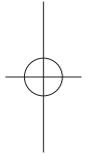


引用・参考文献

- 1) 近藤尚己. 健康格差対策の進め方: 効果をもたらす5つの視点. 東京: 医学書院; 2016.
- 2) 近藤克則, 近藤尚己, 稲葉陽二, 尾島俊之, 金光淳, 村上慎司. 健康格差対策の7原則 第1.1版 (2015年) (URL:<http://www.iken.org/project/sdh/project2014.html>). In. 東京: 医療科学研究所; 2015.
- 3) WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
- 4) WHO. Urban Health Equity Assessment and Response Tool (Urban HEART). In; 2011.
- 5) 尾島俊之, JAGES プロジェクト. 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 2014;24(1):35-45.
- 6) 近藤尚己, 近藤克則. 「健康格差の是正」にどう取り組むか. 保健師ジャーナル 2012;68(6):468-473.
- 7) 尾島俊之. 「地区診断」において「健康格差の縮小」を考える. 保健師ジャーナル 2013;69(2):104-109.
- 8) Tani Y, Sasaki Y, Haseda M, Kondo K, Kondo N. Eating alone and depression in older men and women by cohabitation status: The JAGES longitudinal survey. Age Ageing 2015;44(6):1019-26.
- 9) Hikichi H, Kondo N, Kondo K, Aida J, Takeda T, Kawachi I. Effect of a community intervention programme promoting social interactions on functional disability prevention for older adults: propensity score matching and instrumental variable analyses, JAGES Taketoyo study. J Epidemiol Community Health 2015;69(9):905-10.
- 10) 鈴木由里子, 田高悦子. 行政保健師の施策化能力評価尺度の開発. 日本公衆衛生雑誌 2014;61(6):275-285.
- 11) 社会福祉法人 全国社会福祉協議会: 生活支援サービス立ち上げマニュアル 4 ふれあい・いきいきサロン. 2010.
- 12) 稲葉静代. 高齢化団地問題でみんなをつなぐ「緑のおばさん」. 公衆衛生 2014;78(6): 428-431.
- 13) 名古屋市社会福祉協議会. 大規模団地等における孤立防止推進事業: 実践事例集. 2014.

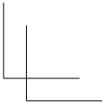
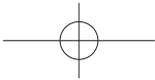
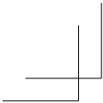


- 14) Kawachi I, Berkman L. Social cohesion, social capital, and health. *Social epidemiology*. 2000; 9:174-90.
- 15) Subramanian SV, Kim DJ, Kawachi I. Social trust and self-rated health in US communities: a multilevel analysis. *Journal of Urban Health*. 2002;79(1):S21-34.



ACTION CHECK LIST

健康・介護施策における
部署間連携のための
アクションチェックリスト



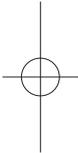
目次

【アクションチェックリストの開発経緯】……………p.2

【解説】……………p.3～9

【アクションチェックリストの使い方】……………p.10

【アクションチェックリスト】……………p.11



【書誌情報】

藤野善久、槇島美佐子、富岡慎一、河村洋子、市田行信、助友裕子、久保達彦、近藤尚己
健康・介護施策における部署間連携のためのアクションチェックリスト（第一版）
作成日：2016年3月1日

【謝辞】

このアクションチェックリストは日本医療研究開発機構「データに基づき地域づくりによる
介護予防対策を推進するための研究（代表：近藤尚己）」の研究の一部として作成されました。

■ 本チェックリストの開発経緯

1 健康施策における部署間連携の重要性

近年、自治体や行政による健康関連事業において、部署間連携の重要性が増しています。その背景として、健康の社会環境モデルとよばれる考え方が普及してきたことが挙げられます。集団や地域の健康は、保健医療施策だけでなく、住宅、雇用、教育、交通、食料などさまざまな分野の施策や地域資源に強く影響されています。したがって、このような非保健医療行政分野との連携は、地域住民のさらなる健康向上の要であると考えられるようになってきました。

2 健康格差への取り組みと部署間連携

健康日本21(第2次)では、健康格差への取り組みが基本方針に掲げられました。国内・海外における健康格差に関する調査報告によると、健康格差を生み出しているのは、保健医療要因によるものではなく、むしろ非保健医療分野に関する要因であることが指摘されています。したがって、健康格差への取り組みにおいては、非保健医療政策分野との連携が鍵になると考えられています。

3 アクションチェックリストとは

アクションチェックリストとは、実施すべきアクション(取り組み)をチェックリスト形式で確認し、取り組みへの気付きを促し、行動を起こすために開発された現場改善のための手法です。

行政機関における部署間連携は、部署ごとの優先業務の違いや、各施策の根拠となる法律や事業体系が異なることから、必ずしも容易ではない状況があります。本チェックリストでは、部署間連携を進めるためのきっかけとして有用な取り組みをアクションチェックリストとして示しています。

このリストを参考に、部署間連携の手がかりを見つけましょう。

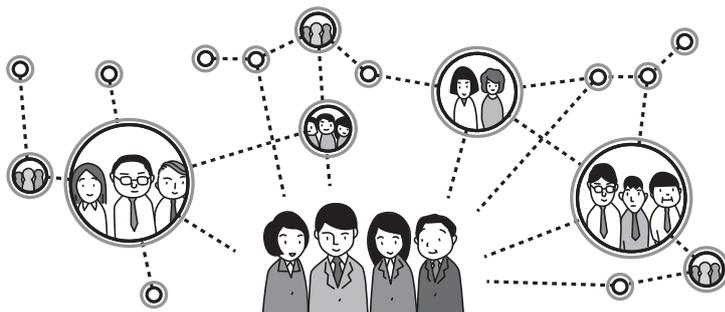
解説

解説

EXPLAIN

事業計画に関する連携

- 1 この事業を進めるために利用できる予算や助成金が他の部署にあるかを確認する。
- 2 事業に関連する、他部署の事業（施策・計画など）を確認する。
- 3 事業が他部署の事業（施策・計画など）に与える影響について検討する。



- ◆ 法令や行政計画にもとづいて共同で実施される事業や施策は、もっとも強力な部署間連携といえます。
- ◆ さまざまな分野の法令、通達、計画などを通じて、他分野との関連性を捉えておくことは、連携の機会を増やし、また限られた財源をより効率的かつ効果的に活用することができます。
- ◆ 一方で、保健医療事業が、他部署の事業や施策に影響することも考えられます。
事前にこのような検討をしておくことで、双方の事業の相乗効果を期待することができます。

情報共有に関する連携



4 事業内容を他部署に説明、共有する機会を設定する。

5 他部署が管理する情報やデータを活用する。



- ◆ 他部署のもつネットワーク、データ、情報は貴重な内部資源です。これらを積極的に活用することは、事業の効率と効果を高めます。
- ◆ 事業内容を他分野の部署に説明し、情報を広く共有することは、連携の第一歩です。事業に関心を示す部署を見つけることから始めましょう。
- ◆ 他部署が管理する情報やデータを活用することは、汎用性が高い部署間連携の形であり、多くの場合、経費の節減にもつながります。

例えば、特に配慮が要する集團の把握などには、他部署が保有するデータは貴重な情報源です。

対象者に関する連携

解説

EXPLAIN

- 6 対象者を把握したり、周知したりするために、他部署と連携して実施できる機会について検討する。
- 7 事業によって特に影響を受ける集団に関する把握や配慮を検討する。
(経済状況、世帯状況、地域状況、高齢者、障害者、外国人など)



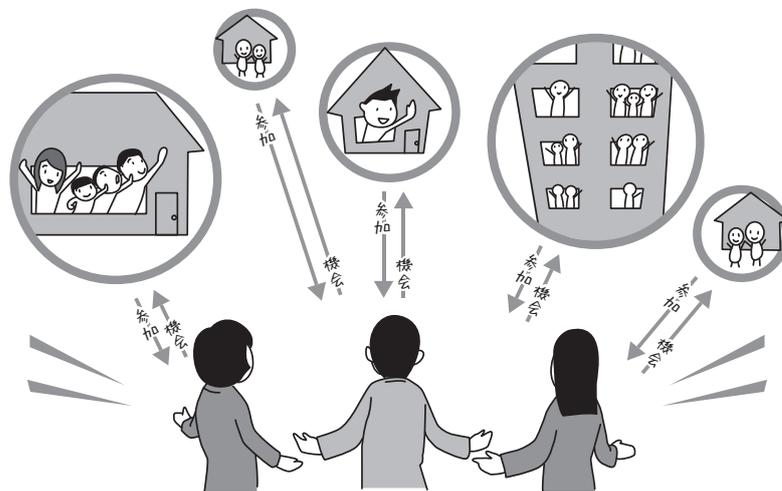
- ◆ 介護予防を行う上で、当該事業の対象者を明確にします。
また、それら対象者に事業を周知し、参加を促すための機会やアプローチの方法を明確にします。
対象者の属性、地域の特徴、健康行動、社会経済状況などは対象者を把握するための有用な情報です。
- ◆ 当該事業の対象者と既に関係を構築している部署がないか検討します。
対象者とのチャンネルは、公的なものから、地域に根ざしたネットワークまで様々な機会を活用しましょう。
- ◆ 事業による生じる健康影響や効果は集団の属性によって異なります。
特に、社会的に脆弱とされる集団ほど、不利な健康影響を受けると考えられています。
- ◆ 配慮のない健康施策が、健康格差を広げる場合があることも知られています。特に事業へのアクセシビリティに関する要因
(地域・交通事情、経済状況、参加費用、通知を受け取る機会など)については、配慮することが推奨されます。

市民協働に関する連携



8 住民が参画できる機会を設定する。
(計画段階、実行段階、評価段階)

9 ボランティア活用の機会について検討する。



◆ 事業の計画・実行の段階で住民が参画することは、事業の円滑な推進につながります。

- ・住民参画には様々な関与の方法があります。
- ・情報の周知、事前のヒアリング、説明会の開催、事業計画の策定への参画など。
- ・より早い段階からの参画が、事業の円滑な推進のポイントと考えられています。

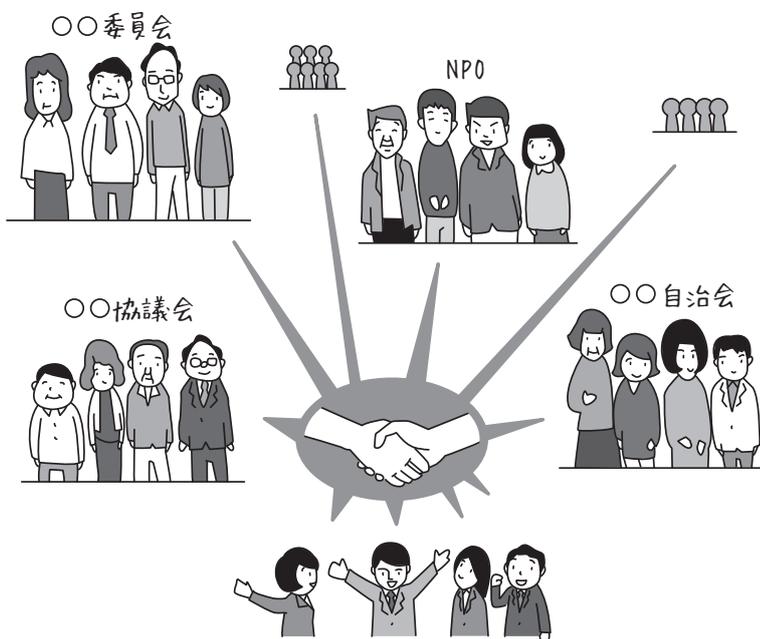
◆ 住民の社会参加や、ボランティアへの参加は、参加する住民の健康状態に良い影響があると考えられています。

◆ 健康格差縮小の観点から見ると、事業の計画・実行、ボランティア活動において、社会経済的状況や年齢、性別などに偏りの無い多様な主体が参加することが理想的です。

地域資源に関する連携

！
解説

10 他部署を含め、既存の地域資源の活用について検討する。
(民生委員、地区推進委員、社会福祉協議会、自治会、NPO など)



- ◆ 行政は地域とその構成団体等を通して多面的な関わりをもち、それぞれの分野の切り口で地域との関係を構築しています。
- ◆ 事業の計画・実行の段階で、必要なサービスを提供する組織や、地域に根付き地域住民への働きかけの経路になる組織が参画することは、事業の円滑な推進につながります。
- ◆ 地域に根付いた様々な組織は、健康増進のための活動を小地域単位で実施する際の主体になり、日常生活における自助的サポートを住民へ提供することから、地域住民の健康増進や事業の推進上重要です。

事業者に関する連携

解説

Explain

11 関係事業者の経営的影響について検討する。

12 関係事業者の雇用状況への影響について検討する。



- ◆新しい事業や取り組みは既存の事業者の経営や、そこから派生する雇用に好影響だけでなく悪影響を及ぼす可能性があります。
- ◆事業に関わる事業者が、適正な経営を継続できるように配慮することは、事業やサービスの継続性において重要です。
- ◆事業者の経営や、そこから派生する雇用に悪影響が及んだ場合、その関係者の健康が損なわれる可能性があります。

健康に影響する社会環境要因を代表する部署との連携

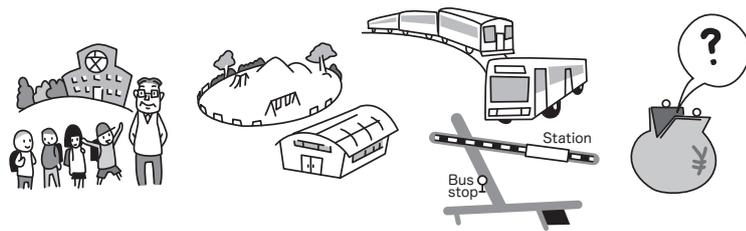


13 **教育** 学校現場・教育担当部署との連携の可能性について検討する。
(啓発、ボランティア参加、対象者との接触機会など)

14 **建造環境** 公園、公民館、スポーツ施設、
その他の公営施設の活用について検討する。

15 **交通** 対象者が事業に参加するための交通への配慮について検討する。

16 **経済** 対象者が事業に参加するための経済的な配慮について検討する。



- ◆ 教育、建造環境、交通、および経済的状況は、健康に影響する重要な社会環境要因です。
- ◆ 児童・生徒や保護者、および地域と密接な関連を構築している教育現場の協力を得ることは、各種の事業を推進する上で、有用な機会となります。
- ◆ 各事業を実施する際に、公園、公民館、スポーツ施設などを活用する機会は多いでしょう。このような施設の活用や整備を担当部署と連携して行うことは、事業の円滑な推進につながります。
- ◆ 参加者の事業へのアクセシビリティは、事業の成否の重要な要素です。交通や経済的状況は、事業へのアクセシビリティの大きな要因です。特に、健康に不利な集団ほど、アクセシビリティが悪いことが多く、健康格差の観点からも、交通や経済的状況への配慮が求められています。

■ 本チェックリストの使い方

1 本チェックリストは、
部署間連携のきっかけに気づくためのものです。

● 提示されている取り組みを全て実施する必要はありません。

2 まずは、全項目すべてに目を通して下さい。

● 様々な部署間連携の方法や機会に目を向けましょう。

- ◆ 行政計画や事業を、複数の部署で実施する。
- ◆ 住民が集まる機会を共有する。
- ◆ 他の部署が管轄する資源（施設・組織など）を活用する。
- ◆ データや情報を活用する。
- ◆ 会議やインフォーマルな情報交換を行う。

3 次に、取り組みとして提案するものにチェックして下さい。

● 既に取り組んでいるものや、実現性がないものについては、
チェックする必要はありません。

Point

ここでは、可能性がある項目について、気軽にチェックしてみましょう。

4 つづいて、優先的に取り組むものにチェックしてください。

● 優先的に取り上げる課題を選択します。
有効性ととも実現しやすさに注目することがポイントです。

■ アクションチェックリスト

検討する事業名： _____

項目	No.	連携のためのチェック項目	提案 する	優先 する	関連部署・メモ
事業計画	1	この事業を進めるために利用できる予算や助成金が他の部署にあるかを確認する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2	事業に関連する、他部署の事業（施策・計画など）を確認する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3	事業が他部署の事業（施策・計画など）に与える影響について検討する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
情報共有	4	事業内容を他部署に説明、共有する機会を設定する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5	他部署が管理する情報やデータを活用する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
対象者	6	対象者を把握したり、周知するために、他部署と連携して実施できる機会について検討する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7	事業によって特に影響を受ける集団に関する把握や配慮を検討する。（経済状況、世帯状況、地域状況、高齢者、障害者、外国人など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
市民協働	8	住民が参画できる機会を設定する。（計画段階、実行段階、評価段階）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	9	ボランティア活用の機会について検討する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
地域資源	10	他部署を含め、既存の地域資源の活用について検討する。（民生委員、地区推進委員、社会福祉協議会、自治会、NPO など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
事業者	11	関係事業者の経営的影響について検討する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	12	関係事業者の雇用状況への影響について検討する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
教育	13	学校現場・教育担当部署との連携の可能性について検討する。（啓発、ボランティア参加、対象者との接触機会など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
建造環境	14	公園、公民館、スポーツ施設、その他の公営施設の活用について検討する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
交通	15	対象者が事業に参加するための交通への配慮について検討する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
経済	16	対象者が事業に参加するための経済的な配慮について検討する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	