地域包括ケアの推進に向けた
まちづくり支援ガイド



日本医療研究開発機構「地域包括ケア推進に向けた
地域診断ツールの活用による地域マネジメント支援に関する研究」班

地域包括ケアの推進に向けた

まちづくり支援ガイド



目　次

はじめに …… 4

第１章　まちづくりを通じた地域包括ケア推進のための市町村支援 …… 8

第１節　地域包括ケアシステムの強化に向けた政策動向と評価ツールの紹介 …… 8

第２節　地域包括ケア推進に必要な４つの自治体支援 …… 15

第３節　災害時・災害復興時の市町村支援のポイント …… 19

コラム　災害の後のコミュニティづくりに行政ができる工夫 …… 22

第２章　市町村支援に役立つ理論・概念 …… 24

第１節　コミュニティ・エンパワメントとソーシャル・キャピタル …… 25

第２節　健康の社会的決定要因への対応と健康格差の是正 …… 29

第３節　ソーシャル・マーケティングの手法を用いた地域包括ケアの推進支援 …… 35

第４節　伴走型支援とコーチング …… 44

第５節　データと根拠に基づく施策の運営 …… 47

第３章　市町村支援の方法 …… 50

第１節　行政データ等を活用した地域診断の方法：課題の抽出とビジョンの作成 …… 50

第２節　ゴール設定と格差の見える化 …… 57

第３節　地域診断データの具体的な活用事例 …… 62

１）　地域包括ケア「見える化」システムを活用した分析 …… 62

２）　介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を活用した分析 …… 70

３）　介護レセプトデータを活用した分析 …… 74

第４節　データを活用した連携の場づくり …… 78

第５節　連携の場づくり：地域ケア会議で地域診断データを活用しよう …… 86

コラム　地域ケア会議で地域診断ワークショップを開催した事例 …… 91

第６節　人材育成－研修会は実践的に。現場の活動に伴走を。 …… 94

第７節　地域診断を起点とした長崎県松浦市の地域づくり …… 99

第４章　事例集 …… 103

1）　大分県：地域包括ケア推進に向けた大分県の取り組み …… 103

2）　静岡県：静岡県におけるデータ分析の取り組み …… 110

3）　兵庫県神戸市（政令市）：オール神戸市として、地域包括ケア構築を目指す …… 115

4）　愛知県名古屋市：多機関による地域包括支援センター支援事例 …… 124

5）　愛知県名古屋市：大規模団地におけるマネジメント …… 129

6）　千葉県松戸市：市町村支援における「プロボノ」導入の可能性 …… 132

第５章　Q&A …… 135

1）広域連合の保険者の場合、支援のポイントはありますか？ …… 135

2）民間事業者が支援するときの強み・役割・ポイントはありますか？ …… 138

3）支援で行き詰ったとき、誰に相談したら良いでしょうか？ …… 139

4）データがありません・どのデータを使えばよいでしょうか？ …… 140

市町村等の支援に役に立つ資料・情報 …… 141

おわりに …… 146

執筆者情報 …… 147

人に、組織に「伴走する」
～地域包括ケアの推進に向けて～

地域包括ケアの推進に向けた支援

世界に先駆けて超高齢化社会を迎えた日本では、地方は過疎化し、都市はますます密集しています。その日本が目指すべき近い将来を見据えて提唱されたのが「地域包括ケア」。だれもが、「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける」ことができるまちづくりです。とはいえ、「高齢化」は人類が初めて経験する現象です。そのため現場には様々な課題があり、誰もが試行錯誤しながらまちづくりを進めている現状があります。また、まちづくりには組織同士・人同士の協力が欠かせません。それぞれの組織、専門職、そして住民同士が相談し合い、支え合いながら進めていくことが求められます。実際に、厚生労働省は、都道府県等による市町村支援を事業化して、全国への展開を進めています。市町村は、地域包括ケアの第一線機関である、地域包括支援センターを支援しています。そして、地域包括支援センターは、社会福祉協議会や住民団体、事業者など、地域の様々な組織や住民同士のネットワーキングを支援しています。

支援に必要な重要なスキルに、地域診断と組織連携のファシリテーションがあります。近年、地域診断や施策の評価に役立つ情報分析ツールが全国的に普及してきました。たとえば、厚生労働省による地域包括ケア「見える化」システムの活用が推奨されています。しかし、実際にそういったツールを活用して介護保険事業計画を立てたり、介護予防のためのまちづくりを進めていくのは容易ではありません。全国 30 以上の自治体と地域づくり型の介護予防に向けた取り組みを進めてきた筆者らも、自治体にデータの分析ツールを提供したり、組織間連携の進め方についてのガイドブックを手渡すだけでは、実際の活動にうまく活かせるとは限らないことを実感してきました。一方で、適度な距離感で、データの活用や連携の基盤づくりの活動に「伴走する」ように支援すると、驚くほど活動が進むことがあることも経験してきました。

そこで企画したのがこの本です。地域包括ケアの推進に向けて、様々な組織を支援する立場にある方々が手に取り、活用できるノウハウをまとめました。支援の「あるべき姿」についての研究報告もあります。たとえば、都道府県等が「市町村をどう支援すべきか」について報告書が出版されています[1]。しかし、現場は「べき論」だけでは進みません。「する論」、つまり、どのように実践すればうまくいくのか、その具体的な方法を伝えていくことも必要だと思います。

本書の想定読者について

そこで本書は、市町村や地域包括支援センター、もしくは住民組織等への支援に携る人々に向けて作成しました。主には、都道府県や政令市の介護関連の部署に在籍する保健師や事務担当者に加え、関連

機関である保健所や地域振興局の職員を想定しています。また、地域包括支援センターや住民組織を支援する立場である市町村のスタッフにも役に立つことと思います。昨今では、市町村における地域包括ケアの活動を手掛ける存在として成長している民間事業者の皆さまにも届けたい内容です。地域包括ケアに関心を持ち、新規参入を目指している企業の方々の声は日に日に大きくなっていることを実感しています。

本書の内容

本書は、まず第１章で、包括ケア推進のための市町村支援に関連する政策動向について概観した後、４つの自治体支援のポイントを紹介します。災害時・災害復興時の支援についても論じます。

第２章では、市町村支援に役立つ理論や概念を紹介します。エンパワメントやソーシャル・キャピタル、健康格差、ソーシャル・マーケティング、伴走型支援とコーチング、根拠に基づく政策立案など、最近のトピックについて、できるだけ噛み砕き、シンプルに解説しました。

第３章では、第１章で紹介した４つの支援のポイントに沿って、具体的なノウハウを提示していきます。課題抽出、ゴール設定、地域診断データの活用、連携の場づくり、ワークショップのファシリテーションの実際、人材育成の研修会の進め方等について、具体例を紹介しながら示します。ここを辞書のように活用しながら日々の支援を進めていただきたい。

第４章では、3章で挙げたノウハウのエッセンスが詰まった事例を複数提示しました。取り上げるのは、県全体での重層的な支援で成功している大分県、民間企業を積極的に巻き込みデータを駆使して戦略的に進める静岡県、強力な縦の連携で健康格差対策のまちづくりに取り組む政令市・神戸市。名古屋市からは、大規模団地での取り組みや主体的に活躍する地域包括支援センターの素晴らしい「受援力」発揮の事例を提示。松戸市からはプロボノの導入で活気のあるまちづくりを目指す動きの紹介です。

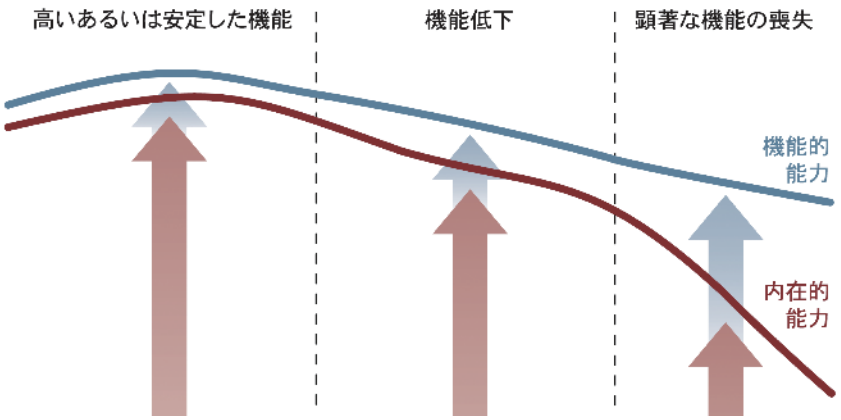
「地域包括ケア」は世界へ

地域包括ケアの概念は、国際的にも重要視されてきています。世界の多くの国、特に新興国では、近い将来日本よりも速いペースで高齢化を迎えることが予想されています。世界保健機関（WHO）は高齢化の課題に取り組み始め、Healthy Ageing と呼ばれるアジェンダを掲げています。2020 年からの 10 年間を「Healthy Ageing のための 10 年（A Decade of Healthy Ageing）」と設定して、世界各国で高齢化へ対応するための具体的な取り組みを進めています。特に注目したいのが、「integrated care：包括ケア」を重視していることです。医療や介護という単一のケアのみではなく、包括的なケアのニーズを満たせる仕組みを地域ベースで整えようというものです。2017 年にはその実践のためのガイドラインが出版されました[2]。

そこで強調されているのが、フレイルな個人を「治療する」という「医学モデル」ではなく、「社会モデル」、すなわち、高齢者一人ひとりが自己実現できる社会環境をつくるという考え方です。WHO は、内在的能力（intrinsic capacity）と機能的能力（functional ability）という言葉で説明しています（下図）。病や障害があり心身の機能が低下していても、地域社会の環境を整えたり、機能を引き出す支援をすることで、内在する能力を底上げし、本来の機能を活用できます。たとえば、人との交流は助け合いを生み出す貴重な機会ですが、一人暮らしの高齢者は、そのような機会が得られにくい環境にあります。その場合、近所に通い場のサロンを作ることで、その人が支援を求める力＝受援力を引き出すこ

とができます。足腰が弱り、買い物に出かけられない人が多い地域があれば、本書で事例紹介した松浦市のように、サロンの場に移動販売車を呼び込むことで解決できます。本書では扱っていないテーマですが、最新技術の応用も重要です。足腰の筋力が衰えても、最近、企業の生産ラインの現場で普及が進んでいる筋力補助スーツのような機器を提供すれば、若い人と同じくらい働ける社会の到来も見えてきました。

これらの考えは、まさに日本の「地域包括ケア」が目指している地域社会のあり方と言えるでしょう。日本の地域包括ケア推進の経験が、世界各国の「学び」へとつながることを願っています。



図：WHO の Healthy Ageing における公衆衛生活動の枠組：内在的能力（intrinsic capacity）を、保健や介護のサービス、地域社会環境の整備によって底上げし、機能的能力（functional ability）を発揮する。出展：WHO 高齢化と健康に関するワールド・レポート（日本語概要版）より抜粋[3]

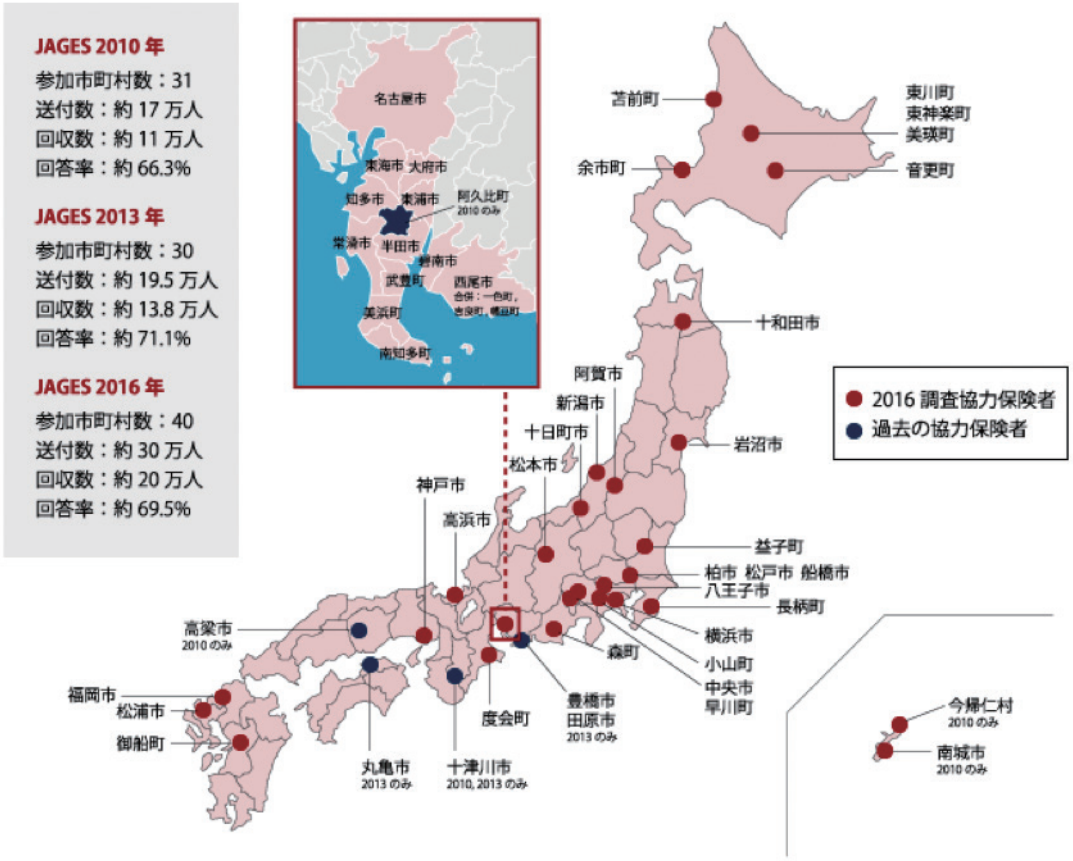
本書に関連する研究プロジェクトについて

筆者らの多くは、高齢者 10 万人規模の追跡研究である、日本老年学的評価研究：Japan Gerontological Evaluation Study（https://www.jages.net）の研究メンバーです。本書は、JAGES を基にした 2 つの研究プロジェクト[1] を通じて、下図に示した多くの参加自治体との協力を基に進めてきた地域づくり型の介護予防施策のプロジェクトから得られたノウハウをまとめたものです。

本書が、少しでも皆様のお役にたてれば幸いです。

編者・著者一同を代表して
東京大学　近藤尚己

JAGES 参加自治体と調査の概要



＜引用文献＞
1. 三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング . 地域包括ケアシステム構築における広域的な支援のあり方 : 都道府県はいかにして市町村を支援すべきか (平成 28 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「国が行う地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築支援に関する調査研究事業」報告書 ; 2017.
2.World Health Organization Department of Ageing and Life Course. Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017.
3.WHO 神戸センター . 高齢化と健康に関するワールド・レポート（日本語概要版）ダウンロード URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_jpn.pdf;jsessionid=6A3D2113DC8F5A370449241D0D868B25?sequence=5; 2015.

＜脚注＞
1.2014-2016 年度厚生労働科学研究委託費・長寿科学研究開発事業／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」・2017-2018 AMED 研究事業「地域包括ケア推進に向けた地域診断ツールの活用による地域マネジメント支援に関する研究」

第１章

まちづくりを通じた地域包括ケア推進のための市町村支援

第１章　第１節

地域包括ケアシステムの強化に向けた政策動向と評価ツールの紹介

国立保健医療科学院　大夛賀　政昭

◉地域包括ケアシステムの基盤となる医療・介護サービスに影響を与える報酬改定および法改正は、医療は２年に１度、介護は３年に１度実施される。

◉ 2018 年 4 月から始まった改正介護保険法のキーワードは、「自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化」、「地域共生社会の実現」、「医療･介護連携の推進」である。

◉地域包括ケアシステムの強化には、取り組みの評価を継続的に行うことで改善につなげていくことが重要である。

1．はじめに

2013 年 12 月に成立した社会保障改革プログラム法及び 2014 年 6 月に成立した医療介護総合確保推進法に「地域包括ケアシステム」が明記され、国の政策として法的にも明確に位置付けられ、地域包括ケアシステムは、一部の先進的な市町村の取組ではなく、すべての市町村が取り組むべき事業となりました。

しかしながら、2025 年はあくまで対応すべき課題の出発点であり、2040 年に向けて急増かつ変化していく社会を見据えるとさらなるニーズへの対応が求められている状況にあります。具体的には、高齢化・人口減少に伴って起こる社会環境、資源の変化をあらかじめとらえ、2040 年に向けた基本的な方向を各自治体が示すことが求められています。このことは、地域包括ケアシステム構築の出発点になります。

ここでは、地域包括ケアシステムの強化に向けおさえておくべき政策動向や、2018 年度から始まった２つの全国的な評価ツール（保険者機能強化推進交付金に係る評価、地域包括支援センターの事業評価）の紹介を通して、市町村職員が求められる視点を提示することとします。

2．地域包括ケアシステムの強化に向けおさえておくべき政策動向

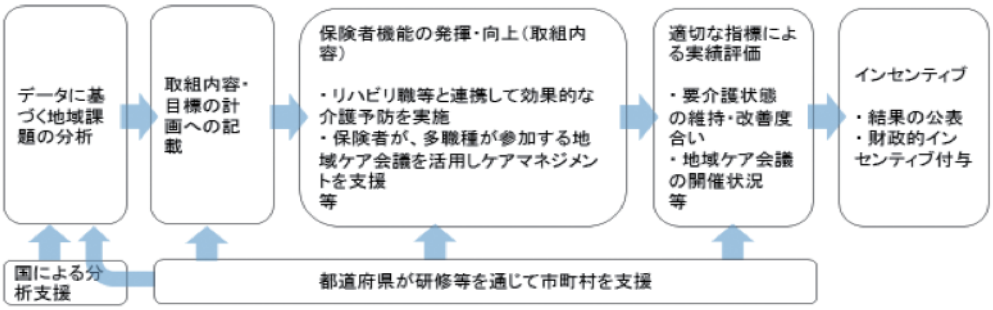
1）2018 年 4 月から始まった改正介護保険法の概要

2018 年 4 月から始まった改正介護保険法のキーワードは、「自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化」、「地域共生社会の実現」、「医療・介護連携の推進」であり、これらに対する継続的な取り組みが求められます。

①自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化

自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化としては、介護保険の保険者である市町村が保険者機能を発揮して、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止に取り組み、都道府県がこれを支援するために、次のようなデータ分析を基にした PDCA サイクルを地方自治体において実施していくことが法律に規定されました（図１参照）。

図 1. データ分析を基にした自立支援と重度化防止の取組み



ここで保険者機能という言葉について触れておきたいと思います。

「保険者機能」は、以下の３つの機能があるとされています。

「事務的保険者機能」：被保険者の管理、保険料徴収、費用の給付

「付加的保険者機能」：予防活動を含む保険事業の実施、広報活動

「戦略的保険機能」：適切なサービス提供の確保、費用の適正化・効率化による負担減免

介護保険の文脈で用いられる場合の保険者機能は、３つ目の戦略的保険者機能を指していることが多く、具体的には、医療・介護関係者との連携により適切なサービス供給体制を整えたり、品質管理をするといったことが想定されています。

つまり、ここでは、データ分析をもとにした継続的な評価、改善のプロセスを通して、こういった適切なサービス提供の確保、費用の適正化・効率化が求められているということになります。

②地域共生社会の実現

国では 2016 年 7 月に「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部が立ちあげられ、「地域共生社会の実現」が目標として設定されました。地域共生社会は、地域生活における課題も多様化・複雑化しており、子育てと介護を同時に抱えるダブルケアや経済的な問題を抱える世帯の介護の問題、老々介護、認々介護など、従来から存在する生活課題がある中で、これまで分野・対象者別に進められてきた縦割りの地域

の支援の仕組みを見直し、地域住民を中心としたすべての関係者が「我が事」として、生活課題に「丸ごと」対応できるような体制として説明されています。

国では地域共生社会の具体化に向け、「地域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制の在り方に関する検討会（地域力強化検討会）」が立ち上げられ、分野を越えた支援体制の構築や、協働の中核を担う「相談支援包括化推進員」の配置などが議論されているところにあります。

今般の改正では、市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化や高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付けることが定められました。

③医療・介護連携の推進

「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設である医療介護院の創設、そして介護保険においては在宅医療介護連携推進事業などの枠組みで進められる医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備するといったことが定められました。

2）診療報酬改定で協調される政策的ポイント

診療報酬改定は、医療機関の経営状況、物価・賃金の動向等を踏まえ、2 年に 1 度改定がなされます。診療報酬改定は、医療サービス提供体制に大きな影響を与えるので、この内容をみていくことで、政府が地域包括ケアシステムに深くかかわる医療サービス提供体制を今後どのように整備したいかが見えてきます。

改定内容は多岐にわたりますが、ここでは近年の改定で継続的に重点課題として示されている「地域包括ケアシステムの構築」や「医療機能の分化・強化、連携の推進」に関わるポイントをいくつか取り上げます。

まず医療・介護に関わる 2018 年度の改定では、医療機関が介護支援専門員や障害のサービス計画担当者と入院中から退院にむけ情報連携する退院支援が入院前からの情報共有も評価対象となり「入退院支援加算」となりました。これによって地域包括ケアシステムにおいて重要な継続的な医療者、介護福祉関連職種の連携が促進され、とりわけ医療者は病院の中で待っているだけではなく、「訪問看護」「訪問リハビリ」などを活用して、地域の中に出ていき在宅への流れを作っていくことが求められています。

さらに、「かかりつけ」機能も強化されています。「かかりつけ」の専門職に求められていることは、「いつでも何でも相談できること」で、「生活指導」や「24 時間の対応」「介護サービスとの連携」などが必要になってきます。そして、これは「高齢者」に限ったことではありません。医療ニーズを持つ小児、発達障害、精神疾患等の方々も対象であり、「かかりつけ」の医師・歯科医師・薬剤師（薬局）の機能強化によって、地域の中で安心して暮らしていく仕組みを作ることということが、2018 年度の改定で評価されています。

具体的には、「かかりつけ医」については、地域包括診療料の実施者、24 時間の往診体制にかかる要件の緩和、服薬指導にかかる要件の明確化、地域の当番医との連携を考慮、医療ケアが必要な小児における学校との情報共有・連携を要件にするなどの見直しが行われました。「かかりつけ歯科医」については、口腔機能管理、地域連携に関する会議等への参加要件見直し、研修内容などの見直しが行われ、「かかりつけ調剤薬局」については、地域医療に貢献する薬局について要件の見直しなどが行われました。

さらに、専門職間の共同指導等の連携についても評価の見直しが行われ、特に訪問看護ステーション、医療機関からの訪問看護、生活動作をサポートするための訪問リハビリ、特に、口腔機能、服薬指導の推進が図られている状況にあります。

このように、診療報酬改定の内容からは、地域の中で暮らす住民に対し、医療機関・介護事業所、特定相談支援事業所等の福祉事業の協働が求められていることがわかります。「医療」と「介護」の垣根

を超え、「住んでいる方々の生活を支援していく」というメッセージが随所に込められているのです。

3）地域包括ケアシステムに関わるその他の重要な政策動向について

地域包括ケアシステム構築には、病床機能報告という病院から提出されるデータをもとに、今後必要な地域の病床数を定めていく「地域医療構想」も深くかかわってきます。地域で必要とされる医療機能の在り方によって「地域包括ケアシステム」の形もまた変わってくるからです。

さらに、国民健康保険制度の財政運営の都道府県単位化と財政支援の拡充による財政基盤の強化を柱とする国保改革が 2018 年 4 月に施行されました。このことは、介護保険において都道府県の役割が強化されたことと相まって、重要な改正点となっています。市町村間の地域格差を是正するための都道府県のガバナンス（統治）が求められている状況にあります。

このほか、ここでは具体的内容は取り上げませんが「骨太の方針（経済財政運営と改革の基本方針）」、「未来投資戦略 2017」、「規制改革実施計画」、「まち・ひと・しごと・創生基本方針 2017」といった他省庁の政府方針も地域包括ケアシステムにかかわる医療・介護政策に影響を与える文章として確認しておくと、さらに理解が深まるものと考えます。

3．2018 年度から始まった全国的な評価の取組みについて

1）保険者機能強化推進交付金に係る評価（都道府県と市町村）

改正介護保険法における自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みが制度化されたことを述べました。この制度化の一つに市町村の保険者機能を強化する一環として、保険者の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定した上で、市町村等に対する財政的インセンティブ（保険者機能推進交付金）も付与されることが決まりました。

市町村における保険者機能の評価にあたっては、介護保険法令や関係通知等に沿って、自立支援・重度化防止等に向けて市町村や都道府県が実施すべき業務の中で重要とされる内容が抽出され、評価資料が設定されました。この評価指標の構造については表 1 のようになっています。

この指標は、財政的インセンティブの算定のために用いられますが、都道府県はこの指標をもちいることで市町村の取り組みの程度を把握することもでき、市町村も同じ視点で他の自治体と比較して自らの取組の程度を把握することができます。

表 1. 平成 30 年度保険者機能強化推進交付金（市町村分）に係る評価指標の構造

カテゴリ	項目数
Ⅰ　PDCA サイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築	8
Ⅱ　自立支援、重度化防止等に資する施設の推進	46
1. 施設密着型サービス	4
2. 介護支援専門員・介護サービス事業者	2
3. 地域包括支援センター	15
4. 医療・介護連携	7
5. 認知症総合支援	4
6. 介護予防・日常生活支援	8
7. 生活支援体制設備	4
8. 要介護状態の維持・改善の状況等	2
「Ⅲ . 介護保険運営の安定化に資する施策の推進」	3
1. 介護給付の適正化	2
2. 介護人材の確保	1
計	57

2）地域包括支援センターの事業評価（自治体と地域包括支援センター）

改正介護保険法において、地域包括支援センター自身が事業評価を行い、事業の質の向上を図るとともに、市区町村が、定期的に、地域包括支援センターの事業実施状況を評価し、地域包括支援センターの運営方針の改正などの必要な措置を講じることが義務化されました（介護保険法第 115 条の 46 第 4 項・第 9 項）。

平成 30 年 7 月 4 日の厚生労働省老健局振興課発の通知「地域包括支援センターの事業評価を通じた機能強化について」で表 2 のような評価指標が示されました。

この指標を活用することで、地域包括支援センターはみずからの事業改善を行うことが期待されます。また、センターを設置する自治体においては、地域包括支援センターの運営方針の作成や運営協議会での地域包括支援センター支援・指導、そして、介護保険事業計画等の策定においては計画作成時の根拠資料としても活用が期待されます。

しかしながら、これら５５の項目を毎年運用していくことは現実的ではなく、また「やっている／やっていない」２件法による評価では、なかなかその取り組みの程度を把握することが難しいため、市区町村独自の地域包括支援センター評価指標の作成することが求められています。この評価指標の作成については、千葉県松戸市の取組が参考になります。

表 2. 地域包括支援センターの事業評価の項目の構造

業務大項目	地域包括支援センター	←連携項目数 →（役割分担・連携）	市区町村
Ⅰ．事業共通			
1．組織・運営体制	12項目	←10項目 →	13項目
2．個人情報の管理	4項目	← 2項目 →	3項目
3．利用者満足の向上	3項目	←3項目 →	3項目
Ⅱ．個別業務			
1．総合相談支援業務	6項目	←5項目 →	6項目
2．権利擁護業務	5項目	←4項目 →	4項目
3．包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	6項目	←6項目 →	6項目
4．地域ケア会議	9項目	←9項目 →	13項目
5．介護予防ケアマネジメント・介護予防支援	5項目	←5項目 →	6項目
Ⅲ．事業間連携（社会保障充実分事業）			
	5項目	←5項目 →	5項目
計	55項目	←49項目 →	59項目

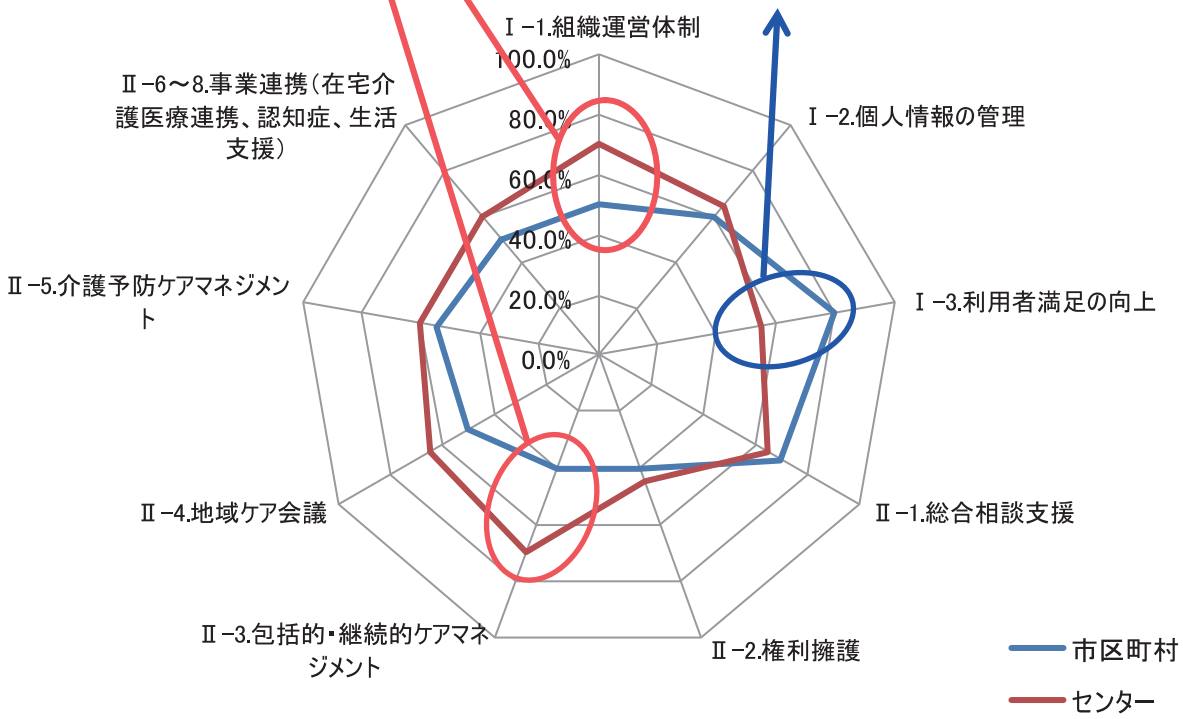
この項目の特徴は、地域包括支援センターと市町村の評価の２種類があり、それぞれ項目の多くが対応していることにあります。

この特徴を生かして、地域包括支援センターとこれを設置する市町村の評価を行うことで、センターと市町村のそれぞれの取組の程度が可視化できます。そのギャップを考察することで、より具体的なセンターの機能強化に向けた課題把握が可能になります（図２）。

図 2. 地域包括支援センターの事業評価のイメージ（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング 2018）

市区町村と比較して、センターの評価は高くなっています。評価項目を確認して、認識が異なっている点を確認していきましょう。

市区町村と比較して、センターの評価が低くなっています。自センターの取組の良い点を分析できていない可能性があります。評価項目を確認して、さらなる充実を図ることができるように、アドバイスしていきましょう。

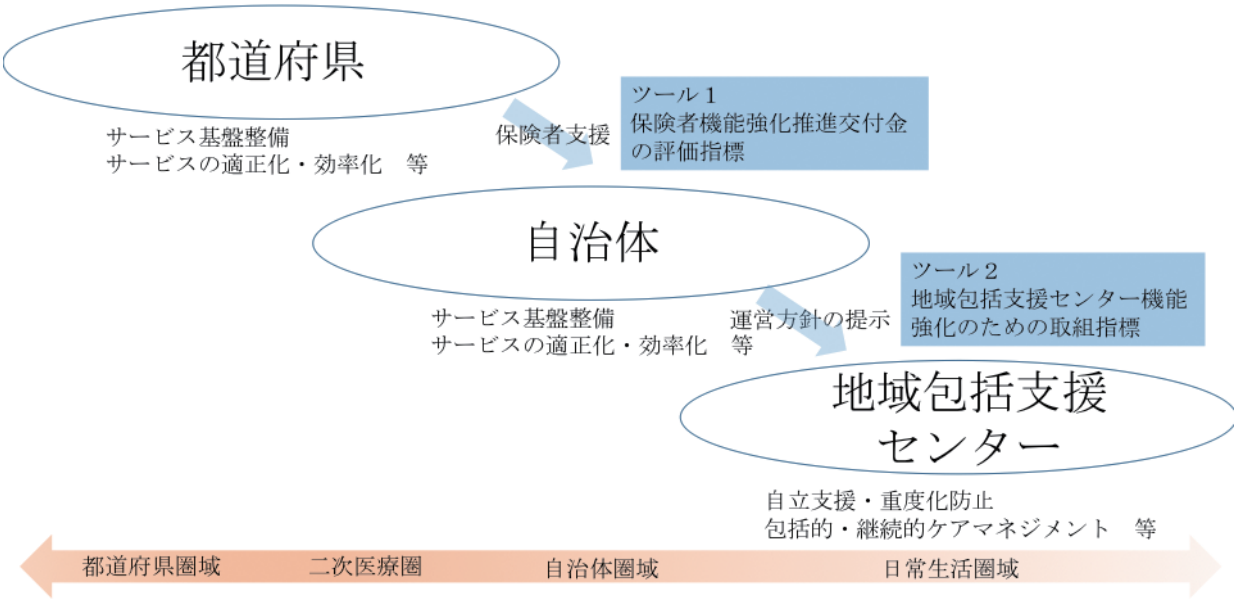


今回紹介した全国的な評価ツールは、いずれも政策的に提出が求められる評価として運用が始まっています。これらの評価ツールを国に提出するだけでなく、以下の図に示したそれぞれの評価ツールの関係性を理解しながら、自らの事業改善に活用していくことが重要となってきます。

具体的には、これらの評価項目の一部を定期的な点検に活用するといったことやその地域の特性にあった独自の評価項目を加えた評価を行っていくという方法も考えられます。

こうした評価を行っていくと、評価対象者の努力により、評価項目で評価される内容が徐々に達成されていくことが予想されます。よって評価の継続にあたっては、指標を定期的に変更していく必要があることにも留意する必要があります。

図 3. 評価ツールによる都道府県・自治体・地域包括支援センターの連動



4. おわりに

1）アウトカム評価の重要性

評価を継続し、改善につなげていく際に、アウトカム評価ができているかについて留意する必要があります。

評価が仮にプロセスだけ行われる場合、プロセスを行うことが目的になってしまう懸念があります。このため、サービス提供体制の充実つまり、地域包括ケアシステムの機能強化に向けては主役となる地域住民の福祉がどの程度充実したかといったアウトカムを目標に掲げ、これを評価していく試みが求められます。

ただし、現在、介護報酬や診療報酬においてもそのアウトカムは、ADL（身体的機能）中心の評価となっていますが、今後の地域包括ケアシステムの評価に際しては、QOL（生活の質）に関わる視点も入れていくことが求められています。

また、評価データは、事業実施の根拠として国や都道府県に実績報告するだけでなく、新規事業立案や既存事業の効果測定に活用していくことが求められています。

2）自治体職員の役割の重要性

地域包括ケアシステムの構築・強化に向け、介護保険制度を中心とした介護・生活支援のサービス基盤整備に責務をもつ市町村職員の果たす役割は小さくありません。

具体的には、地域包括支援センターと協働し、地域住民により近い生活圏域ごとのニーズを把握した上で、サービス基盤整備を行うこと、そして、都道府県やその他行政職員や学識経験者とも協働し、より広い圏域からのサービス調整をおこなうことの２つの協働が求められています。

この実現に向け、自治体職員をはじめとする政策担当者には、地域の状況を分析し、地域の関係者と共有していくことが求められています。

地域包括ケア推進に向けた自治体支援のための４つの枠組み

国立保健医療科学院　生涯健康研究部　堀井　聡子

◉地域包括ケアの推進に向け、都道府県は市町村に対し以下の４つの枠組みで支援・協働しよう。

①データにもとづく広域的な地域診断とビジョンの策定：都道府県全域・保健所圏域単位の健康課題の分析と市町村へのフィードバック、課題分析ツール・指標の開発、ビジョン策定支援など

②連携・協働ファシリテーション：社会資源との調整、市町村間のネットワーク形成、市町村内の庁内連携の推進など

③人材育成：各市町村の課題にあわせた研修の企画・実施・予算確保など

④先進事例の作成と普及：事業のプロトタイプ化と各市町村への普及など

◉都道府県担当者は、コーチング等の技術を応用しつつ市町村の課題解決能力（自助力・互助力）の向上を目指そう。

◉都道府県担当者は、市町村の課題にあわせた支援を計画立案・実施・評価できるよう、職員の能力向上に努めよう。

１．はじめに

市町村支援といっても、様々な形が考えられます。ここでは、筆者（堀井）らによる研究成果を踏まえ、特に重要であると考えられる４つの支援の枠組みを紹介します[1]。そのうえで、全国の都道府県職員の方々を対象に行った調査結果から支援・協働の具体的な内容や方法、それらの理論的な背景について、章を分けて解説していきます。まずはこの章で全体像を把握してください。

２．地域包括ケアシステム構築のための市町村支援・協働の方法

１）データにもとづく広域的な地域診断とビジョンの共有・作成

都道府県は、各事業を通じて集められた各市町村のデータなどを取りまとめて、都道府県全域あるいは保健所圏域単位など、広域的に地域の健康課題を把握できます。そして、その結果を、各自治体にフィードバックしたり、支援が必要な市町村や分野を特定し適切な介入をしたりすることは、市町村支援につながります。加えて、各市町村がデータに基づき課題を抽出できるよう、課題把握のためのツールを開

発したり、指標を提示したりすることも市町村支援として有効です。

また、地域の課題を見出すには、どのような「まち」をつくろうとしているのか、つまり、まちづくりのビジョン、目指す方向性が明らかになっていなければなりません。このため、都道府県が、都道府県としてのビジョンを掲げ、そのビジョンと連動させた各市町村のまちづくりビジョンをともに検討することも、地域包括ケアシステム構築のための市町村支援の一つとなります。

2）連携・協働のファシリテーション

「ファシリテーション」と聞くと、会議やワークショップなどの司会者を思い浮かべる方も多いと思いますが、もともとは「(事を）容易にする」、「促進する」などを意味する単語から派生した用語です。今日では、ファシリテーション力は関係者の合意形成や共通理解を促すことで、組織の活性化や協働を促す力として注目されています。地域包括ケアシステム構築の推進の過程で、都道府県には、都道府県と市町村、市町村同士、あるいは市町村とそれ以外の関係機関など、様々なレベルの連携・協働を促進するためのファシリテーションを担うことが期待されます。

（1）社会資源への顔つなぎ

市町村の取り組み状況や必要性に応じて、社会資源（関係機関）に関する情報提供をしたり、紹介したりすることは都道府県の重要な役割です。とくに、認知症施策や医療介護連携を推進するためには、医療機関や医師会等と市町村がつながることが不可欠ですが、市町村単位では、こうした医療関係の社会資源とつながることがしばしば困難です。社会資源との顔つなぎ役は、都道府県、特に保健所にとって重要な市町村支援です。

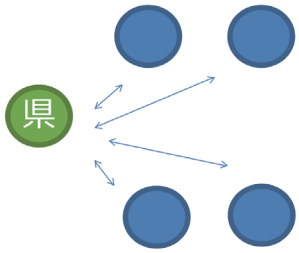
（2）市町村間の互助力の醸成

都道府県による市町村支援というと、特定の市町村への１対１の支援をイメージされる方が多いと思います。たしかに、重点的な支援が必要な市町村に対しては１対１の支援は重要です。

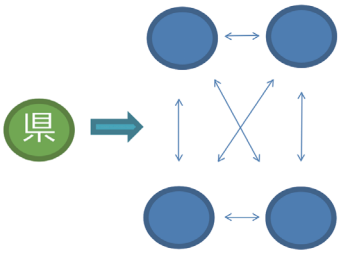
一方で、筆者らが調査対象とした都道府県のなかには、エリア別会議等を通じて、市町村間のネットワークを形成することに努めている例がみられました。このように、都道府県が、振興局や保健所などと協働して、意図的にネットワークを形成できるように支援すること、つまり「1 対多の支援」で、自治体間の互助力醸成だけでなく、最終的に各市町村の自助力（課題解決力）の強化を目指すことも有効な支援方法と考えられます（図１）。

図 1. 市町村の互助力醸成に向けた「1 対多」の支援

県が重点支援が必要な市町村に行う「1対1」支援



県が市町村チームをコーチのように支援する「1対多」支援



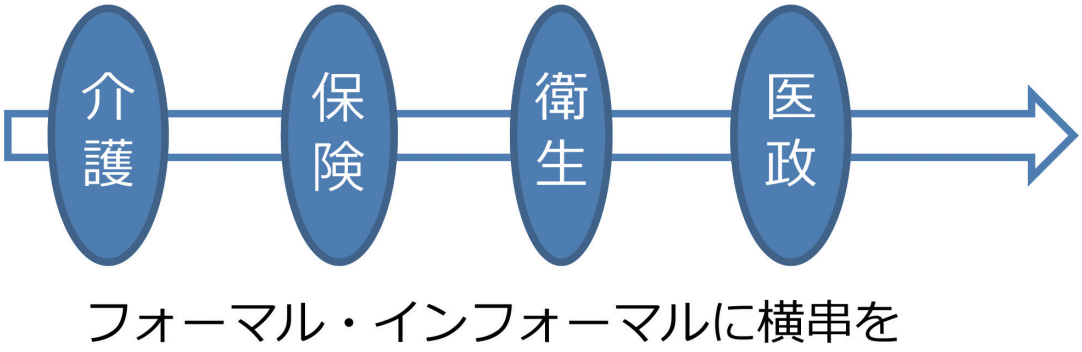
市町村の互助力醸成に向けて「1対1」だけでなく「1対多」の支援もしよう

（3）市町村の庁内連携を後押し

地域包括ケアシステム構築において、市町村の庁内連携の必要性が指摘されていますが、都道府県の担当課が縦割りであれば、市町村の関係各課の連携も困難となります。こうした状況に対し、都道府県本庁内に、介護保険事業を横断的に実施する課を設けている都道府県が存在しました。またこうしたフォーマルな仕組みをつくるだけでなく、医療計画や地域医療構想等を策定する際に立ち上げたワーキンググループを活用して、部署横断的に介護保険事業を実施している都道府県が多くありました。

市町村の自助努力だけで庁内連携を進めることが困難な場合に、外部から助言があることでブレイクスルーする場合もあります。都道府県本庁内の連携を推進することや、他の市町村の事例などを提示するなどして、市町村内部の庁内連携について提言することは、都道府県だからこそできる支援といえそうです（図 2）。

図 2. 市町村の連携を後押しする支援



3）人材育成支援

多くの都道府県では、介護人材養成研修を企画･開催されていると思います。しかし、それ以外のテーマ、たとえば、見える化システムやデータの利活用、あるいはケア会議運営など、各市町村が抱えている課題にあわせた研修を行うことは、市町村に対する人材育成支援となります。この際、研修等を実施する際の予算確保、講師選定なども、都道府県の重要な役割となります。

また、都道府県内の人材育成上の課題を把握するうえで、地域の健康課題を広域的、かつデータに基づき分析することも重要になります。

4）先進事例の作成と普及

調査を行ったいくつかの都道府県では、退院調整ルールや介護予防事業等の先進事例をつくり、ほかの市町村への普及を支援している例がみられました。このうち、複数の都道府県では、完成されたモデルを普及するのではなく、事業やツール類の原型を、各市町村の実情に合わせて試行を繰り返しながら修正を加え、その結果を評価していくというプロセスを繰り返していました。

企業では、新たなシステムなどを開発する場合に、「プロトタイプ」と呼ばれる試作品をつくり、試行を経てから量産を決定する方法をとることがあります。都道府県による市町村支援もまさに、事業を先行して実施している市町村の事例をプロトタイプ化し、それ以外の市町村で試行するという支援方法が有効なようです。またその展開プロセスを記述しておくことで、都道府県のガイドライン化を行うことで、ほかの市町村での普及を容易にします。さらにこれらのプロセスに地域振興局や保健所を巻き込むことで、事業やツール類を自立発展的に普及する仕組みを構築することが可能になります。

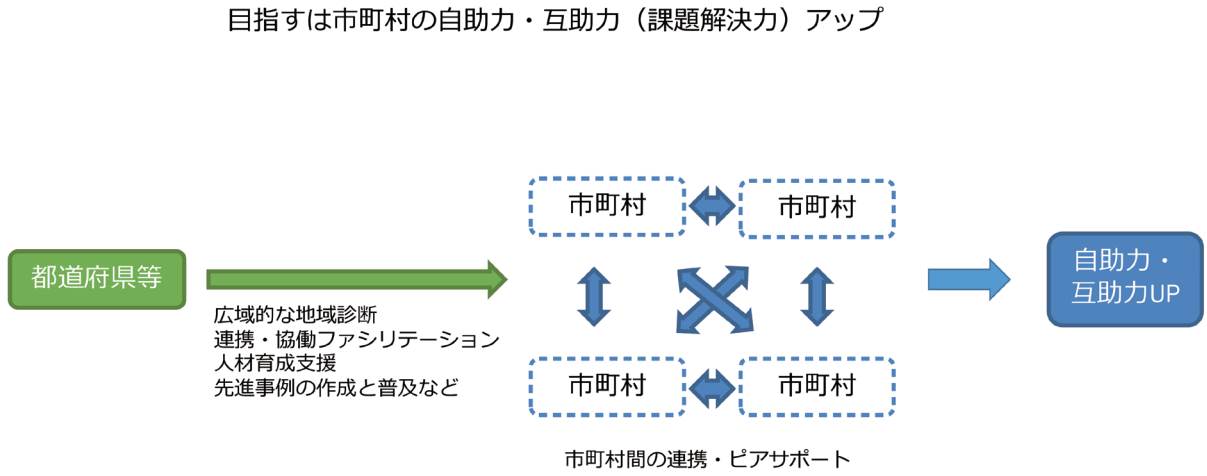
2. 保険者機能強化を支援するために都道府県に求められるチカラとは？

ここまで、都道府県による市町村支援の４つのタイプを紹介しました。これらに共通して言えることは、データ分析などの結果に基づき、保険者（市町村）の課題を把握することで、支援が必要な自治体を特定し、地域特性を踏まえ課題に応じた支援の方向性や具体的な支援を展開することが必要であるということです。また、その際、保健所（振興局）単位の互助の仕組みを作るなどして、最終的には各保険者の課題解決力（自助力）の向上を目指すことがポイントになるといえるでしょう。

こうした支援を展開するためには、都道府県の職員にも支援に必要な能力を身に着ける必要がありそうです。その一つが、都道府県内の保険者の課題を広域的に把握し、それに応じた支援計画立案・実施・評価する能力です。広域的な課題の抽出は、各市町村のビジョン設定や地域アセスメントの結果を踏まえたものになるため、都道府県の職員の地域マネジメント能力、とくにデータの利活用の能力はこれからますます必要になると考えられます。

また、さまざまな関係機関と、さまざまなレベルで協働・連携することが、課題解決において不可欠になることから、これら連携・協働のためのファシリテーション能力を発揮することも今後の都道府県職員に求められるチカラといえそうです（図３）。

図 3. 市町村の自助力・互助力（課題解決力）アップを目指した支援



1. 本稿は、平成 29 年度厚生労働科学研究費補助金 長寿科学政策研究推進事業「介護予防を推進する地域づくりを戦略的に進めるための研究（代表近藤克則）」分担研究報告書「自治体支援に関する研究：都道府県等による支援の現状とその特徴（堀井聡子、大夛賀政昭、森山葉子）」の内容の一部に加筆修正したものです。

災害時・災害復興時の市町村支援のポイント

国立研究開発法人防災科学技術研究所　島崎　敢・池田　真幸

◉人材や物資を適材適所に配置するための支援や調整をしよう。

◉災害時に発生し得る課題を可視化し、これを解決するための対応計画・復興計画づくり、関係者の連携体制づくりに伴走しよう。

◉支援を受ける側の準備も大切。災害時・災害復興期に特に威力を発揮する都道府県等による支援を受け入れるための備えをしよう。

１．災害時に起きること

大規模な自然災害が発生すると、人命や財産、様々な日常生活の機能が失われます。被災した人々はこれらの困難を乗り越え日常の暮らしを取り戻すため、復旧・復興を行います。しかし、日ごろから誰かの支えを必要とする人にとっては、災害時に自らの力で命や財産を守り、早期の復旧・復興を遂げる事は大変困難です。そのため、災害時にも地域包括ケアが機能する事が重要です。

災害時の地域包括ケアシステムを支える主体は、地域住民、自治体、専門家や専門機関、外部からの支援者が考えられます。中でも市町村職員は、平時には行わない不慣れな業務が大量に発生し、その対応に追われます。災害は稀な事象なので、ほとんどの市町村職員には災害対応の経験がありません。さらに被災自治体の職員は自らが被災者です。市町村の規模や災害対策の状況によって差はありますが、多かれ少なかれ、大規模災害発生時には被災市町村は一時的に混乱状態に陥ります。こういった状況を早期に改善し、迅速な復興に繋げるためには、被災市町村に対して適切な支援を行う必要があります。災害発生から少し経つと、被災地内外から多くの、そして多様な支援者が入ってきます。この中には、多くの知識や経験を持った災害対応の専門家もいれば、全く何もわからないまま生まれて初めて被災地に入る人もいます。そしてどちらの支援者も、ほとんどの場合土地勘に乏しく、被災地独自の文化や風土について、地元の人よりは精通しておらず、地域住民とのパイプもありません。したがって、被災地に居る限られた人的リソースを最大限に活かすためには、地元の人がやったほうが良いこと、知識やスキルがある人がやったほうが良いこと、地元でもなく経験もない人でもできることを見極め、適材適所に人員を配置する必要があります（表 1）。

表 1. 仕事をする人の属性と推奨される仕事の具体例

仕事をする人の属性	推奨される仕事の具体例
地元の人	土地勘のある町内をまわって安否確認をすること 顔見知りの被災者の不安や困りごとなどを聞くこと 普段の人間関係を考慮して被災者同士の良好な関係を保つこと　など
知識やスキルがある人	応急危険度判定や家屋被害認定など研修を受けなければできない仕事 応急時の避難所の仕切りや感染防止など、過去の被災経験が役立つ仕事　など
地元でもなく経験もない人	駐車場の誘導、清掃、人数カウントや物資の配布　など

＜平時の関係づくりが重要＞

ところで、災害時に様々なリソースが不足するのは事実ですが、平時に支援者と被支援者の関係性が構築されており、実行計画や人的・物的資源、要支援者などに関する情報などが十分に整備されていれば、限られたリソースの中でも比較的スムーズに業務を進めることができます。このためには過去の災害事例でどのようなことが問題となり、それはどのような準備をしておけば防げたのかなどを考えておく必要があります。また、災害特性、自然特性、社会特性などは地域によって大きく異なるため、他の地域で役立ったことが自分の地域で本当に役立つかどうかも十分に検討する必要があります。

事前の準備を十分にしておくことと矛盾するようですが、災害時には計画策定時に想定できていなかったことが次々と起こりますので、現場にいる人の臨機応変な対応を妨げない雰囲気づくりも重要です。平時から個人の判断に対して過度な責任追及を行うような雰囲気があると、現場は責任を取らされないために思考や判断を停止してしまいます。その結果、平時のルールを振りかざしたり、平等性に対する過度の配慮から全体にとってネガティブな判断をしてしまったりすることがあります。こういったことを防ぐためにも、業務の本当の目的を共有し、それを実現するために考え、判断することを奨励する必要があります。

2. 平時から備えておくべきこと

◉個別ケアプラン作成時における災害対応の検討

障害者や要介護者などの特別なケアを必要とする要配慮者には、災害時の対応においても固有のケアが必要になります。例えば、気象警報や避難情報が発令された場合、視聴覚障害者にはそれらの情報を確実に伝える手段を検討する必要があります。また避難所や仮設住宅の生活では、歩行困難者のための導線確保や視覚障害者への日常生活訓練など、施設の設置管理者や専門家との連携を必要とする課題も多くあります。しかし広域大規模災害時には、これらのケアが可能な専門家が不足し、施設が十分に機能しない事も予想されます。そのため日常生活の支援者を中心に災害時にも地域で要配慮者を支えることができるよう、ケアプランの中で災害時の対応についても十分に検討し計画しておけるように、支援する事が望まれます。

◉地域内のセクター間の関係性強化

これまでの災害では、主に仮設住宅の設置期間に、「被災者サポートセンター」や「地域支え合いセンター」と呼ばれる被災者に特化した地域支援拠点が設置されました。また、これらの拠点には被災者支援の専門員として生活支援相談員（Life Support Advisor: LSA）が配置されました。LSA は主に被災者の日常生活支援、相談対応、日々の見守り活動を行い、活動を通じて知り得た課題を行政、医療・福祉・法律等の専門家、ボランティア等へつなぐ役割を担いました。多くの場合、これらは社会福祉法人等が受託して運営されてきましたが、委託する自治体側も受託する法人側も、自然災害の特徴、災害後社会の過程、多岐に渡る被災者支援制度、全国的な災害救援リソース（ボランティア団体等）などに精通している訳ではないので、共通の理解のもとに被災者支援を進めるためには日常よりいっそう関係者間の情報共有や協議が密であることが求められます。そのため、市区町村ではセクター間の関係性を日ごろから強化し、災害時の地域支援拠点の運営体制について共通のイメージを持っておくことが望まれます。このことは 2016 年に発生した熊本地震で対応に当たった保健所の経験からも指摘されています[1]。

◉他分野間および広域の支援連携と情報共有体制の構築

被災地では、保健・医療・福祉等の関係者による支援情報共有の取り組みが行われることが多くあります。この理由は被災者への支援は，普段の保健・福祉・医療的ケアと、災害時に特有の支援を複合的に行う必要があり、平常時以上に支援者間の情報共有が求められるためです。これらの情報共有は、行

政が中心となって専門家や地域支援拠点との情報共有会議を定期的に開催する場合もあれば、LSA 等が自発的に共有ノートを作成し支援記録を行政や専門家と共有する場合もありました。いずれにしても、その地域の関係性や被害の様相に応じて適切な情報共有体制が構築されるためには、日頃から行政・専門家・地域支援拠点の３者が良好な関係を築いていることが必要です。このために、平時から３者が定期的に集まる機会を設け、顔見知りになると共に、災害時の役割や対応などについて確認しておくことなどが有効だと考えられます。

支援情報共有のもう一つの重要な目的として、判断基準の共通化が挙げられます。被災者に対する支援の判断に違いが生じた場合、その違いを認識した被災者は不公平感や対応者への不満を抱く事が考えられます。対応者と被災者の関係が良好でなくなると、被災者が支援を必要とする時に相談できず、長期的かつ解決困難な課題を生み出してしまうことも懸念されます。このような事態を防ぐために、対応者間で判断基準や支援情報を共有し共通化することも大切です。そのためには、都道府県などの広域で活動できる組織が平時から市町村の組織と良好な関係性を構築し、災害時には迅速に市町村に人を派遣して状況を把握し市町村の判断や意思決定に関わりを持ち、情報共有の場づくりを行うなど、広域調整の役割を持つことが重要です。例えば、地域包括ケア会議などの場を活用することも有効でしょう。

◉情報の見える化

大規模災害の対応は、当事者だけではできません。そのため、国や県、外部の専門機関からの応援を有効に機能させる「受援力」を高めておくことが大切です。受援力を高めるためには、応援機関を受け入れる空間、人材、時間などを確保することも大切ですが、災害時に自地域で何が課題になっているかをいち早く把握し応援者に伝えることが第一です。そのためには、地域の情報の見える化が有効です。過去の被災地では、被災者の生活課題を類型化し被災者のスクリーニングを行う事で、それぞれの類型に応じた支援チームを結成し効率的に対応にあたった事例や、地図によって災害対応資源の配分状況や地域固有の事情による課題を可視化する事で、不足している人員や資機材・医薬品等の広域調整を行ったり、課題に合った専門家の派遣を行えたりした事例があります。これらを災害時の混乱状態の中で実現するためには、平常時から情報の見える化を行い、他機関との協議の場などで活用することを意識的に行う事が推奨されます。

＜参考文献＞
1. 劔陽子 , 池田洋一郎 , 稲田知久 , et al. 熊本地震後超急性期から亜急性期における保健所の災害対応活動 . 日本公衆衛生雑誌 2018; 65: 755-68.

COLUMN コラム

災害の後のコミュニティづくりに行政ができる工夫

東北大学大学院歯学研究科　相田　潤

災害時やその復興の過程において、高齢者は特にケアのニーズの高いグループとなります。災害後の地域包括ケアの推進に役立つ視点を3点紹介します。

1）被災者のつながりを保つ：地区ごとの集団移転を原則に

東日本大震災では多くの被災者の方が住居を失いました。その結果、一定数の被災者の方の居住地は体育館などの避難所→プレハブなどの仮設住宅→復興住宅へと変化します。この被災者の移住に際して、災害前の人々のつながりをできるだけ保てるような移住方法をとることの重要性が指摘されています。災害前に同じ地域だった人々を、地域ごとに避難所に入っていただく、地域ごとに同じ棟のプレハブ仮設住宅に入っていただく、地域ごとに近くの復興住宅に入っていただく、という方法で地域の人々のつながりを保ち、孤立を防ぎやすくなります。障害や病気などを持った人への理解を最初から近隣住民が把握している、という状況も作りやすくなります。

こうした地域ごとの移住である集団移転にはいくつかの難しさがあります。例えば50世帯は入れるプレハブ仮設が1棟建築されたとして、被災前のどの地域の人々から入ってもらうか、調整が必要になります。また、同じ地域の人でも折り合いが悪いから遠くにしてほしい、ということもあるでしょう。災害後の忙しい時にそうした調整をするよりも、「公平」の名のもとに抽選で入居を決めようという意見も行政内部では強くなるでしょう。しかしここで集団移転をしておけば、その後の住民同士のトラブルが少なかったり、健康が保たれたり、支援物資の流通や情報の普及がスムーズなことで、住民・行政ともにストレスが少ない状態になります。集団移転の実例として宮城県岩沼市での取り組みがあり[1]、人々のつながりや健康を保つ効果が知られています[2,3,4]。

被災後にもできるだけ地元の行政の職員には日常業務に専念してもらいたいものです。そのため、災害時・災害復興期の市町村支援においては、市町村職員が通常業務に専念できるように、災害対応・復興関連部分を積極的に支援するとよいでしょう。その中でも、集団移転等、多様な利害関係者が絡む案件についての調整業務は特にニーズが高いものと言えるでしょう。

2）ジェンダーバランスの調整支援

災害の後の避難所では、地区会長などの男性がリーダーを務めることがあります。また復興会議などでも同様に男性ばかりで意思決定がされることがあります。こうした状況は、視点の多様性を減らして思わぬ弊害を生じることがあります。たとえば東日本大震災後にできたある避難所では、「女性が朝5時に起きて炊き出しをすべき」という意見が通ってしまったところがありました[5]。ここの女性は「反対すると居づらくなる」と考え従わざるをえず、毎日が大きなストレスだったそうです。

こうした問題を避けるには、避難所や仮設住宅の支援にあたる行政職員に女性を必ず配置し、復興に関する会議も男性だけにならないように行政が意図的に配慮することが重要です。宮城県岩

沼市では避難所担当の市職員の４割が女性だったことでトイレの問題や救援物資の配分に大きなトラブルが発生しなかったと指摘されています[1]。ジェンダー面と同様に、障害者や外国人へ配慮も必要です。

3）避難所間／支援者間の情報共有や連携の支援

災害時には、被災者の支援活動に様々な部署の人々や様々な団体が活動をしています。また複数の避難所間での連絡や連携が必要なこともあるでしょう。被災者が要望を適切な部署に伝えたり、また行政が被災者に連絡をとるのも難しい状況も発生しがちです。

支援活動を直接する人にとっても、このような状況で適切に連絡をとったり連携のための調整をすることは、実は必ずしも容易ではありません。支援する人々はそれぞれの立場や役割や専門性があるため、ついついそれだけに目が向きがちで、異なる立場の人々に連絡を取ったり、連携を支援するようなことは後回しになりがちです。そのため、支援者の間や避難所の間での情報共有や連絡、連携を支援することも大切な仕事になってきます。

この役目はこうしたことに現場でなかなか手が回らない市町村に代わって、都道府県や保健所、支援団体に求められている役割のひとつです。実際の例としては、熊本地震では各避難所に、災害時にたまたま近くにいたスタッフが、現場を離れられず数日間にわたり孤軍奮闘状態に陥り、情報共有が困難になり、避難所の質や管理システムに大きなばらつきが見られました。そこで、自治体への支援担当者の提案で避難所間連絡会議を開催してこの問題を解決した事例があります。

また、中長期的にはプレハブの仮設住宅で行政職員と住民が中心となり月一回の連絡会を開催して、情報共有や連絡事項や要望を伝えたという事例もあります。消防や警察や大学など様々な人々が参加できるオープンな場所にすることで、多様な連携や、部門を超えた情報共有が図れます。情報共有や連携のための役割を担当したり、定期的に連絡会議を開くことは、他の地域から入った職員の重要な役割になるでしょう。

<参考文献>

1. 井口経明.「千年希望の丘」のものがたり～「鎮守の森」にかけた東北被災地復興～. プレスアート, 2015.
2. Hikichi H, Sawada Y, Tsuboya T, et al. Residential relocation and change in social capital: A natural experiment from the 2011 Great East Japan Earthquake and Tsunami. Sci Adv 2017; 3: e1700426.
3. koyama S, Aida J, kawachi I, et al. Social Support Improves Mental Health among the Victims Relocated to Temporary Housing following the Great East Japan Earthquake and Tsunami. Tohoku J Exp Med 2014; 234: 241 7.
4. 相田潤.【ソーシャル・キャピタル】防災へのソーシャル・キャピタルの活用. 生存科学 2016; 26: 3 19.
5. 引地博え, 近藤克則, 相田潤, 近藤尚己. 集団災害医療における「人とのつながり」の効果：東日本大震災後の被災者支援に携わった保健師を対象としたグループインタビューから. Japanese J disaster Med 2015; 20: 51 6.

第２章

市町村支援に役立つ理論・概念

本章では、地域包括ケアの推進に関連する大切な理論や概念について解説します。支援する際の考え方の基盤としていただければと思います。扱うものは、以下の６つです。

１）地域エンパワメントとソーシャル・キャピタル

地域包括ケアの推進には、「まちづくり」の視点がかかせません。地域住民を中心として、様々な組織や専門職がどうやって有機的な連携をつくっていくか、それをどう支援していけばよいかを考える際に、この２つの概念が役立ちます。

２）健康の社会的決定要因への対応と健康格差の是正

地域包括ケアでは、小地域ごとの対策を進めます。地域の実情に合った活動を実現できる一方で、地域の力量によって格差を生じさせることも懸念されます。住民一人ひとりの健康は、個人の社会背景や住んでいる地域の環境の影響を受け、それが健康格差を生みだす場合もあります。公正な地域包括ケアの推進に役立つ考え方を紹介します。

３）ソーシャル・マーケティング

届けたい取り組みや支援を、最も届けたい人に、真っ先に、十分に届けたい。また、そのような取り組みを住民とともに創っていきたい。これは地域包括ケアに係る多くの方に共通のおもいだと思います。ここに、マーケティングの考え方が役立ちます。

４）コーチング

支援とは、一方的に教育したり、指導したりすることとは違います。活動の主体はあくまで市町村や地域包括支援センターの職員、そして住民です。支援者は、活動の主体である皆さんが生き生きと、効果的に活動できるための環境を整え、その活動のいわば「伴走者」になります。これには、コーチングの考え方が役立つでしょう。

５）データと根拠に基づく施策の運営

行政にも、客観的なデータを用いて計画し、評価し、改善する。この PDCA を、説明責任（アカウンタビリティ）を伴う形で推進することが求められています。科学的根拠についても、可能な限り活用して進めていきましょう。根拠に基づく公共政策：Evidence-Based Public Policy を進める際の視点を概説します。

コミュニティ・エンパワメントとソーシャル・キャピタル

東京大学　長谷田　真帆

◉ヘルスプロモーションは、住民への健康教育だけに限らない。地域社会の環境整備も重視される。

◉地域を対象としたヘルスプロモーションには、規制や法整備などを行う社会変化アプローチと、地域でのネットワーキングや対話を行うエンパワメントがある

◉地域のエンパワメントには様々な方法があるため、関係者相互の関係性や目標設定の仕方によってアプローチを選択しよう

◉地域のエンパワメントを進めることは、関係者、そして地域全体それぞれのソーシャル・キャピタル醸成になる

地域づくりを通じた保健活動には色々なアプローチがあります。主なアプローチについて、その基本的な考え方を知っておくことで、今の現場での取り組みがどのようなアプローチに基づくのかを理解し、課題解決の糸口を探りやすくなります。市町村支援の基盤となる知識・理解として活用してください。

ヘルスプロモーション：対象は個人か地域か

ヘルスプロモーションは世界保健機関（WHO）が 1986 年に提唱したオタワ憲章の中で、「人々が自らの健康の決定要因をコントロールし、それによって自らの健康を改善できるようになるプロセスである」と定義づけられています[1]。「ヘルスプロモーション」という用語は、1974 年にカナダの保健福祉長官による Lalonde Report の中で最初に使われました[2]。これは政府によるレポートとして初めて、健康の決定要因には個人の生物学的要因や保健医療体制だけではなく、社会環境も含まれることを示しました。したがって、地域の環境にアプローチする地域包括ケアとの関連が深い考え方です。

具体的に地域でヘルスプロモーションを進めるためのアプローチは、その目的や方法、評価の仕方によって様々です。ヘルスプロモーションに関するテキストの著者である Naidoo & Wills は、そのアプローチとして以下の 5 つを挙げています（表 1）。

表 1. ヘルスプロモーションのアプローチの類型[3]（和訳し、一部改変）

対　象	アプローチの種類	目　的	方　法
個　人	医学的アプローチ	疾患のリスクのある個人を同定	スクリーニング
	行動変容アプローチ	自らの健康に責任を持ち、より健康的な生活習慣を選択するよう奨励する	1 対 1 のアドバイスなどを通じた説得、マスメディアによるキャンペーン
	教育的アプローチ	健康的な生活習慣についての知識やスキルを増やしてもらう	個人や小グループのワークを通じたスキルアップ講座・情報提供
集　団	エンパワメント	コミュニティのニーズに沿うように協働する	アドボカシー、交渉、ネットワーキング、ファシリテーション
	社会変化アプローチ	集団の視点を取り入れながら、健康格差対策を行う	組織の方針制定、公衆衛生上の規制や法整備

集団を対象としたアプローチのうち、エンパワメントはボトムアップ型の介入、社会変化アプローチは権威が先に立つトップダウン型の介入、といった違いがあります。地域づくりを通じた保健活動を進める中では、エンパワメントが重要になる局面がしばしばあります。エンパワメントについて、以下でもう少し詳しく説明します。

◉エンパワメントの類型：関係者と対立か対話か・地域の課題か強みか

地域包括ケアには、組織連携が欠かせません。組織連携を健康づくりに生かす際は、エンパワメント理論に基づく分類が役立つでしょう。

エンパワメントは、保健の分野では Wallerstein が「個人やコミュニティ・組織が変わりゆく社会的・政治的環境の中で、公正性や生活の質の向上のために自らの生活の主導権を得る社会的な活動プロセスである」と定義づけています[4]。エンパワメントの中で、特に地域を対象にしたコミュニティ・エンパワメントは総じてコミュニティの組織化（Community Organizing）と呼ばれます。Minkler らはコミュニティの組織化を「コミュニティの集団が共通の目的に向かって問題や変化のターゲットを同定し、資源を活用し戦略を進めて実行できるように支援されるプロセス」と定義しています[5]。平たく言えば、地域の人々や組織が連携して活動を進めるお手伝いをすることです。まさに、地域包括ケア推進に向けた支援のことと言えるでしょう。先にも出てきたオタワ憲章の中でも、地域活動を組織することはヘルスプロモーションでも重視されています[1]。コミュニティの組織化はヘルスプロモーションの中心戦略です。

コミュニティの組織化には複数のアプローチが存在します（図 1）。様々な関係者との対話により、目の前にある課題や問題を解決するアプローチがコミュニティ開発（Community Development）です。問題や課題の解決ではなく、地域の強みを活かすアプローチをコミュニティの構築（Community Building）と呼びます。また、決定権を持つ特定の個人や組織に対して、弱い立場の住民のニーズが満たされるように訴え、支援する方法が社会的行動（Social Action）です。これらのアプローチにはそれぞれ利点と欠点があります。状況に応じて使い分けたり、組み合わせて使います。

図 1. コミュニティの組織化の類型[5]（和訳し、一部改変）



上記のどのアプローチをとる場合でも、コミュニティの組織化を進めていくのに重要な共通事項が二つあります。それは、

1. 地域診断データを用いて客観的に地域を評価すること

2. 様々な組織や機関と連携し、目標を共有して長期的な協力体制を築くこと

です。地域診断については第 3 章第 1 節、連携についての詳細や具体的な方法については第 3 章第 4・5 節を参照してください。

◉ソーシャル・キャピタル：「コミュニティの組織化」でつながりの資源が増える

コミュニティの組織化では、コミュニティに属する個人の資質向上に力点を置いています。つまり、コミュニティの組織化を行うプロセスで組織間の連携が進むと、参加者のつながりが拡大し、つながりを通じて得られる資源がふえます。

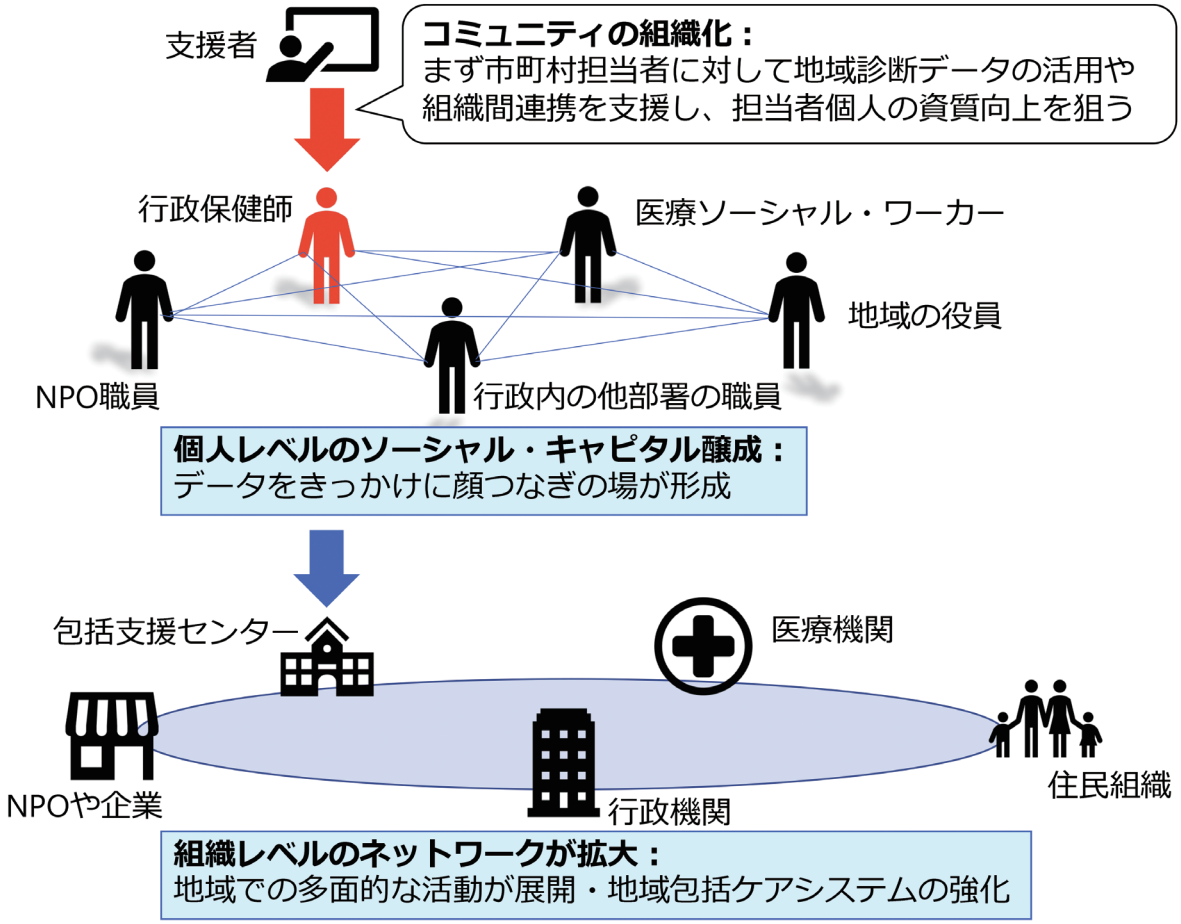
このように、人や組織どうしの関係を資源としてとらえた概念をソーシャル・キャピタルといいます。つながりの資源的な側面を意味します[6]。政治学者の Putnam が 1993 年の著作の中で「信頼、規範、ネットワークといった社会組織の特徴であり、人々の協調行動を促進することで社会の効率を高めるもの」と定義して以来、保健分野でもその概念が広まり、よく知られています[7]。しかしその定義や捉え方、測定方法には様々なものが存在します。Putnam らはソーシャル・キャピタルを「地域の特性」としています。

一方で、ソーシャル・キャピタルを「個人の特性」と捉える立場もあります[8,9]。この立場は、個人が自分の人間関係のネットワークを広げることに投資する（時間やお金を使う）ことによって、結果として今までよりも多くの財（資源）を使えるようになる（投資に対して、リターンがある）とするものです。

コミュニティの組織化を進めることは、そのネットワークに参加している専門職や住民にとって、つながりを持つことで利用できる資源が増える、つまり個人レベルのソーシャル・キャピタルの醸成に役

立ちます。その結果、地域の組織同士の連携が進み、そのつながりが地域全体のソーシャル・キャピタルの醸成にもなります。職員の人材育成が、地域を育てることにも繋がっていくのです（図２）。

図 2. コミュニティの組織化とソーシャル・キャピタルについての概念図



＜参考文献＞
1.World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: World Health Organization, 1986.
2.Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians : a working document. 1974.
3.Naidoo J, Wills J. Foundations for Health Promotion, 4th editio. London: Elsevier, 2016.
4.Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. Am J Health Promot 1992; 6: 197–205.
5.Minkler M. Community organizing and community building for health and welfare. Rutgers University Press, 2012.
6. 杉澤秀博 , 近藤尚己 . 第 11 章 社会関係と健康 . 社会と健康 : 健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ . 東京 : 東京大学出版会 , 2015.
7.Putnam RD, Leonardi R, Nanetti R. Making democracy work : civic traditions in modern Italy. Princeton University Press, 1993.
8.Bourdieu P. Distinction : A Social Critique of the Judgement of Taste. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1984.
9.Lin N. Social capital : a theory of social structure and action. Cambridge University Press, 2001.

健康の社会的決定要因への対応と健康格差の是正

東京大学　西岡　大輔・長谷田　真帆

◉健康格差への対応を踏まえて、地域診断や組織連携を進めましょう

◉医療や介護サービスなど様々な現場で住民の社会的なリスクを把握する機会を活用し、情報の共有を

◉生活保護制度の受給対象者への健康管理支援事業など、地域包括ケアと健康格差対策との接点となる取り組みを活用しよう

健康格差とは、住んでいる地域や、個人が置かれた社会的な状況の違いにより健康状態が異なることを意味します[1]。地域包括ケアの推進においても、生活に困窮していないか、孤立しがちな状況かどうか、といった視点で地域診断を行い、生活面まで視野に入れて必要なケアを届ける仕組みを作りましょう。

健康格差の是正に必要な３つのポイント

近年、貧困・差別・社会的孤立など、個人のおかれた社会的な背景が健康に強く影響を及ぼすことが明らかとなり、健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health：以下，SDH）と呼ばれるようになりました。SDH への対応は世界的な保健課題となっています。世界保健機関（WHO）は「健康の社会的決定要因に関する特別委員会」の最終報告書の中で，SDH への対応について、以下の３点を推奨しています[2]。

＜ WHO が推奨する SDH への３つの対応 * ＞

1. 見える化：健康格差を数量的に把握し、健康に関連する政策が健康格差に及ぼし得る影響を評価すること
2. 連携：多様な機関や専門職同士の連携を進めること
3. 生活環境の改善：連携により生活環境を整えること

* 英語の原文を著者が意訳しています

日本でも、健康格差の認識と対応を求める動きが活発になっています。厚生労働省は健康日本 21（第２次）の中で、「社会環境整備を通じた健康格差の縮小」を目標に掲げました[3]。公益財団法人医療科学研究所は、「健康格差対策の７原則」を提案しています[4]。この７原則でも、健康格差を客観的に把握し、社会環境の改善にかかわる多様な人々や組織との課題共有を進める戦略的なマネジメントが強調されています。

＜健康格差対策の７原則＞

第１原則：健康格差を縮小するための理念・情報・課題の共有（図１）

第２原則：貧困層など社会的に不利な人々ほど配慮を強めつつ、すべての人を対象にした普遍的な取り組み（図２）

第３原則：胎児期からの生涯にわたる経験と世代に応じた対策

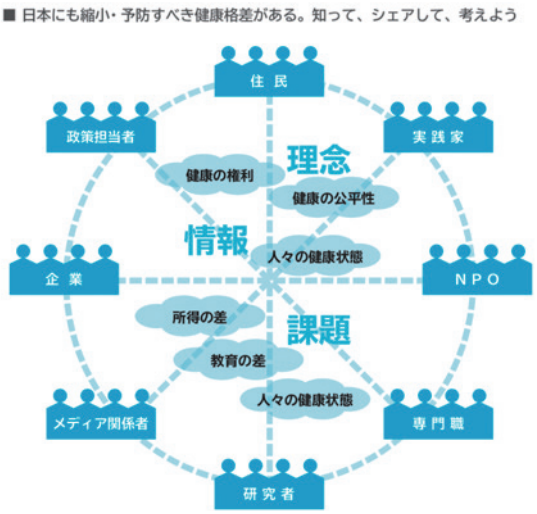
第４原則：長・中・短期の目標設定と根拠に基づくマネジメント

第５原則：国・自治体・コミュニティなどそれぞれの特性と関係の変化を理解した重層的な対策

第６原則：住民やNPO、企業、行政各部門など多様な担い手をつなげる

第７原則：コミュニティづくりをめざす健康以外の他部門との協働

図１. 健康格差対策のためには多様な人々と組織の連携・課題共有が重要[4]

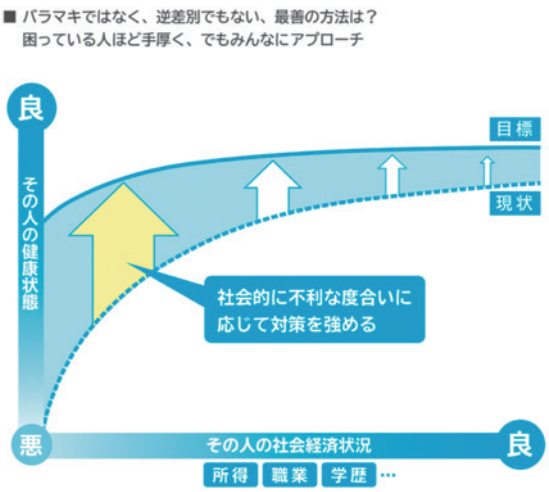


例えば、地域の医療機関と保健・介護・福祉分野の連携があります。病気のことに対応するのは医療機関の仕事、生活保護など生活困窮に関することは福祉部門の仕事、と「縦割り」になりがちです。しかし、病気の背景には社会的な問題が潜んでいることが多々あります。生活保護受給者の対応をする福祉事務所のケースワーカーは医療専門職ではないため、病気のことは詳しくわかりません。反対に医療専門職は福祉のことを十分知りません。そのため、専門職同士が住民の課題を共有し、連携しながら、それぞれが対応できるケアを提供していくためのネットワークを作ることが求められます。このことから、住民の社会的リスクを踏まえた地域包括ケアを進めることが健康格差対策になることがわかります。

配慮ある普遍的なアプローチを地域包括ケアの枠組みで

上記「７原則」が挙げているように、健康格差を是正するには、すべての人が対象となる、普遍的（ユニバーサル）なケアの環境づくりを原則とすべき、としています。加えて、対象者の社会的に不利な度合いに応じて対策を強める、あるいは社会的に不利な人程効果が高い対策を優先的に実施することで、健康格差の縮小が期待できます（図２）。例えば、地域に誰もが参加しやすいサロン拠点をたくさん作ることで、地域の人々が交流しやすい環境を整えます。加えて、地域診断データをもとに、サロンから遠くに住んでいる人、閉じこもりがちな人が多い地域に対して、追加的な措置を行います。コミュニティバスによりサロンに出かける手段を提供したり、閉じこもりの多い地域へ向けたサロン事業予算を増額してテコ入れをする、といったことが考えられます。

図 2. 配慮ある普遍的なアプローチの方法[4]



地域包括ケアによる健康格差対策の事例（熊本県御船町）

最後に、地域包括ケアの分野別・年齢別の縦割りを超えて地域の生活課題を把握し、健康格差対策を実践している熊本県御船町の好事例を紹介します。

●支援者と御船町との関わり：町からのお悩み相談

熊本県御船町では 2009 年度から要介護認定割合が上昇傾向となり、対応について同町の保健師から相談がありました。そこで原因を明らかにするため、日本老年学的評価研究 (Japan Gerontological Evaluation Study: JAGES) の 2013 年度調査へ参加して頂きました。御船町では 2013 年 10 月に、10 の小学校区に住む 2000 人の高齢者に調査票を配布し、1432 名から回答を得ました。調査終了後に支援者は、様々な健康関連指標について他の市町村間および町内の小学校区ごとに比較した地域診断データを作成し、町で活用してもらえるように準備をしました。

●地域診断データを行政内の多様な部署と共有し、町内の健康格差の存在に気づいてもらう

2014 年度から同町では様々な部署の行政職員が参加する「地域包括ケア推進会議」が開催されるようになりました。支援者は作成した地域診断データをこの会議に持参して紹介し、職員に御船町の高齢者の健康課題を検討してもらいました。その結果、他の市町村に比べて閉じこもりの割合が高く、町内でも中山間地（11.1%）と平坦地（6.1%）とで大きな地域間格差があることが明らかになりました（数値は年齢調整済み）。このことから同町の第 6 期介護保険事業計画には閉じこもりの地域格差対策の数値目標が盛り込まれ、中山間地で閉じこもり対策を優先的に進めていくことになりました。

●地域診断データを地域住民と共有する：活動のきっかけづくり

目標が決まってから、データを最も優先すべき中山間地の A 地区に持っていって説明することになりました。そこでは支援者がデータに基づいた地域の現状を住民に説明し、データをみて感じたことや、これから取り組みたいことを複数回かけて話し合ってもらいました。
ワークショップで様々な意見が出た結果、A 地区では他の部署で獲得していた補助金も活用して、2015 年度から新たな事業を行うことに決まりました。この事業では住民が主体的にボランティアとして活動し、廃校を活かした地域の集いの場ができ、給食室を活用した会食や配食のサービスが始まりました。

●地域診断データを活用して活動の効果測定を行い、格差のトレンドも評価する

上記のような取り組みを経て、2016 年に JAGES による調査を再度行い、第 6 期計画期間の「閉じこもり」の地域格差対策の評価が実施されました。その結果、閉じこもり高齢者の割合は、平坦地 5.7%、中山間地 8.3%であり、2013 年度と比較して、当初の目標をはるかに上回る閉じこもりの地域間格差の是正がみられました（表 1）。様々な部署や組織とともに行った地域づくりの活動が、健康格差対策に繋がったことがデータで示されたのです。特に A 地区では趣味の会やスポーツの会への参加割合や友人との交流頻度が増加し、抑うつや要介護リスクの高い人の割合が減少していたことが明らかになりました。

表 1. 御船町における「閉じこもり（外出頻度が週 1 回未満）」の高齢者の割合（年齢調整済み）

	平坦部 (A)	中山間部 (B)	割合の差 (B-A)	割合の比 (B/A)
2013 年度	6.1%	11.1%	5.0%ポイント	1.83 倍
2016 年度	5.7%	8.3%	2.6%ポイント	1.45 倍

◉効果評価の結果を踏まえて、新たな目標設定をする

第六期期間中の取り組みの成果をもとに、第七期介護保険事業計画が立てられました。閉じこもりの地域間格差対策はすでに目標を達成していましたが、熊本地震の影響が懸念されたため、取り組みを継続していく方針となりました。さらに 2016 年度調査のデータを改めて検討したところ、小学校区間で「笑い」の頻度に大きな差があることがわかりました。この結果に基づき、御船町では新たに「笑い」に関する数値目標が設定されました。この段階では、町は自力で目標設定ができるようになっています。

◉活動を横展開する：進み方にも地域差あり

A 地区での取り組みをまちじゅうに拡大すべく、第 7 期では閉じこもりの割合が高く、笑いの頻度が少なかった B 地区を新たな重点対策地域に選定しています。現在 B 地域では、A 地域と同様にワークショップを開催しているほか、A 地域の住民に経験を語ってもらう場を設けるなどの新たな試みを行っています。この効果評価はさらに 3 年後の調査で行う予定です。

活動を他地域に横展開しようとしても順調に進まないときに、現場では「なぜ前のようにうまくいかないのか」と職員の気持ちが先走ってしまうことがあります。同じ市町村内であっても、地区によってカラーが異なることは良くあることです。支援者は職員の思いを受け止めながら住民との丁寧な対話を促し、あせらずに進めるようにアドバイスすると良いでしょう。

医療・介護・保健・福祉をつなぐ新たな取り組み

近年、医療介護連携が進んでいます。地域ケア会議などの枠組みで、地域の専門職全体のネットワーキングが進められています。近年では、まだ課題が残されている医療・介護と福祉の連携を進める機会となる新たな取り組みが始まっています。

1）生活保護受給者への健康管理支援事業：医療・保健・福祉の縦割りを越える

生活保護受給者は若い世代から糖尿病や肝炎などの慢性疾患を抱えていることが多く、医療ニーズが高い集団といえます。受給者の健康状態の管理は、健康格差の縮小だけでなく、生活保護からの自立を図る基礎としても不可欠です。そこで、生活保護受給者への健康管理支援事業が始まっています。2017 年に検討会が実施され、順次モデル事業が展開されています。2021 年からは全国の福祉事務所が対象となります。厚生労働省では、その支援マニュアルを策定する動きがあります[5]。

福祉部門のケースワーカーは忙しく、医療に関する専門的知識を持っていないことがほとんどです。また、地域の生活保護受給者の中には健康に課題を抱える人がいるにも関わらず、保健や医療が行き届いていないケースもあります。市町村の保健センターの保健師等が福祉事務所と連携して、受給者のニーズを把握し、必要な医療や介護のケアへとつなげ、伴走する支援を行うことを目的としています。また、医療・保健・福祉の縦割りを越えて、地域全体で被保護者の健康や地域社会への参加を促す環境整備を行うことが求められています。

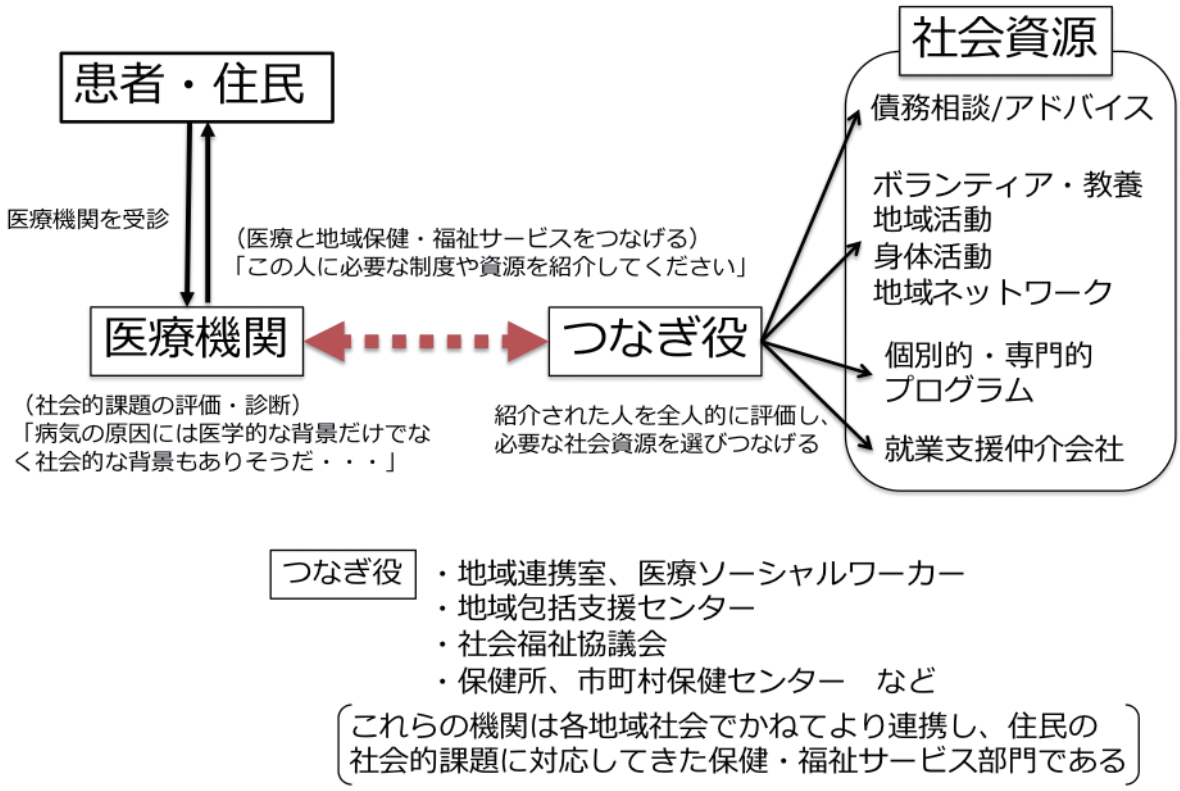
受給者の中には、人とのコミュニケーションや、受診の手続きが苦手で、医療機関の利用に不安を感じる人がいます。そこで、医療機関へ、自治体職員やボランティアが同行する支援が検討されています。受診同行など「付き添い支援」により、治療効果が高まるなどの有効性を示唆する研究結果が諸外国で報告されています[6]。

2）社会的処方：医療と保健・福祉をつなぎ、「孤立」や「貧困」を“治療”する概念

医療従事者も，疾病だけでなく，受診した人の社会的なリスクも把握して対応しようという動きがあります。例えば、「社会的処方」という言葉に注目が集まっています。

社会的処方とは、地域の福祉や介護、住民組織など、多様な連携の枠組みに医療機関をしっかりと組み込むことで、患者の社会的なリスクの把握と社会ニーズへのケアに対して地域全体で対応することで、健康と生活の両面を支えることを目指します（図 3）。たとえば、孤立や貧困などの社会的な背景があり、高血圧や不安障害などの医学的な問題を抱えた人が医療機関を受診した時に、医療機関がその社会的な背景を把握して、必要な社会資源へとつなぎます。

図 3. 医療機関が患者や住民の社会的なリスクに対応する社会的処方[7]（和訳し、一部改変）



社会的処方の対象となった人の社会的課題は、低所得・孤立・失業・ドラッグ・アルコール関連問題・介護離職や介護によって生じた健康問題など多岐にわたります[8]。この社会的処方の活動により人々の幅広い社会的課題を把握できるようになり、社会的な支援が行き届いていなかった人を特定しやすくなり、住民ひとりひとりに対して健康格差の是正に取り組むことができると報告されています[8]。社会的

処方の効果としては、人々の精神的な健康状態を表すスコアの改善や、地域住民の救急受診頻度の減少、医療費の削減などが報告されています[9]。

日本で言えば、医療機関で診断された社会的課題への対応を地域包括支援センターなどが引き受け、地域にあるサービスが連携してケアを提供する方法、などが考えられます（図 3）。医療機関の受診は，福祉的ケアのニーズのある住民へアウトリーチできる貴重な機会です。社会的な困難を抱えている者ほど孤立しがちで社会との接点がないため、対象者の把握が難しいのですが、医療機関には身体症状が悪化した場合にやむを得ず受診することがあるからです。地域の住民のケアの質の向上のために、限られた「気づき」の機会を逃さず、医療機関と地域保健・福祉サービスが連携し個々の住民のケアを充実させるしくみが求められています。ぜひ「地域ケア会議」などの場で、医療機関と地域の保健・福祉サービスが一堂に会し、地域の気になる患者に関する話し合いをして連携を深めていきましょう。

地域共生社会に向けて

地域包括ケアシステムを社会的孤立や制度の隙間にある人・障害のある人・こども等への支援にも普遍化することは、厚生労働省が検討を進めている「地域共生社会」の実現にとって大切な要素です。包括的な支援体制の構築によって、分野別・年齢別に縦割りだった支援を当事者中心の「丸ごと」の支援とすることが提唱されています。「社会的処方」や「生活保護受給者の健康管理支援」は、地域共生社会の実現を通じた健康格差対策のひとつの方法として期待できるでしょう。

「生活保護受給者の健康管理支援」に役立つ資料が出版されています[10]。生活保護受給者の健康状態や受診行動に関するデータや前述した「付き添い支援」の効果がまとめられています。

＜引用文献＞
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.Commision 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, 2008.
3. 厚生労働省 . 健康日本 21（第二次）. 2012. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kenkounippon21.html.
4. 医療科学研究所「健康の社会的決定要因 (SDH) プロジェクト」. 健康格差対策の 7 原則 . 2015.
5. 厚生労働省 社会・援護局　保護課 . 生活保護受給者の健康管理支援等について . https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000052441_1.pdf (accessed Feb 12, 2019).
6.Ali-Faisal SF, Colella TJF, Medina-Jaudes N, Benz Scott L. The effectiveness of patient navigation to improve healthcare utilization outcomes: A meta-analysis of randomized controlled trials. Patient Educ Couns 2017; 100: 436–48.
7.Network TSP. Report of the annual social prescribing network conference. 2016. https://www.westminster.ac.uk/file/57446/download.
8.Popay J, Kowarzik U, Mallinson S, Mackian S, Barker J. Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. Part I: the GP perspective. J Epidemiol Community Heal 2007; 61: 966–71.
9.Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. BMJ Open 2017; 7: e013384.
10. 一般社団法人日本老年学的評価研究機構 .「付き添い」のちから 生活困窮者の医療サービス利用の実態および受診同行支援の効果に関する調査研究 . 2019

第２章　第３節

ソーシャル・マーケティングの手法を用いた地域包括ケアの推進支援

国立保健医療科学院　森山　葉子・大夛賀　政昭、東京大学　近藤　尚己

◉ソーシャル・マーケティングとは、社会的な活動にマーケティングの手法を応用すること。地域包括ケアの推進にも応用できます。

◉マーケティングで大切なのは、
①環境分析：あなたのチームや対象地域（市町村）についての情報収集と分析
②支援対象の選定：セグメンテーションとターゲティング
③目標設定
④サービス・支援の内容と普及法を意味するマーケティング・ミックスの検討　です。

◉保険者機能強化支援には、保険者機能強化推進交付金に係る評価指標を用いた環境分析や評価が期待できます。

ソーシャル・マーケティングとは

マーケティングとは、「顧客、クライアント、パートナー、社会全体にとって価値のある提供物を創造・伝達・流通・交換するための活動、一連の制度、プロセス」です（米国マーケティング協会の定義）[1]。マーケティングといえば、もともとは営利企業によるビジネスを指しましたが、実際は行政や政治、病院や社会福祉法人、学校等、公的あるいは非営利の活動にも応用されており、もちろん健康づくりにも活用できます。このようにマーケティングを社会的課題に活用することをソーシャル・マーケティングといいます[2]。

マーケティング研究の第一人者・コトラーは、ソーシャル・マーケティングの重要性を強く主張しています[3]。実際、これまでに、ソーシャル・マーケティングは予防接種の普及、蚊帳張りによるマラリア対策、食生活の改善などに大きな力を発揮してきました[4,5]。

ソーシャル・マーケティングでは、まずねらいとする行動（健康づくりなど）をして欲しい対象者の利益と関心を把握します（ニーズの把握）。そして、どうしたらその行動をとってくれ（行動変容）、かつ自発的・継続的に実施してくれるかを考えます。

ソーシャル・マーケティングを用いた市町村支援の具体的な方法

市町村支援に適するソーシャル・マーケティングの手順は、環境分析、対象者の決定、目標設定、戦略の決定、実施、評価です（図 1）。

図 1. 市町村支援におけるソーシャル・マーケティングの進め方

①	環境分析：支援側（都道府県）の状況把握、対象者（市町村・住民）の情報収集
②	支援対象の検討：セグメンテーション、ターゲティングによる支援対象の決定
③	目標設定
④	支援方法の検討：マーケティング・ミックスによる戦略の決定
⑤	実施
⑥	評価

ここでは、この本を読んでいる読者（あなた）を都道府県や政令市等の支援者と想定して、上記の①–④について説明します。⑤実施と⑥評価については、活動のマネジメントの作業と重なりますので、第３章１・２節をご覧ください。

①環境分析

まず、実施するあなたの組織・チームの内部状況や外部環境の状況を分析します。またサービスを届ける対象者（地域の組織や住民活動の状況など）についての情報収集を行います。

SWOT 分析で強み・弱みを把握しよう

環境分析のツールとして、取り組み易い SWOT（スウォット）分析を紹介します[2]。SWOT 分析は、Strength：強み、Weakness：弱み、Opportunity：機会、Threat：脅威の４つの頭文字をとったものです。組織内部の資源（人、モノ、財務状況、情報、技術など）や組織風土などによる強みと弱みを抽出し、さらにその組織（都道府県や区市町村）をとりまく外部環境（制度、経済、競合、連携、顧客、人口動態など）に関する機会と脅威を分析します。図２のように、２×２の表を作り、上段に内部環境：強みと弱み、下段に外部環境：機会と脅威を書き出していきます。SWOT 分析は、抽出された内容ももちろん有用ですが、皆で考えを出し合うというそのプロセスも重要です。メンバーの相互理解が深まるからです。

図 2.SWOT 分析

内部環境	強み（Strength）	弱み（Weakness）
外部環境	機会（Opportunity）	脅威（Threat）

都道府県における SWOT 分析例を図３に示します。このような意見を出すために、関係者で集まり、ワークショップ形式でにぎやかに話し合ってみるといいでしょう[a]。

a.「地域包括ケアシステムの構築に役立つコミュニケーション促進・道具箱」や「介護予防のための地域診断データの活用と組織連携ガイド」に、効果的なワークショップのファシリテーション法が紹介されています。ぜひ活用してみてください（JAGES 機構ウェブサイト：www.jages.net の「ライブラリー」内、「地域連携ツール」コーナーから無料ダウンロードできます。）

図 3. 都道府県における SWOT 分析（例）

S：強み ・地域診断が得意な保健師が複数いる ・「見える化システム」などのツール活用が得意なデータ活用担当スタッフがいる ・データ活用を首長が推奨している	W：弱み ・事業ごとに担当が細分化されており、保険者機能を包括的にとらえられる人材がいない ・規模が小さく支援の必要な市町村が多い
O：機会 ・保健所をはじめとした連携機関の存在 ・地域志向の県立大学がある。県と包括協定を結んでおり、支援を期待できる ・保険者機能強化推進交付金	T：脅威 ・医療・介護連携の要ともいえる医師会との連携が弱い ・管轄市町村とのコミュニケーション不足により、支援を受け入れてもらいにくい

情報収集：区市町村が望んでいることは何か？

次に、対象者である市町村の情報収集をします。まずは、市町村がどのような支援を望んでいるか、ニーズの把握をすることが重要です。同時に、支援の促進や妨げになるような出来事、関係性などがないかも把握します。これらは、県と 1 市町村による 1 対 1 のインタビューや、いくつかの市町村をまとめてインタビューするフォーカス・グループインタビュー[5]、あるいは、書面によるアンケート等で行うことができます。

＜情報収集の方法＞
◉支援対象の区市町村への 1 対 1 のインタビュー
◉複数の区市町村を集めたフォーカス・グループインタビュー
◉書面によるアンケート

これらと平行して、各市町村の環境分析を進めます。その際にも SWOT 分析を使ってください。都道府県の SWOT 分析と各市町村のそれは関連し合っており、都道府県にとっては、対象者である市町村との関係性が「O：機会」にも「T：脅威」にもなり得ますし、市町村にとっては、都道府県からの支援がどのようなものであるかが外部環境となり得ます。都道府県の「S：強み」や「O：機会」を活かした支援は、市町村にとっては「O：機会」となるでしょうし、逆に都道府県の「W：弱み」や「T：脅威」により手厚い支援ができない場合は、市町村にとっての「T：脅威」となることもあるでしょう。

BOX
保険者機能強化推進交付金に係る評価指標による環境分析

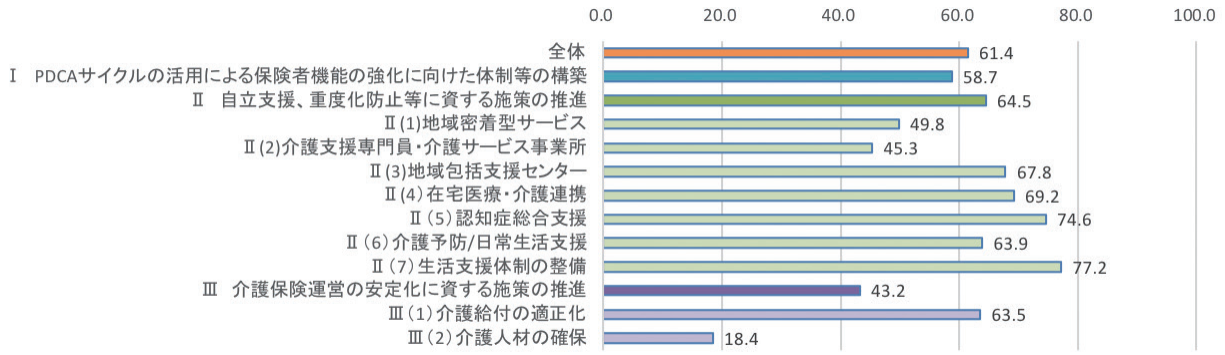
地域包括ケアの推進にむけた保険者機能強化を進めるには、地域包括ケア「見える化」システムや、2018 年度に始まった「保険者機能強化推進交付金に係る評価指標」（以下、「評価指標」）の市町村版を使って環境分析をするとよいでしょう。

ここでは評価指標をとりあげ、都道府県や複数の市町村にまたがる圏域を想定した分析、たとえば、自県が他県と比較してどういう立ち位置にあるのか、また管轄の市町村がどのような状況であるのかを見る分析を紹介します。

まず、都道府県が市町村版の評価指標を使って分析を行う際、自県のどの領域ができていて、どの領

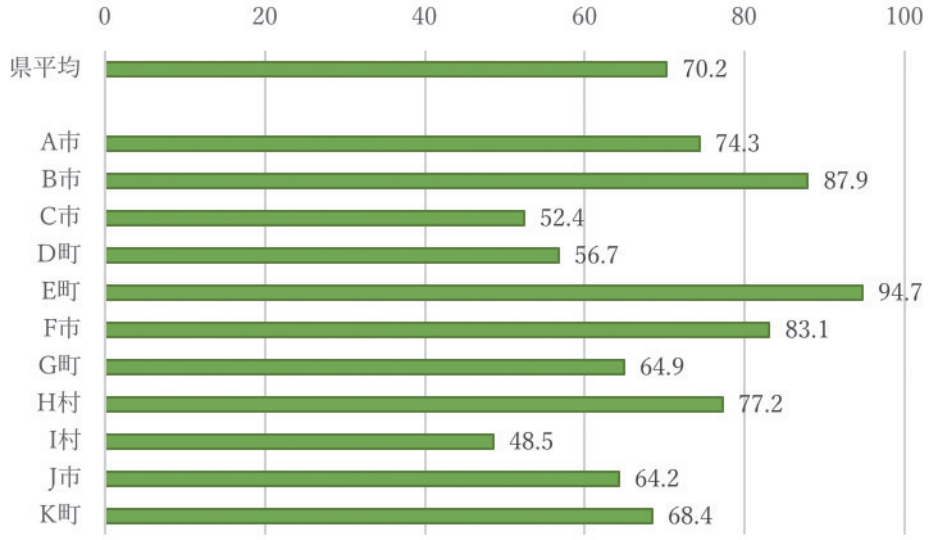
域ができていないのか、自県を構成する市町村全体の平均値から内部状況を把握します。グラフに表すと一目瞭然です（図４）。

図 4. 評価指標の設問領域別県内平均点数による実施率（%）（例）



次に、管轄の市町村の評価指標の個別得点を使って合計点のうち何点をとれているかを実施率で表すことで[b]、管轄の市町村の総合的な機能の凸凹を把握します（図 5）。

図 5. 市町村別の合計点から見た実施率（%）（例）



この他、領域別にどの市町村は何が得意で何ができていないかを見ることで、県下で全体的にこの項目はできている、できていないといったことも把握することができます。

さらに、人口規模別の分析などをおこなうことで、個別市町村の総合得点や領域別得点を多面的に把握することができます。

これまで、複数市町村のデータを持った都道府県（圏域）の分析を紹介しましたが、市町村もみずからの市町村と特性が類似する市町村あるいは都道府県、全国平均を対象として比較を行うことで自らの市町村の立ち位置を明らかにすることができます。

いずれにしても、これらの分析は、支援対象を検討するために行いますので、後述するマーケティン

b. ここでは、「取得得点／合計得点」を実施率と定義し、100 分率での実施状況を表示することで、わかりやすくしています。

グの考え方を押さえたうえで、必要な分析を行うことが重要です。

---

②支援対象の検討

自県・政令市と管轄する区市町村の環境分析により内外の状況を把握したら、次に支援の対象（区市町村や区市町村内の地域や特定の集団）を決定します。その際に、マーケティングにおけるセグメンテーション（細分化）、ターゲティング（対象の絞り込み）の手法を使います。

セグメンテーション、ターゲティング

市町村支援といってもやみくもに全市町村に支援すればよいわけではありません。目的として、全体の底上げをするのか、うまく展開できている市町村が飛躍できる支援をするのか、苦戦している市町村を中心に支援するのか、あるいは市町村別ではなく、項目（事業）別に県内全体的にできていない事業にテコ入れするのか、いろいろな支援対象の決め方があると思います。あるいは、そこに人口規模、年齢別人口（後期高齢者が多いのか、比較的若い高齢者が多いのか）、中心部かどうか、新興住宅地か下町か、自治体（市町村）の状況といったことも関連するかもしれません。

＜支援の対象は誰か？＞
◉全体を底上げ？
◉有望な市町村の飛躍を支援？
◉苦戦している市町村を支援？
◉項目（事業）別に県内全体で、できていない事業にテコ入れ？

セグメンテーション (segmentation) とは

セグメンテーション (segmentation) は「市場の細分化」といいますが、その名の通り、対象とする市場をいくつかの特性により細分化することです。細分化したあとのそれぞれのグループをセグメント (segment) と言います。細分化に用いた特性が異なることで、セグメントごとにニーズが異なる可能性があることから、細分化を行い、それぞれのセグメントに適切な支援の方法を策定することになります。

では支援対象である市町村を細分化するには、どのような特性が考えられるでしょうか。まずは、支援の目的である保険者機能をうまく発揮できているか、苦戦しているか、またどういった領域で発揮／苦戦しているかといった状況が考えられそうです。そして、先ほど挙げた人口規模、年齢別人口、中心部かどうか、新興住宅地か下町か、自治体（市町村）の状況といったことを合わせて考慮する必要があるでしょう。

＜セグメンテーションの視点＞

◉支援の目的である保険者機能をうまく発揮できている？
◉苦戦している？
◉どういった領域で発揮／苦戦している？
◉人口規模は？
◉年齢構成は？
◉中心部？郊外？農村？
◉新興住宅地か？下町？・・・・

ターゲティング (targeting) とは

セグメンテーションで細分化したうちのどのセグメントを優先するか決めることをターゲティング（ターゲットの選定）と言います。例えば、市町村を、保険者機能の状況と、人口規模と、市町村の状況としてスタッフの数により細分化し、図３の SWOT 分析や、図４・５のグラフから、保険者機能の発揮に苦戦している市町村のうち、特に人口規模が小さく、役所のスタッフの数も少ない市町村に支援を行うというようにターゲットとする優先順位を決めます。

＜ターゲティング例＞

要　素	A 町	B 市	C 町
保険者機能の状況	弱い	強い	弱い
人口規模	2万人	１３万人	3万人
保健師数（人口当たり）	少ない	平均	平均
新規要介護認定者割合	高い	平均	高い
ターゲット優先度	１位（最優先）	3位	2位

BOX

TARPARE モデル：公衆衛生活動における対象集団の選定法

「商品がたくさん売れること」が主な目的である通常のビジネスと違い、社会的な活動の場合、サービスが、住民へと広く･公平に普及することが求められます。この視点を踏まえた公衆衛生のためのターゲティングの方法として提唱されている TARPARE（ターペアー）モデルを紹介しましょう[6]。

TARPARE とは、以下の６つの要素の頭文字です。６つの要素で地域を評価してスコアを算出することで、ある程度客観的にターゲットを選定できます。

	説　明
T	セグメントの総人口（Total number in segment）
AR	セグメントの中でリスクを持つ人の割合 (% At high Risk)
P	説得により、行動変容できる対象者か：説得可能性 (Persuasibility)
A	アクセスしやすい・メッセージを届けやすいか (Accessibility)
R	対応するための資源（リソース）は十分か (Additional resources required)
E	公正さの観点で妥当な対象者か (Equity factor)

上記の要素ごとに、数字を割り出し、それぞれの要素の重要性を、各要素の得点を何倍にするか、という「重み」として決定します。例えば、閉じこもり対策のプログラムを、どの地域で行うかを考えるとしましょう。ここでは、候補である県下の３つの地域を比較するために、以下のような表を作り、選定しました。

要 素	指 標	A 地域	B 地域	C 地域	説明 (T, AR 以外は 5 点満点)
T	総人口(万人)	2	8	4	住民票データ
AR	閉じこもり(%)	7	4	7	ニーズ調査による。
P	説得可能性	4	3	3	健康意識・経済状況等で判断。 A 地域は元勤め人が多く、健康意識が高い。
A	アクセス	4	3	4	サロン事業・地域活動の展開が容易かどうかで判断
R	資源 (リソース)	5	3	4	地域包括支援センター・住民活動の活発さで判断
E	公正さ	4	5	4	生活困窮者・独居者の割合で判断
合計1	重みなし	26	26	26	単純に合計した場合
合計2	重みあり	39	35	37	説得可能性・アクセス・資源（リソース）のスコアを２倍に（まず効果が上がりやすい地域でモデル事業として推進する）
優先度	**順 位**	**1 位**	**3 位**	**2 位**	

P・A・R・E は 5 段階評価

評価の結果、最も重みありのスコアが高かった A 地域でまず介入を始めることに決定しました。各要素の重みは、事業が何を目指しているものなのか、といったことを参考に、ある程度「えいやっ」と決定してかまいません。

上記の場合、県が行うモデル事業作成支援の対象地域を選定することを想定し、まずはある程度成功しやすい地域を優先すべく、説得可能性・アクセス・資源（リソース）のスコアに２倍の重みを付けました。その結果、A 地区が 39 点となり、最もターゲットとしての優先度が高い、という状況になりました。

---

③目標設定

支援する対象を絞り込んだら、都道府県の支援により市町村がどのような達成状況を目指すのか、明確な目標を設定します。例えば、まずは市町村が〇〇事業に取り組むといったプロセスが目標になる場

合もあるでしょう。あるいはその事業に取り組んだことで、〇〇の参加者を増やすといったアウトプットにおける目標や、さらにその先の、参加者が増えたことで要介護度の維持・改善、ADL（Activities of Daily Living：日常生活動作）や QOL（Quality of Life：生活の質）の向上といったアウトカムにおける目標も考えられます。

④支援方法の検討

支援する対象が決まったら、どのように支援するか戦略を考えます。その際に使える手法として、マーケティング・ミックスというフレームワークがあります。

マーケティング・ミックス

マーケティング・ミックスは、対象としたセグメントに適切な支援を策定するために用いるフレームワークで、P で始まる４つの要素（４P）：Product（製品）、Price（価格）、Place（場所、流通）、Promotion（プロモーション）について、より効果の高い働きかけとなる最適な組み合わせを選定します。ターゲットとしたセグメントに対して、どのような製品・計画（Product）を作り、いくらくらいの価格 (Price) で、どこであるいはどういった形で流通･提供するのか（Place）、どのようなプロモーション (Promotion) を行うことが魅力的で行動変容に結びつくのかといった戦略を練ります。

では、市町村支援をする際に活用できる４P にはどのようなものが考えられるでしょう。

Product（製品）：市町村が支援を受け入れ、やってみようと思えるような支援を考えます。例えば、各種事業の進め方マニュアル、研修、地域診断に必要な分析データ、人的支援、関係機関の紹介など、市町村の取り組みの具体的な方法や、取り組みをより容易にするような支援が考えられます。

Price（価格）：実際にかかる費用、取り組みにかかる労力、新しいことに取り組む際の心理的負担といったものを軽減する、あるいはなるべく小さくするような支援が考えられますが、他の３つの P との兼ね合いでもあり、Price が小さければよいというものでもありません。実際にかかる費用については、場合によっては保険者機能強化推進交付金（以下、交付金）をうまく利用できるでしょう。

Place（場所）：いつどこで支援を提供するのかといった視点で、人から人への支援の場合は、全市町村にどこか一か所に集まってもらうのか、都道府県が市町村へ出向くのか、電話会議などでも有用かといった検討ができるでしょう。Web 等でのやりとりを有効に活用できる場合もあります。なるべく市町村にとって便利であることが望ましいですが、Product の内容によっては、多数の市町村同士に顔を合わせてもらうことに意義があり遠くても来てもらう場合もあれば、あるいは一つひとつの市町村（現場）に出向くことに意味のある場合もあるでしょう。

Promotion（プロモーション）：支援を受け入れ取り組むことがとても魅力的だと感じ、またそうすることが短期的だけでなく、長期的にも有用であると思わせる働きかけをします。市町村の取り組みにより、どのような便益が見込まれるのかを、わかりやすく、簡潔に示します。評価指標と交付金の有効な活用方法を示すことも一つのプロモーションとなるでしょう。

SWOT 分析のクロス分析

さらに、①の環境分析の SWOT 分析で把握した強み・弱み・機会・脅威の組み合わせから、どのような対策をすればよいかを考えることもできます（図 6）。これをクロス分析といいます。例えば、〇〇のような強みはあるものの、〇〇の脅威があり、その影響を最小限にするためには、〇〇をしていこうといった対策を考えることができます。

図 6.SWOT 分析のクロス分析（例）

	S	W
	・地域診断が得意な保健師が複数いる ・「見える化システム」などのツール活用が得意なデータ活用担当スタッフがいる ・データ活用を首長が推奨している	・事業ごとに担当が細分化されており、保険者機能を包括的にとらえられる人材がいない ・規模が小さく支援の必要な市町村が多い
O ・保健所をはじめとした連携機関の存在 ・地域思考の県立大学がある。県と包括協定を結んでおり、支援を期待できる ・保険者機能強化推進交付金	S・O 強みをさらに活かす ・データ分析に長けた役所内の人材が、アカデミックな知見を得て、さらなる緻密な分析が可能となる	W・O 機会を味方に弱みを強みに変える ・支援の必要な市町村は多いものの、保健所やその他連携機関との連携により、丁寧な支援を可能にしていく
T ・医療・介護連携の要ともいえる医師会との連携が弱い ・管轄市町村とのコミュニケーション不足により、支援を受け入れてもらいにくい	S・T 強みで脅威を打ち消す ・管内の保健師を軸に、医師会との連携を図りつつ、医療・介護連携により力をいれていく	W・T 弱みと脅威を最小化する ・保険者機能を包括的にとらえる担当者を置き、管轄市町村とのコミュニケーションを密にしていく

まとめ

SWOT 分析や TARPARE モデルなどを活用して、戦略的に取り組みを遂行する支援を行ってみてください！紹介した分析法はいずれも「こうしなければならない」という決まりごとが厳格にあるわけではありません。使いやすいように工夫して活用してみましょう。

＜引用文献＞
1.American Marketing Association（米国マーケティング協会）. Definition of Marketing. 2013. https://www.ama.org/AboutAMA/Pages/Definition-of-Marketing.aspx (accessed Feb 11, 2019).
2. 宮崎哲也：フィリップ・コトラーのソーシャル・マーケティングがわかる本、秀和システム、2011
3.Lee N, Kotler P, Social marketing : influencing behaviors for good, 4th edn. SAGE Publications, 2011.
4. フィリップ･コトラー､ナンシー･R･リー . ソーシャル･マーケティング～貧困に克つ７つの視点と10の戦略的取組み～ . 丸善出版 , 2010.
5. 松本千明：保健スタッフのためのソーシャル・マーケティングの基礎、医歯薬出版株式会社、2015
6.Donovan RJ, Egger G, Francas M. TARPARE: A method for selecting target audiences for public health interventions. Aust N Z J Public Health 1999; 23: 280-4.

＜執筆全般における参考文献＞
1）フィリップ・コトラー：コトラーのマーケティングマネジメント（ミレニアム版）、ピアソン・エデュケーション、2003
2）宮崎哲也：フィリップ・コトラーのソーシャル・マーケティングがわかる本、秀和システム、2011
3）松本千明：保健スタッフのためのソーシャル・マーケティングの基礎、医歯薬出版株式会社、2015
4)フィリップ･コトラー､ナンシー･R･リー . ソーシャル･マーケティング～貧困に克つ７つの視点と10の戦略的取組み～ . 丸善出版 , 2010.

第２章　第４節

伴走型支援とコーチング

日本福祉大学社会福祉学部 斉藤　雅茂・東京大学　長谷田　真帆

◉市町村支援では、支援者ー被支援者という支配的な関係でなく、対象者の主体性を尊重した共同的な関係づくりが有効だと考えられます

◉伴走型支援では、目的達成の手段ではなく、仮に問題解決には至らなかったとしても、伴走者として同志的存在になること自体に重要な意味があります

◉コーチング理論によれば､教えるのではなく「問うこと」を通して､支援的･共同的･平等な関係が重視されています

1．「伴走」という役割

都道府県は介護保険制度の保険者である市町村等に対して指導と援助を行う立場にあります。介護保険法（第５条２）上にも「都道府県は介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように必要な指導及び援助をしなくてはならない」と謳われています。データに基づいた介護予防政策の推進に際しても、どのような姿勢・視点をもって市町村職員と関わるかは重要な課題といえます。

近年、地域福祉実践では、コミュニティ・ソーシャルワーカーやパーソナルサポーターなど寄り添い型ないし伴走型が強調され、生活困窮者支援の文脈では伴走型支援と呼ばれる事業が展開されています[1]。

健康教育においても､従来の「指導型」から「学習援助型」の教育が重視されるようになっています 2。「指導型」は専門家が正しいと判断した指示を対象者に与える教育ですが、「学習援助型」は対象者の体験を基に、対象者と一緒に探求する形の教育です（表１）。

表 1. 指導型教育と学習援助型教育の違い[2]（一部改変）

	指導型	学習援助型
支援者の態度	権威的・家父長的	対等・兄弟姉妹的
学ぶ環境	抑圧的	開放的
討議の特徴	論争型・勝敗を決める	対話型・啓発し合う
教育目標	支援者が「教えたいこと」が目標となる	学習者自らが目標を見出していく
イメージ		

「学習援助型」であるセルフマネジメント支援を行うためには、具体的には

◉対象者とのパートナーシップ形成

◉対象者の背景にあわせた知識や技術の提供

◉対象者の自信や自己効力感を高める支援

◉現在と将来の生活の質の視点から、目標を話し合う

といった方法が勧められています[3]。

市町村支援においても、何かを一方的に授与するのではなく、対象者の主体性や自己決定を尊重しながら、対話に基づく共同的な関係づくりを重視する「伴走」という視点が有効だと考えられます。

2.「伴走」のために必要な視点

伴走とは「競技者や走者のそばについて一緒に走ること」です。「独走」にしない（させない）ということが重要であり、一対一で寄り添いながら、その人のペースにあわせることが基本になります。伴走は目的達成の手段ではなく、仮に問題解決には至らなかったとしても、伴走者として同志的存在になること自体に重要な意味があります。伴走型支援を成立させるためには、支援者―被支援者という支配的な関係になってはならないこと（物語の共演者となること）、主体性を侵さないことなどが指摘されています。

伴走関係をつくるうえで「コーチング」という手法・視点も有益です。コーチングとは相手の個性や能力、価値観や性格などを活かしながら、最適な答えを自分自身で気づき、自ら行動を起こすためにサ

ポートをする技術です。いくつかやり方はありますが、はじめに目標・ゴールを定めて、その現状と強み・障害を把握し、戦略を練って行動を促すという手順で進められます。コーチング理論においても、教えるのではなく「問うこと」が大切であり、支援的・共同的・平等な関係が重視されています。また、SMART ゴールと呼ばれるような具体的で・測定可能で・達成可能で・現実的で・期間が限られている目標を共同で設定することが有効といわれています[4]。たとえば、地域診断書に基づいて当該市町村の特徴や課題を共有することが「現状の明確化（ステップ１）」であり、そこから何を重点課題とするのか（たとえば社会参加の場づくりの推進など）を協議することが「望ましい状態の明確化（ステップ２）」といえます。そのうえで、望ましい（目指すべき）状態にむけた課題を整理し（ステップ３）、具体的な行動計画に落とし込むこと（ステップ４）で絵に描いた餅ではなくなります。さいごに、行動計画がどの実施されたのか、どういった成果があがり、課題が残されたのかを振り返ることも必要になります（ステップ５）。



図 2. コーチングの流れ[4]

ステップ1	現状の明確化
ステップ2	望ましい状態の明確化
ステップ3	現状と望ましい状態のギャップを引き起こしている理由と背景の発見
ステップ4	行動計画の立案
ステップ5	フォローと振り返り

なお、ポジティブ視点への言い換えや内容の具体化、相手の気持ちへのより添い、オートクライン（自己分泌）の誘発など、具体的な声かけの仕方や姿勢に関する方法論については、解説書等が既に多数出版されていますのでぜひご参照下さい[5]。

地方分権一括法の施行に伴って、都道府県と市町村は「対等･協力」の関係へと移行しています。データに基づく介護予防政策の推進に際しても、支援を求める市町村に対して伴走型支援やコーチングでいわれるような対等なパートナーシップに基づく支援関係の構築が必要です。なお、人員体制上の制約を考慮すると、すべての市町村に等しく伴走するというよりも、重点的にサポートを要する地域と必ずしもそうではない地域の選別も検討すべき課題といえます。

＜参考文献＞
1. 奥田知志 , 稲月正 , 垣田裕介 , 堤圭史郎 . 生活困窮者への伴走型支援―経済的困窮と社会的孤立に対応するトータルサポート . 明石書店 , 2014.
2. 安酸史子 . 糖尿病患者のセルフマネジメント教育 改訂２版―わかる！使える！やる気を高める！エンパワメントと自己効力 , 改訂２版 . メディカ出版 , 2010.
3. 安酸史子 , 吉田澄恵 , 鈴木純恵 , editors. 成人看護学 (3)：セルフマネジメント , 第３版 . メディカ出版 , 2015.
4. 伊藤守 . コーチング・マネジメント；人と組織のハイパフォーマンスをつくる . ディスカヴァー・トゥエンティワン , 2002.
5. 西垣悦代 , 堀正 , 原口佳典 . コーチング心理学概論 . ナカニシヤ出版 , 2015.

データと根拠に基づく施策の運営

政策基礎研究所・鳥取大学　市田　行信

◉データやその見える化により戦略的に地域包括ケアを推進しよう。

◉数字は完ぺきではない。分析結果の解釈では、結果の誤差や一般性（どの範囲まで当てはめられるか）に注意を。

◉データを見せる相手の感性に訴える「デザイン思考」も重要。

１．地域包括ケアにおけるデータやその見える化の重要性

筆者（市田）がこれまで介護保険事業計画の策定や、それに関連するワークショップなどを開催する現場で体験してきたことを思い起こすと、地域包括ケアにおけるデータやその見える化の重要性として以下が挙げられると思います。

第一に、課題への共通認識を持つことです。多様な主体の連携が必要であることから課題への認識をできるだけ近づける必要があることが挙げられます。地域包括ケアでは、行政の各部署・住民・自治会や NPO 等の地域の組織・医療や福祉等の組織・地域包括支援センター等の多様な主体間の情報の共有や話し合い、協働が必要になります。課題の程度や地域にとっての重大さなどについてイメージを関係者の間でできるだけ近づける必要があることから、データやその分析結果等の客観的で受け手の解釈に違いが出にくい情報が必要と考えられます。

第二に、地域間比較の実施です。様々な指標の値が空間の間で差があり地域間比較が有効であることが挙げられます。高齢者の生活や健康関連指標は、市町村間だけでなく市町村の中の地区間でも差があることが多く、地域間比較により課題や対応策をより明らかにすることができます。WHO も地域間等における健康格差の対策としてモニタリングや見える化を推奨しています[1]。

第三に、PDCA の活用です。三年おきに市町村が作成する介護保険事業計画に必要な各種指標のモニタリングや各種事業の評価が必要なことが挙げられます。それらのモニタリングや評価に基づき、行政組織や地域包括ケアに関連する多くの主体が具体的に行動していく必要があることから、上述の「課題への共通認識」や後述の「心理から活動を促す」といった視点がより重要になると言えます。

2. データ作成やその見える化の方法

データ作成やその見える化の具体的手順は、「介護予防のための地域診断データの活用と組織連携ガイド」が参考になります[2]。既存の行政データを最大限に活用しつつ、調査をさらに実施する場合は、以下のような流れで行います。

①関係者へのインタビュー等により調査すべき課題を絞り込む

②それに基づき調査票作成・アンケート調査等を実施

③データの分析:「地域間・グループ間比較（地図を含む）」「時間比較・経年変化の観察」「人の属性比較」等。

3. データや分析結果を解釈する際の注意点：誤差と一般性

上述のような分析で得られた結果を解釈する際に注意するべきこととして、
①分析結果の誤差　②分析結果の一般性があります。

分析結果は、その材料となったデータの測定方法や回収方法における誤差や、分析手法の適切さにより誤差を持つので、その誤差がどの程度かを常に意識する必要があります。よくある例としては、生活が困窮している人ほど、アンケートに回答しにくいため、生活習慣や健康関連指標の集計値が実際よりもより良い方に偏る事があります。

次に、分析結果の一般性です。分析結果が、他の場所や、異なる人口グループで成り立たない場合があることを踏まえましょう。例えば、同じ市町村の中でも、中心市街地における閉じこもりの要因が「集まるスペースの不足」であるというアンケートの分析結果が出たとしても、中山間地域における閉じこもりの要因は「交通手段の不足」であるかもしれません。

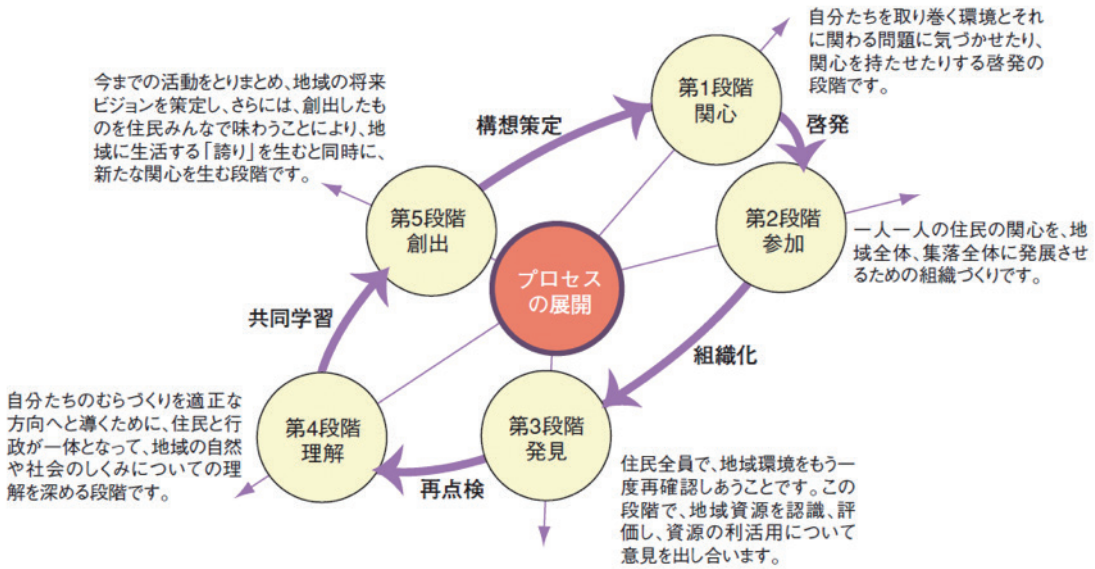
4. データや分析結果の活用におけるポイント

データや分析結果の活用におけるポイントとしては以下が重要です。
まず第一に、心理から活動を促すことです。データや分析結果を見せる時に、受け手の心理を重視して見せる方法を設計するという「デザイン思考」が重要です[3]。

地域包括ケアでは、地域住民や地域の組織など、様々な主体の心に働きかけ活動を促す必要があることが挙げられます。地域住民等の新たな活動を促すためには、論理や権威だけでなく、心理に働きかけ自主性や内発性を引き出すことで、それが自律的で持続的な活動につながると考えられます。そのためには、地域住民等に、地図により見える化されたデータ等を見て頂くことで、「結論」というよりはむしろ「新たな気付き」を得て、「自ら何かしたくなる」気持ちになって頂くことが大切です。

具体的には、人や組織など受け手の心理を想像しながら、心理的に受け入れやすい形に咀嚼し場合によっては一部を簡略化して伝えることも重要と考えられます。そのためには、以下のような心理モデルなどを利用するのも良いでしょう（図）。

図．地域づくりにおける地域住民の心理モデルの例[4]



第二に、身の丈に合ったゴールを設定することです。例えば、高齢化が急速に進む自治体では、努力しても自治体全体での健康指標の悪化が避けられない場合もあります。そのような場合は維持や小さな改善だけでも立派な目標値になります。このまま何もしない場合に起きる予測値を併記することにより、そういった目標の達成度が分かり易くなる場合があります。

＜参考文献＞
1.Commision 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, 2008.
2. 日本医療研究開発機構・長寿科学研究開発事業 ,「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」研究班 . 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 . 東京 , 2017. https://www.jages.net/library/regional-medical/.
3.Brown T. デザイン思考が世界を変える . 早川書房 , 2014.
4. 農林水産省 . 美の里づくりガイドライン . 2006. http://www.maff.go.jp/j/nousin/soutyo/binosato_gaidorain/ (accessed Feb 12, 2019).

第3章

市町村支援の方法

第3章　第1節

行政データ等を活用した地域診断の方法：課題の抽出とビジョンの作成

東京大学　高木　大資

◉都道府県や保健所は、広域的な地域診断によって、支援が必要な市町村やその課題を把握することができます。

◉地域診断の際にはグラフや地図を用いて、データをわかりやすく「見える化」しましょう。

◉地域診断には、既存の業務データ、公的統計、新規の独自調査データなど、様々なデータを用いることができます。

◉支援が必要な市町村や課題を選定する際は、地域のニーズの大きさと資源量のバランス、介入のしやすさ、既存の事業の援用可能性など、複数の観点から検討しましょう。

はじめに

都道府県等による市町村支援の１つとして、広域的な地域診断があります。地域診断は、市町村のニーズ、課題、資源を把握する際に有用となります。また、地域診断のデータは、関係機関の連携、市町村間の連携、そして市町村の庁内の連携を進める際に、説得力を持つツールとして活用できます。

本稿では、都道府県による広域的な地域診断を行う際の、一般的な方法論について概説します。個別の地域診断手法を用いた具体的な事例については、後続の章で詳しく紹介します。

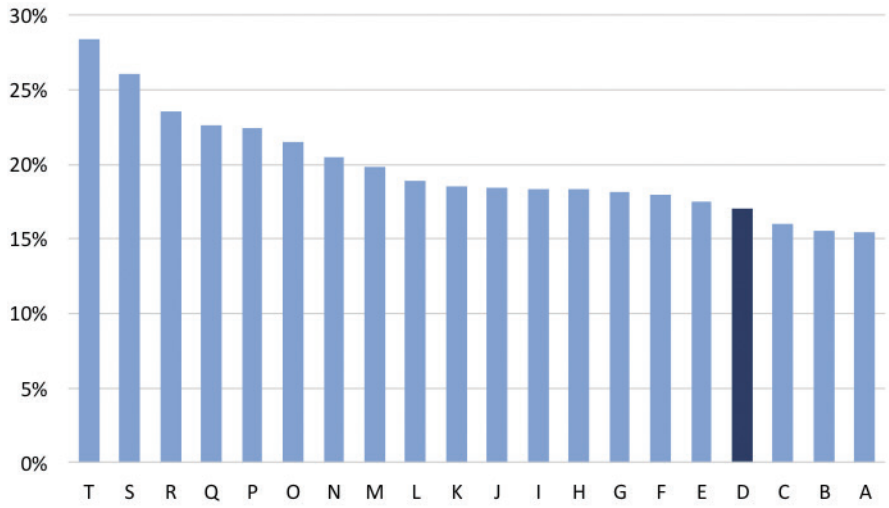
地域診断データの「見える化」

地域診断とは、様々な情報を収集・分析して、事業のためのニーズや資源を把握することです（どのような情報が地域診断に使用できるかについては、後の節で解説します）。都道府県による市町村支援の場合には、いくつかの指標について市町村間で数値を比較し、どこにどのような課題があるのか、その課題解決に役立つ資源がそれぞれの市町村にどの程度あるのか、といったことを診断していきます。

その際に、各市町村が持つ数値の羅列を示すだけでは、地域の課題や資源はなかなか見えてきません。そのため、地域診断の際には、グラフや地図などで地域診断データを「見える化」することをお勧めします。

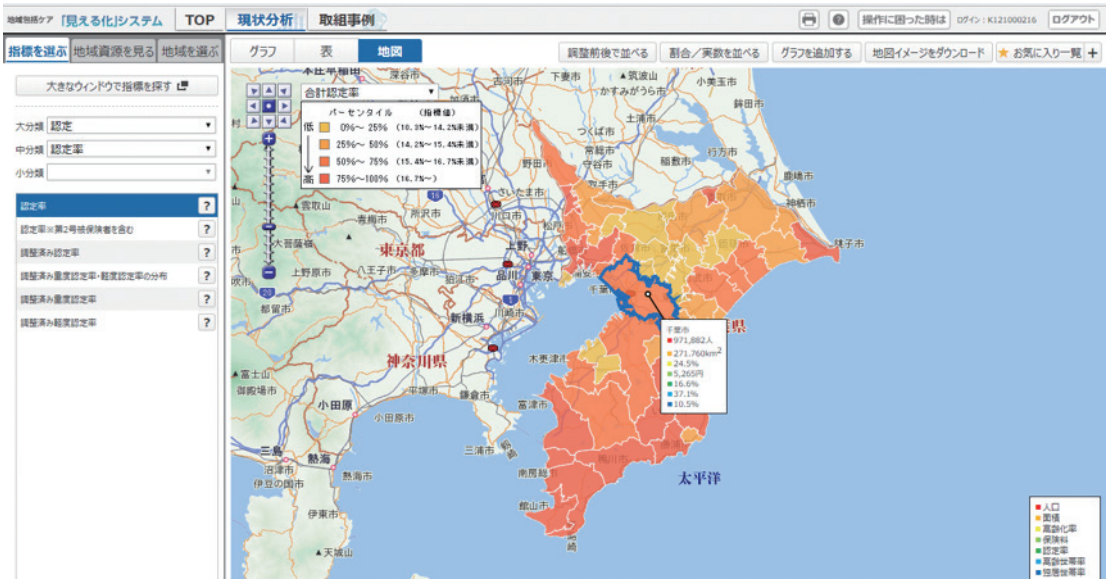
たとえば図 1 は、ある都道府県内にある 20 市町村のボランティア参加者率を示した架空のグラフです。市町村 D に注目したとき、この地域ではボランティア参加率が県内でワースト 4 位であることが一目でわかり、住民の社会参加があまり活発ではない地域であることが「見え」てきます。

図 1. ある都道府県内の 20 市町村のボランティア参加者率（架空のデータ）



また、図 2 のような地図を用いた市町村の塗り分け図は、誰にでもわかりやすく、またインパクトが大きいため、地域診断に有用です。地域診断のためのデータを地図上に表示するためには、表形式のデータと電子地図を、地理情報システム（Geographical Information System: GIS）上で結合する必要があります。それらのソフトウェアの操作に不慣れな人には地域診断データの地図化は敷居が高いと思われるかもしれませんが、近年では、各市町村の診断データと地図がもともと格納されているオンライン上のツールが公開されており、それらを使うことによって、都道府県内の市町村間での比較を簡単に行うことができます。実際に図 2 は、厚生労働省により開発された「地域包括ケア「見える化」システム」（https://mieruka.mhlw.go.jp/）を用いて描画した、千葉県の各市町村の要介護認定率です。

図 2. 都道府県内の市町村別の要介護認定率（https://mieruka.mhlw.go.jp/）



先に示した２つの図は、どちらもある指標についての市町村間の比較を示したものですが（図１はボランティア参加者率、図２は要介護認定率）、実際には地域診断に使用できる指標には多くのものがあります。後の節で詳しく説明しますが、たとえば、要介護認定や死亡率などの最終的なアウトカムを表すもの、歩行時間や喫煙率などの健康に影響を与える行動を表す指標、ボランティアへの参加者率や地域住民の互助組織などの地域資源に関する指標、など多岐にわたります。これらの多種多様な指標を用いて、どの市町村にどのような良い点・課題があるのかを「見える化」していくことも、有効な地域診断の手段の１つです。その際に役に立つのは、各市町村が持つ複数の指標に関する数値を１枚のシートにまとめた地域診断シートです。

図３は、日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study: JAGES）グループが作成した優先対象地域選定シートです。行が地域、列が指標を表していて、各指標について他の地域と比べて良くない数値を赤色、良い数値を水色で表しています（水色→緑色→黄色→山吹色→赤色の５段階）。このようなシートを用いることによって、赤い色の指標が集積している市町村や、他の指標は良好だけれどもある指標については赤くなっている市町村、などを直観的に把握することができ、優先的に支援を行う地域や、各地域の課題を選定することが容易になります。

図 3. 地域ごとの要介護リスク関連要因を１枚のシートにまとめた地域診断シート

no.	code	htoscode13	行政区	センター圏域名	回答者数（市全回答者を100としたセンター圏域の回答者率）	要介護の要因												
						後期高齢者割合	低等価所得者割合（120万円以下）	教育年数が短い者の割合	最長職が技能職・農林漁業職・労務の者の割合	閉じこもり者割合	歩行時間が短い者の割合	過去1年間で転倒歴がある者の割合	残歯が20本未満の者の割合	やせの人の割合	物忘れの自覚がある者の割合	うつ傾向がある者の割合	主観的健康感が良い者の割合	交流する友人がいる者の割合
1					149 (1.31K)	50.0%	10.9%	16.3%	5.3%	4.7%	19.7%	23.1%	37.5%	12.7%	28.4%	22.6%	89.7%	71.6%
2					150 (1.32K)	36.0%	16.4%	32.2%	16.9%	9.5%	24.3%	25.5%	56.5%	5.7%	40.5%	37.4%	84.6%	66.4%
3					158 (1.39K)	35.4%	21.0%	32.7%	12.5%	4.5%	22.9%	22.9%	42.9%	11.2%	34.2%	28.2%	83.6%	65.5%
4					143 (1.26K)	47.6%	12.9%	14.9%	5.6%	3.6%	24.1%	28.7%	43.0%	9.3%	37.8%	26.6%	87.4%	70.4%
5					157 (1.38K)	42.7%	9.6%	19.4%	9.1%	2.6%	17.8%	20.5%	41.6%	6.5%	40.1%	26.6%	84.2%	79.2%
6					146 (1.28K)	37.0%	15.3%	30.3%	10.9%	7.5%	22.2%	20.6%	43.9%	7.1%	33.8%	29.7%	79.1%	70.0%
7					145 (1.28K)	43.4%	6.3%	12.5%	7.5%	7.0%	28.0%	22.2%	32.9%	4.3%	36.8%	28.1%	83.2%	74.1%
8					146 (1.28K)	49.3%	14.8%	27.8%	11.7%	4.8%	22.2%	24.1%	46.5%	9.2%	35.9%	28.5%	80.3%	70.7%
9					129 (1.14K)	51.9%	11.7%	8.8%	3.7%	5.5%	26.0%	24.0%	43.5%	8.7%	41.4%	31.8%	82.0%	70.7%
10					158 (1.39K)	47.5%	15.9%	28.8%	9.2%	7.6%	19.2%	21.0%	48.0%	10.5%	33.8%	29.0%	80.5%	71.8%
11					150 (1.32K)	44.7%	5.5%	13.8%	3.5%	5.8%	14.3%	23.0%	29.0%	6.5%	27.2%	27.0%	85.5%	68.8%
12					153 (1.35K)	52.9%	12.8%	19.0%	8.1%	7.9%	22.4%	25.0%	52.3%	10.4%	32.9%	28.5%	81.1%	63.5%
13					131 (1.15K)	45.0%	9.4%	18.2%	6.9%	6.2%	19.4%	21.5%	33.1%	13.2%	33.3%	28.8%	79.2%	61.5%

重点的に支援をする市町村や課題の選定

先述したような「見える化」を行った後は、重点的に支援する市町村やその課題を選定します。市町村によって介入のニーズの高さは異なります。市町村によってニーズの大きさや不利の度合いが異なるにもかかわらず、全ての市町村に同等の支援を行うことは、ときとして「不公正」となります。そのため、優先的に支援を行う市町村を選定し介入を行っていくことは、格差の是正にとっては有用な方略となります。

その際、以下のような手順で進めるとよいでしょう：

①全国や都道府県内の他の市町村と比較して、特に成績がよくない指標を持つ市町村に注目する。

②それらの指標がどの程度重要な健康課題かを総合的に検討して、取り組むべき課題を選定する。

たとえば、数値がよくない指標を多く持つ市町村Ａを優先的に支援する候補とした後、その中で課題となる指標を複数選びます。次に、それらの指標を「どれだけ重要な課題か」「介入することで十分効果が得られそうか」「よい介入手段をつくれそうか」といった視点で吟味したうえで、最終的に取り組むべき課題を絞り込みます。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やめたほうがよい場合もあります[1]。

また、介入対象市町村を選定する際には、

③「指標の悪さ（＝ニーズの大きさ）」と、「利用できる資源の量」のバランスを考慮することが重要です。ニーズと資源のバランスについては、以下のようなパターンが考えられ、それぞれにおいてアプローチの仕方が異なります：

(1) ニーズが大きいのに資源が少ない場合には、不足している資源や介入を強化するようなアプローチ

(2) 資源も介入も豊富であるにもかかわらずニーズが高い場合には、豊富な資源や介入が十分に生かされていない、あるいは、介入が的外れになっている可能性があります。この場合には、資源が生かされていない原因を探って新たな対処法を見いだすようなアプローチ

がそれぞれ有効になります。

次に、④うまく介入できる手段や環境が整っているか、市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、市町村・課題の優先度を決めます。これまで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とりかかりやすいでしょう。

最後に、⑤すでに役に立つような事業が行われているか、複数の組織・部署によって似たような事業が行われているか、といった点について情報収集し、効率的な事業の進め方を検討します。新たな支援事業を開始することはとてもコストがかかることです。対象地域ですでに行われている事業で課題の解決に役立ちそうなものを援用する、他組織・部署で行われている複数の似た事業を統合することによって効率的に支援事業を進める、といったことを意識しましょう。

地域診断に使うデータ

それでは、地域診断のためのデータは、どのように入手すればよいのでしょうか。地域診断に使用できるデータにはいくつかの種類があります：

①手持ちの業務データ：行政の通常の業務内で収集している衛生統計、事業計画のために実施したアンケート調査の個票データ、介護保険に関するデータベースなどに含まれる指標を、市町村別に集計して棒グラフで表したり、図２のような「塗り分け図」で示したりするだけで、地域の状況をわかりやすく「見える化」することができます。「地域診断のために何か特別なデータを入手しなければ」と考えると敷居が高く感じられますが、行政は業務の中で様々なデータを扱っていますので、その中には地域診断に十分使えるデータが多くあります。また、必ずしも都道府県がデータを収集して地域診断のための分析を行うのではなく、市町村が行った結果を集め広域的な状況を示すことも、都道府県内の地域診断を行うのに有用です。

②すでに計画されている調査に、必要な項目を追加：①のような既存のデータの中にほしい指標がなければ、これから計画している調査に項目を追加して、指標を測定することをおすすめします。前述の日本老年学的評価研究（JAGES）では、2010 年、2013 年、2016 年に全国 30 自治体以上の高齢者 10 万人以上を対象に郵送調査を行い、地域診断のためのデータを収集しましたが、これは、厚生労働省から各市町村に実施が求められていた要介護リスクの高い高齢者を把握するための基本チェックリストの調査に、地域での社会関係や社会経済的状況（世帯収入、教育年数、就労）に関する質問を追加して実施したものです。

③公的統計を２次利用：現在、政府機関が実施している人口動態統計、国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査といった公的統計の、個票データの２次利用申請が可能となっています。これらの統計の個票データを市町村ごとに集計し、それを「塗り分け図」として地図上に示すことで、地域診断のために有用な情報を得ることができます。また、先述したように、厚生労働省の「地域包括ケア「見える化」システム」を利用すれば、各市町村について要介護認定率、介護給付費、医療費、介護サービスの利用の

程度等の「塗り分け図」を容易に利用することができます。

④健康格差対策のための独自調査を行う：検討したい指標が既存のデータに存在していなければ、独自に新たな調査を実施するという手が考えられます。独自調査では、自分たちが知りたい指標を測定・検討することができる点が大きな魅力です。しかしながら、新たに調査を実施することは時間、費用、マンパワーの点でコストがかかります。また、回答者のサンプリングに慎重を期さなければ各市町村の代表性のあるデータを収集できませんし、サンプリング方法が妥当であっても、社会的に孤立している人々や生活にゆとりがない方は調査への未回答が多い傾向にあるため、最も知りたい社会的に不利な人たちのデータが集まりにくいという問題もあります。

⑤行政内外の部署や機関との連携によりデータ入手：行政内の各部署が収集・管理しているデータベースを、別部署が持っているデータと結合することによって、単一のデータベースでは不足していた情報を利用することができるようになります。それらのデータの個票データを個人識別番号で紐づけすることができればとてもリッチなデータとして利用することができますが、一方で、個人情報保護法などの関係で異なる部署が持つデータを結合して利用することが難しい場合も少なくありません。しかしながら、市町村などの何らかの地域単位で集計してから、地域レベルのデータとして結合・使用することでも、地域診断にとっては有用なデータとなります。

どのような指標を含めるべきか

上述のように、都道府県や各市町村には、業務上収集されているデータや公的統計など、地域診断に使用できる多くのデータがあります。また、独自にアンケートを行うと非常に多くの項目についてのデータが集まります。地域診断をするときには、利用できる全てのデータを用いてむやみに膨大な分析をするのではなく、それらの多数のデータの中から項目を絞って利用することがコツです。

表 1.JAGES-HEART のコア評価項目とその計算方法[2]

	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）	介護予防事業予算額／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	趣味の会参加者／回答者	アンケートによる
	4 スポーツの会に参加の割合	スポーツの会参加者／回答者	アンケートによる
	5 生活保護世帯割合	生活保護世帯数／全世帯数	生活保護世帯数は生活保護被保護実世帯数による、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 主観的健康観良い者の割合	健康状態が「とてもよい」または「まあよい」人／回答者	アンケートによる
	7 閉じこもり高齢者割合	外出頻度が週に1 回未満の人／回答者	アンケートによる
	8 1年間の転倒歴	1 度以上転倒した人／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	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 新規要介護認定者率	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・脳血管疾患など）	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

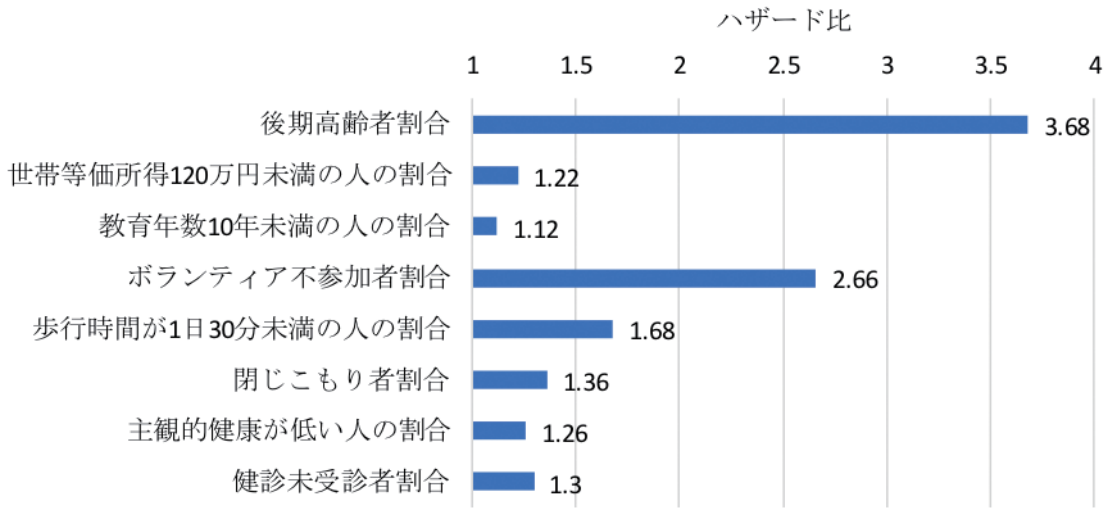
様々な指標がある中から、どのように地域診断に使用する指標を絞ればよいのでしょうか。以下では、日本老年学的評価研究が実施した JAGES 調査を使用した地域診断に基づき、測定された指標が地域診断においてどのような意味を持つのかを例示します。JAGES 調査では、地域診断を行う際に、まず分析してみるべきコア指標（中核となる指標）を選定しています（表 1）。現場での保健・介護予防活動

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。

地域診断の際の地域指標として用いられているものは、これまでに居住高齢者の要介護リスクと関連することが社会疫学調査などによって知られているものです。一方で、それらの地域指標が要介護認定と関連する強さに関しては、指標ごとに違いがあります。たとえば JAGES 調査では地域の後期高齢者割合、世帯等価所得 120 万円未満の人の割合、教育年数 10 年未満の人の割合、ボランティア不参加者割合、歩行時間が 1 日 30 分未満の人の割合、閉じこもり者割合、主観的健康が低い人の割合、健診未受診者割合を測定し、それらの地域指標と居住高齢者の要介護認定の関連が分析されていますが、図 4 に示すように、それぞれの指標が要介護認定と関連する強さは異なります。図 4 には、各指標が、仮に 0% と 100% の地域を比較した際の、要介護認定発生リスクの比が示されています。たとえば、後期高齢者割合が 100% の地域に住む高齢者は、0% の地域の高齢者よりも 3.68 倍要介護認定を受けやすいということが示されています。もちろん、後期高齢者割合が 0% の地域も 100% の地域も実在しませんので、実際の地域間の格差は最大でも 3.68 倍よりも小さいものになりますが、この数値が大きい指標ほど 1 単位変動したときの要介護認定リスクの増減が大きいといえます。

図 4 からは、最も要介護認定との関連が強い指標は後期高齢者割合、次に関連が強い指標はボランティア不参加者率であることが示されています。単純に考えると、後期高齢者割合が最も高い地域が優先的に介入されるべき地域、とみなされるかもしれませんが、実際には先述したように、「ニーズの大きさと利用できる資源量のバランス」、「介入の手段や環境が整っているか」、「介入により十分成果が見込めるか」といった点から総合的に判断して優先的に介入する地域を選定する必要があります。たとえば、後期高齢者割合が高い地域で要介護リスクが高いということがわかっても、その地域へのうまい介入方法がわからない場合、介入によってより変化させやすいボランティア不参加者率に焦点を当てて、優先地域を選定することが有効となるかもしれません。

図 4. 各地域指標と要介護認定の関連



※各指標の数値（ハザード比）は、仮に各指標が 0% の地域と 100% の地域を比較した際の、要介護認定発生リスクの比

＜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. 日本医療研究開発機構・長寿科学研究開発事業 ,「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」研究班 . 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 . 東京 , 2017. https://www.jages.net/library/regional-medical/.

ゴール設定と格差の見える化

東京大学　長谷田　真帆

ゴールは市町村自身に設定してもらう

支援者が地域診断を行うことで市町村の課題が把握できるようになると、つい自分でゴールを決めて、市町村にそのゴールを目指すように指示したくなってしまいます。しかし、何が自分たちの課題であり、その解決には何が必要か、ということを市町村自身が十分に認識できていなければ、「何のために事業をやっているのか」ということを見失ったりして職員のモチベーションを保つことが難しくなってしまうかもしれません。2 章で解説したように、「コーチング」のスタンスを保ち、支援者はゴール設定の仕方をアドバイスして、市町村自身にゴールを設定してもらうようにすると良いでしょう。以下にゴール設定のポイントをまとめます。

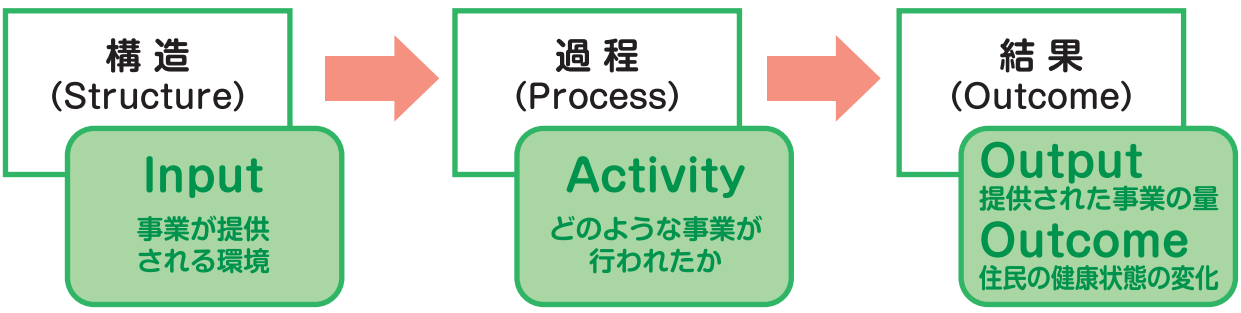
●フェーズで区切る

ゴールは漠然と設定するのではなく、このくらいの期間で何を目標にするか、ということを考えると良いでしょう。短期・中期・長期のフェーズに分けて考えると見通しが立てやすくなります。例えば大きな目標（例えば死亡率や要介護認定割合の低下）を短期間で目指すのは難しいかもしれません。長期的にはそういったハードアウトカムの達成を目指すと良いでしょう。

● Donabedian（ドナベディアン）モデルを活用する

短期・中期・長期それぞれのフェーズで何をゴールにする（どのような項目を評価する）べきかを決めるには、医療の質評価で用いられている Donabedian Model が参考になります。以下は Donabedian モデルに、プログラム評価で用いられる Logic Model (Input-Activity-Output-Outcome) を組み合わせた評価方法を記載した図です（図 1）。

図 1.Donabedian モデルに基づく評価項目



1. 構造 (Structure)

地域で介護予防事業が提供される環境や場所（Input：資源）を評価します。外部環境として医療介護資源の多寡や周辺自治体の状況、対象として高齢者数、内部環境として資金などが挙げられます。
具体的には、地区当たり・人口あたりの

◉公民館や公園、スポーツ施設などの数（資源＝外部環境）

◉サロンなどで活動するボランティアの数（資源＝外部環境）

◉要介護認定を受けていない高齢者の数（対象）

◉介護給付費（内部環境）

などが挙げられます。短期～長期いずれのフェーズでも使用できる指標が多いのが特徴です。

2. 過程 (Process)

介護予防事業として、何がどのようになされるか（Activity：活動）を評価します。2018 年度から開始された保険者機能強化推進交付金（市町村分）に挙げられている評価項目などが
例えば、

◉市町村職員や専門職対象の地域診断研修会の開催状況

◉住民対象の地域診断ワークショップの開催状況

などがあります。比較的短期～中期の目標に使うことができます。

3. 結果 (Outcome)

事業を実施したことで、どのような変化が起こったかを評価します。
Output（アウトプット）として、職員や住民レベルでまずどのような変化が起きたかを評価します。
例えば

◉管内の市町村職員の地域診断を行う必要性についての認知度や地域診断ツールの活用状況

◉地域診断結果の施策への反映状況

◉サロン活動に参加する住民の数

などが挙げられます。
また Outcome（アウトカム）として、最終的に住民の健康状態がどのように変化したかを評価します。
例えば

◉死亡率

◉うつ病や認知症など疾患の罹患率や閉じこもりの割合

◉新規要介護認定率

などが挙げられます。これらは中期～長期的な達成目標の指標に使われます。これらの数値は全体（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し、それぞれの集団間での差（格差の大きさ）がどのように変化しているかについてもモニタリングすることで、事業がどのような集団に効果があったのかについても評価することができます（詳細は後述します）。

●評価結果を支援者と市町村で共有する：「見える化」によって共通理解を図る

上記の枠組みに沿ってゴールを設定した後には必ず定期的に評価を行います。そしてゴールの達成状況によって次の期の事業計画を行います。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、改善する必要があります。その際には、それまでの経時的な評価結

果を支援者と市町村の間で共有し、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良いでしょう。

その際には、立てた目標が何であったか・その目標について何を用いて評価したか・評価の結果がどうであったのかについて明確に示すと、共通の理解を得やすくなるでしょう。客観的な数値を示したり、さらにグラフや地図の塗り分けなどを用いたりして、「見える化」すると直感的に理解ができます。

なおグラフを使う場合には、

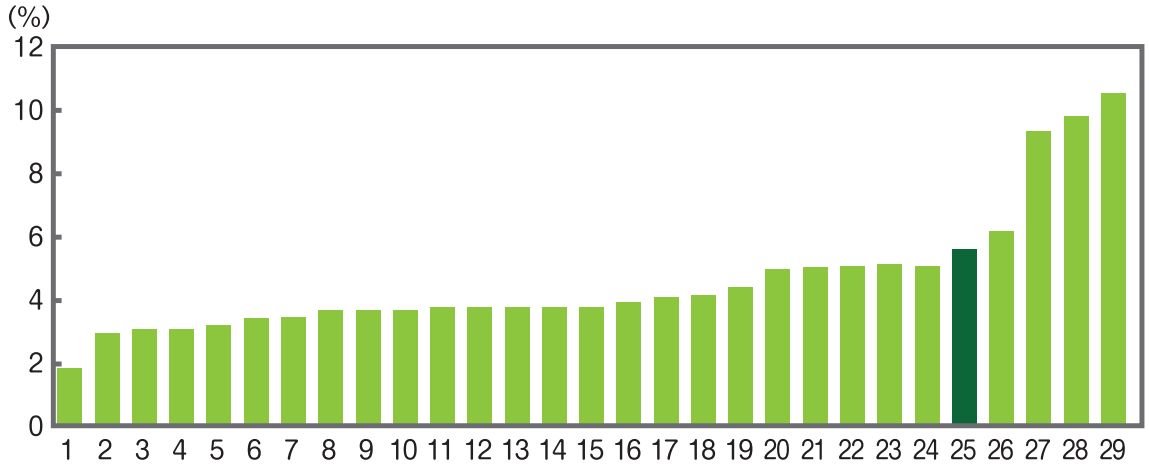
◉集団ごとの健康アウトカム：棒グラフ (図 2 参照)

◉複数の項目について、平均と比べた値：レーダーチャート

◉経年変化：折れ線グラフ

などのように、適切なものを選択することが重要です。

図 2. 自治体ごとの閉じこもりの割合



健康格差を「見える化」する

市町村では全体（平均）の変化までは評価できても、格差の変化まで評価することはなかなか難しいのが現状です。しかし第 2 章第 2 節で述べた通り、地域づくりが健康格差対策に繋がっていくことも良くあることから、市町村ごとの評価が求められるようになっています。支援者が格差の大きさやその変化の評価の仕方をアドバイスできると、市町村の大きな助けになります。

以下では健康格差の大きさを測定する際に考えるべきポイントをご説明します。これらのポイントによって、使うべき指標が異なってきます。

①どこと比較するか

全体の平均値と比べるべきか、それとも最も指標が良い地域と比べるべきか。

②集団間に順序があるか

比べたい集団には順序があるか（所得・学歴など）、順序はないか（地域・人種など）。

③どのような集団にどのような変化があるか

集団ごとに値を算出し、その変化について経時的にモニタリングすることで、事業開始後にリスクの高い集団で健康指標が改善したのかどうかを評価することができます。その変化の仕方をその他の集団と

比較することで、事業の効果と単純な経年変化とを分けて評価することも可能になります（差の差の分析）。そのため最も注目したい集団だけでなく、対象地域全体のデータを集めておくことが重要です。

④格差を差で評価するか、比で評価するか（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、格差のトレンドの判断が変わることがあります。

表 1. 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、と判断できます。

重要なことは、差と比はどちらがよいというものではなく、両方とも算出して検討することです。

健康格差の指標

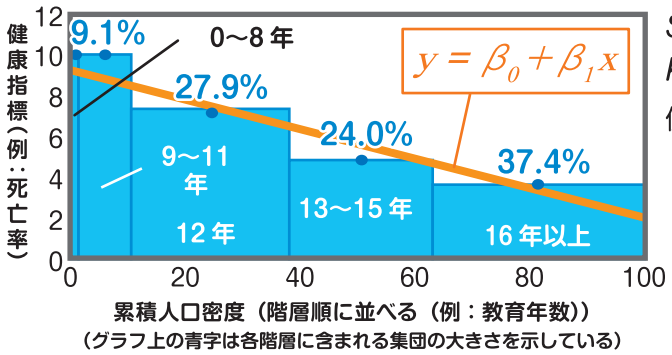
健康格差の測定方法にはいくつもの方法がありますが、上記の観点から以下のように分類されます。

表 2. 健康格差の様々な測定方法[1]（一部抜粋）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	ばらつきの一般的指標。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	○	△	○	○
KM RII	最も階層の低い者と最も高い者との健康指標の比と解釈	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	○	×	○	×

なお指標によっては、集団の大きさによって数値が大きく変わるため注意が必要です。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で横軸上に並べ、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。

図 3. 格差勾配指数 (SII) と格差相対指数 (RII)



$SII = \beta_1 I$, $RII = SII$ ／平均値

$KM\text{-}RII = \beta_0 / (\beta_0 + \beta_1) = \beta_0 / (\beta_0 + SII)$

仮定：階層順位が明確で、指標値が一様に増減する

これらは手で計算するのは難しいため、専用ソフトなど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（2019 年 1 月現在）。日本語の解説もあります[2]。)

ここまで健康格差の評価の仕方について解説をしましたが、もし支援者にとっても評価が難しい場合には、大学などの研究者の協力を得ながら評価を進めていくと良いでしょう。

＜参考文献＞
1. 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 2014; 24: 47-55.
2. 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.

地域診断データの具体的な活用事例

3 章第 3 節 1：地域包括ケア「見える化」システムを活用した分析

国立保健医療科学院　大夛賀　政昭

自治体職員は、地域のサービス基盤整備を考えるにあたって、まず、どのような住民がいるか（高齢化率や要介護認定率）、介護サービスがどの程度使われているか（給付実績）から、地域の特徴を分析することが求められます。

サービスの質評価にあたっては、Donabedian（ドナベディアン）の Structure（構造）・Process（過程）・Outcome（成果）という 3 つの視点があることは有名です。詳細は第 3 章第 2 節を参照してください。このときにどのような取り組みを行っているかというプロセスを検討するうえでも、自らの自治体の住民や地域資源の状況である Structure を把握しておくことが重要です。

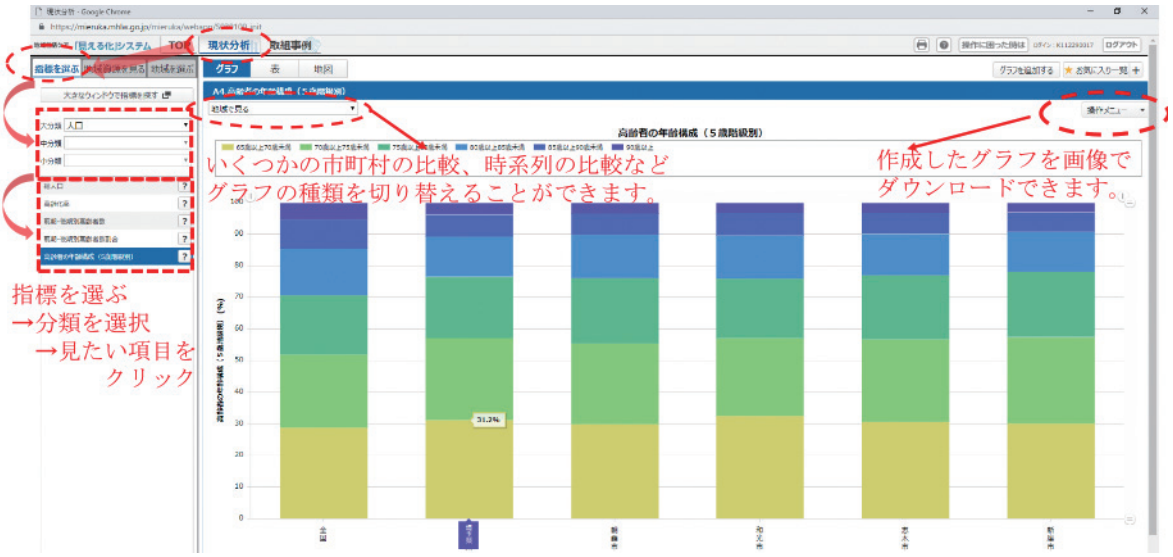
その際、平成 27 年 7 月の本格稼働以降、一部の機能を除いて誰でも利用することができる地域包括ケア「見える化」システム（以下、見える化システム）は、容易に扱うことができるため、まずはこのシステムを活用することが重要です。

ここでは、現状分析機能でいくつかの指標をとりあげ、地域の特徴を分析する具体例について解説を行います。

◉具体的な操作方法

あらかじめ、表示したい地域（都道府県、市町村、日常生活圏域など）をしておき、現状分析から指標を選びます。その後、グラフの表示などを切り替えつつ、必要に応じて作成したグラフをダウンロードしていきます（図 1）。

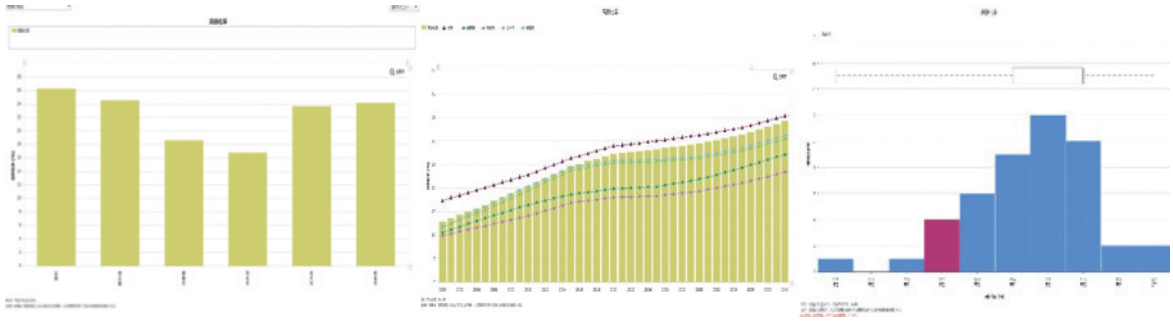
図 1. 見える化システムでの指標の選択



◉分析１：どのような住民がいるか

どのような住民がいるかについては、高齢化率や要介護認定率をみていきます（図２・3）。

図 2. 人口（大分類）→高齢化率（指標：A2）



いくつかの市町村の比較　　時系列の比較　　全国の分布上の位置

図 3. 認定（大分類）→認定率（中分類）→ 要介護認定率（指標：B4-a）、調整済み要介護認定率（指標：B5-a）

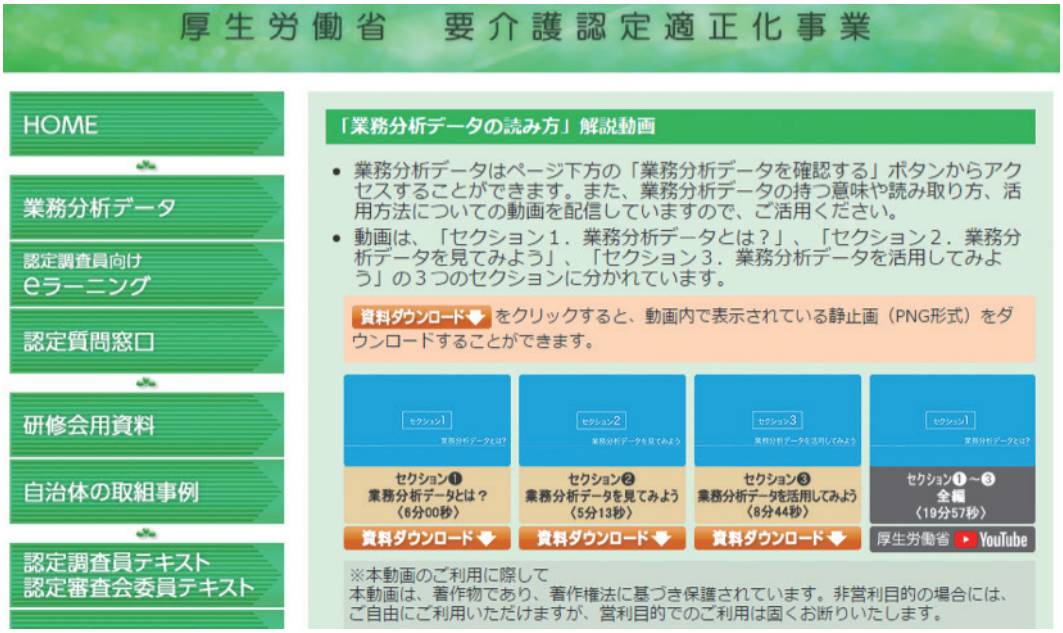


いくつかの市町村の比較　　時系列の比較　　全国の分布上の位置

参考：認定率についての追加分析

厚生労働省「要介護認定適正化事業」で提供されるホームページ（http://www.nintei.net/1_1gmbs.html）にある「業務分析データ」を使って、認定調査項目の選択率が、全国平均や県平均と比べて、どの程度外れているか確認することができます（図 4）。選択率に偏りがある場合は、調査方法や判断基準が適正か、選択率に影響を及ぼす地域特性がないか等の視点で、検討・分析が必要です。

図 4. 厚生労働省「要介護認定適正化事業」業務分析データ画面



◉分析 2：介護サービスがどの程度使われているか

介護サービスがどの程度使われているかについては、介護サービスの給付の状況や受給者数を見ていきます（図 5・6）。

図 5. 給付（大分類）→第 1 号被保険者 1 人あたり給付月額（中分類）サービス種類別（指標 D13）

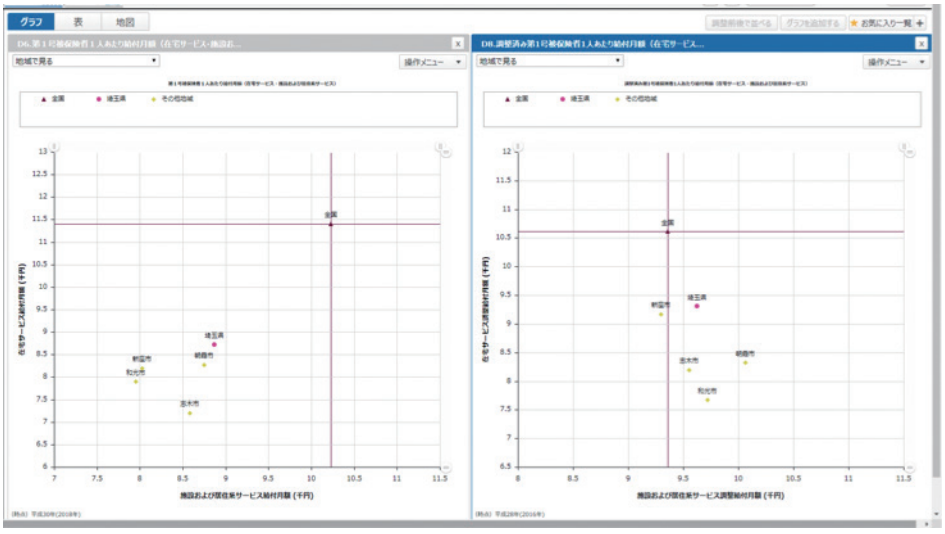
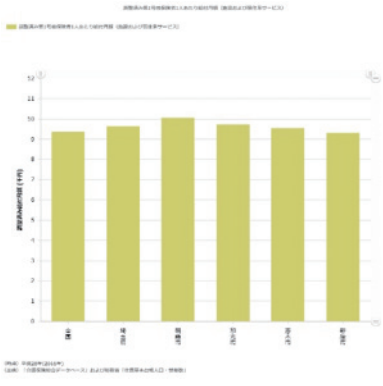
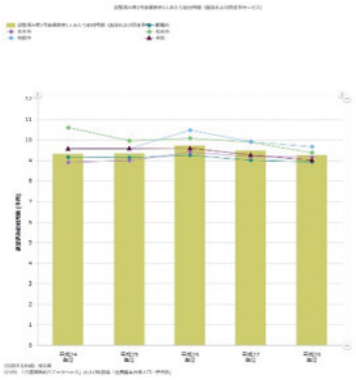


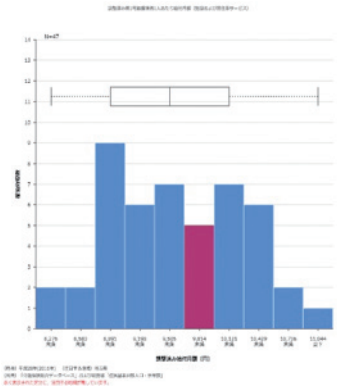
図 6. 給付（大分類）→第 1 号被保険者 1 人あたり給付月額（中分類）
調整済み第 1 号被保険者 1 人あたり給付月額（施設および居住系サービス）（指標 D8-b）



いくつかの市町村の比較



時系列の比較



全国の分布上の位置

ここでは、見える化システムの現状分析機能を使って、地域のサービス基盤整備を考えるにあたっての自治体の Structure を把握できることを紹介しました。

政策的なターゲットを設定するためには、ここで紹介した分析を実施し、圏域全体の特性比較や属性が比較的似ている地域を探し出すことも有効と考えられます。

ここでは表示されたグラフからの傾向把握を紹介していますが、表示されている元となる数値を表形式で表示することやその値を活用して、新たなグラフを作成したり、統計的な分析を行うことも有効となります。

◉見える化システムの活用事例：武蔵野市

ここで、上記の見える化システムをまちづくりに活用している東京都武蔵野市の事例をご紹介します（以下の資料出所、平成 29 年度高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた取組の推進に係る保険者支援のための都道府県職員研修資料「介護保険における保険者としての取り組み～東京都武蔵野市～」（平成 30（2018）年 2 月 21 日）。）。

武蔵野市では、地域の関係者が目標を共有し、一体となって取り組みを進められるように「まちづくりビジョン」の設定を行い、市民へ周知し合意形成を図っています。その「まちづくりビジョン」の設定の元になる地域の実態把握や課題分析には、見える化システムや各種調査結果を活用したり、国民健康保険連合会（国保連）からの給付実績や要介護認定データを分析したりしています。
特に見える化システムを活用していることとして、以下の点が挙げられます。

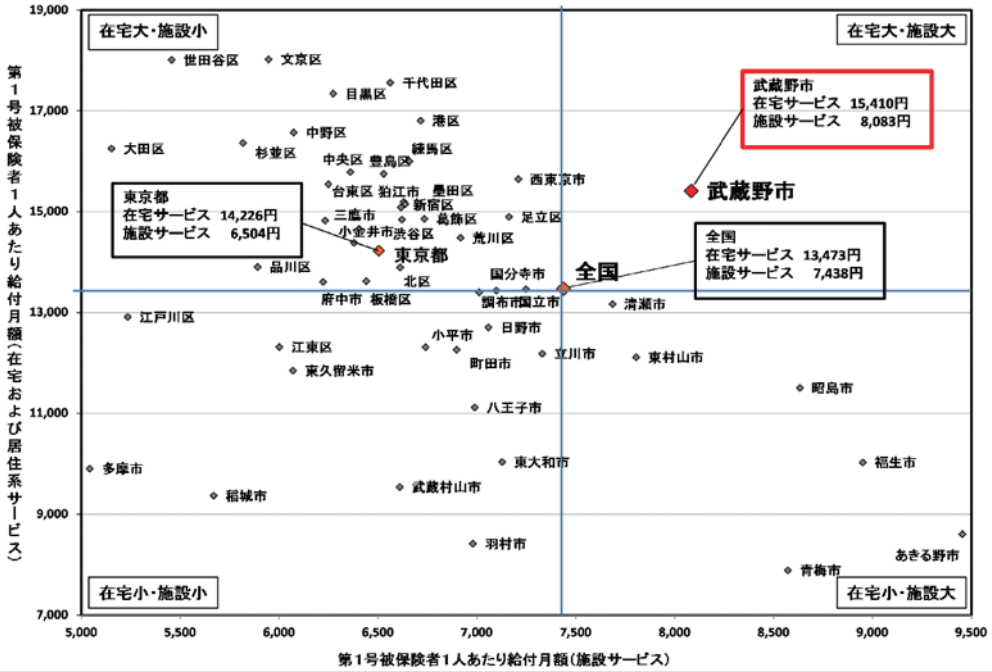
1）他保険者との比較による、給付実績に関する特徴の把握

この分析によって、給付の水準を他の保険者と比較しながら示すことができます。介護保険料を市民に対して説明する際などに使用できます。

• 「第 1 号被保険者一人あたり給付月額」の散布図を用いて、全国平均・東京都平均や、都内保険者と比較分析しています。

→自分の市のサービス水準がどの位置にあるのか把握することが可能です（図 7）。

図 7. 第 1 号被保険者一人あたり給付月額（見える化指標 D7）

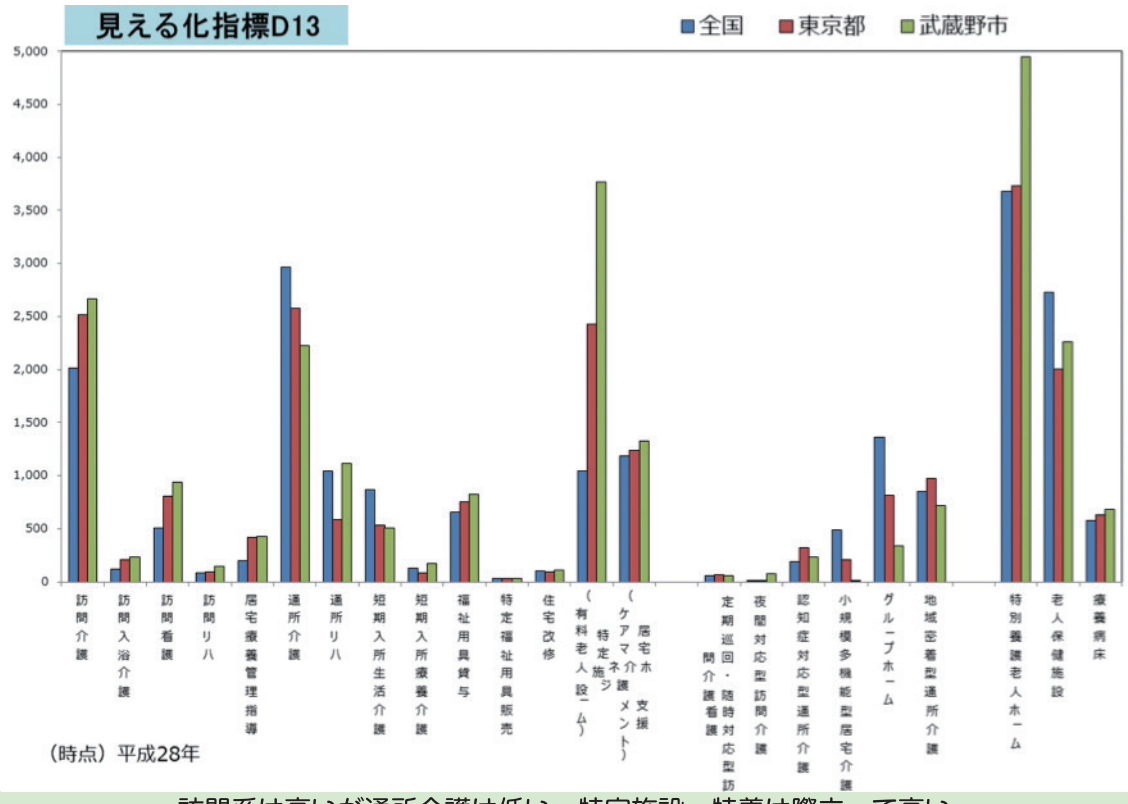


在宅および居住系サービス・施設サービスとも給付額が全国平均・東京都平均を上回る

• 「サービス種類別第 1 号被保険者 1 人あたり給付月額」のグラフを用いて、全国平均・東京都平均と比較分析しています。

→自分の市のサービスの特徴を分析することが可能です（図 8）。

図 8. サービス種類別第 1 号被保険者 1 人あたり給付月額（見える化指標 D13）



訪問系は高いが通所介護は低い。特定施設・特養は際立って高い

2）性・年齢、地域区分単価の影響を除いた、サービス別の給付実績に関する特徴の把握

• 一般的に市町村がコントロールすることができない「第１号被保険者の性・年齢構成」と「地域区分単価」を除外した場合の「第１号被保険者１人あたり給付月額」について、全国平均・東京都平均と比較分析（つまり、どの地域も「全国平均と全く同じ第１号被保険者の性・年齢構成」だったとして計算）しています。

→それらの影響を取り除いた場合の給付実績の特徴を把握できます（図 9）。

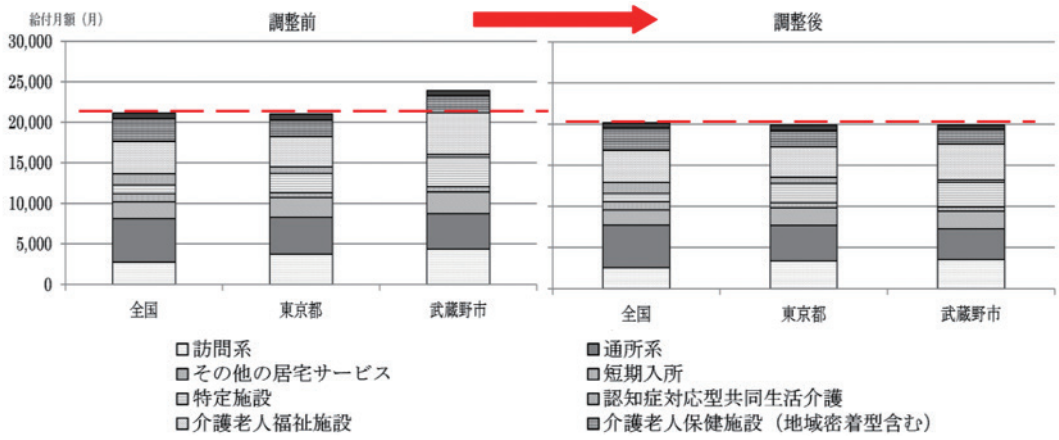
図 9. 調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（見える化指標 D11,D12）

	全国		東京都		武蔵野市	
	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後
訪問系	2,742	2,555	3,736	3,386	4,372	3,540
通所系	5,384	5,173	4,565	4,312	4,375	3,735
その他の居宅サービス	2,063	1,821	2,415	2,153	2,667	2,138
短期入所	1,036	1,015	619	603	648	550
特定施設	1,052	1,013	2,379	2,343	3,619	2,971
認知症対応型共同生活介護	1,364	1,337	782	759	354	294
介護老人福祉施設	4,014	3,911	3,760	3,690	5,137	4,361
介護老人保健施設(地域密着型含む)	2,796	2,705	2,037	1,959	2,123	1,780
介護療養型医療施設	694	636	731	676	645	520
第1号被保険者1人あたり給付月額	21,145	20,167	21,025	19,882	23,940	19,889

（時点）平成26年（2014年）
（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報

全国的に、新総合事業が始まる前の実績

見える化指標D11,D12



武蔵野市の第１号被保険者一人あたり給付月額は、
調整前は全国や東京都より高いが、調整後は全国より低く、東京都とほぼ同じ。

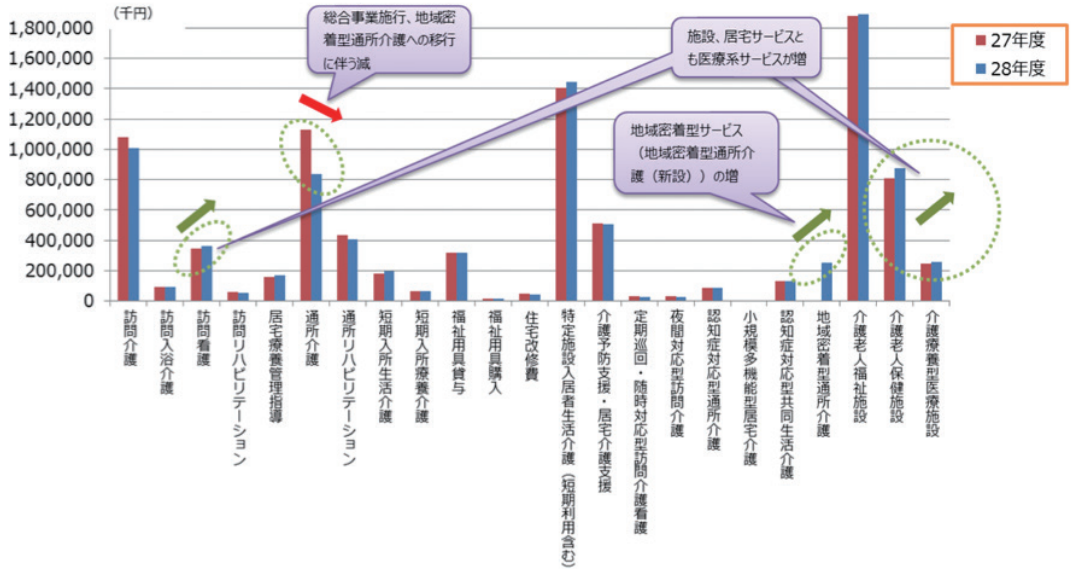
3）時系列の比較による介護保険事業に関する傾向の把握

• 人口、被保険者数、要介護認定者数、給付費、地域支援事業の実績について、過去の値と時系列で比較することで、介護保険事業に関する傾向の分析を行っています。分析結果は、「武蔵野市地域包括ケア推進協議会」で定期的に報告しています。

→市全体の介護保険事業についての傾向を時系列で把握することができます（図 10）。

図 10. 総給付費についての時系列の比較

（グラフは見える化システムを使ったものではありませんが、見える化システム上も同様の分析が可能です）



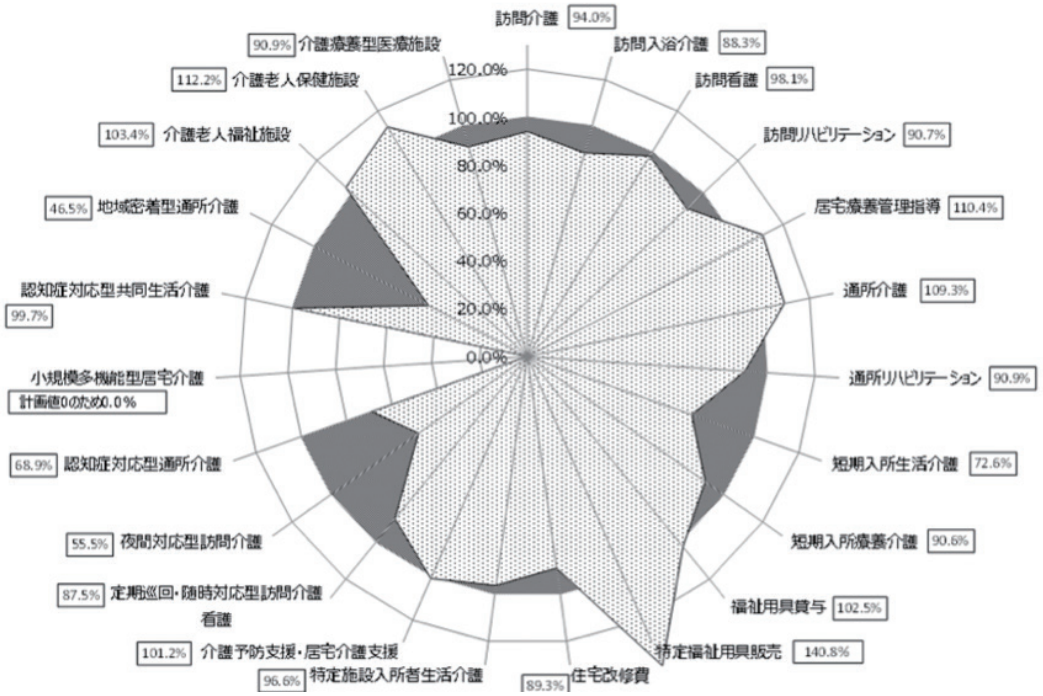
4）介護保険事業計画値と実測値の比較による事業の進捗状況の把握

• 人口、被保険者数、要介護認定数、給付費、地域支援事業について、介護保険事業計画値と実測値の比較による進捗状況の把握を行っています。結果は「武蔵野市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定委員会」で報告しています。

→介護保険財政運営の観点から、市全体の介護保険事業の進捗状況を把握できます（図 11）。

図 11. サービス種類別介護給付費計画比（第 6 期 : 平成 27 ～ 29 年度実績）

（グラフは見える化システムを使ったものではありませんが、見える化システム上も同様の分析が可能です）



平成 28 年度から新設された地域密着型通所介護は、通所介護のうち定員 19 名未満の小規模通所介護が地域密着型サービスに移行したもの。
推計値より移行した事業所が少なく、計画比 46.5% にとどまる見込み。

5）将来の介護保険料の推計

①現行サービス水準の維持と最低限の基盤整備を見込んだ場合

②現行サービス水準を維持し、介護予防および重度化防止の推進等により、効率的･効果的な運用を図った場合

の二パターンで、将来的な給付水準および保険料水準を推計します。

→長期的なサービス水準および保険料水準を把握することができ、将来に向けたビジョン設定の基礎データにすることができます（図 12）。これを用いて、介護予防や重度化防止に向けた市民の意識の醸成を図ることもできます。

図 12. 武蔵野市における介護保険サービス水準および保険料水準の将来推計

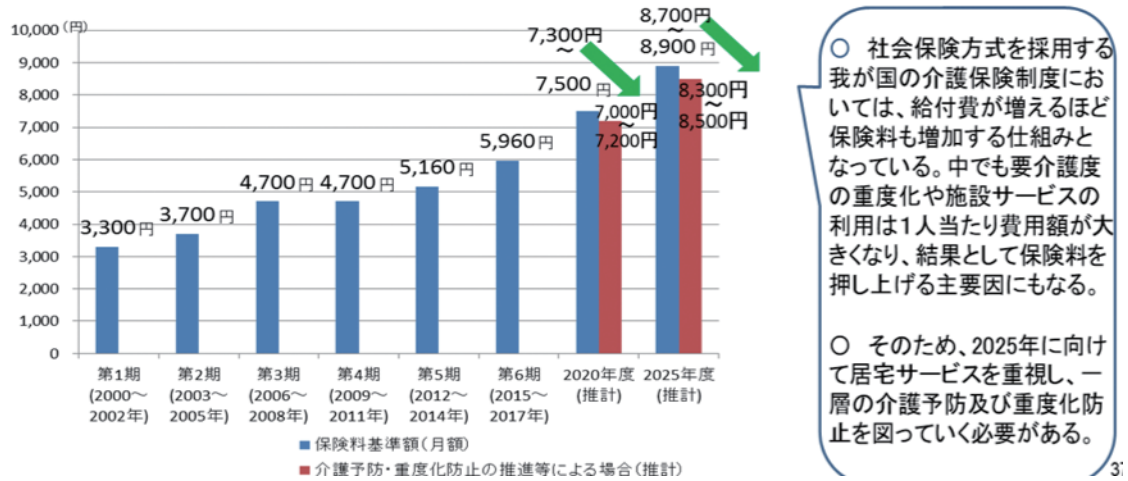
①現行サービス水準の維持と最低限の基盤整備を見込んだ場合

	第6期（2015～2017年度）	2020年度（第7期計画期間中）	2025年度（第9期計画期間中）
標準給付費見込額	10,700,556（千円）	12,000,000（千円）～	14,000,000（千円）～
保険料基準額（年額）	72,197円	87,600円～90,000円	104,400円～106,800円
保険料基準額（月額）	5,960円	7,300円～7,500円	8,700円～8,900円

②現行サービス水準を維持し、介護予防及び重度化防止の推進等により効果的・効率的な運用を図った場合

	2020年度（第7期計画期間中）	2025年度（第9期計画期間中）
保険料基準額（年額）	84,000円～86,400円	99,600円～102,000円
保険料基準額（月額）	7,000円～7,200円	8,300円～8,500円

出典：武蔵野市高齢者福祉計画・第6期介護保険事業計画（2015年度～2017年度）



その他のデータソースを用いたものとして、

・介護保険事業費：事業費全体のサービス別構成比の分析

・国保連の給付実績データ：事業者のシェア分析

・要介護認定データと人口推計値：将来の認知症高齢者数の推計

・人口推計値（65 歳以上の高齢者単独世帯）：将来のひとり暮らし高齢者数の推計

・要介護認定者数の伸び率とヒアリング（事業所職員数）：将来必要となる介護人材の推計

などを行っています。

このように、データを用いて様々な角度からの実態把握や将来推計を行うことによって、住民や関係者と共通認識を持つことができるようになります。支援者は、これらの分析の支援を行い、市町村と課題を共有し、対策方法を共に模索することが求められます。

3章第3節 2：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を活用した分析

浜松医科大学　尾島　俊之

ポイント

◉地域での事業計画を検討するために、ニーズとリソースの推計をします。

◉地域診断のために、地域比較と時間比較をします。

◉指標としては、地域診断に有用な指標、ニーズとリソースの指標などがあります。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（以下、ニーズ調査）は、介護保険事業計画の策定や介護予防事業の評価などを目的に３年に１回または毎年、地域在住の高齢者から無作為抽出して調査が行われます。調査票は、厚生労働省からひな形が示され、標準的にはそれを使用して調査が行われます。厚生労働省からの推奨に従って調査結果の作成および登録を行った市町村については、「見える化システム」にその結果が搭載されています (URL: https://mieruka.mhlw.go.jp/)。

ニーズ調査の結果をどのように分析して市町村に使ってもらうか・またそれを用いて連携をどのように支援するかが重要です。その地域診断活用などについて、2016 年にだされた第７期の調査票に基づいて解説します。

ニーズを推計する

ニーズ調査のそもそもの主目的はニーズの推計（必要なサービスの種類・量・事業方法等を検討すること）です[1]。ニーズとしては、運動器の低下を始めとした表１の「地域支援事業などのニーズに関する指標」の項目について、支援ニーズのある人の割合を性・年齢階級別に把握します。そして、支援先の自治体などの性・年齢階級別人口に掛け算することで、地域全体でのニーズのある人数を推計します。種々のニーズの種類に応じて、支援体制の検討に使用します。

リソース（人材）の発掘と推計

一方で、第７期の調査票で特徴的なものとして、地域のリソース、具体的には総合事業などの担い手になりうる人を把握するための設問として、「地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきとした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか」という設問が入れられました。こちらも、性・年齢階級別に該当割合をもとめて、地域全体での人数を推計すると良いでしょう。また、ニーズ調査の対象者数が余り多くない場合には、性・年齢階級別ではなく、回答者全体での割合を求めて、地域の高齢

者人口に掛け算して推計する方法でも良いでしょう。日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study:JAGES）の参加自治体合計でみた場合、是非参加したい 3%、参加してもよい 37%、参加したくない 60% でした。是非参加したいという人は 3%と少ないですが、高齢者 1,000 人の地域に 30 人の担い手となりうる人が潜在していることがわかります。従来からのニーズに関する地域診断だけではなく、今後の事業展開に向けてのリソースの把握として有用と考えられます。また、活動を担っていただける人は、別途、氏名などを記入して送っていただくようにすると、すぐに活動開始に活用できます。ただし、ニーズ調査は通常は無作為抽出調査で行いますので、活動の意向があってもニーズ調査の対象にならなければ把握できないことになります。そこで、ある地域においてサロンを立ち上げるために、お世話役を担っていただける人を把握したいなどの場合には、地域を絞って高齢者全員に世話役の意向を調査するなどのことが必要な場合もあるでしょう。

表 1. ニーズ調査による地域診断で推奨される指標

○介護予防の地域診断に有用な指標
- スポーツ関係のグループやクラブ
- 趣味関係のグループ
- 学習・教養サークル
- ボランティアのグループ　などの地域での活動への参加割合
- 共食

○地域支援事業などのニーズに関する指標
- 運動器の低下、転倒リスク、閉じこもり傾向
- 口腔機能の低下、低栄養の傾向
- 認知機能の低下、IADL の低下
- うつ傾向　などの割合

○リソースに関する指標
- 総合事業などの担い手

地域比較をする（地域診断として最も重要）

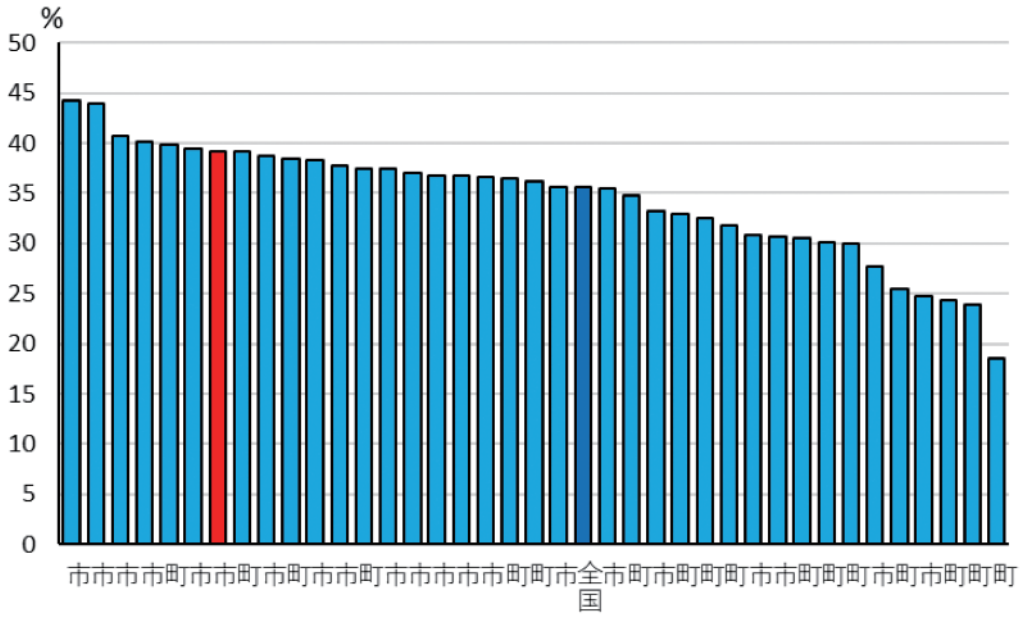
スポーツ関係のグループやクラブへの参加など介護予防のための地域診断に有用な指標について、分析を行います。地域診断として、ある地域の特徴を知ろうと思った場合に、その地域のデータのみの分析では目的を達成することはできません。他の地域と比較して初めて、その地域の良い点や、改善が必要な点などの特徴を明らかにすることができます。

そのために、ひとつは、支援先の自治体などの結果について、データ収集できる全自治体の合計値と比較する方法があります。JAGES では参加全自治体と比較した各地域の地域診断書を作成しており、そのような資料は有用です。また、図 1 に示すように市町村間で数値を比較して、各指標について支援先の自治体がどのあたりに位置するのかを確認することも有用です。もうひとつは、支援先の自治体内の、日常生活圏域などの小地域単位の比較を行うことも有用です。

地域診断する指標として、第 7 期の調査票では、共食に関して、「どなたかと食事をともにする機会はありますか」という設問が追加されました。これまで、栄養面での支援のために配食サービスの充実が図られてきました。一方で、一人暮らしであっても、共食の機会があると欠食[2]や死亡[3]が少ない結

果がでており、時々集会所、飲食店や誰かの家などに集まって共食をすることが、社会参加や支え合いにつながり、介護予防に有用だと考えられます。

図 1. 市町村別のスポーツの会に参加している高齢者の割合（年に数回以上、赤色が支援先の市町村）



対象者数が少ない地域を分析する時には偶然の影響に注意

小地域別の分析を行う際に、ニーズ調査の対象者数が少ない地域については、偶然によって高めの結果や低めの結果がでることがあります。対象者数が少ない地域については、ひとつの分析の結果のみで断言することなく、日常の活動で把握されている地域特性と整合しているかなども踏まえながら、慎重に結果を解釈する必要があります。

偶然であるかどうかを評価するために、必要により検定や 95% 信頼区間を計算する推定を行う場合もありますが、一般的に現場においては必ずしも検定や推定までは行わなくても良いでしょう。

比較するもの同士で、対象者の選び方を統一する

地域間の比較を行う際には、ニーズ調査の対象者の選び方を統一する必要があります。ある自治体では要支援の人が対象者に含まれており、別の自治体では含まれていない場合には、単純に比較することができません。例えば、要支援を含めないデータのみで再集計を行ったり、「あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか」という問いに「介護・介助は必要ない」と回答した人のみに限定して分析を行ったりして、その結果で比較するなども必要です。単純無作為抽出でない方法など、自治体によって対象者の抽出方法が異なっている場合には、それを考慮した分析を行ったり、結果を解釈するときに考慮したりします。さらに、全体にニーズ調査の回収率が低かったり、地域によって回収率の差が大きかったりする場合には、健康状態が良好な人や、健康に関心のある人、または逆に、行政の支援を是非受けたいと思っている人が中心に回答している可能性があります。高齢者全体の実態とはややずれた調査結果がでることもあるため、結果を解釈するときに注意が必要です。

年齢構成などが大きく異なる場合には、それを考慮した分析を

もうひとつの注意点としては、支援先の自治体の高齢者のうちの後期高齢者の割合などが、全国と比較して高いまたは低い場合や、自治体内の地域間で高低の差が大きな場合には、その影響も考慮して結果を読む必要があります。具体的には後期高齢者が多い地域では、運動器の低下などのニーズのある人

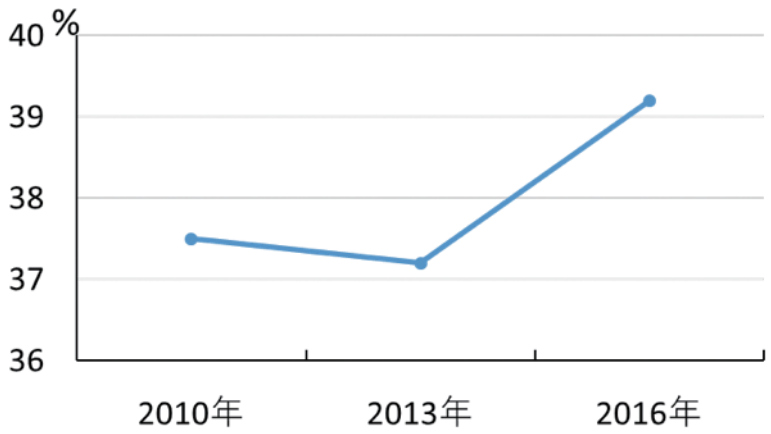
の割合が高めに出たり、社会参加している人の割合が低めにでたりなどの結果となる傾向があります。そこで、より詳細には、前期高齢者や、後期高齢者など、年齢階級によって分けた分析なども有用です。ただし、前述のように調査対象者数が少ない地域がある場合には、性・年齢階級などを細かく分けると偶然による結果がでやすいため、間接法や直接法による年齢調整を行った値を用いる方法も有用です。年齢調整を行う場合には、その方法が記載されている書籍[4,5]を参考にしたり、分析を行ったことのある人の助言を得たりしながら行うと良いでしょう。

時間比較をする（事業の評価に有用）

介護予防の取り組みが以前と比べて成果を上げてきているのか、後退しているのか、またどの程度進んでいるのかを見るなど、事業の評価を行うには、社会参加状況や、ニーズを持つ人の割合などについて、時間比較を行うことが有用です。図２に示すように３年前、６年前との比較を行ったり、毎年の変化をみたりすることになります。

その際に、地域比較で述べたように、対象者の抽出方法が年次によって同じ方法かどうか、また回収率が概ね同程度かどうかなどを確認しておく必要があります。また、年次により一定の傾向がみられ、その理由として高齢化の進展が考えられる場合には、年齢階級別に推移をみたり、年齢調整した数値で推移をみたりなどの工夫が必要となります。

図 2. スポーツの会に参加している高齢者の割合の推移（仮想データ）



ニーズ調査データは、地域診断などに非常に有用ですので、上記の分析を行い、地域特性にあった事業展開を行っていきましょう。より詳しい調査データの分析手順については、本書の第３章第１節や以下に挙げている書籍などを参考にすると良いでしょう。

＜参考文献＞
1. 厚生労働省老健局介護保険計画課 . 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き（介護保険事業計画策定に向けた各種調査等に関する説明会資料）. 2016
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000138620.pdf.
2.Tani Y, Kondo N. Takagi D, et al. Combined effects of eating alone and living alone on unhealthy dietary behaviors, obesity and underweight in older Japanese adults: Results of the JAGES. Appetite 2015; 95: 1-8.
3.Tani Y, Kondo N, Noma H, Miyaguni Y, Saito M, Kondo K. Eating Alone Yet Living With Others Is Associated With Mortality in Older Men: The JAGES Cohort Survey. Journals Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci 2018; 73(3): 1330-1334.
4. 日本疫学会監修 . はじめて学ぶやさしい疫学 改訂第３版 . 南江堂 . 2018.
5. 中村好一 . 基礎から学ぶ楽しい疫学 , 第３版 . 医学書院 , 2012.

3章第3節 3：介護レセプトデータを活用した分析

日本福祉大学社会福祉学部 斉 藤　雅 茂

◉介護レセプトデータには、当該地域の介護行政の特徴や課題をモニタリングするために有効な情報が多数含まれています。

◉とりわけ市町村間の比較は、市町村単独で行うのは容易でなく、都道府県による支援が求められる領域です。

◉他方で、介護レセプトデータの活用にはいくつかの障壁があるため、その利活用にむけた支援も有効だと考えられます。

介護レセプトデータの４つの強み：全数把握・正確さ・時系列変化・多様な分析単位

市町村（保険者）には介護レセプト（介護給付費明細書）データがあります。介護レセプトデータとは、サービスを提供している事業所から都道府県の国民健康保険団体連合会（国保連）へ提出される介護サービス（介護報酬費）の請求額を示したもので、「保険者向け給付実績情報（1110000.csv）」や「介護給付費等審査決定請求明細情報（1610000.csv）」に基づいて、どの事業所がどの人に何のサービスをどれだけ提供したのかを把握できます。介護保険料の算定のためだけに使われることが少なくないようですが、データとしてのいくつかの強みもあり、当該地域の介護行政の特徴や課題を把握するために有効な情報が多数含まれています（表1）。

表1. 介護レセプトデータの強み（筆者作成）

対象者の網羅性	介護サービス利用者の全てをほぼ漏れなく把握できる貴重なデータです。
情報の正確性	介護レセプトデータではその月にどのサービスを何回使って、総計として何単位（＝何円）利用されたのかという実績値を把握できます。
情報の逐次性	介護レセプトデータは毎月報告されるものであるため、1ヶ月ごとの変化を追跡・評価できます。
分析単位の柔軟さ	介護レセプトデータでは、個人単位での追跡が可能なだけでなく、事業所単位の評価や保険者単位の評価も可能です。

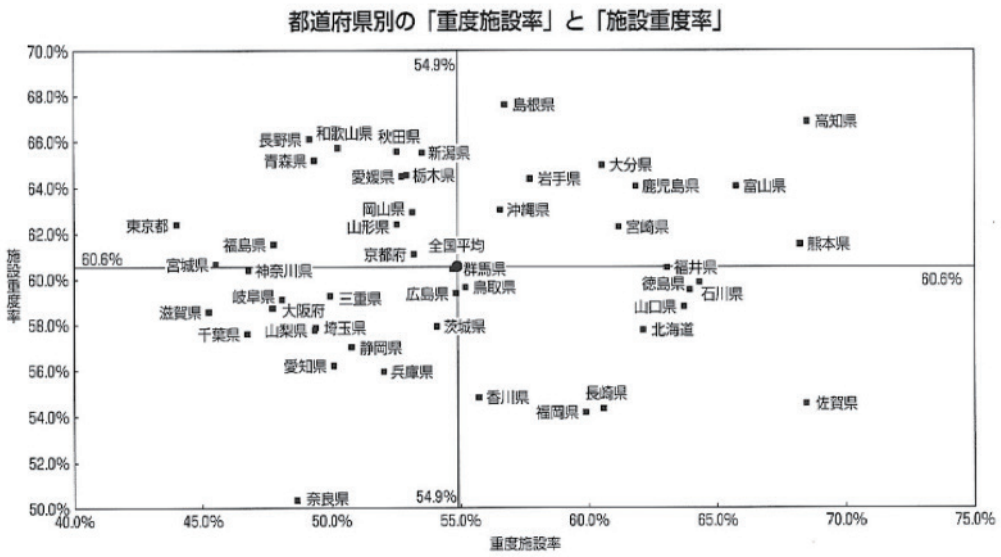
介護レセプトデータによる地域診断指標例

介護レセプトデータを活用した地域診断指標としては、たとえば、「利用開始時と終了時の平均要介護度」などが考えられます。一般的にもよく用いられる平均要介護度の中でも、利用開始時と終了時をモニタリングすることで当該地域での介護サービスの利用者像の特性（介護予防のその後の姿）を表すことができます。また、介護サービスの利用状況をモニタリングする基本的な指標としては「在宅サービスの平均支給限度額比率」や「利用者一人あたり介護費用」、「施設利用者の中での重度の要介護者割合（施設重度率）」、「重度の要介護者の中での施設サービス利用割合（重度施設率）」などが考えられます。その際に、介護保険料賦課段階の情報と合わせることにより、「所得階層による利用格差」がどの程度生じているのかを確認することもできます。

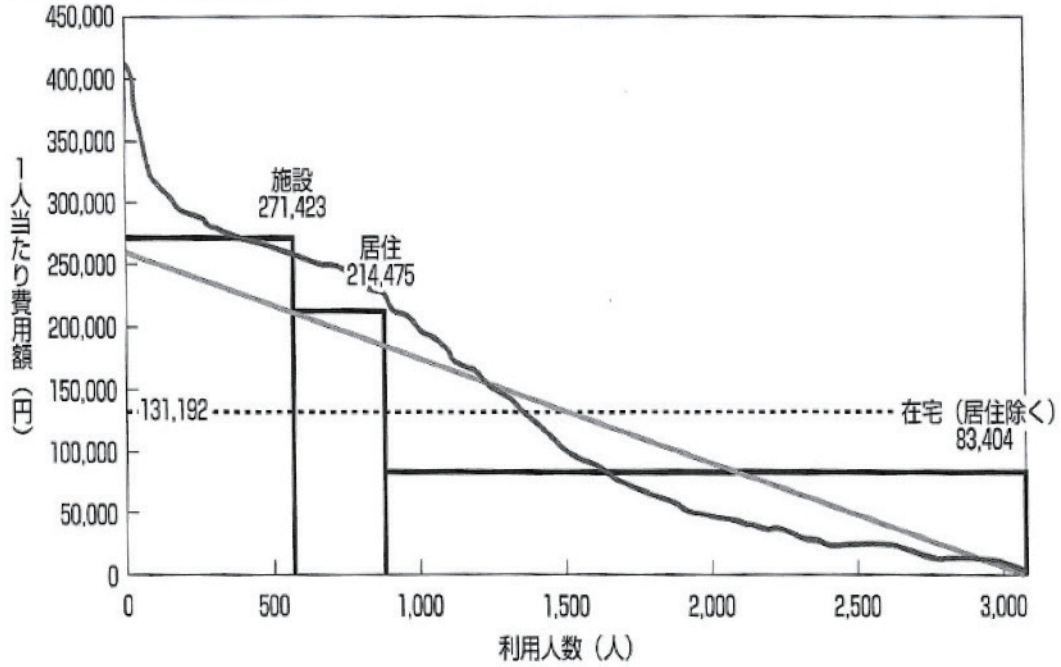
「実態把握」のための比較

統計値を眺めているだけで地域の「実態把握」が進むわけではありません。統計値の多少の意味を解釈・考察するためには何かと比較することが必要です。なかでも、市町村職員からの要望でよく挙げられる「市町村間の比較」は、市町村単独で行うのは容易でなく、都道府県による支援が求められる領域だといえます。具体的には、当該都道府県の平均値や都道府県下全てと比較する、近接市町村と比較する、人口規模が同程度の他市町村と比較するといったことが考えられます。また、市町村内の日常生活圏域間（小地域間）の比較や時系列間（過去のデータ）の比較に関しても、１つの市町村内だけで完結させるのではなく、複数の市町村の情報を束ねて比較することによって、小地域の特性や時系列的な変化特性について多面的に評価することができるようになります。

図 1. 介護レセプトデータに基づく指標例 [1]



<施設・居住・在宅別費用構造図>



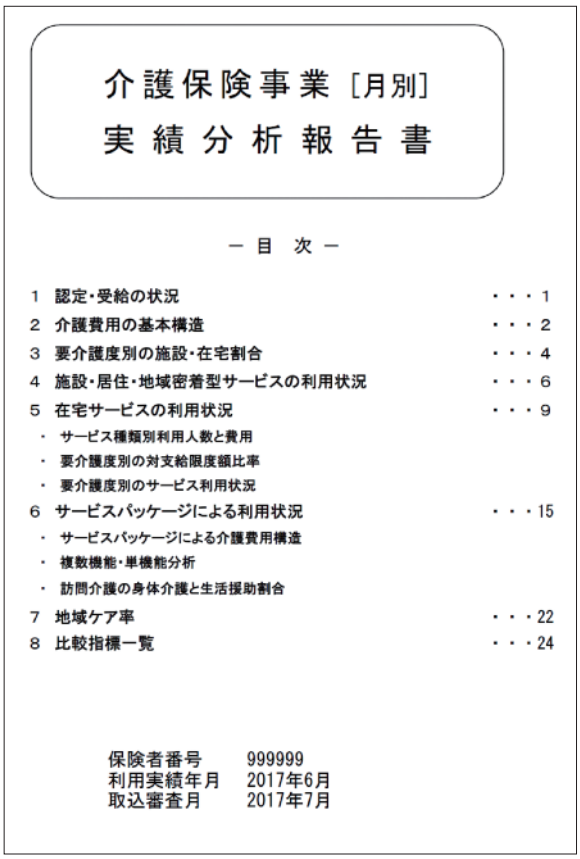
利用人数を共通（底辺）とする4種類の面積で費用総額を表した図である。
なお曲線は実際の利用者を費用額降順に並べた分布である。

介護レセプトデータによる地域診断指標例

介護レセプトデータには、貴重なデータが日々蓄積されています。他方で、その活用には分析単位に合わせた元データの加工・編集が必要となり、多少の手間を要するのも事実です。

そこで、たとえば、日本福祉大学福祉政策評価センターでは、保険者および都道府県の介護保険事業実績分析作業の支援と介護保険制度の政策評価推進を目的にして「給付分析ソフト」および「介護保険事業者別分析ソフト」を開発・配信してきました（http://www.nihonfukushi-u.jp/download/download.html）。本ソフトを用いることで、元データから当該保険者の介護費用の構造や在宅サービスの利用状況などを図表で表現した「介護保険事業実績報告書」や、利用者個人単位での各サービスの利用状況を集計した「個人シート原票」などが出力されます（図 2）。

図 2. 介護レセプトの加工・編集ソフト例
（日本福祉大学福祉政策評価センター「介護保険事業分析ソフト」より）

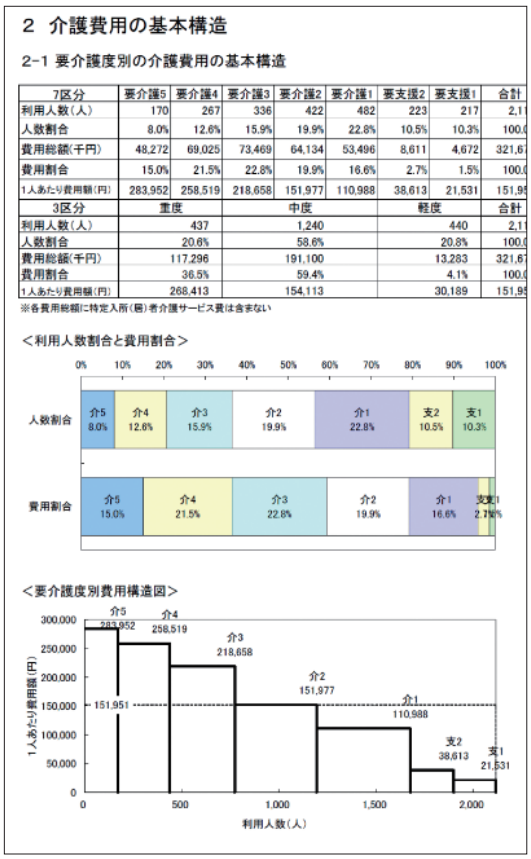


介護保険事業［月別］
実績分析報告書

－目　次－

1　認定・受給の状況　・・・1
2　介護費用の基本構造　・・・2
3　要介護度別の施設・在宅割合　・・・4
4　施設・居住・地域密着型サービスの利用状況　・・・6
5　在宅サービスの利用状況　・・・9
・サービス種類別利用人数と費用
・要介護度別の対支給限度額比率
・要介護度別のサービス利用状況
6　サービスパッケージによる利用状況　・・・15
・サービスパッケージによる介護費用構造
・複数機能・単機能分析
・訪問介護の身体介護と生活援助割合
7　地域ケア率　・・・22
8　比較指標一覧　・・・24

保険者番号　999999
利用実績年月　2017年6月
取込審査月　2017年7月



2　介護費用の基本構造

2-1 要介護度別の介護費用の基本構造

7区分	要介護5	要介護4	要介護3	要介護2	要介護1	要支援2	要支援1	合計
利用人数(人)	170	267	336	422	482	223	217	2,1
人数割合	8.0%	12.6%	15.9%	19.9%	22.8%	10.5%	10.3%	100.0
費用総額(千円)	48,272	69,025	73,469	64,134	53,496	8,611	4,672	321,6
費用割合	15.0%	21.5%	22.8%	19.9%	16.6%	2.7%	1.5%	100.0
1人あたり費用額(円)	283,952	258,519	218,658	151,977	110,988	38,613	21,531	151,9

3区分	重度	中度	軽度	合計
利用人数(人)	437	1,240	440	2,1
人数割合	20.6%	58.6%	20.8%	100.0
費用総額(千円)	117,296	191,100	13,283	321,6
費用割合	36.5%	59.4%	4.1%	100.0
1人あたり費用額(円)	268,413	154,113	30,189	151,9

※各費用総額に特定入所(居)者介護サービス費は含まない

<利用人数割合と費用割合>

<要介護度別費用構造図>

データに基づく介護行政の推進のためには、こうした保険者による介護レセプトデータの活用にむけた情報提供や必要な研究チームの組織化も求められる支援の１つだと考えられます。

＜参考文献＞
1. 平野隆之 . 介護保険給付データ分析―もう１つの介護行政 . 中央法規出版 , 2012.

データを活用した連携の場づくり

新潟大学　菖蒲川　由郷

◉見える化システム等、データツールを活用したワークショップが連携を生む

◉保健所や地域振興局、その他の市町村など、支援の担い手にも参加してもらおう

1. はじめに

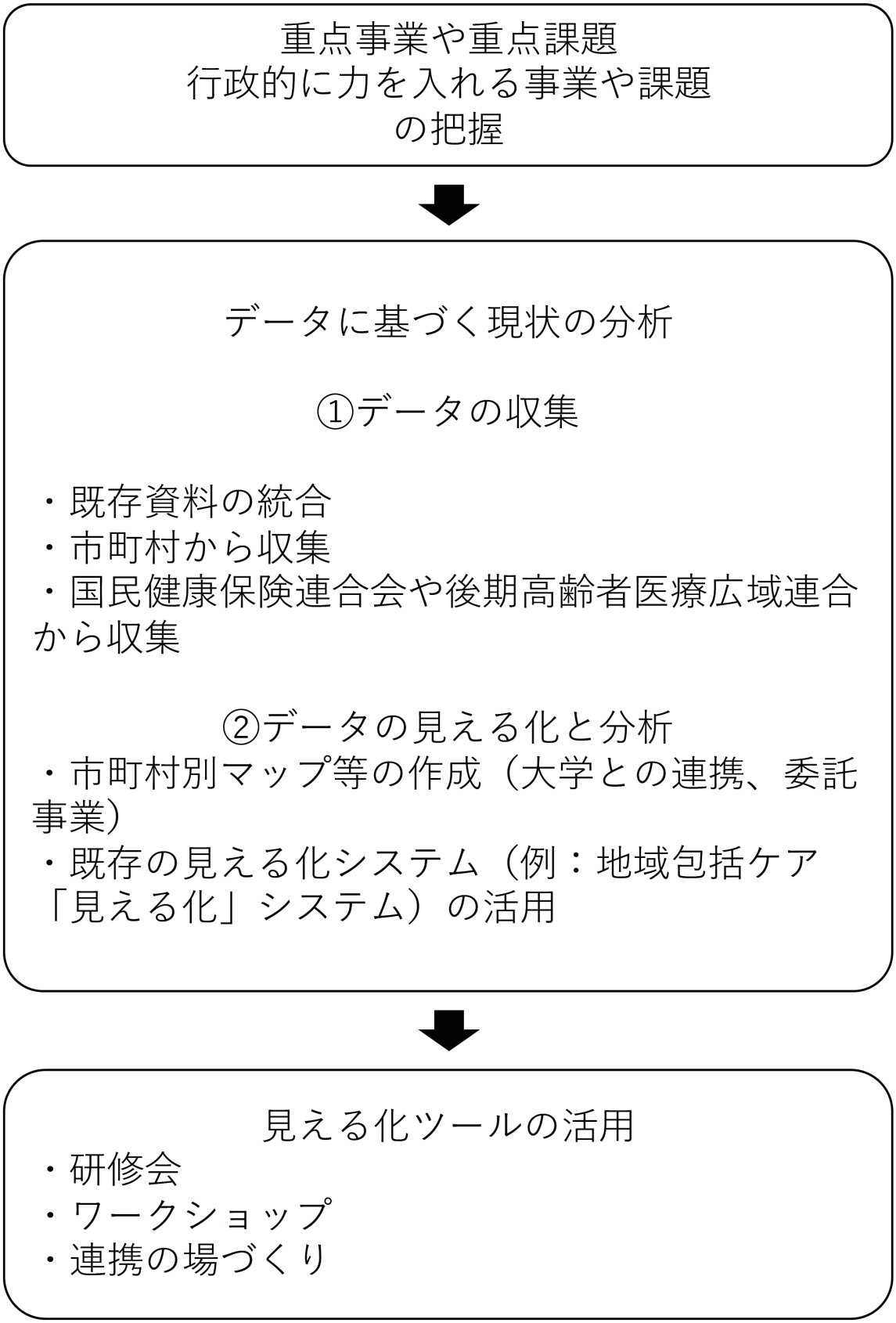
福祉保健事業の多くは市町村が主体となって行われます。国から県の施策として行われる様々な事業を実行するために、常に業務に追われているというのが実際のところかもしれません。そのような中で、我が市町村の福祉や健康の課題が何であるのか、行われた事業の効果がどうであったかを落ち着いて検討したり評価したりする余裕がない、という現実があります。

そのような中、都道府県が市町村にできる支援は何か、市町村はどうしたらそのような支援を有効に活用できるのか、について、「見える化」と「連携の場」をキーワードに具体例を示しながら説明していきます。

2. 都道府県ができる支援

重点事業が打ち出された場合や特に力を入れる事業がある場合、都道府県だからこそできる市町村への支援の方法があります。ここでは、その一般的な流れを示し、最後に実際の事例を紹介します（図１）。

図 1. 見える化ツールを活用した連携の場づくりの流れ



1）都道府県だからできる広域のデータ収集と市町村への還元

介護予防の観点から認知症予防に力を入れる場合、メタボや高血圧予防のために運動や減塩を進めて行く場合など、どんな事業を行う場合でも、まず現状を把握することが必要です。

都道府県には、市町村のデータが集まってきます。これを活用できます。医療費・介護・健診等のデータを集約し、市町村の比較をすることで、どの地域で力を入れるべきか、課題の原因が何なのかを俯瞰的に検討することができます。各市町村は自分の市町村が県内でもどの位置にいるのかが分かります。普段から自分の市町村の現状についてはデータを通じて十分に分かっていても、他と比較することで課題の優先度を認識することができます。また、課題が少ない同規模の区市町村が実施している事業や事業のやり方を参考にするなどの連携が生まれます。この意味で、都道府県が市町村のデータを取りまとめて還元することが重要です。なかには直接公表することが難しい種のデータもあるため、全てを公表する必要はありません。

まずは重点事業等にあげられた項目について市町村のデータをとりまとめて提供するといいでしょう。

2）「見える化システム」等、データツールの活用

収集したデータを分かりやすく伝えるためには見える化システム等のデータツールが便利です。医療・介護・健診等それぞれの分野において蓄積されたデータや収集されたデータを地図上に色分けしたり、グラフにして示すことで現状や課題がひと目で分かります。単に数値を並べた表だけでなく地図を使った表現は、情報と意識の共有のためには思った以上に効果があります。

厚生労働省が運営している地域包括ケア「見える化」システム等のデータツールを積極的に活用しましょう。そのようなデータツールがなくても、統計データから地図を作成して表現することは現代において難しいことではありません。実際に多くの自治体の事業報告書等でも地図を使った見える化をしています。この部分を業者や大学等に委託することも選択肢の一つです。

3）見える化システム等のデータツールを活用した連携の場づくり

見える化システムは研修会やワークショップでも有効に活用できます。見える化された地図等の資料を前に意見を交換する中で、課題を共有するだけでなく、参加者間の連携が生まれます。特に連携の場として活用することを一つの目的とする場合、以下の点を工夫することで、より効果的な研修会・ワークショップにできます。

参加人数や会場に応じてグループワークと個人ワークを使い分けるなど、柔軟に考えるとよいでしょう。

◉支援・連携の輪を広げる研修会での工夫

• 支援の仲間を巻き込む：ワークショップに、市町村の担当者だけでなく、保健所や地域振興局、その他の市町村支援の担い手にも参加してもらう。

• 多様な連携づくりの機会を提供する：市町村の担当者のうち、介護や医療、福祉だけでなく、関連する複数の部署にも参加してもらう。

• 相互支援の機会を提供する：グループ討議の際には同規模の市町村同士を組み合わせる。

4）ワークショップの具体的な進め方

ワークショップには様々な方法がありますが、典型的な進め方の一例を示します。掲載したワークシートのひな形も活用してみてください。

ここでは午後全体を使った、3 時間半の研修会を想定しています。複数のワークショップを組み合わせています。実情に合わせて、複数回に分けたり、時間の長さの調整をしてください。

【ファシリテーター】　保健師等、連携の場づくりの経験がある人・その訓練を受けた人

ファシリテーターとは、ファシリテーション、つまり会議の場を調整し、議論の効果を高める役割を担う人です。司会とともに全体を見まわしてファシリテーションする専用スタッフを用意することも効果的です。民間事業者にファシリテーションを依頼することもできます。

【対象者】　市町村担当者

担当職員（関連する課・係）
- 健康増進関連、国保関連
- 高齢者・介護関連
- 地域福祉関連

保健所（関連する課・係）
- 健康増進関連
- 保健管理関係
- 健康・介護関連
- 地域医療推進関連
- 福祉関連課

等、課題や事業に合わせて対象者を選定する

前述のように、複数の関連する担当部署から、または事務職と専門職両方からの参加が望ましいですが、研修会を継続的に行う場合は、まずは直接の担当者を集め、段階的に広げる形が望ましい場合もあります。タイミングを見計らいましょう。

【ワークショップの進行例】（グループワーク形式　1グループ7～8名）

時　間		内　容	内説明者	備　考
～12:30		会場準備		
12:30		事前打ち合わせ		主催者とファシリテーター
13:00		受付開始		XX課　職員2名
13:30	5	開会のあいさつ	XX課長	課長が出席できない場合，補佐
13:35	10	オリエンテーション	XXX	本日の流れの説明
13:45	20	見える化システムの説明	XXX	ユーザーズマニュアルで説明
14:05	15	事例紹介	XXX	見える化システムを有効に 活用している市町村の事例を紹介
14:20	20	ワークショップ①	XXX	STEP 1：データに基づく現状の把握
14:40	40	ワークショップ②	XXX	STEP 2：課題の抽出と原因・対策の検討
15:20	15	休憩	XXX	
15:35	40	ワークショップ③	XXX	STEP 3：連携を意識した対策の検討・発表
16:15	10	まとめ・講評	XXX	
16:25	5	アンケート記入		
16:30		終了		

ワークシート例　個人用紙

所属を教えてください。

□　○○○	□　××× □　・・・
□　△△△	
□	□

Step1：市町村の問題点の抽出（現状の認識）

①（個人で記入）自分が普段，市町村の課題として感じていることを挙げてください。
実例を踏まえて具体的にお願いします。（問題は，2 つ程度挙げてください。）

②（グループ全体で決定）地域全体で取り組むべき課題を 1 つ挙げてください。
また，その課題を選んだ理由をご記載ください。

Step2：見える化システムで，抽出した問題点の状況及び原因を確認

③（グループ全体で話し合い）見える化システムを使って，②で挙げた問題に対する原因を考えてみてください。

④（グループ全体で話し合い）問題点に対してどのような対策が有効か，実行可能な対策を検討してください。既存の事業など既に取り組んでいる対策を含めてもらって構いません。

Step3：組織間連携で対策の検討

⑤（個人で記入）④の地域の問題に対する対策に対して，今後連携できそうな部署や組織があれば挙げてください。また，個人での役割も考えてください。

⑥（全体で共有）個人で実行することが全体の対策につながることをフローチャートのような形態で記載してください。また，連携できる組織も記載してください。

見える化システムの今後に向けて

⑦（個人で記入）今後の見える化システムの改善のため，どのような項目があれば，今後の自分の仕事の中でより活用できるかを記載してください。

今回の個人用紙は，個人名なしの結果として，ワークショップの効果の検討，
今後の見える化システムの改善のために活用させていただきます。

ワークシート例　グループ記録用紙

グループ

Step1：現場の声を基にした市町村の問題点の抽出

②（グループ全体で決定）市町村全体で取り組みたい課題を 1 つ挙げてください。
また，その課題を選んだ理由をご記載ください。

Step2：見える化システム で，抽出した問題点の状況及び原因を確認

③（グループ全体で話し合い）見える化システムを利用して，②で挙げた問題に対する原因を考えてみてください。

④（グループ全体で話し合い）問題点に対してどのような対策が有効か，実行可能な対策を検討してください。

Step3：部署間・組織間連携で対策の検討

⑥（全体で共有）個人で実行することが全体の対策につながることをフローチャートのような形態で記載してください。また，連携できる部署や組織も記載してください。

5）実際の事例

ア）健診データを活用した市町村の健康対策支援の例（N 県）

①目的と概要

N 県ではデータを活用した健康づくりを進めようという行政の意向で、健診データを活用した市町村の健康課題への対策支援を実施することになりました。

②プロジェクト遂行のための組織

データをより有効に活用するために、研究者（大学教員等）、医師会・歯科医師会等のステークホルダー、現場経験が豊富な保健師により組織される研究会を立ち上げ、意見を収集しました。さらに、研究会の構成員がワーキンググループを組織し（主に研究者で構成）、研究会で検討した方針で実際にデータベースの作成と分析を進めるために具体的な議論をしました。

③データの収集と分析

N 県福祉部健康対策課の主導で県内全市町村の国保と協会けんぽのデータを収集しデータベースを作成しました。データベースはより正確に生活習慣病の関連要因を分析するために、集計されたものではなく個人ベースとしました。分析は市町村別、男女別、年代別（40 ～ 64 歳と 65 ～ 74 歳）に分けた上で全データ（全県）を基準集団として年齢調整し、主な生活習慣病と生活習慣の標準化該当比とその統計学的な有意性を示しました。さらに、生活習慣病と生活習慣の関連を地域相関分析により示しました。

④データの見える化

生活習慣病と生活習慣の標準化該当比を市町村レベルで塗り分けて地図化し、直感的に分かりやすいデータの見える化を図りました。この結果、分析結果が視覚的に分かりやすくなるだけでなく、生活習慣病の地域傾向を把握することができました。例えば、沿岸部で高血圧が多く、山間地で糖尿病が多い、といった地域特性です。疾病や生活習慣の地域傾向を把握することで対策に役立てる可能性があります。見える化した地図は報告書の一部として示す方法や Web で見ることができるシステムがあり、市町村のニーズに合わせて選択が可能です。

⑤データ活用のための研修会

データベースの作成と分析を報告書で示すだけでは市町村の担当者に十分に活用してもらうことは望めません。そこで、市町村の担当者や保険者、健診機関を対象にデータの見方や分析の結果についての研修会を開催しました。研修会では報告書の内容の説明だけでなく、担当する市町村のデータに基づいた課題の抽出、原因の推測、対策の検討までをワーク形式で行いました。

イ）見える化システムをより現場で活用するための意見交換の例（N 市）

①目的と概要

N 市はこれまで、介護予防のための研究と実践を進める日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study: JAGES）に参加し、調査結果を施策立案に生かすための試みを続けてきました。調査結果を見える化した、JAGES HEART の N 市版を活用したワークショップを

毎年継続してくる中で、多方面の福祉保健関係の方々から反響があり、見える化ツールを現場で使えるようにするには何が必要かを話し合う意見交換の場を設けました。

②意見交換メンバーの構成

抽出データを収集するためには市町村等の協力が不可欠です。このため、データや分析は最終的に市町村と研究者に帰属している場合がほとんどだと思います。しかし、保健・福祉には市町村以外にも民間を含め多くの組織が関わっています。このため、地域の傾向を明らかにしたデータや分析結果は、多くの関係者に興味が持たれるものです。実際に、地域の課題を解決するためには市町村だけでなく行政外のパートナーにもデータを共有していくことが必要な場合があります。このような視点から意見交換メンバーに行政だけでなく、多職種を入れることをおすすめします（第３章第５節参照）。

また、地域の保健福祉を担う現場の人材が集まることで、今までになかった横の連携が拡がります。同じ地域の担当者であれば問題意識を共有することができ、今まで一人で感じていた問題意識を共有することで、次のアクションにつながる有意義な話し合いとなります。下記はＮ市で行った研修会へ参加した専門職のリストです。

◉保健師	市役所職員
◉介護支援専門員	居宅介護支援事業所管理者
◉がん看護専門看護師	県立がんセンター緩和ケアセンター職員
◉介護支援専門員	市社会福祉協議会職員
◉社会福祉士	社会福祉協議会会長
◉社会福祉士	特別養護老人ホーム / 養護老人ホーム　施設長
◉病院ＭＳＷ	病院職員
◉訪問看護師	県看護協会訪問看護推進課
◉ＭＳＷ／介護支援専門員	在宅ケアクリニック職員
◉医師	個人医院院長
◉研究者	大学教員

3. 市町村が効果的に都道府県の支援を活用するために

データに基づく施策づくりや PDCA サイクルについては十分に認識している、けれど、やるべき事業や業務が多すぎて優先順位をつけるのも難しい、じっくりと課題を検討したり事業の効果を評価する時間がない、というのが本音ではないでしょうか。県からの研修会の機会等を有効に活用できているでしょうか。ここでは市町村の課題をデータに基づいて抽出し、効果的に現場での活動につなげていくための工夫について紹介します。

1）実践に直結させる：市町村が優先して取り組むべき課題抽出を支援する

県や国からの通達や法律の改正等により優先して取り組む事業はときにより異なります。データに基づく現状分析に基づき、優先して進める事業や事業の対象者を決める支援をすることで、成果をそのまま現場で活用してもらえます。

この過程では、単に数字の大小ではなく行政的な意思や予算措置等が大きな影響を持つことは言うま

でもありません。既存の数字で表される客観的なデータとともに検討しつつディスカッションを進めることで、客観的なデータと、現場担当者が持つ地域の特性に関する豊富な質的データが融合され、深みのある現状分析とその後の対策づくりにつながりやすくなります。

2）小地域レベルの見える化システムの活用

市町村単位のデータからは、当該市町村の課題を浮かび上がらせることができますが、区市町村内での対策を講じる際は、より小地域別のデータが必要です。区市町村間の比較だけでなく、区市町村内の小地域、小・中学校区や包括圏域での比較を積極的に進めましょう。

3）日常生活圏域等、小さなコミュニティ内での連携の促進

区市町村内の小地域レベルの見える化データを用いたワークショップを行うことで、飛躍的に地域の課題への意識が高まり、参加者の間での連携が生まれやすくなります。区市町村レベルの研修会では大まかな課題への認識や現状把握にとどまりがちですが、市町村内の小地域レベルでは、現場の保健師や地域包括支援センター、在宅医療ネットワーク等々、地域で実際に福祉保健課題に取り組む実践者が課題や対策をより具体的に検討できます。

市町村内の関係者で研修会を行う場合も、紹介したワークショップの進行やワークシートを改編して使用可能です。

小地域レベルでも市町村レベルと同様に、複数部署から研修会やワークショップに参加してもらうことで、新たな連携が生まれる可能性があります。

第３章　第５節

連携の場づくり：
地域ケア会議で地域診断データを活用しよう

新潟県立大学　太田　亜里美

地域包括ケアを推進する中で推奨して頂きたいことの一つに、「地域ケア会議」の場で地域診断データを活用したワークショップを開催することが挙げられます。介護予防にかかわる保健師らは、地域の健康な高齢者、ボランティア団体、自治会と接点があり、地域の買い物や地域環境等に詳しいという強みがあります。一方で在宅医療に関わるグループは、介護サービス事業者、医療専門職（リハビリテーションや口腔ケアなど）、薬局との接点を持っています。このため両者をあわせたときに、人・物・サービスの地域資源がより見えてくる、という点がこのようなワークショップを開催することの大きなメリットです。ワークショップ開催までの準備や当日の流れについて、順を追ってご紹介します。

1. スタート：「地域ケア会議」でワークショップの担い手を探します。

まず、支援者は地域包括支援センター職員とともに、在宅医療に関わるグループから参加しているメンバーの中から、それぞれの地域で開催される「地域ケア会議』でのワークショップ開催を手助けしてくれそうな人を探します。選ぶのは地域の問題に理解、興味のありそうな人です。例えば、病院のソーシャルワーカーはキーパーソンになる可能性があります。病院のソーシャルワーカーは退院する患者さんを地域に戻す役割です。在宅医療サービスを知るとともに地域資源に関心がある可能性があります。あるいは在宅医療にかかわる看護師などの医療スタッフです。どちらも地域の人たちと連携をとっている・さらにとりたいと考えている職種です。「地域診断データから地域の課題をみつけ、地域のみんなで対策づくりをするワークショップを一緒に開きませんか。この地域の人、物、サービスなどの資源の見直し、さまざまな職種の中から新たな考え方が生まれてくると思います。」と声をかけてみませんか。

ある医療ソーシャルワーカーの言葉（Ｓ病院Ｓ様）：

「地域包括ケアシステムにおいて医療の役割は重要。そして地域連携は病院の強みになります。
病院はスムーズに紹介患者を受け、地域に帰す必要があり、『地域力』をつける必要があります。医療ソーシャルワーカーは地域を知ろうとしている、地域住民と接点の多い職種です。」

2.「地域ケア会議」でワークショップを行うことを決定し、日程を確定します。

在宅医療関係の会議のとりまとめは、在宅医療にかかわる医師が行っていることが多いです。医療ソーシャルワーカーから医師へ相談、あるいは一度医療ソーシャルワーカーと医師と提案者で打ち合わせて、ワークショップに対する共通理解を得る必要がでてきます。個人をみている医師からすると、「個人の健康に地域要因が関連する」という事は、視点が違ってすんなり納得いかないこともあるかもしれません。そういう時にはこのガイドなどを使い、他の地域での事例などを示すと、受け入れやすくなる可能性があります。

了解が得られれば、早速「地域ケア会議」の日程に組み込みましょう。年に 2、3 回開催されており、

年間予定が入っていることも多いです。早めに日程に入れてもらいましょう。

※地域ケア会議

地域ケア会議は、介護保険法第 115 条の 48 で定義されている、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法です。具体的には、地域包括支援センター等が主催し、個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化することもその機能の一つに挙げられています[1]。

3. どの地域について話し合うか（対象地域）、誰と話し合うか（対象者）、開催場所を決定します。

対象地域：開催主催者が仕事上で関わり合いのある、中学校区 1 ～ 3 地区
ポイントは地域を広げすぎず、狭い地域で多くの職種を声掛けすることです。
「自分の働く地域をいつまでも暮らしたいと思う町にしたい」と思う人たちの集まりを作ります。

対 象 者：「地域を良くしたい」という思いのある方で、地域の方と関わりのある職種ならだれでも。在宅医療に関わるグループとして、圏域内医師・歯科医師・薬局・施設・施設併設の有償サービス事業所・介護サービス事業所・居宅介護事業部などが挙げられます。行政職員や社協の職員など高齢者のフレイル対策として運動教室を行っている方や、高齢者主体のボランティア団体等、地域包括ケアと接点の多いグループに連絡会議などを使って参加を呼び掛けましょう。自治体会長など地域のリーダー、民生委員などに来てもらうと、住民の視点からの意見を聴くことができます。弁当やスーパーなどの食品配達サービスなどをしている企業にも参加してもらうと、医療介護従事者とは異なる目線で地域を捉えていることがあり、興味深いです。

開催場所：場所は公民館・社会福祉会館等の皆が行きやすい場所が良いです。参加者の方が場所提供をしてくれるようなら、使わせていただいてもいいと思います。ワークショップ後の懇親会でコミュニケーションを深めることも想定して、利便性を優先して駅近くの会場を選んでも良いかもしれません。

4. どのような資料を活用できそうか検討します。

高齢者人口、店舗数、病院数、クリニック数、公民館の数、公園の数などは行政が公開しています。区単位では世帯数、介護保険認定、サービス利用状況調査などもあります。さらに参加者に地域に関するデータがないか聞いてみましょう。薬局の店舗数や宅配スーパーの販売範囲の地図などが出てくるかもしれません。厚生労働省が公開している、見える化システムも活用できます。日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study:JAGES）グループが行っている「健康とくらしの調査」に参加している市町村であれば、その調査結果をもとにした JAGES HEART(地域診断マップ) も活用できます。データの調査目的、方法等についてはあらかじめ聞いておき、ワークショップで活用できそうか検討しておきます。オープンデータでないものはワークショップ後の回収を忘れないようにしましょう。データがオンライン上でのみ使用できるものであったりボリュームがあったりすると、ノートパソコンの用意が必要なこともあります。

5. ワークショップの流れを決定します。

ワークショップに２－３時間かけられるのであれば、まずはふだんの生活や勤務の中で地域の問題として感じていることを各自で挙げてもらい、データと照らした課題の検討から行います。時間が少ない場合は、あらかじめワークショップ前にデータから読み取った地域課題を挙げておき、話し合いたい課題をグループ内で選択してもらうとスムーズです。

ワークショップ後にアンケートを実施する場合には、事前にアンケートを作成しておきます。

6. ワークショップ班・ファシリテーターを決定します。

ファシリテーターは保健師、薬剤師、社会福祉士など地域の高齢者と接点の強い多職種から選びましょう。１グループの人数は、皆が顔を見合わせて話ができて、１つのパソコンや資料を無理なく観られるように、ファシリテーターを含めて６人前後にします。地域の高齢者に関わる職種と在宅医療に関わる職種の両方が入るようにします。なじみのない地域についてのディスカッションは難しいため、例えばＡ・Ｂ・Ｃ中学校区をワークショップで検討するとしたら、ＡからＣのどの学区について検討したいかを参加者に希望をとっておき、グループ構成の参考にしても良いかもしれません。

7. ワークショップ前の打ち合わせを行います（30 分程度）。

事前に主催者・ファシリテーター間で打ち合わせを行います。ファシリテーターには短時間でも同じように実際にワークショップをしてもらい、全体の流れをつかんでもらいます。特に準備した資料が理解しやすいものか・地域の課題と関連しているか、などの点をワークショップの参加者の気持ちで確認します。ノートパソコンを使用する際は、各パソコンが作動するか（JAGES HEART などの地域診断ツールを開けるか）の確認も必要です。

8. ワークショップ当日（時間は 2 時間の例）

ワークショップのタイトルは、例えば「みんなで考えよう！これからのＡ地域の課題と対策』のような感じでつけます。

①はじめのあいさつ （5 分）

地域ケア会議代表者の挨拶など。

今回のワークショップの目的を説明し、地域づくりの大切さや、多職種連携によりどのような効果が期待されるかを話してもらいます。

②過去の実例の紹介（10 分）

本ガイドに掲載してある事例、あるいは近隣で実践例があれば紹介してもらいます。

③今回のワークショップの流れの説明（5 分）

配布資料やどのような調査によるデータを今回使うかを説明してもらいます。

④グループワーク

ＳＴＥＰ１　地域を読み解く（30 分）

自己紹介もいれながら、普段の仕事を通して地域について感じていることをグループで話し合ってみましょう。

例：一人暮らしの人が多い印象。買い物が不便な印象があります、など。

ＳＴＥＰ２　地域の良い点・問題点を整理する（15 分）

感じていることと配布資料のデータを比べて、地域の良い点と問題点をあげてみましょう。

休憩　10 分

ＳＴＥＰ３　問題点の解決策を考える（20 分）

問題点の解決策を考えてみましょう。解決策を考えるなかで、各自が役割をもちましょう。

「こんな支援があるといいな」「こんな資源があると面白いな」など何でもＯＫです。そのなかで、自分ができることをほんの少しでもいいので考えてみます。

ＳＴＥＰ４　各グループからの発表（20 分）

⑤アンケートの実施（5 分）

今日のワークショップで得られたこと、考えた対策について改めて自分が実践できそうなこと、他の職種と連携できそうなことを確認できるように、アンケートを行います。

主催者は次回のケア会議でも実行できたかをアンケートで聞くことを伝えておきましょう。ワークショップを実践にもっていく意識付けができます。

ワークショップ記入用紙例

ＳＴＥＰ１ 地域を読み解く

・自由に意見をあげていく

ＳＴＥＰ２ 地域のよい点・問題点を整理する

地域のよい点	地域の問題点

ＳＴＥＰ３ 問題点の解決策を考える
各自が役割をもちましょう

１、
問題点…
対策…
担当…
場所…

１つの問題点でも対策は複数、担当も複数あると良いです。

＜参考文献＞
1. 厚生労働省 老健局老人保健課 . 介護予防活動普及展開事業　都道府県向け手引き . 2017 https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000179798.pdf (accessed Jan 15, 2019).

COLUMN コラム

地域ケア会議で
地域診断ワークショップを開催した事例

新潟県立大学　太田　亜里美

●医療・福祉・保健従事者で構成される関屋自新地域ケアネット

関屋自新地区は新潟市中央区に位置し、人口約35000人・高齢化率31.1%、二つの中学校区からなり、医療機関や公共機関が多く交通の便は良い地域です。

この地域では、神経内科の開業医の先生を代表に医療、福祉、保健に関わる人の顔の見えるネットワークを構築し、地域で生じる問題を解決する力を地域内でつけていくことを目的として、「関屋自新地域ケアネット」が作られました。コアメンバーには診療所2か所、薬局1か所、病院1か所、地域包括支援センター1か所が含まれます。

●地域の多部門・多職種が参加する地域診断ワークショップ

関屋自新地域ケアネットでは、『みんなで考えよう!地域特性とこれからの関屋自新』と題して平成29年1月にワークショップを開催しました。参加者は診療所医師、歯科医師、病院相談員（ソーシャルワーカー）、薬局、ケアマネージャー、訪問介護事業所、訪問看護事業所、通所介護事業所、商店、民生委員、地域包括支援センター、行政職員など約88名でした（図1）。

図1. 関屋自新地域ケアネットでのワークショップ風景





●ワークショップの事前準備

研修の前に事前準備した資料として、下記にデータの種類（出典）を示します。

- 高齢化率と人口（新潟市HP）
- 一人暮らしなどの世帯数（中央区健康福祉課）
- 介護保険認定状況（中央区健康福祉課）
- サービス利用状況調査（ニーズ調査）
- がん検診などの健診受診率（「健康とくらしの調査」；保健所）

様々なところから資料を集めるのに苦労しましたが、活発なワークショップになりました。

ワークショップを円滑にしたポイントは、ファシリテーター（班の司会進行）を保健師、薬剤師、社会福祉士など地域の高齢者と接点の強い多職種にしたことや、ファシリテーターには事前にワークショップの流れを実際に確認してもらったことが挙げられます。

●ワークショップでは具体的な話し合いを

限られた時間の中で行うことから、以下のような地域の課題、特にみなが興味の持ちそうな疑問を挙げて、グループワークをスタートしました。そこから課題への対策や、事業の目標や内容に加えて担当者や開催場所まで具体的な案を出してもらいました。

- S地区とH地区は違いがあるか？
- なぜS地区の方はデイサービス利用者が多い？
- なぜ男性の趣味の会の参加者が少なくて女性は多いのか？
- なぜ男性の運動機能低下者が多いのか？
- 女性の認知機能低下者が少ない理由は？
- なぜH地区の方は地域を信頼していると思っている方が多いのか？
- 特定健診受診率が低い理由は？

●グループワークで出てきた様々な問題点とその対策案

問題点：男性がいきたいと思う場所がない
対　策：居酒屋のような場所で20時までの営業。
　　高齢の女性が調理。医師、歯科医師、管理栄養士が抜き打ちでくる。行政などでクーポン配布し健診に行くとポイントが溜まり利用負担が減らせる。

問題点：自尊心が高い男性が多く交流が減り孤立する恐れがある
対　策：役職を与え能力を活かす。学童とコラボして勉強を教える。男の料理教室。
　　今あるデイサービスの充実（囲碁、麻雀、体操教室など）

問題点：店がなくなっており買物の場所がない
対　策：移動販売、御用聞き、送迎付き買物ツアー

問題点…独居男性の外への交流機会が少ない。
目　標…男性が楽しめる交流の場を増やす。趣味の場など。
担　当…社協。現存のデイサービス。
場　所…今あるデイサービスの中で内容をより充実できるようにしていく。
内　容…体操教室。囲碁、マージャンなどの趣味的な内容

問題点…地域の人々を信用できると感じている人が少ない。
目　標…地域住民が協力し、コミュニティを広げ、高齢者や支援が必要な人を援助する。
担　当…学生、ボランティア、地域住民。ボランティアの募集の為のお知らせやボランティア希望者が登録する窓口をはっきりとさせる。

場　所…空家

内　容…銭湯の再開。銭湯にヘルパーが常駐し、送迎もする「見守り銭湯」。入浴だけでなく、将棋を行うなど。小学生の勉強会やひまわり学級をかねる。

●ワークショップ参加者からの感想や意見

多様な職種が集まったワークショップでしたが、以下のような肯定的な意見が多く聴かれました。

- たくさんの意見や地域によって工夫されていることなどを気楽に話し合えた。
- 色々と資料を見て、ほかの地域との比較ができた。
- 病院にいると限られた方としかやりとりできないため、多くの意見や発想を聞けて良かった。
- 自分が日常的に感じている地域の特性を、様々な職種で共有できて良かった。
- 地域の現状を知ることができた。支援を必要とする方への支援方法について、多くの参加者で話し合いができて良かった。
- どんな職種や立場の方が地域の情報を知っているかがわかり、地域づくりをする上でとても参考になった。

●ワークショップ終了後の新たな動き

関屋自新地区では

地域の茶の間（サロン）などの高齢者の通いの場は少しずつ増加しています。本来要介護者を対象としているデイサービスでも、地域住民に向けた体操教室を新しく始めたところもあります。70代までの雇用を始める会社も出てきました。その他、高齢者向けの英会話教室や体操教室に加え、高齢者も参加可能なこどもカフェ等、多世代交流を図る取り組みが始まっています。

人材育成－研修会は実践的に。現場の活動に伴走を。

静岡文化芸術大学 文化政策学部　河村　洋子

◉研修会は知識とスキルを講義形式で一方向に提供するものよりも、現場の実際の課題を扱った「演習型」で

◉現場実践に「伴走する」ことで人材育成を考えよう

◉多様な関係者同士で、進むべき方向性（ビジョン）を共有しよう

◉地域や組織の強みと弱みを「見える化」しよう

◉会議を効果的にするファシリテーションの「道具」を活用しよう

多くの都道府県等が、地域包括ケアの担い手である区市町村や地域包括支援センターの職員に向けた研修会を実施しています。ここでは、人材育成にむけた研修会を進める際のポイントを解説します。具体的に有用な取り組み例として、保健や介護の部門を超えた連携を進めてもらうために大切なビジョンの共有と「強み・弱み」の見える化について少し詳しく解説します。

多様な連携をつくる「場づくり力」を育成する

日本人は良くも悪くも律儀で、手続きを「きちんと」します。昨今では行政組織の役割分業と手続き化が進んでおり、会議も時間通り終了するように十分な準備の上で、参加者の合意を確認することが主な目的となりがちです。これは会議を効率的に進めることができるという利点もありますが、多様な意見やアイデアが取り入れられにくく、参加者の背景も似通ったものになりがちです。しかし、地域包括ケアには介護や医療の枠を超えた多様な主体との連携が不可欠です。

区市町村等に向けた人材育成においては、住民を含めた、多様な組織や専門職同士の関わりと交流を促進する継続的な場づくりのスキルの向上を意識してください。住民と行政、医療や介護の事業者、NPO、その他の一般企業や職能組織など、多様な組織同士の顔の見える関係が構築されることが、地域の底力、すなわちソーシャル・キャピタルとなります。

研修は即実践につながる「演習型」で！～現場の実際の課題を題材に～

人材育成のための研修会というと、特定の日時を設定して行う数時間の講義形式のものをイメージするかもしれません。講義形式の研修は、新しい制度や法改正があった時には関係者として知っておくべき新たな情報を提供するような場合は、とても重要で、効率の良い方法です。

現場に活動に即、活かすことができるスキルを提供するには、その場限りの講義形式よりも、現場で直面している実際の課題を取り上げて進める「演習型」が望ましいでしょう。手間はかかりますが、単

一の会よりも、同じ参加者による複数回のワークショップの効果も大きいです。区市町村や地域包括支援センター職員には、そのようなワークショップの参加者として体験してもらいます。自ら体験することは、それを企画運営する側になるための第一歩になります。ゆくゆくは、地域活動を進める多様な人びとが効果的に交流を促し、プロジェクトが円滑に進む「潤滑剤」を提供するような人材＝ファシリテーターになってもらうことがゴールです。ファシリテーターというと、ワークショップの司会役や盛り上げ役のイメージがありますが、会議だけでなく、チームで進める地域活動全体の盛り上げ役になってもらうのです。

地域包括ケアシステムの構築に役立つ、コミュニケーション促進の「道具箱」

筆者（河村）が編纂した冊子「地域包括ケアに役立つコミュニケーション促進『道具箱』」では、地域コミュニティで活動する住民や専門職同士、特に雑多で多様な人びとがいる状況での対話と交流を活発にする「場づくり」に役立つ会議ファシリテーション技法を８つ紹介しています。



８つの「道具」

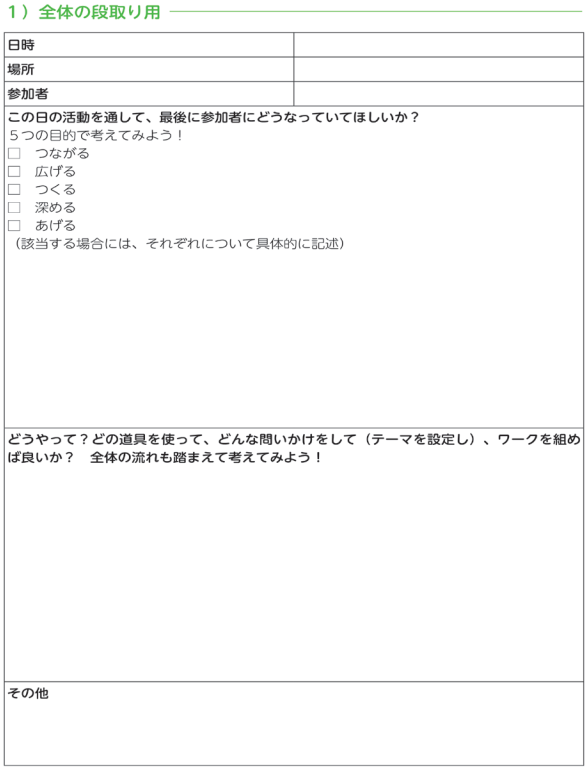
1．1-2-4-All
2．速攻ネットワーキング
3．セレブリティ・インタビュー
4．経験共有金魚鉢
5．15% 解決策
6．トロイカ・コンサルティング
7．ミニスペック
8．みんなでクラウドソーシング

例えば、「1-2-4-All」という方法があります。会議では、活発に意見したい人と控えめな人がいますが、そういう状況でもすべての人の意見を引き出せる方法です（下図）。

①1-2-4-ALL
■ 「質問・アイデア・提案をみんなで同時に考える」ための道具
■ つくる・広げる・深める・つながる に特に有用
■ 中でも最も使いやすい！

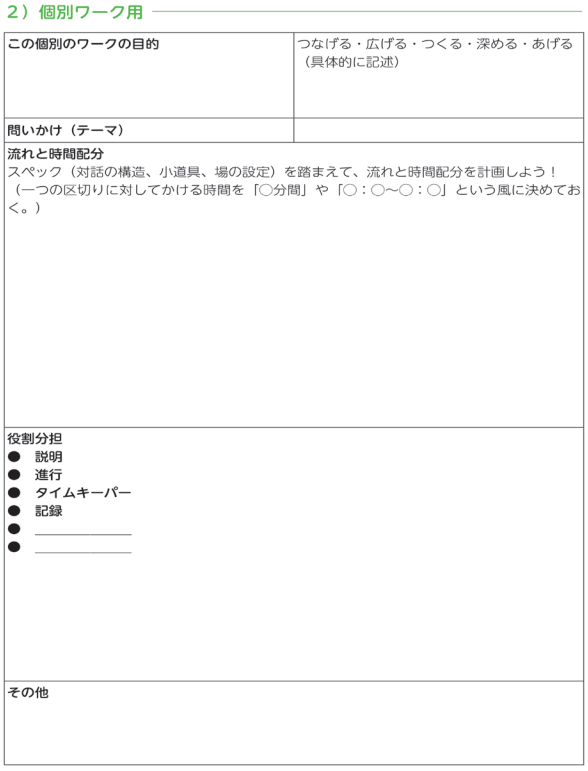
＜流れと時間配分＞
＊時間配分は、テーマやグループ数に応じて柔軟に変える。
1．問いかけに対して、個人でそれぞれ考える。（１～５分：問いかけの内容による）
2．ひとりで考え出したアイデアから、ペアとしての考えを出す。（５分間程度）
3．ペアで出した考えを４人グループで共有する。特に、似ている点・違いに注意する。（５～10分間）
4．各グループは主要なアイデアを全体と共有する。特に、会話の中で一つだけ際立ったアイデアや先に発言したグループとは異なるアイデアを出してもらうように進めると良い。（10分程度：グループ数に応じて）
5．必要に応じてこのサイクルを繰り返す。

また、地域コミュニティで想定されるケースを４つ用意して、それをワーク形式で取り組めるようにしています。最後のページには、実際の「場」の計画に必要な情報を整理するシートを準備しています（下図）。



1）全体の段取り用

日時	
場所	
参加者	
この日の活動を通して、最後に参加者にどうなっていてほしいか？ ５つの目的で考えてみよう！ □　つながる □　広げる □　つくる □　深める □　あげる （該当する場合には、それぞれについて具体的に記述）	
どうやって？どの道具を使って、どんな問いかけをして（テーマを設定し）、ワークを組めば良いか？　全体の流れも踏まえて考えてみよう！	
その他	



2）個別ワーク用

この個別のワークの目的	つなげる・広げる・つくる・深める・あげる （具体的に記述）
問いかけ（テーマ）	
流れと時間配分 スペック（対話の構造、小道具、場の設定）を踏まえて、流れと時間配分を計画しよう！ （一つの区切りに対してかける時間を「○分間」や「○：○〜○：○」という風に決めておく。）	
役割分担 ● 説明 ● 進行 ● タイムキーパー ● 記録 ● ＿＿＿＿＿ ● ＿＿＿＿＿	
その他	

この「道具箱」は、現場担当者を支援する目的で作成したもので、演習型の研修会を想定しています。こういったブックレットを参考にして、生活支援コーディネーターをはじめとする地域包括支援センターの職員など、現場担当者同士で活用し実際経験してみる場を設け、その成果を現場に持ち帰るような研修会を実施してみてはいかがでしょうか。

また、「道具箱」には掲載していませんが、「ワールドカフェ」形式の会も最近よく実践されているようです。多様な参加者で集い、アイデアや課題の洗い出しをしながら顔の見える関係性を作ることができます（方法については、インターネット上にたくさんのガイダンスがありますので検索してみてください）。

以下のサイトでは、上記「道具箱」をはじめとした、主に介護予防のための地域づくりに役立つガイドブックをダウンロードできます。

JAGES ウェブサイト＞ライブラリー＞地域連携ツール：
https://www.jages.net/library/regional-medical/

人材育成も伴走型で

研修会を「演習型」にするだけでも相当の効果が期待できますが、さらなる人材育成には、支援の対象となる現場担当者の活動の計画、実施までの過程を伴走する姿勢も求められます。普段の活

動も「演習型」の一つととらえていただきたいです。定期的な演習型の研修会を開催したり、各支援対象者が地域住民等との相談会等を開催するときに相談に乗ったり、一緒に参加することで、現場担当者にとっては心強く、また活動の継続を程よく後押しすることになるでしょう。

また、複数の区市町村、あるいは地域包括支援センターなどに集まってもらって繰り返し行う研修会は、絶好の学び合いネットワーキング形成の機会になります。似た悩みを抱える者同士、身近な知恵を共有し、いざというときの相談相手となることが期待されます。

人材育成のゴール：多様な関係者で進むべき方向性（ビジョン）を共有する

地域包括ケアの推進には、前述のような地域診断による地域課題の抽出や目標設定に加え、多様なメンバー同士で進むべき方向性や目的を共有する、つまりビジョンを共有するためのファシリテーションの技術も役立ちます。ビジョンは、構成員の間で「共有」される必要があります。

例えば「市町村の目指す姿」や「20 年後のあるべき姿」といったテーマでワークショップを開催するといいでしょう。多様なメンバーが一堂に会して、それぞれの意見を言語化することが大切です。「目指したい姿」に関連する「キーワード」を挙げていき、KJ 法などを使って、たくさん上がったキーワードを分類し、概念ごとの関係を見出したりする作業も有効でしょう。

ビジョンは多様な立場の人たちが共有できる、抽象的なものに

良いビジョンはある程度抽象的で、様々な立場にある人同士で共有できるものです。例えば「誰もが活躍できる地域」「孤立死のない団地づくり」など、少し漠然としていて構いません。関係する可能性のある組織や専門職、住民にできる限り幅広く声をかけて、このワークに共に取りくむとよいでしょう。

大切なのは、参加者それぞれがそのビジョンを理解して、自分がその達成のために自分が何をすべきか、つまり、個々のメンバーや組織が自分のミッションをイメージできることです。例えば、地域包括支援センターなら、「住民のサロンづくり活動を戦略的に組織化する」、介護事業所であれば「一般介護予防事業の推進に役立つ地域の住民活動を把握して、活用する」といったミッション・計画がたてられるかもしれません。

「ビジョンづくりワーク」は、まずは支援者であるあなたが主導して区市町村等支援対象者とともに実施してみましょう。ゆくゆくは、支援を受けた人たちが、その経験を踏まえて、さらに活動の第一線に立つ地域包括支援センターや住民組織などを対象としたワークを開催できるようになることが、ビジョンの共有に関する人材育成のゴールです。

「ビジョンづくりワーク」は課題を具体的にしたり、優先順位を明確にするのを助けます。また、ワークを通じて組織の力も向上します。

なお、実際のビジョンづくりワークを進める際は、地域診断を基にした課題抽出や後述の組織の強み・弱み探し、など、ほかのテーマと合わせて、継続的な研修会のうちの一セクションとして行うことで、より地に足のついた、実践的なものとなるでしょう。また実際にワークを進める時には、前述の「道具箱」などの技法を参考にしてみるといいでしょう。

まちづくりの戦略を立てるために「己（チーム）を知る」支援：SWOT 分析の活用

取り組み主体で構成されるチーム全体のビジョンが決定したら、次に必要なのが、チームや、対象となる地域（包括圏域など）やそれを取り巻く環境を知ることです。これには、SWOT 分析が役立ちます。

SWOT は、Strengths（強み）Weakness（弱み）Opportunities（機会）Threats（脅威）

の頭文字をとったもので、ビジネス界ではマーケティングの常套手段です。企業などの組織内の強みと弱み、組織を取り巻く環境に関して追い風となる要因である機会と逆風となる要因である脅威に分けて列挙することで、戦略の方向性を明確にします。地域包括ケアの推進にも役立ちます。

支援対象となる区市町村の担当グループ（保健センターの高齢者担当部署など）や地域包括支援センター、あるいはその対象となる地域コミュニティの状況を、自ら一歩引いた「鳥の目」で客観視してもらいます。これは現場で主体的に活動しているときにはできないことです。「演習型」の研修会などで SWOT 分析を行うことで、自分たちを客観視する訓練となります。具体的な分析法については第 2 章第 3 節をご参照ください。

支援者は、ビジョンづくりのワークと同様に、関係者でまずは取り組みます。そして、それを現場担当者が地域コミュニティのメンバーと展開できるように支援していきます。

地域診断を起点とした長崎県松浦市の地域づくり
～市民・関係者・行政のパートナーシップを基盤に～

長崎県立大学看護栄養学部看護学科　山谷　麻由美

◉地域診断は地区特性に応じた地域保健活動を展開するために必要不可欠です

◉住民・関係者・保健師は顔をあわせた話し合いを重ね、パートナーシップを要にした活動をすることが重要です

◉評価結果を行政だけのものにせず、住民に還元することは大切です

◉広域的・専門的視点を持った保健所との協働は活動を継続・発展させるために重要です

1．背景

近年、人々の健康課題は個人の責任だけでなく、その人を取り巻く環境が影響しているといわれています。そして、このことは健康日本 21（第２次）や地域包括ケアシステムの考え方の中に明確に示されています。このようなパラダイムシフトの中で地域保健活動は地域の特性に合わせて行うことが必要とされ、保健師の活動指針には“地域診断”を行うことやまちづくりを行うことの重要性が記載されています。

そこで、長崎県松浦市の地域診断を起点とした地域包括ケアシステム構築の過程をご紹介したいと思います。

2．長崎県松浦市が行った高齢者サロンの立ち上げと展開

１）2012 年 松浦市保健師による地域診断・自治体内での共有

市保健師は、日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study：JAGES）による健康の公平性評価・対応ツール（JAGES HEART）などを使用した地域診断を行い、日頃の保健活動で感じ取っていた個人・集団・地域の生活・健康課題の根拠を得ることができました。また、課題が容易に見える化されることで保健師の視点が間違っていないことを証明し、保健師職以外の人たちに説明・共有するための根拠資料とすることができたと、保健師の自信につながりました。地域診断は本格的に行おうとすると保健師にとって大変な負担になり、苦手意識につながることもありますが、JAGES HEART は研究機関から全面的な協力を得られることから確実に保健師の助けになると思われます。

2）2013 年 地域診断結果の市民や関係者との情報共有・意見交換

(1) 市内全地区の市民との情報共有と意見交換



市保健師は、松浦市の 7 地区すべてを巡回して、地域診断結果の説明会を開きました。市民は自分の住む地区の状況を聞くのは初めてだということでした。県や市のデータではあまり関心を示さなかった住民も自分の地区のことには強い関心を示しました。調川地区では地区の課題がわかったところで「10 年後の希望する地区の姿」と「そのために自分にできること」を話し合いました。地区には買い物をする店がないことや高齢者が集う場が年々なくなって困っていることなども話し合いの過程で市民から情報提供されました。

(2) 地域ケア会議での情報共有と意見交換

保健師は地域ケア会議を活用しました。メンバーは地域ケア会議メンバーから、高齢者の暮らし・健康について検討してくれそうな人たちを保健師が選定しました。ここでは、地域診断の結果、市民との意見交換内容、地域福祉計画のための調査結果を情報提供しました。その結果、課題やニーズが共有され、重点地区を調川地区にして地域保健活動を行うことが合意形成されました。地域ケア会議はこれからの松浦市のケアシステムを考える市民参加の組織なので、地域ケア会議を活用することは活発な意見交換ができるとともに、民主的に合意形成することにつながると思われました。

(3) 地域の介護予防・支えあいの担い手（介護予防サポーター養成講座）との情報共有と意見交換

調川地区でボランティアをしてくれる住民を募って養成講座をし、ここでも地域診断結果を説明して生活や健康の課題を共有しました。そのあとに実際に地区の高齢者と話をして何に困っているのかなどを聞き、取り組み内容を検討しました。

(4) 調川地区の集いの場立ち上げについての話し合い

実際に地区で何ができるかを地区の代表者やボランティアが話し合う場を設定しました。公民館を集いの場にすること、買い物困難者のため商店に依頼して移動販売車を出してもらうなどの活動の方向性が決定し、地区の自治会長らは張り紙などでサロンの紹介をしてくれました。

(5) サロン開設時に必要な資金の獲得

キリン福祉財団からサロンを公民館で開く際の必要物品の購入などの資金を提供してもらいました。市保健師は財団の情報を伝えたり申請の仕方などを教えたりして、ボランティアが自ら資金を獲得できるような支援をしました。

3）2014 年 調川地区の高齢者サロン開始

2014 年から調川地区の高齢者サロンが本格的に始まりました。開催回数は月 2 回から 4 回に増え、参加者数は口コミで増えています。調川地区の課題だった「話し相手や人との交流の少なさ」「買い物困難」に対応するサロンであり、参加者はとても満足しています。地域でとれた食材でボランティアが作った料理はおいしく、参加者はおしゃべりをしながら全部食べてしまいます。また、移動販売車には魚や野菜などの生鮮食品も多く売られており、食材をみて献立を考えるようになったという高齢者もいました。

さらに、手先をつかった作品を作って展覧会に出品したり、サロンの様子を新聞やローカルテレビが取材にくることで活動は市内外に知れ渡るようになり、視察も増えました。このことは、ボランティアにとって活動のモチベーションにもなりました。



4）2014 年～調川地区の高齢者サロンの継続と他地区への波及

調川サロンは地区の高齢者のニーズに応じた形で継続されています。また、市内の高齢者サロンは約 30 か所に増え、各地区の課題やニーズにあった活動を展開しています。各サロンのボランティア同士は情報を交換するなどして交流を持ち、地区の活動をより楽しいものにしています。

3. 保健所との協働によるサロンの評価と市民への還元

1）2017 年～ 2018 年：保健所保健師との協働：調川地区の高齢者サロンの評価

保健所は地域包括ケアシステム構築の支援を管内市町への情報提供・情報交換会・学習会によって行っていました。評価をどのようにするかは市保健師の悩みどころでもあったため、たくさんの情報やノウハウをもっている保健所保健師に評価の項目や指標の選択の検討に参加してもらうことにしました。評価は計画立案とともに考えておくもの、課題が解決したかを確認するために行うこと、評価の目的をどこにおくかをまずは確認しました。それから、市保健師・保健所保健師等・大学教員で複数回の話し合いを持ちました。保健所保健師には評価内容の検討やサロンの活動を活発にするための運動講師の紹介をしてもらいました。このような保健所の支援は市の保健師にとって大変心強いものになっていました。保健所保健師にとっても評価について市町保健師と検討する機会は初めてであったため、大変よい経験になったということでした。市町保健師の悩みどころの評価の部分に今後も保健所保健師が支援してくれると市町保健師のニーズにあった支援につながると思いました。

2）2018 年：市民への評価結果の還元

評価を専門家だけのものにせず、市民に還元し活動を継続･発展させることが大切です。そのため、市保健師・保健所保健師・大学教員でどの評価結果を何の目的で市民に見せるのかを確認し、市は市民に向けた評価報告会を開催しました。質的な評価（サロン参加者やボランティアの声）と量的な評価（アンケート調査等）を組み合わせて見せること､変化がわかりやすく見えるようにすること、JAGES の大規模調査研究の知見を評価に合わせて見せることにしました。この評価結果を市民やボランティアに見てもらうことで、ボランティアが自分たちの活動が健康づくりに役に立っているのだと気づき活動のモチベーションになることと、市民の中から自分もボランティア活動に参加したいと思う人を増やすことを目的にしました。調川地区の健康・生活課題は大きく改善しておりボランティアはとても喜んでいました。また、いくつかのサロンのボランティアから活動を形に残したい・参加してみたいと思う人を増やしたいという要望が保健師に寄せられたため、サロンの活動を紹介するガイドブックをボランティアと市の保健師が一緒に作成し、評価報告会の際に配布しました。ボランティア自身がこのような要望をあげたことは大変素晴らしいことですし、市保健師がこのような要望に迅速に対応することがボランティアとの協働関係の構築には不可欠であると思いました。

4. パートナーシップを大切にした松浦市の地域づくり

松浦市では地域診断を起点とした地域づくりを段階的に行ってきました。松浦市の保健師は市民や行政関係者と話す機会を大切にし、一緒に考え活動する仲間なのだという気持ちで取り組んでいました。このような市民や関係者とのパートナーシップによって、松浦市の地域づくりは現在も発展し続けています。

第４章

事例集

第４章　事例１：大分県

地域包括ケア推進に向けた大分県の取り組み

大分県福祉保健部　藤内　修二

◉地域包括ケアの推進には、行政内部の連携が重要な役割を果たします。

◉ＰＤＣＡサイクルを回すためには、評価指標のモニタリングと共有が重要です。

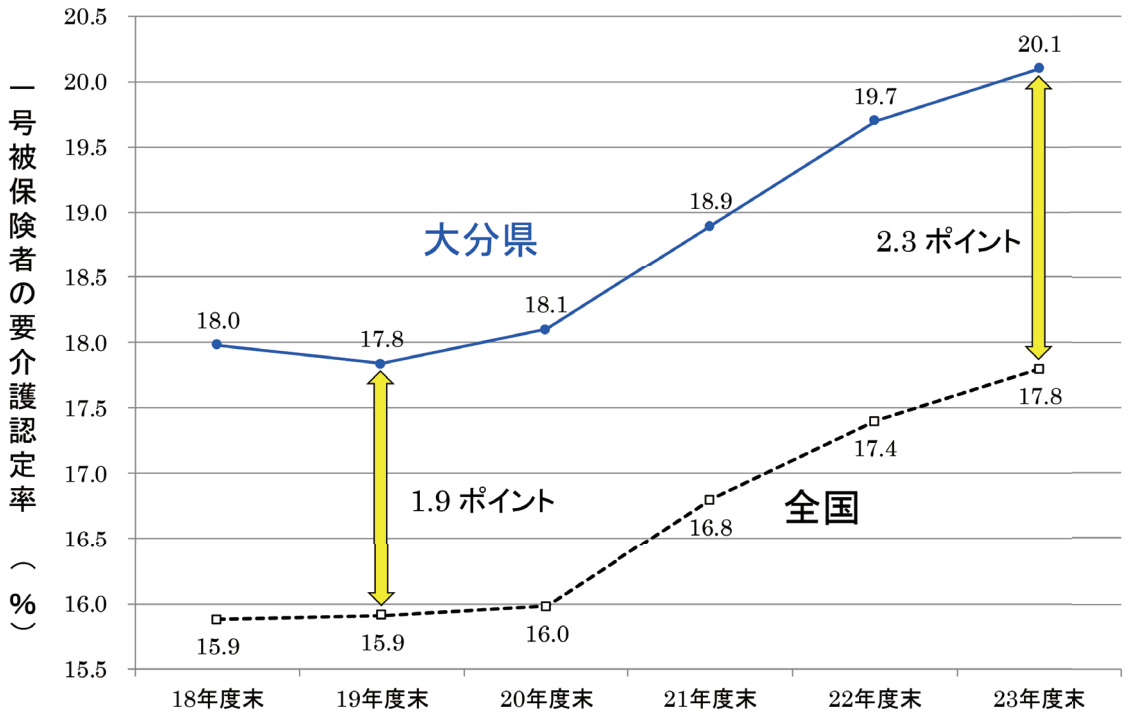
◉地域診断には、既存の業務データ、公的統計、新規の独自調査データなど、様々なデータを用いることができます。

◉多職種協働には地域リハビリや看護ネットワーク等で培った関係性が大切です。

1. 取り組みの背景

高齢化率が全国より５年以上進んでいる大分県では、要介護認定率が常に全国平均を上回ってきました。平成 18 年度の介護保険法の改正に伴い、大分県内の市町村においても、介護予防に取り組んできましたが、19 年度以降、要介護認定率は増加の一途を辿り、全国との差は開くばかりでした（図 1）。24 年度からの第５期介護保険事業計画の介護保険料も大幅にアップせざるを得なくなり、地域包括ケアの推進により介護予防を効果的に行うことが最重要課題となっていました（実際、大分県の市町村平均介護保険料は４期の 4,155 円から 5,351 円へと 1,196 円増加し、増加額、増加率とも全国ワースト１位でした）。こうしたなか、23 年 10 月から全国に先駆けて、本格的に地域包括ケアの推進に向けての取り組みが開始されました。

図 1.　1 号被保険者の要介護認定率の推移



2. 取り組みの経過　（図 2）

図 2. 大分県における地域包括ケアの取り組み

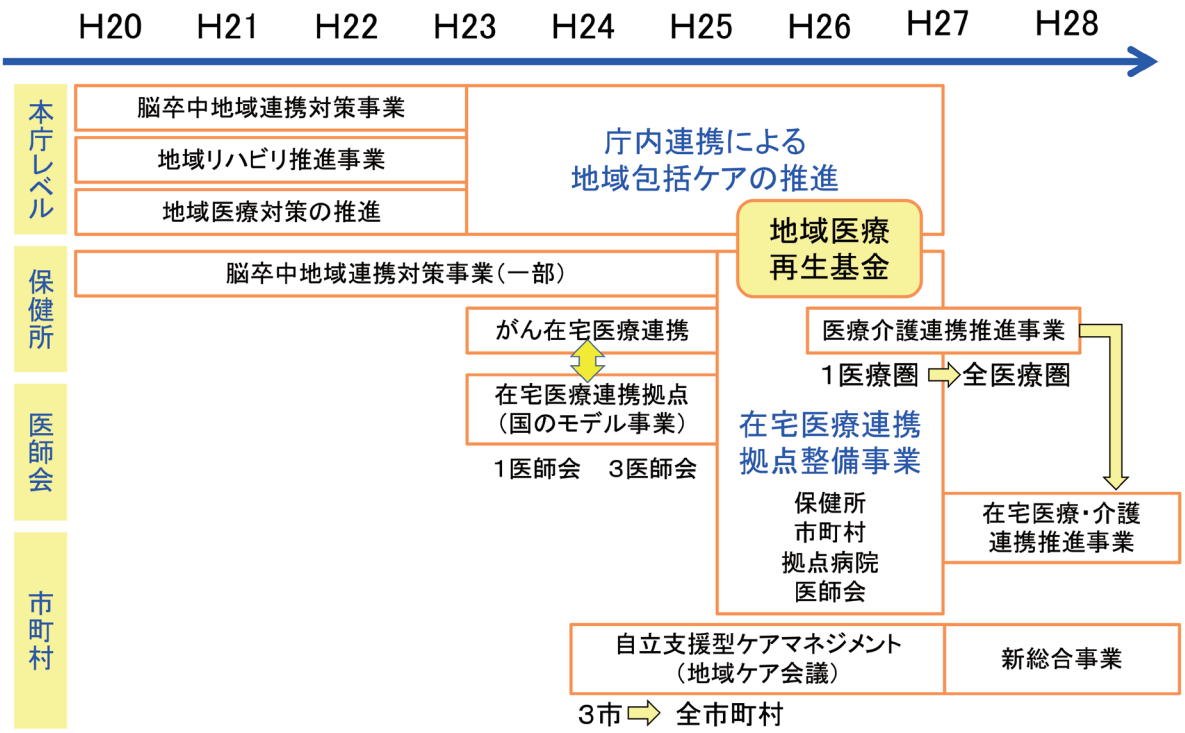


図2　大分県における地域包括ケアの取り組み

1）県庁福祉保健部内の連携推進

介護予防に向けては、介護保険担当部署だけでなく、県庁内の複数の部署が関わっています。大分県の場合，介護保険を所管する高齢者福祉課のほか、脳卒中地域連携対策事業を所管する福祉保健企画課、地域リハビリ推進事業を所管する健康対策課，在宅医療推進を所管する医療政策課，地域の支え合い推進を所管する地域福祉推進室、高齢者の服薬指導を所管する薬務室等が介護予防に関わっていました。

そこで、福祉保健部の主管課である福祉保健企画課が事務局となり、関係課職員が月に 2 回のペースで連携検討会を開催し、それぞれの取り組み内容や課題について情報共有を行いました。この検討会において、介護予防における地域包括支援センターの役割や介護と地域リハビリの連携強化の重要性について、共通認識を持つとともに、地域包括ケアの推進に向けた県の役割を確認しました。その結果、市町村における地域ケア会議の機能強化を行うことになりました。

2）自立支援型ケアマネジメントをめざす地域ケア会議の開催

まず、埼玉県和光市において既に実施されていた、自立支援型ケアマネジメントをめざす地域ケア会議の導入に着手しました。県内 18 市町村から特に要介護認定率が高い 3 市をモデル自治体として、地域ケア会議を導入しました（平成 24 年 2 月）。地域ケア会議の導入にあたっては、和光市から講師を招き、地域ケア会議のコーディネーターとして実地での指導をしてもらいました。

地域ケア会議では、要支援者に対するケアプランをケアマネジャーが説明した後、コーディネーターの進行で、対象者の生活機能のアセスメントは的確か、どのような生活の実現をめざしているのか、そのためにはどのような支援が必要かを検討しました。こうした検討が効果的に行えるよう、地域ケア会議には理学療法士や作業療法士等のリハビリ専門職、歯科衛生士、管理栄養士、保健師を派遣し、多職種協働による検討を実現しました（24 年度の地域ケア会議への専門職種の派遣は延べ 295 人）。

こうした検討において、「対象者が有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができる」よう支援するという介護保険制度の基本理念を再確認するとともに、ケアマネジャーをはじめ、介護保険制度に携わる各職種のプロフェッショナルとしての意識を目覚めさせることになりました。

3）市町村の庁内連携の推進

ケアプランで描かれためざす暮らしは、生活機能の改善だけで実現できる訳ではありません。歩行が安定して外出できるようになっても、安全に歩ける歩道の整備に加え，歩いて行ける範囲に日中を過ごす場があること、もしくは公共交通機関により容易に交流の場に参加できること、さらには、ささやかでも収入につながるような活動に参加できる仕組みも必要です。こうした地域を実現するには、福祉保健部局だけでなく、建設課や都市計画課、産業課、商工観光課等、市町村の各部局の連携が不可欠です。こうした市町村の庁内連携の推進を保健所が行ったことも重要な支援でした。

4）全市町村への横展開

平成 25 年度には、上述したようなモデル市町村における取り組みを全市町村への横展開を図りました。具体的には、地域包括ケア推進の第一人者を講師に招いて、「地域包括ケア推進大会」を開催し、市町村幹部職員や介護保険事業者の意識改革を行いました。さらに、地域リハビリ広域支援センター（11 病院）やリハビリ職の職能団体等との連携により、全ての地域ケア会議にリハビリ専門職を派遣する体制を構築しました（保健師は県型保健所から派遣）。こうした取り組みにより、わずか 1 年余りで、残り 15 市町村の地域ケア会議開催にこぎつけることができました。

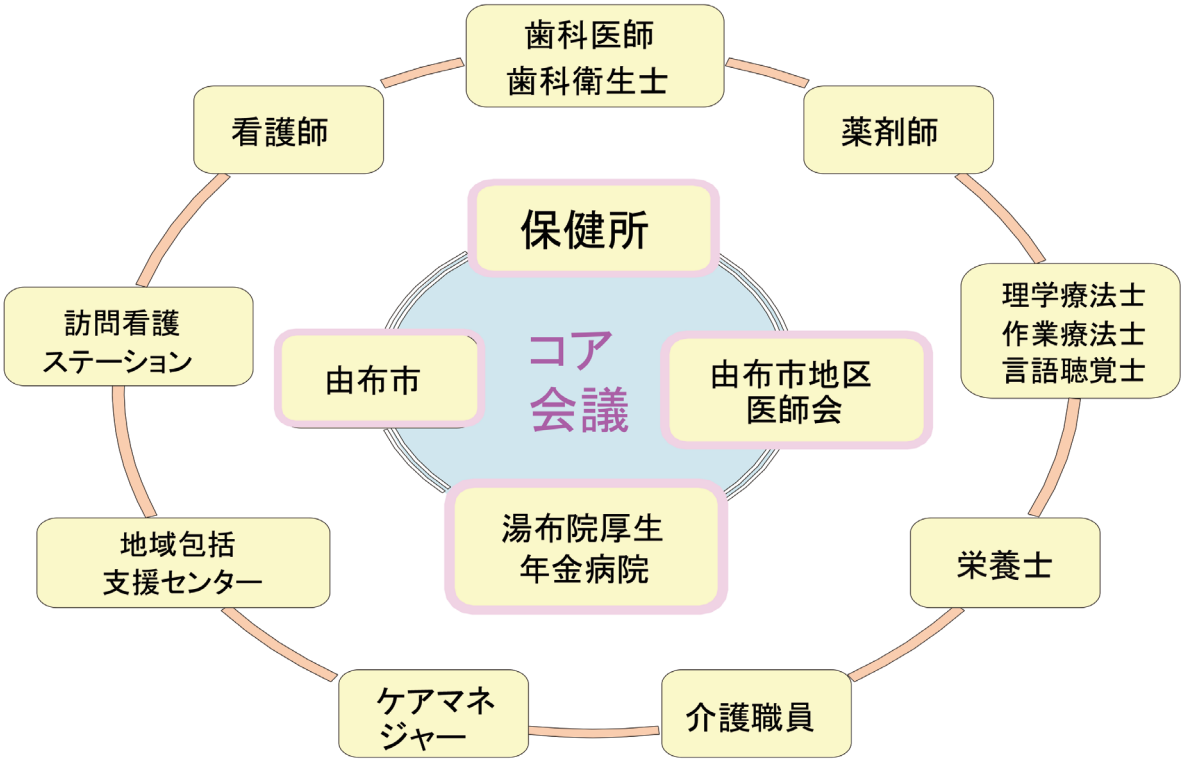
こうした取り組みにより、介護保険法の理念やその実現の意義について、全市町村の介護保険担当者や介護保険事業者の理解が進みました。その結果、介護保険法の改正に基づく地域支援事業の充実や予防給付の見直しにおいても、27 年度より 10 市町で新総合事業への移行が実現するなど、地域包括ケアの実現に向けて大きく前進することになりました。

5）在宅医療連携の推進

自立支援型ケアマネジメントの推進と同時進行で、在宅医療連携の推進にも取り組みました。平成23年度から始まった国のモデル事業である在宅医療連携拠点事業に、別府市医師会立訪問看護ステーションが、24年度からは日田市医師会立訪問看護ステーション、臼杵市医師会立コスモス病院が加わり、3地域において、在宅医療連携の取り組みがスタートしました。

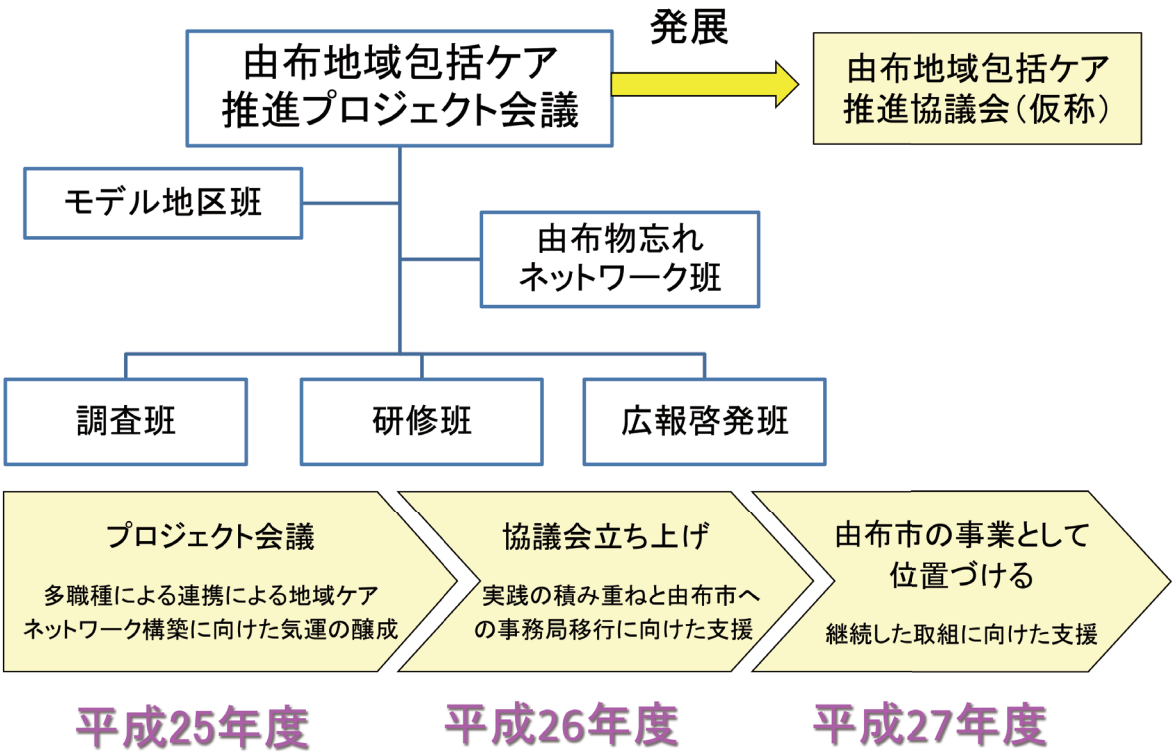
いずれの取り組みにも保健所が関わっており、その経験を活かして、25年度からは、地域医療再生基金を活用して、全地域で在宅医療連携拠点整備事業を開始しました。由布市における事業の推進体制を示しますが、在宅医療連携の核となる病院と医師会、市町村、保健所の4者がコアとなり、他の専門職種や地域包括支援センター等の関係機関を巻き込んで展開するという体制をとりました（図3）。

図3. 由布市における在宅医療連携推進体制



コアとなる 4 者のうち、どこがイニチアチブをとるかは地域によって異なっていましたが、27 年度からの在宅医療･介護連携事業を見据えて、2 年後には取り組みの主体を市町村とすることを前提にスタートしました（図 4）。

図 4. 由布市における在宅医療連携推進事業



事業の展開においては、会議で在宅医療をめぐる課題やめざす方向を共有するだけでなく、下部組織として、3 ～ 6 の作業班を置き、市民を対象とした意識調査や講演会等の啓発事業、施設間の相互研修など具体的な事業を異なる機関・職種と一緒に企画・実施することで、連携を深めることができました。

6）在宅医療介護連携の推進

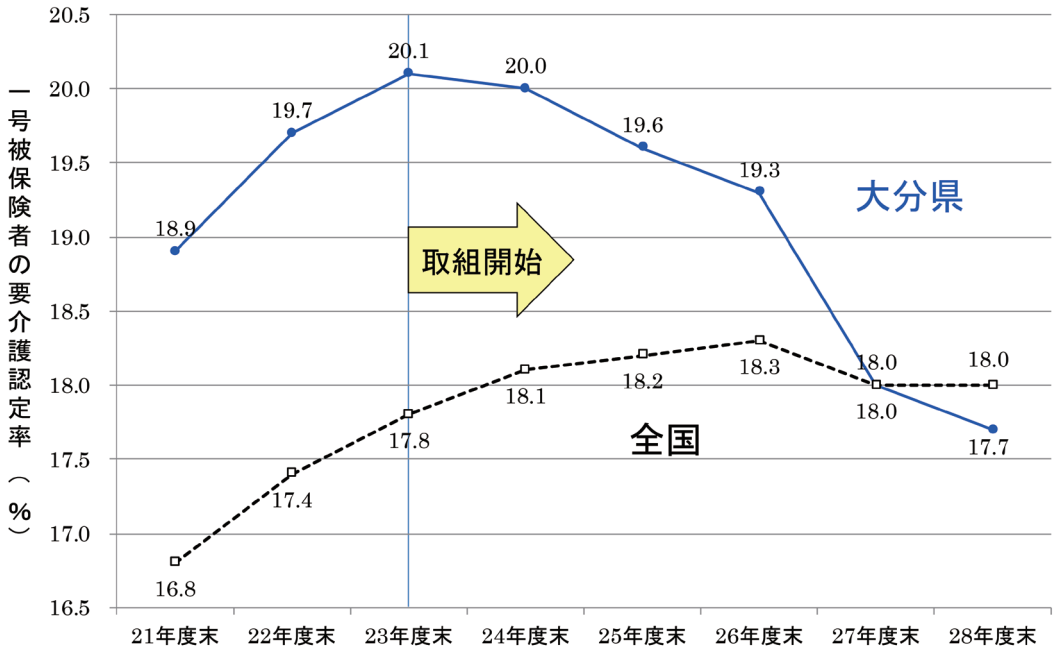
平成 24 年度に居宅介護支援事業者や地域包括支援センターを対象に、「退院時連携実態調査」を実施し、24 年 4，5 月の 2 か月間に退院した 1,807 人の高齢者について、退院時に医療機関との情報共有があったかを調査しました。その結果、73.3%の高齢者については、退院時に医療機関からケアマネジャーに情報提供がありましたが、退院当日の情報提供も少なくないことや市町村をまたぐ退院の場合には情報提供率が下がること、情報提供率に医療機関による差が大きいことなどが明らかになりました。

こうした結果を受けて、平成 26 年度に国のモデル事業として、医療介護連携調整実証事業を中部医療圏で実施することになりました。1 年をかけて、中部圏域における 35 病院の看護部長等と約 600 人のケアマネジャーとの協議により、入退院時の情報共有ルールを作成しました。27 年 4 月から適用されたルールにより、入院時のケアマネジャーから病院への情報提供率は 26 年度の 34.4%から 70.5%へと倍増し、退院時の病院からケアマネジャーへの情報提供は 71.3%から 77.9%へと改善していました。この成果を受けて、平成 27 年度には残る 5 医療圏にも横展開を図り、各圏域においても情報提供率が向上しました。

3. 取り組みの成果

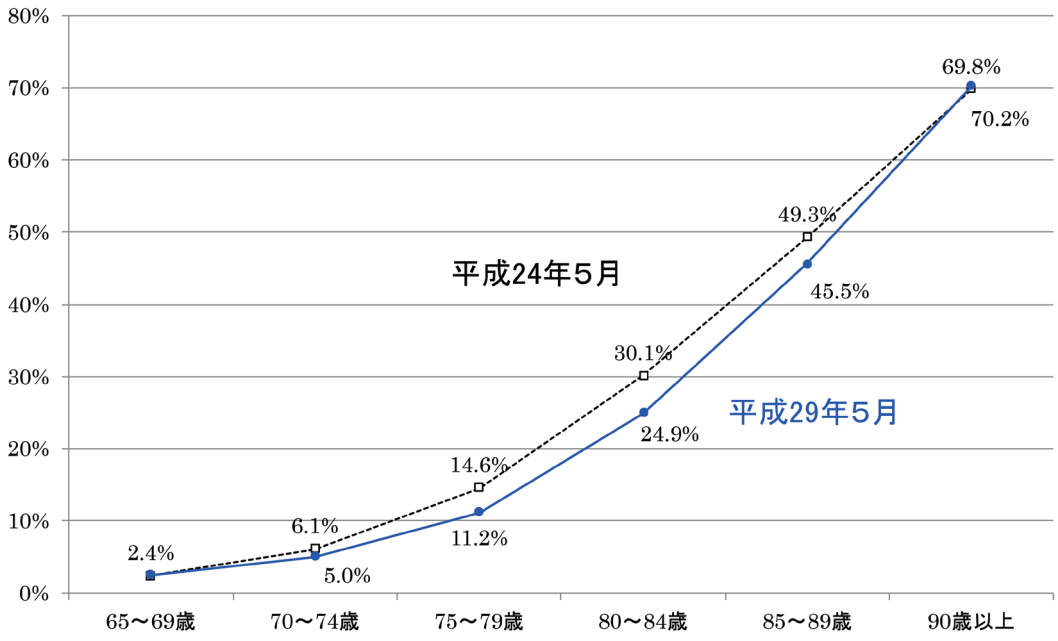
これらの取り組みにより、平成 24 年度以降，要介護認定率は低下に転じ、28 年度末には全国平均を下回るまでに改善しました（図 5）。

図 5.　1 号被保険者の要介護認定率の推移



1 号被保険者の年齢階級別の要介護認定率は、70 ～ 89 歳の年齢階級で改善が認められ、特に、80 ～ 84 歳では 30.1%（24 年 5 月）から 24.9%（29 年 5 月）へと 5 年間で、5 ポイント以上も改善していました（図 6）。

図 6.　1 号被保険者の要介護認定率の推移（大分県）



その結果、第６期介護保険事業計画の保険料は第５期の 5,351 円から 5,599 円へと 248 円の増加にとどまり、増加額、増加率ともに全国で最も少なくなっていました（全国平均 4,972 円から 5,514 円へ 542 円の増）。

また、健康寿命は平成 22 年から 25 年までの３年間に、男性は 1.71 歳、女性は 1.82 歳の伸びを記録し、男性は全国２位、女性は全国１位の伸び幅でした。

4. こうした取り組みを可能にした要因

大分県における地域ケア会議の開催や在宅医療連携の推進、在宅医療・介護連携の推進等の取り組みは、いずれもモデル地区での取り組みが１～２年後には全県下へ横展開できていることが大きな特徴と言えます。こうした短期間での横展開を可能にした要因について紹介します。

１）本庁と保健所の意思疎通

県庁福祉保健部内の連携については上述した通りですが、こうした動きを県庁から保健所にも伝え、保健所が地域包括ケアの実現に向けて重要な役割を果たしたことは、特筆すべきことでしょう。それを可能にしたのは、毎月開催される保健所長会や地域保健課長会に県庁関係課の職員が出席し、新しい取り組みの必要性やそのための保健所の役割について十分議論する機会を持ったことが挙げられます。

２）保健所と市町村の良好な連携

保健所が地域包括ケアの実現に向けて十分な役割を果たすためには、市町村との関係性が重要であることは言うまでもありません。平成９年の地域保健法施行以来、保健所と市町村の役割分担が進み、協働で新たな取り組みを進める機会がほとんどなくなってきているなか、大分県では、保健所が市町村母子保健計画や健康増進計画、介護保険事業計画の策定・推進を支援するなど、市町村保健事業のＰＤＣＡサイクルをきめ細かに支援してきました。こうした関係性が地域包括ケアの構築においても活かされ、保健所が重要な役割を果たすことができたのです。

３）行政と保健医療専門職種との良好な連携

これまでの大分県の取り組みは、リハビリ専門職種をはじめとする保健医療専門職種との連携によって支えられてきたと言っても過言ではありません。平成 26 年度に県下で開催された 565 回のケア会議に延べ 1,742 人のリハビリ専門職が派遣されています。これだけの「献身的な」関わりを可能にしたのは、県内のリハビリ専門職のプロフェッショナル意識の高さと、これまでの地域リハビリの推進を通して培われた行政との信頼関係がベースにあると考えています。

また、在宅医療・介護連携推進において、各病院の看護部長の協力も特筆に値しますが、こうした協力を可能にした背景には、保健所毎に構築されている地域看護ネットワークの存在が挙げられます。２か月に１回、保健所に病院、老健施設、訪問看護ステーションの看護管理者が集まり、「看護の日」のイベントの企画や分野横断的な人材育成、院内感染対策まで、様々な取り組みを一緒に進める体制が構築されていることも大きな推進要因でした。

５．今後の課題

これまでの地域包括ケアの推進は行政主導で、それを地域包括支援センターや介護保険事業者、保健医療専門職種とともに進めるという構図で展開されてきましたが、住民とともに展開することがこれからの課題です。大分県でも、公民館で介護予防の体操に主体的に取り組む地域も増えてきました。こうした住民主導の介護予防の取り組みをさらに広げていくとともに、歳をとっても住み慣れた地域で、どのような生活を送りたいのか、そのためにはどんな地域を実現したいのか、そのために自分達にどのような役割があるのかを、住民とともに話し合うことが重要です。既にこうした議論を始めている自治体もありますが、こうした取り組みの横展開が必要と考える次第です。

静岡県におけるデータ分析の取り組み

浜松医科大学　尾島　俊之

◉関係機関との連携：何度も足を運ぶ、相手が重視していることをキャッチする、積極的に情報発信する

◉市町村との連携：一緒に汗をかく、データの見える化をする

◉研究者との連携：戦略的に協働する

◉内部の体制：適材の人事を行う、調査研究の風土をつくる

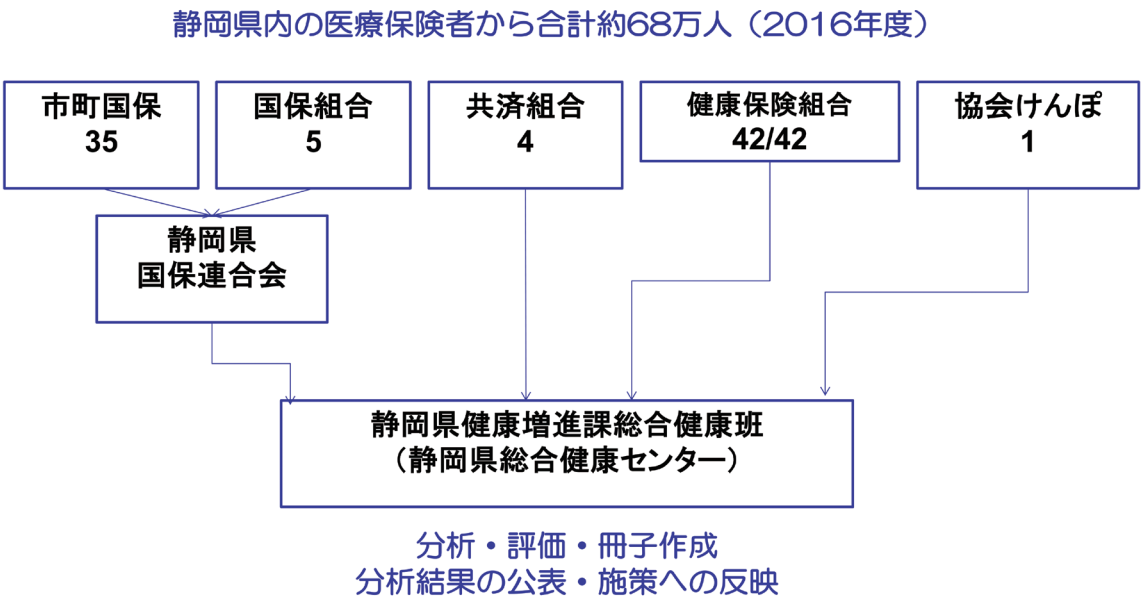
静岡県では、健康づくり無関心期の人への積極的なアプローチや市町村支援などに力を入れており、またデータ分析を積極的に行い、効果的に行政施策の展開に活用しています[1,2]。そのコツの一端をみてみましょう。

関係機関との連携

◉何度も足を運ぶ

国民健康保険、協会けんぽ、健保組合、共済組合など、県内の特定健康診査の 68 万人（2016 年度データの場合）のビッグデータの分析を行い、県内の地域診断などを行っています（図 1 ～ 3）。

図 1. 静岡県における特定健診データ分析



一般的に、他機関のデータを収集して分析することは困難な場合も多いですが、静岡県では種々の保険者など関係機関との良好な関係を築いています。医師会や民間企業との連携も密接です。他地域でもまねができる最大のコツは、関係機関に何度も足を運び、少人数で直接顔をみながら話をする機会をもつようにしている点があります。信頼関係を築く技能は属人的な側面もありますが、一方で、普通の技能の人でも、何度も会うことで、お互いの考え方を理解することができ、情が移り、連携を図ることができます。

◉相手が重視していることをキャッチする

また、時代の流れの中で、連携したい相手機関が重視していること、これから求められるようになることを、いち早くキャッチし、相手機関にとってもメリットのある提案をすることで連携を深めることができています。この健診等データ分析についても、根拠に基づく保健活動や、データヘルス計画策定の流れなどの中で、ちょうど各市町村や協会けんぽを始めとして各保険者も実施したいと考えはじめた時期をとらえた連携が図られています。その他にも、昨今は国を挙げて健康経営への取り組みが行われるようになっていますが、そのような時代の流れをいち早く把握し、その流れと相乗効果を生むような優良企業の表彰制度の創出や、情報分析・提供などの連携を推進しています。

図 2. 健診等データ報告書の表紙

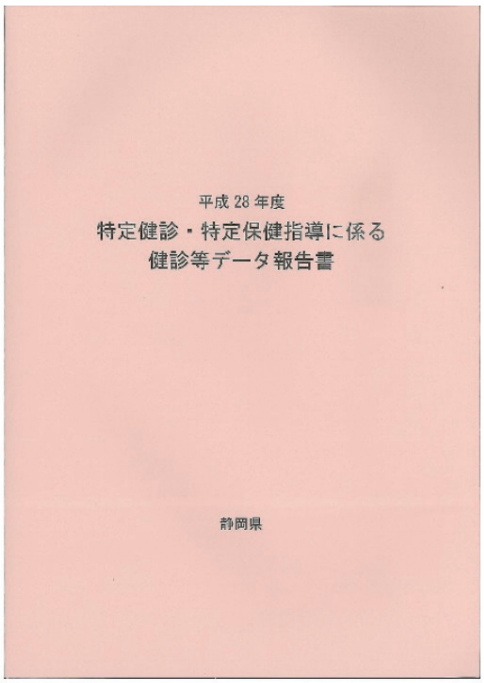
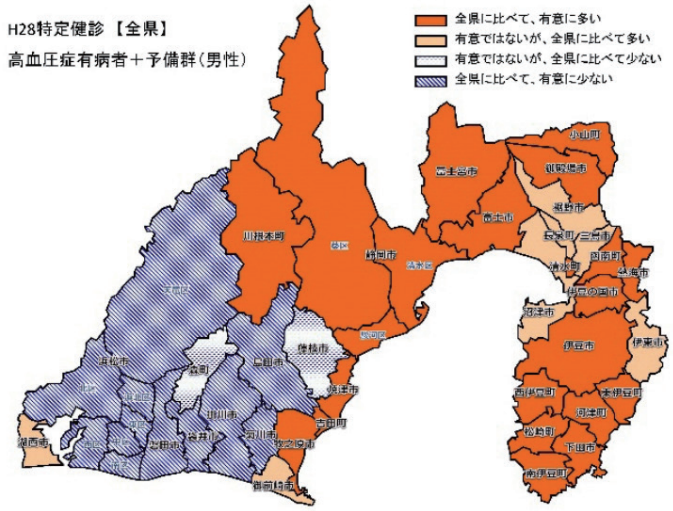


図 3. 市町村別の高血圧割合の分析結果



●積極的に情報発信する

さらに、積極的な情報発信の取り組みが後押しをしています。一般的に、自分の自治体の取り組みに自信が無かったり、また情報発信の準備や問い合わせ対応などの業務の増加を心配したりして情報発信に消極的な自治体も多いことと思います。一方で、健康づくりや介護予防などの取り組みは、住民に広く知られるようになって初めて効果が期待できます。自治体が持っている媒体による周知のみでは自ずと限界があり、マスコミや口コミなど、いろいろな媒体で紹介されることは大きな力となります。関係機関との連携のための相談を持ちかけた場合にも、相手方が既にこちらの取り組みを報道などで知っている場合には、連携がスムーズになります。取り組みが大きく取り上げられたり、種々の受賞に結びついたりすることによって、職員のモチベーション向上にも寄与しています。

市町村との連携：一緒に汗をかく、データの見える化をする

静岡県では、市町村との連携、市町村支援に力を入れていますが、前述のように、なるべく直接会いに行くということに加えて、一緒に汗をかくことを重視しています。また、前述のようにデータの見える化をして、現状認識を市町村と共有することを重視しています。

データ分析においても、各市町村が自分の市町村内の地域別の分析を行いたいという要望がある場合には、市町村の方に静岡県総合健康センターに来ていただいて、一緒に分析を行うなどの対応がとられています。

また、その他に、ふじ 33 プログラム、ふじのくに健康マイレージ事業、減塩 55 プログラムなど、県と市町村が一緒に取り組む健康増進プログラムを積極的に展開しています。

ふじ 33 プログラム（図 4）は、静岡県総合健康センターでの事業実施経験から、生活習慣改善の保健指導を行う際に、1 対 1 で行うよりも、3 人一組で行うのが最も継続率が良かったという結果[3,4]と、1999 年から静岡県が実施してきた高齢者のコホート研究によって、運動、食生活に加えて社会参加をしている人は死亡率が低かったという結果[5]を受けて作られました。社会参加を含めた 3 つの分野の行動メニューを、3 人一組で、3 ヶ月間実践するというプログラムです。静岡県総合健康センターで開発し、その後、県内各市町村や事業所と共同で実施し、県内各地に広げています。

図 4. 静岡県のふじ 33 プログラムの概要



ふじのくに健康マイレージ事業は、24 年度から静岡県藤枝市で県と連携したモデル事業が開始し、最近は全国で実施されるようになりましたが、健康づくりを行うと特典が得られるというインセンティブ事業です。一定のポイントを貯めるともらえる特典カードである「ふじのくに健康いきいきカード」は静岡県が作成し、県内全域共通で使えるようにしています。また、静岡県が県内の広域的な企業と調整をして、このカードを持って来店した人にそれぞれの店舗などでの割引や寿司を一貫プレゼントなどの特典を提供してもらいます。一方で、どのような健康づくり活動を行うとこのカードがもらえるかなどの具体的な制度設計や、地元の店舗などとの調整は各市町村が担当しています。

減塩 55 プログラムは、静岡県の健康寿命は全国トップクラスですが、脳血管疾患の死亡が全国平均よりも高いという課題があり、減塩が重要となっていることから企画されました。5 年で 5%の減塩を目指す事業が、減塩 55 プログラムです。静岡県人の食習慣に即して、食塩摂取量を簡便に評価できる「ふじのくにお塩のとりかたチェック」を開発し、それを用いた減塩普及活動を市町村と共同で展開しています。

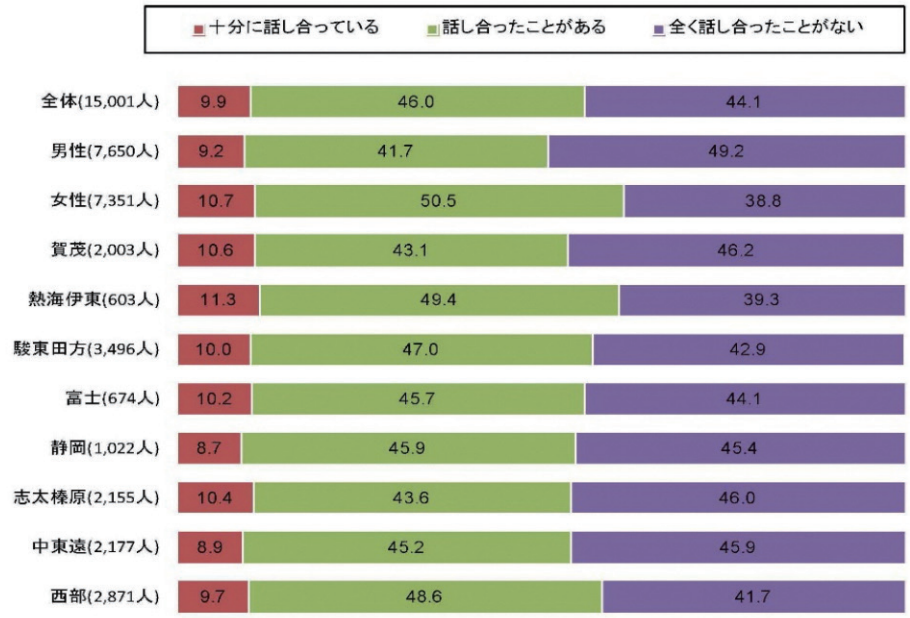
研究者との連携：戦略的に協働する

ここまで紹介してきた健診等データ分析、ふじ 33 プログラム、ふじのくに健康マイレージ事業、減塩 55 プログラムなどはいずれも研究者との連携をしながら進められています。静岡県では、県内外の数多くの大学・研究機関の研究者との連携が行われています。これらの連携においては、県としての見通しをもって、各研究者の得意分野が引き出せるように戦略的に協働している点がポイントと考えられます。

このような研究者との連携による根拠に基づく健康づくり活動の推進は、平成 8 年 1996 年の静岡県総合健康センターの設置のころから積極的に進められています。総合健康センターは、健康科学に立脚して県民の健康づくりを推進する中核施設で、1987 年から構想が始まり、1995 年厚生省保健医療局長通知「健康科学センターの整備について」に基づいて翌年に設置されました。開設当時の 1996 年以来、県内各市町村の標準化死亡比を地図化した「静岡県市町村別健康指標」を発行しています。また、前述のように 1999 年から高齢者のコホート研究を行っていますが、これは国立健康・栄養研究所と共同で実施してきたものです。また、2013 年度からは浜松医科大学などと連携して、「静岡県における高齢者生活実態調査（第２期）」を行っています。第２期コホートについては、ベースラインデータの報告書がまとめられ（図 5）、現在、死亡や要介護の追跡が進められています。

図 5. 静岡県における高齢者生活実態調査（第２期）の結果

問15　あなたは、あなたに死期が迫った時に延命治療を受けたいかについて家族との話し合いをしていますか。あてはまるもの１つに○を記入ください。



内部の体制：適材の人事を行う、調査研究の風土をつくる

特定健診などの分析は、静岡県総合健康センター（静岡県健康増進課総合健康班）が担当しています。分析の主担当者は、2009 年度に健診等データの大規模分析を初めて行った時は、管理栄養士でしたが、その後、保健師、事務職と、通常の人事異動により、数年毎に引き継がれています。以前の他の担当業務や、大学院修士課程で分析経験のある人など、その業務を担当する潜在力がある人をうまく見抜いて適材の人事を行っている点もポイントと考えられます。

静岡県では、毎年、静岡県公衆衛生研究会を行っており、2019 年 2 月開催で第 55 回になります。現在、一般演題は分野毎の 4 会場に分かれて静岡県や市町村関係者の発表が行われていますが、時間内に収まらないため、誌上発表のみとなる演題もいくつかでています。新任期から、その研究会での発表が推奨され、また事務職なども含めて、在職しながら大学院修士課程などに通う職員も少なくない状況であり、調査研究を推進する風土が作られています。

静岡県も他地域と同様に、財政状況が厳しい中で、総合健康センター（総合健康班）の人員も開設当初と比べてかなり削減となっているなど、少ない人員で対応せざるを得ない状況となっていますが、職員の能力を最大限に引き出すことで積極的な事業展開が行われています。

＜参考文献＞
1. 厚生労働省編 . 平成 26 年版厚生労働白書　健康長寿社会の実現に向けて一健康・予防元年 . 日経印刷 . 2014:183-186
2. 静岡県および静岡県総合健康センターの多職種グループ . データに基づく広域的な健康長寿プログラムの推進　地域力を活用した健康なまちづくり . 日本循環器病予防学会誌 53(1):68-72,2018.
3. 久保田晃生 , 永田順子 , 杉山眞澄 . ソーシャルサポートを強化したグループ参加による減量プログラムの有効性 . 日本公衆衛生雑誌 2008; 55: 327–40.
4. 久保田晃生 , 永田順子 , 杉山真澄 , 石塚貴美枝 . 減量プログラムへの参加人数の違いによる減量効果の比較 . 公衆衛生 2009; 73: 872–6.
5. 平山朋 , 佐藤圭子 , 高田和子 , 太田壽城 . 静岡県高齢者コホート調査に基づく , 運動・栄養・社会参加の死亡に対する影響について　第 58 回東海公衆衛生学会学術大会講演集 . 2012: 50.

政令市での取り組み事例
オール神戸市として、地域包括ケア構築を目指す
～神戸市の介護予防サロン立ち上げ支援の取り組み～

神戸市保健福祉局 介護保険課　太田　亜紀・藤原　美幸

神戸市の概要

神戸市は人口 1,537,703 人、高齢化率 27.5%（平成 30 年 3 月末住民基本台帳より）の政令指定都市です。一人暮らし高齢者の割合も全国に比べて多く（36%）、高齢者の見守りや孤立防止のため、高齢者施策を充実させてきました。

介護予防を推進する部署として、市介護保険課（保健所兼務）、区保健センター（行政区 9 区 2 支所）地域包括支援センター（委託型：76 ヶ所）があります。区保健センターには包括担当保健師（各 1 名）を配置し、地域包括支援センターの後方支援を行っており、重層的な高齢者支援体制を構築しています。

データを活用した地域マネジメント～現状把握・課題抽出・目標設定を支援～

地域マネジメントを展開していくには、①現状を把握し、②課題を抽出、③目標設定を行うことが必要です。まず、①現状の把握を行なうにあたり、詳細な地域診断を行うため、2011 年より日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study: JAGES）と協働し、健康とくらしの調査を実施しました。そして、JAGES プロジェクトの研究者によって作成された、78 の地域包括圏域（中学校区相当）ごとのリスク指標を見える化した「重点対象地区選定シート」（第 3 章第 1 節参照）を活用し、関係者とのワークショップや多部署連携会議を積み重ねるなかで、②③を具体化してきました。

データの提供後は「伴走」する

地域包括支援センターが、多忙な日常業務の中でデータを活用した地域診断を行なうにあたっては、優先順位の後退や、量的データの収集に対する負担感、データ分析に対する苦手意識、ノウハウの不足が課題になりました。こうした背景を踏まえ、介護保険課では研修の企画運営と、市が保有する統計データを使いやすく加工して区や地域包括支援センターに提供し、区保健センターでは地域特性に合わせた地域診断が行なえるよう技術的支援や、地域診断を元にした様々な地域活動の展開の助言などを実施しています（表 1）。地域包括支援センターが地域診断上の課題を乗り越えて主体的に取り組む意欲を保てるよう、その取り組みに「伴走する」という姿勢を心がけています。

表 1. 介護保険課の研修企画の内容

対象者	区保健センター	地域包括支援センター
研修の実施	介護予防検討ワークショップ 【目的】 ●データを活用した地域診断を基に、重点課題や重点地域の抽出を行う。 ●区・地域包括支援センター・介護保険課が一体となり検討することで、つながりを意識した効果的な事業展開を目指す。	地域診断研修 【目的】 ●地域を保健・医療・福祉等多面的に捉える力を身につけ、地域診断から抽出された課題や目標を活動に活かす。 (全職種対象)
データ提供	区ごとの高齢者関連統計データ (高齢化率、要介護認定者数、JAGESの地域診断書データ等)	センター圏域ごとに集計した高齢者関連統計データ (高齢化率、要介護認定者数等)

介護予防サロン推進事業への活用

特に近年力を入れてきたのが、住民主体の通いの場：(介護予防) サロンの立ち上げに向けた重層的支援です。具体的な手順としては、まず、上記の「重点対象地区選定シート」を活用した区保健センターがワークショップ等で得られた気づきにより、①日ごろの保健活動と照らし合わせながら重点地域を選定します。②その中から市の介護保険課の保健師が、市全体のデータを検討して、要介護リスクの高い地域包括支援センターの圏域（包括圏域）を選びだし、全市的な取り組みを行うモデル地域として設定します。そこから、③モデル地域となった包括圏域の中で、特に優先的に介入する小地域を決定し、住民との協議の場づくりを進め、サロンの立ち上げを進めていくのを支援します。

この事業は、地域包括支援センター・区保健センター・市介護保険課が一体となって進めること、地域の実情を考慮した立上げのプロセスを重視すること、そして「住民主体」にこだわり地域に開かれた持続可能な活動を目指すことを重視しています。その結果、様々な波及効果が産まれています。

介護予防サロン推進事業スケジュール

4月	地域包括支援センターの地域診断、事業計画立案
6月上旬～	モデル区・地域包括支援センターとワーキング 適時モデル地域の進捗状況の報告等を行い、情報共有を図る。
10月下旬	介護予防サロン推進事業モデルセンター意見交換会
1月中旬	介護予防サロン立ち上げに関する報告会 保健センターの地域診断に合わせて、次年度の介護予防重点地域の選定依頼
3月中旬	各区保健センターの選定に基づき、介護保険課にて全市で重点地域の選定・モデル区、センターと調整

実績：平成 26 年度：4 地区　　平成 27 年度：2 地区　平成 28 年度：3 地区
　　平成 29 年度：3 地区　　平成 30 年度：2 地区

本事業実施にあたる各部署の役割

	市介護保険課	区保健センター	地域包括支援センター
地域選定	市全体でみた対象地域の優先順位づけと選定	区内の包括圏域の優先順位づけと選定	包括圏域内で特に介入が必要な小地区の選定
調整	庁内関係部署、民間企業、研究者　等	区役所関係部署、対象地域となった地域包括支援センター、その他の地域関係機関　等	地域住民、地域団体、介護サービス事業者　等
技術的な助言	保健センター及び地域包括支援センターに対する地域活動の後方支援(事業の方向性、他区、他都市でのノウハウを情報提供)	地域包括支援センターに対する地域活動のアドバイス(地域特性に合わせた支援の方向性、他圏域で実施するノウハウの情報提供)	住民主体の活動への後方支援・サロン運営に関する継続支援
評価	事業評価(大学の協力を得て)意見交換会、報告会の企画・運営	意見交換会、報告会で包括支援センターが報告する内容へのスーパーバイズ	意見交換会、報告会での報告他地域包括支援センターへのノウハウの提供
その他	・予算、決算事務 ・専門家(学術経験者/専門職等)の派遣 ・補助金(別事業)の交付	・区独自事業の提示	

介護予防サロン推進事業の実際と工夫

じっくり待つ！

重点介入地域では、高齢化率が高く、担い手が見つからない、会場がない、地域の介護予防への理解が乏しいなどの課題が多く、住民の価値観や地域の特性も様々であり、その地域にあった戦略を立てる必要があります。そのため、地域包括支援センター、区保健センター、市介護保険課、が一丸となり、その地域の特徴を把握し、様々な関係者とを調整します。また、地域住民の方がどう考えているかを捉えるための話し合いも欠かせません。このように、サロンの立ち上げには時間がかかります。職員がサロンの立ち上げを焦って前のめりになるあまりに、地域住民との距離が出来てしまうと、その後の地域活動が円滑に進まなくなることもあります。住民の意識が高まる前に地域包括支援センター主導で開始してしまい、いつまでも住民主体の体制に移行できず、職員がいないとサロンが成り立たないという事例もありました。そのため、数年かかってでも地域の中でサロンが必要だという機運が高まることが重要だと考えています。

市の後方支援：必要な手助けを調整・提供

地域住民の理解や意欲を高めるために、研究者や専門家の力を借りることもあります。そのような支援を市が提供しています（図 1）。

図 1. 研究者による住民への講演風景



住民の負担を減らす「だけクラブ」

担い手となる住民の負担が課題になることが多くあります。そこで本事業に関わった職員が考案したのが「だけクラブ」でした。少人数の代表者が多くの役割を担うのではなく、多くの参加者が少しずつ役割を担うための工夫です。具体的には、まず活動に必要な作業を「分解」して、それぞれの作業「だけ」をして見ませんか、と住民に誘いをかけ、担い手を発掘するのです（図 2）。

図 2. 神戸市の「だけクラブ」の紹介資料

誰もが気軽に集える！地域交流の場づくりを円滑に進めるためのヒント

地域でこんなお悩みはありませんか？？

つどいの場づくりはいいことだけど、誰がやるの？

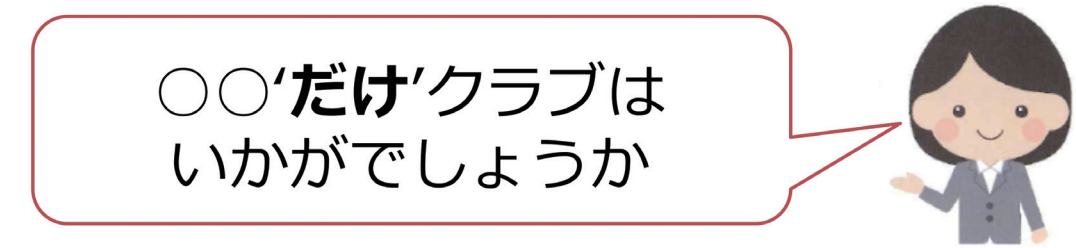
お手伝いはしてもいいけど、責任者になるのは困るわ

色んな役をやっているから忙しくって・・・

なかなか具体的に進められない…

そこで・・・

○○**'だけ'**クラブはいかがでしょうか



'だけ'クラブ！？

・ちょっと'ダケ'お手伝いする
・これ'ダケ'ならやってもいい

という人を探して、協力してもらう。

責任が集中する代表者を作らなくても、つどいの場（サロン）がラクラク運営できるしくみです

・自分たちの地域らしく、無理せず、息の長い活動ができる
・お世話をする人（ボランティア）の敷居が低くなる
→参加者で分担することも可能です

※助成を受ける場合などは代表者のお名前は必要です

え？どうやって？
そんなことできるの？

◎体操を行うつどいの場をつくりたい
そのあとお茶飲み会もしたい



ポイント
ふせんにできるだけ細かく工程を分解して書いてみましょう

運営するにあたり、必要なことを
できるだけたくさん分解してみましょう

会場の鍵をあける
お湯を沸かす
体操の音楽のボタンを押す
など → やることリスト

そのこと‘ダケ’ならできる人を決めましょう

会場の鍵をあける‘ダケ’
お湯を沸かす‘ダケ’
体操の音楽のボタンを押す‘ダケ’
それ‘ダケ’でいいなら私も手伝えるわよ

その手順・分担でやれるかどうか、一度やってみましょう

もしも困ったことが起きたら…
都合が悪くなっていけない日もあるんだけど…
やっぱり私の‘ダケ’は負担が大きい…

そこは
‘お互い様’の助け合い



あの人に聞いてみようか
その都度みんなで相談しあおうよ
今回‘ダケ’なら私がやってもいいよ

みんなが負担なく息の長い活動ができると思いませんか？？

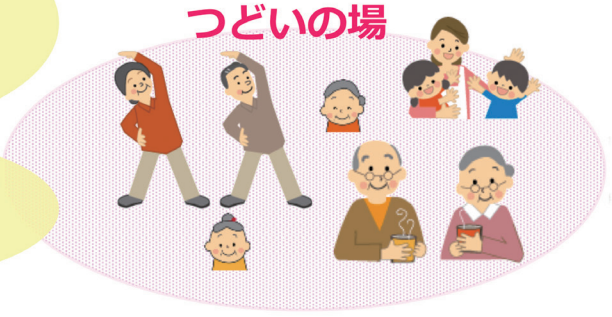


人と関わることや出番があることでこころもからだも元気になります

つまり

‘だけ’クラブの人はますます健康に！

つどいの場



勝手にサロンが立ち上がっていく！うれしい波及効果

立ち上がったサロンでは、住民の皆さんの経験豊かな発想や柔軟性をもって楽しく工夫しながら実施されています。それを聞きつけた周辺の地域や隣の町から、「自分たちの町にもサロンが欲しい」との声が上がり、自然発生的にサロンが立ち上がった事例がありました。

また、別の地域では、数回のワークショップ（後述）を経てサロンとウォーキングの会が立ち上がりました。その結果住民の健康意識が高まり、身近な場所で健診が受けられないかと区保健センターの保健師に相談があり、サロンと同時日・同会場でレントゲン健診や COPD 健診を行なうことになりました。さらに、参加者が少なくなっていた既存のつどいの場に、ウォーキングの会が合流し、お互いの参加者同士が交流し活性化するなどの効果も育まれています（図 3）。

図 3. 近隣地区への事業の波及効果



～ビックリ！予想以上の波及力～

集合住宅があり高齢者が多く、住民同士の繋がりが希薄で集える場が少ない地域。

「地域の高齢者の１割が動くと、地域に波及効果がある」と関係者や地域住民と共有
C地区でいうと１００人程度を目標に

参加者の要望で健診まで実現





つどいの場の
間で行き来が
始まった

既存の喫茶に合流し、
次回の打ち合わせ

決めたのは
〈きっちり
決めないこと〉



喫茶がきっかけで、健康意識が高まり、参加者から保健センターに要望が出され「COPD健康相談・胸部X線健診」が実現

住民向けワークショップは地域の実情に合わせてアレンジを

本事業は５年間行っていますが、地域に合わせて介入方法をアレンジしています。例えば、担い手の発掘や資源把握が必要だったC町では、楽しみながら町の状況を理解し、担い手となる意欲を高めることをねらったワークショップを市が協力して開催しました（表２）。

表 2.C 町で開催されたワークショップの構成

第１回目	神戸市の現状と取組み、つどいの場の効果と必要性について（市より） グループワークテーマ 「C町はこんな地域！～C町生活マップをつくろう～」 「C町にあったらいいな～みんなが楽しく健康でいるために～」
第2回目	C町の現在取組みされている活動の紹介 グループワークテーマ 「目指せ100人！動こう！出かけよう！C町！」 「みんなで選ぼう！C町にあったらいいな活動」
第3回目	つどいの場の効果と必要性について（市より） 「茶話会」「ウォーキングの会」の具体的進め方の話し合い グループワークテーマ 「あなたの‘だけクラブ’を考えよう～会での役割分担～」
第4回目	「茶話会」「ウォーキングの会」を開催して振り返り 今後の方向性など 保健センターと健診について話し合い

職員のスキルアップやモチベーションの向上にも寄

本事業を進めていく過程において、関係者での話し合いの場や地域住民との対話の場が増えるため、関わる職員の気づきや意識変容も見られています。区保健センターや市介護保険課は、地域で進んでいく活動に寄り添いながら、地域包括センター職員の気づきをフィードバックしたり、他の地域包括センター同士の交流の機会などを提供し、ノウハウの蓄積やスキルアップを図っています。
また、新たなキーパーソンに出会えたり、地域の強みの情報を住民から聞いたり、地域住民の変化について、ささいな事も含めて共に共有し喜び合える関係が構築できていく過程で、職員同士のモチベーションの向上や信頼関係の構築が進んでいると実感しています。

長期的に PDCA サイクルを回す計画に基づき進める

本事業は、毎年繰り返し目的を共有し、PDCA サイクルを計画的に回しています。日々の地域活動と連動して地域診断が行なえる機会をつくるとともに、サロンを推進する取り組みが定着するような仕組みづくりを行なっています。支援する対象地域を少しずつ増やしていくことで、住民の自主的な活動が芽生えるという波及効果を得ながら、無理なく、計画的に地域差を埋めていくように工夫しています。
今後は、重点地域でサロンを立ち上げることの波及効果について事例や分析を深め、地域包括支援センターにフィードバックすることで、地域包括支援センター自身が自分の圏域において、サロンを戦略的に立ち上げることができる意識の醸成やノウハウの共有を行なっていく予定です。

多機関による地域包括支援センター支援事例：地域包括支援センター職員の視点から

名古屋市守山区西部地域包括支援センター　安保　育子
日本福祉大学　看護学部　保健師　中村　廣隆

◉地域包括支援センターと連携し、研修会形式で介護予防における課題を多機関と共有すると、より良い協力関係の構築を図ることができ、実践の質の向上や解決すべき課題・優先課題などの明確化ができます。

◉機関を超えて、生活圏域ごとの地域課題を共有し検討することで、地域包括支援センターの職員の意識が高まります。

◉地域診断結果を活用した住民主体の地域包括ケアシステム構築の実践事例を知ることは、地域ケアに関わる職員が、職種や経験年数や機関を超えて実践方法や目的を共有するために役立ちます。

1. 日ごろの業務での課題

名古屋市は人口 2,282,748 人の政令指定都市で 16 区に 29 の委託型の地域包括支援センター（以下、包括センター）があります。名古屋市守山区には 2 か所包括センターがあり、筆者が所属する西部地域包括支援センター（以下、西部包括センター）は、三職種等 (社会福祉士（6 人）、保健師等（3 人）、主任ケアマネジャー（3 人）、その他（2 人）) の専門職が配置され、医療法人が受託し、圏域地域（8 小学校区）の総人口は 77,532 人です（2018 年 4 月 1 日現在）。

包括センターの運営方針には、地域包括ケアシステムの公的な中核的機関として、多機関と協働し、地域住民と地域課題に取り組むこと、重点的ニーズの把握や分析を行うことがあります。また日頃の業務の中で、地域住民や外部関係機関から、介護予防領域を含め様々な地域課題解決の役割への期待が高まっていました。

しかし、西部包括センター職員の多くは、地域診断について具体的な手法が分かりませんでした。また地域特性や課題の分析や共有が十分ではありませんでした。さらに、包括センターでの実践経験の浅い職員は、なぜ地域特性や課題を把握したり分析したりすることが重要なのかについて認識することが難しかったため、これらが同センターの課題となっていました。

2. 名古屋市による包括センター向けの「地域診断研修」で動機づけられ、自ら守山区での研修会を企画

名古屋市は、日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation study: JAGES）プロ

ジェクトに参加しています。JAGES では要介護認定を受けていない 65 歳以上を対象に、3 年に 1 度「健康とくらしの調査（無記名郵送自記式調査）」を実施しています。このデータを「見える化」した地域診断システムを活用し、名古屋市は区や包括センター職員等を対象に、多機関協働研修を開催していました[1]。

西部包括センター職員がこの研修会に出席し、講義や先行事例（他の包括センターの保健師の地域診断実践事例）の発表、また、保健センター職員を含む多機関での地域別ワークショップを体験しました。この研修で、地域診断ツールや進め方を知ることができました。

西部包括センター職員は、日頃業務で感じていた同センターの課題を解決するために、この地域診断という方法は有用だと感じました。もっとその方法や実践事例を学んで現場に活用したいと動機づけられて、包括センター職員自らが行政区全体の関連機関を対象にした地域診断の研修を企画することにしました。

3. 区保健センターの理解を得ながら、研修会を開催

はじめての試みでしたので、まずは区の地域ケア推進会議事務局（保健センター[注]、区役所、包括センター等）の話し合いの機会を使って保健センター保健師（主査）に西部包括センターの課題を相談し、共感や助言を得ることができました。これをきっかけに、法人の責任者の説得、研修会講師の依頼、参加者集め等の準備を半年強かけて進め、開催に至りました（表 1）。

表 1. 研修実施までの経緯

～ 2016 年 12 月頃	区地域ケア推進会議事務局メンバーへ、西部包括センターの課題を相談
2017 年 1 月頃～	西部包括センター保健師等チームと介護予防の地域共同の取り組みについて話し合い開始
同年 2 月頃	設置法人在宅部門統括責任者へ企画案を提出し、相談
同年 3 月頃～	講師（研究者）へ相談依頼し、企画案を共有 区保健センター保健師（主査）へ企画案を共有し、出席依頼及び相談
同年 4 月頃～	西部包括センター役職者で企画書案の検討、三職種等職員へ周知 他センター（東部包括センター）へ企画内容の説明と出席の依頼
同年 7 月頃	西部包括センターの保健師等チームが活動計画を作成し、 同計画を講師と共有し相談
同年 7 月末	研修会開催

1） まず所属法人内で合意形成

西部包括センターの管理職が所属法人の責任者に対し、研修開催の目的や費用を説明するとともに、包括センターの受託法人として地域に根ざした医療機関が地域貢献や住民の健康増進を行うことの意義を話し合いました。また、包括センター内の職員とともに、センターが抱える課題を振り返って共有し、研修の必要性や研修のゴールを設定しました。

2） 区保健センターや隣接する包括センター（他法人）への協働の呼びかけ

区保健センター保健師（主査）には研修企画案の段階からかかわっていただき、作成した企画書案で

西部包括センターの地域課題の課題や把握分析の必要性について共有していただきました。
また、区内の他法人（名古屋市社会福祉協議会）の包括センターにも企画の趣旨を説明し出席を依頼しました。特に保健師等チームに対しては予め第２部の検討会もコアメンバーとして出席できるような配慮をお願いし、機関を超えて介護予防の地域課題が検討できるように働きかけをしました。

3)　学術経験者への依頼と相談

講師は名古屋市の介護予防研修会に関わる JAGES の研究者に依頼をしました。学識経験と現場実践経験のある方を選びました。研修会に先立ち、企画案をもとに西部包括センターの実情と課題を共有しました。実情と課題を共有したことで、「見える化」した地域診断分析結果を実践に役立つように講師が研修会を工夫してくれました。

4. 研修会は 2 時間程度がよい。資料はカラーが有効。講師謝金とカラー印刷代がかかった。

研修会には、東西２つの包括センター職員・保健センター保健予防課主査（オブザーバー）・研究者（講師及びスーパーバイザー）でした。通常業務に支障のないように研修会は２時間に抑えました。当日は、関係者や講師との小一時間の打ち合わせの後、研究者による講義（第１部）を１時間、小グループに分かれての意見交換と顔の見える関係づくり（第２部）を１時間ほど行いました。教材には、「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」を使用しました[2]。

費用は、講師謝金と配布資料のカラー印刷代などがかかりました。特に、市や区や小学校区ごとの「見える化」した地域診断結果の配布資料については、誰でもすぐに地域の優先課題がわかるようグラフや地図を色分けしてあったため、カラー刷りの印刷が有効でした。

5. 研修会の内容

1)　講義の内容

第１部の講義は、地域課題と優先順位、実践事例や実践方法をテーマとしました。事例を紹介しながら、地域診断の概念や課題の把握、分析方法を紹介しました。その際、JAGES の「健康とくらしの調査」による名古屋市や守山区の「見える化」した地域診断地図を配布しました。

また、地域住民自身が地域づくりに主体的に取り組むように、住民にどのように働きかけたか、というプロセスを学びました。また、見える化した地図を解釈する中で、生活圏域ごとの介護予防課題には地域差があることが分かり、なぜその差があるのかを、日頃の業務や生活者の実感と照らし合わせながら検討しました。

2)　講義による教育効果

守山区内の小学校区単位の地域診断分析結果と地図化された資料により職員自身の担当する圏域の結果が明確になりました。たとえば守山区は「口腔機能低下者割合」がやや高く、優先課題の１つであることが分かりました。これは保健師等チームが行動計画を作るために把握していた地域課題（「口腔栄養機能等の意識」）と同じでした。時間の都合上、地域間比較を深めることができなかったのが残念でした。

受講した西部包括職員のアンケート結果から、「住民自身の持っている力を生かしていく必要性を感じた」、「個人、家族、地域の底力を引き出すためには、まず生活環境（住居、治安、交通等）や社会状況を知り、個人の生活を把握する必要があると感じた」、「住民に分かりやすく伝える媒体（色分けされた地図）が、わかりやすく説明でき、意識づくりになること、問題に向かって動くきっかけになると思った」、などの意見があり、職種や経験年数によらず、地域診断への意識向上に繋がりました。

3)　意見交換会の様子（図 1）

図 1. 第 2 部意見交換会



第 2 部の関係者による意見交換会の目標は、保健センター、学術経験者、先行して実践していた他センターに対して保健師等チームが相談・助言・意見交換できる機会を持つこと、としました。西部包括センターの保健師等チームは、活動計画の実践課題、効果測定の具体的方法などについて参加者に意見や助言を求めました。意見交換会では、保健センターから地域診断結果への助言や年間計画の報告がありました。この年間計画には、地域への出張保健指導の協力、多機関連携、住民の相談窓口の明確化、などがあり、包括センターの方針と重なる共感をもてるものが多くありました。そのため、お互いに連携する意義を認識することができ、区民に対して介護予防に関わる多機関が、それぞれの役割を考える機会が持てました。

学術経験者からは、包括センターや行政機関のそれぞれの役割や多機関連携の意義の助言があり、「困ったときは、包括支援センターで抱え込まずに学術経験者や多機関と連携すること。そのことで、現場の負担が減る」など、たくさんの提案がありました。

終盤には、予定時間を超過して活発な意見交換を行い、社会参加の困難な住民でも、住民の好きなことを切り口に世代を超えて参加できる仕組みづくりを仕掛けていくことが大切、という認識を全員で共有しました。

意見交換会全体をとおして、生活圏域ごとの課題から区全体の地域包括ケアシステムの課題や他都市事例実践まで、幅広い議論ができました。また、地域の実情や課題や実践方法について、地域におけるさまざまな経験や立場や視点から意見が出たため、包括センターが多機関や多業種や研究者と連携すると地域課題の解決に役立つことなど、包括センターだけでは気づくことができなかった視点を学ぶ機会になりました。例えば、高齢者だけでなく若年層を巻き込んで地域づくりをすることの効果や、企業との連携で地域の介護予防が上手くいった事例が多い、などの情報を得られ、自分たちの活動の「やる気」につながりました。

4)　意見交換会の結果と課題

西部包括センターの参加職員のアンケート結果から、「様々な立場から意見を聴けて良かった」「他の事例を文献等で知る事はできないので、集まれた事は良い機会だった」「今後の取り組みや栄養や口腔のこと、まず参加者の意見を聴くこと、歯科検診等周りの環境を整える事が大切なこと等、ヒントを多く聞けた」など、保健師等チーム自らの課題を考え相談する機会が持てたことが分かりました。

一方で、実践に役立つ意見交換や連携の機会づくりについての話し合いは間に合わず、時間配分に課題が残りました。研修会で得たことを現場実践へ結びつけるためには、目標設定の段階を分けて、継続的な開催が必要だと考えられます。

6. 研修会後、口腔栄養教室の開催・効果測定の仕組みを構築

西部地域センターの保健師等チームが主体的に、多機関（保健センター、リハビリ職ネットワーク）の協力のもとに、圏域地域の A 小学校区において、2018 年度 5 月から半年間（全 6 回）、地域住民（ボランティア）と共に、口腔栄養の介護予防教室（「健口いきいき教室」）を開催することができました。またこの教室では、住民への介入の前後で、住民のセルフケアへの意識がどのように変化したのかなどについて、効果測定も行うことができました。

また、研修会後に西部包括センター職員から、地域診断と関係機関の支援ネットワークづくりについ

て積極的な提案があり、組織改革につながりました。例えば、職員全員が生活圏域の地域特性や課題をより意識できるよう、小学校区などの地域単位で職員チームを編成し、そのチームごとに担当地域の総合相談や地域活動やネットワークづくりを行いたい、という提案がありました。そこで 2018 年 4 月から、同センターの組織を再編成し、地域ごとに役職者（エリアマネージャー）を配置し、地域担当職員チームごとに地域把握や地域への支援などを統括管理できる体制づくりを試みています。

さらに、2018 年度から、保健センターや区役所や東部・西部包括センターや区社会福祉協議会が協働し、小学校区ごとの地域診断の実践を検討し、同年夏頃から、選定したモデル学区について多機関連携のもと地域診断実践を試み始めています。併せて、西部包括センターでは、職種を超えた「地域診断ワーキングチーム（社会福祉士、保健師等、主任ケアマネジャーの三職種職員で構成）」を発足して、地域診断や小学校区ごとの地域ケア会議開催実践について、定期的な話し合いを重ねています。この中で、日頃の業務を振り返り地域特性や課題を共有したり、職員間で見える化できる方法を検討する、地域住民が考える地域課題を共有する、などを行っています。

7. まとめ

市が開催した研修会をきっかけに動機づけられ、地域包括支援センターが自ら動き、区全体の介護施策のマネジメントの歯車がかみ合い、動き出すのを実感しています。西部包括センターの保健師等チームにより、主体的に、多機関の協力を得て、住民と共同して圏域の介護予防の課題解決が進んでいます。また、職種や経験年数を超えて、地域診断や地域課題への意識が高まり、生活圏域ごとの地域課題把握に全職員が主体的に取り組めるようになりました。

住民主体の持続可能な地域包括ケアシステム構築をするためには、住民自身が地域の優先課題を「我がこと」として意識して取り組むことが重要です。そのためには、住民にとって身近な存在である包括センターが、保健センターなどの多機関と連携して、地域診断結果などを活用すること、また、日頃の業務で把握している地域の特性や課題を「見える化」して、多機関間や地域住民とこれを共有できることは、より良い地域づくりにとても有用だと思います。

（本稿は、「多機関における地域診断の研修実践報告（東海公衆衛生雑誌）」[3] を大幅に加筆修正したものです）

注：名古屋市では、2018 年度から保健所の名称を保健センターと変更しています。

＜参考文献＞
1. 佐々木直子 . 地域ケア会議の構築に向けた多職種協働研修のアクションリサーチ報告（名古屋市の取り組み）. 日本福祉大学大学院社会福祉学研究科社会福祉学専攻修士論文 2015.
2. 日本医療研究開発機構・長寿科学研究開発事業 ,「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」研究班 . 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 . 東京 , 2017. https://www.jages.net/library/regional-medical/.
3. 安保育子 , 中村廣隆 , 大戸好穂 , 加藤木かおり , 大河原亜矢子 . 多機関における地域診断の研修実践報告 . 東海公衆衛生雑誌 2018; 6: 51-59.

大規模団地におけるマネジメント

国立長寿医療研究センター　斎藤　民

◉団地への介入は地域全体の健康度を底上げする可能性があります

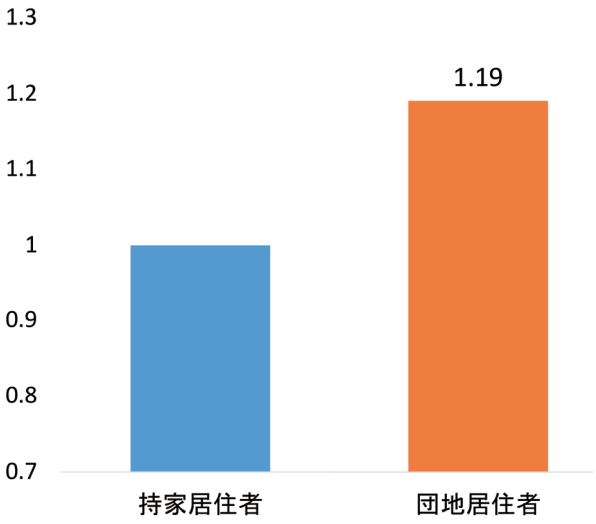
◉団地を拠点とした地域全体の活動と位置付けると、団地外の支援団体の理解を得やすく、団地内外を結ぶソーシャル・キャピタル醸成にも役立つでしょう

◉県や政令市によるモデル事業化や家主（都市機構など）との協力体制を通じて、広域に情報共有できる仕組みづくりを行い、団地や団地を抱える地域間での互助を推進しましょう

1. 団地に特化したアプローチの意義

全高齢者の約 5%程度が公的住宅（都市機構などの公団住宅や公営住宅、以降団地とする）に居住しています。団地では高齢化が進捗しており、独居や夫婦のみ世帯に暮らす高齢者の割合が高く、また全体と比較して高齢化率が高いという特徴があります。これらの特徴から、大規模団地で生じるさまざまなニーズは将来の日本で起こりうる地域の諸問題を先取りしている、という見方もできるでしょう。加えて、団地に居住する高齢者には低所得の人も比較的多く含まれ、多様な生活課題や健康問題を抱える人が多い可能性もあります。実際に、日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study: JAGES）が保有する全国 10 万人規模の高齢者データを用いて、住まいと健康との関連を検証してみると、団地に住まう高齢者では、持ち家に住む高齢者と比べて、死亡リスクが高い可能性があることがわかりました（図）。その背景として、あまり運動しない人や喫煙する人の割合が高いなど、健康に対する意識が低い人が多いことや、地域の支え合い意識が低いと感じている人が多い、といった特徴もみえてきました。これらの結果を踏まえると、団地を重点地域と位置付けて地域づくり・健康づくりを行うことにより、地域全体の健康度を底上げできる可能性があると言えます。

図 1. 団地居住者と持家居住者との死亡リスクの比較



◉ JAGES プロジェクト 2013 年調査に回答した、要介護認定非該当の 65 歳以上男女 86,513 名を 3 年間追跡

◉性、年齢、居住地、婚姻状況、疾患有無、抑うつ傾向有無、教育歴、所得、資産、最長職の影響を調整

2. 団地を拠点とする取り組みへのヒント

団地を拠点とする地域づくりには課題もあります。筆者らはこれまで愛知県名古屋市内の大規模団地で活動を支援してきました。関係機関や団体へのヒアリングを重ねていくうちに、各団体によって「誰をターゲットに支援すれば良いのか」が異なるという課題が見えてきました。例えば、団地内に立ち上がった自治会や家主である都市機構は、団地内の暮らしをより良くするために活動をしたいと考えます。しかし例えば社会福祉協議会や区政協力委員会の取組みは学区を基本的な活動単位としています。さらに地域包括支援センターでは包括区が対象となります。この団地では、高齢者の社会的孤立の解消や支え合い意識の向上という課題を共有してみなが熱心に取り組んでいますが、活動範囲が異なるがゆえの協力のしにくさもあることがわかりました。このような課題のなかで、団地の地域づくり・健康づくりを目指す場合、どのようなことを心がけると良いでしょうか。

「団地を中心とする、団地に限定されない活動展開を」

●担い手不足：団地外に視野を広げることが解決の糸口に

高度経済成長期に開発された団地などでは特に高齢化が進み、住民の半数以上が高齢者というところも少なくありません。また団地の自治会加入率が伸び悩んでいるということもあり、どうしても担い手不足になりやすくなります。

そこで、団地外の住民や関係機関とも連携しながら、団地を拠点に地域全体に活動を展開するというアプローチが有効と考えられます。先ほどご紹介した団地では、社会福祉協議会が主導して、ボランティアグループや各関係機関との協議体をつくり、地域の支え合い意識の向上などの共通理解に努めてきました。共通理解を得るに際して、当該団地がそれ以外の地区と比べて支援ニーズが高いことを見える化し、団地を拠点とする取組みが地域全体の地域づくりや介護予防推進につながる可能性をわかりやすく説明して、地域全体の取組みと位置づけたことが役立ちました。このようにして団地を拠点とするサロン活動が始まりました。このサロンには、団地の居住者だけではなく、団地外に住む人も参加できることになっています。サロンを支えるボランティアさんについても、団地内外の双方の住民がメンバーになっています。その結果、団地住民はかえって誰でも参加できるサロンの方が気軽に参加しやすいばかりか、団地外の参加者とのネットワークづくりも進みました。執筆者らが団地の全高齢者を対象に実施した調査では、サロン開設後はサロン開設前と比べて困りごとを相談できない人の割合が半減していました。

●外部機関との協働

一方、別の大規模団地でも、例えば NPO 法人との協働による活動展開が打開策になっているケースがみられました。自治会の場合には、団地居住者によって構成されるという組織上の制約があります。しかし NPO 法人であれば、立ち上げが団地居住者の有志によるものであったとしても、組織の性質上、団地外の人にメンバーとして参画してもらったり、団地外の人がさまざまな催しに参加することがより柔軟にできるようになります。もともと大規模団地の多くは都市的地域にあり、さまざまな機関が比較的身近にある可能性があります。それぞれのニーズに合わせて、こうした機関と連携しながら事業を展開していくと良いかもしれません。

近年注目されるソーシャル・キャピタルには、限られた地域や関心などに基づき密に結び付く結束型もあれば、より多様な広がりのなかで様々な人脈を介してつながる橋渡し型もあります。結束型のソーシャル・キャピタルには、時としてつながりが強固すぎてメンバーに負担感や閉塞感を与える恐れがありますが、そこに橋渡し型ソーシャル・キャピタルがあると、外部の情報や資源にアクセスして、課題解決がもっと容易になります。団地を拠点として活動を外に展開することは、団地内での支え合いだけでなく、広い地域との情報共有や支え合いを育て、団地内外の人の介護予防につながる可能性があるのです。

3. 団地を拠点とする介護予防をさらに広く展開するための支援

このように団地を拠点とする介護予防の展開が期待されますが、さらに活動を成功に導くうえでは、団地・団地を抱える地区間での情報共有や支え合いといった互助の強化も重要といえます。例えば、県や政令市によるモデル事業の展開は、横のつながりを持たせるきっかけとなります。愛知県名古屋市では平成 24 年に「大規模団地等における孤立防止推進事業」をスタートし、市内に散在するいくつかの大規模団地で事業を実施しました。事業期間（2 年間）の終了時には、それぞれの団地での孤立予防の取組みとその成果について、情報を共有する発表会が設けられました。一方、都市機構でも、各団地における取組事例をエリアごとにまとめており、団地でのさまざまな取り組みと成果を共有する仕組みができています。

このように、各団地がそれぞれに異なる課題を抱えながら、どのような工夫で取り組んでいるのかを共有することは、それぞれの団地における取組みを見直す機会となり、事業を推進するうえで効果的な可能性があります。さらにこうした情報共有の機会を一歩進めて、各団地の支援者間でのグループワークや継続的交流などの機会を持てる仕組みができると、一層の互助力向上が期待できます。

4. まとめ

大規模団地は高齢化率が進捗しているところが多く、独居者や夫婦のみ世帯、また低所得世帯の割合も高いため、さまざまなニーズを抱えている可能性があります。こうした地域で地域づくり・健康づくりを重点的に行うことで、地域全体の健康度アップにつながることが期待されます。団地において地域づくり・健康づくりを実施するうえでは、団地内に限定した取り組みはどうしても人手不足などの課題を抱えやすく、団地を拠点としながら団地外に活動を広げて行くことが重要です。さらに団地や団地を抱える地域間での情報共有などネットワークをはかることで、さらに互助力が高まることが期待されます。

＜参考資料＞
平成 28 年度厚生労働省補助金老人保健健康増進等事業「団地を元気にするガイドブック：団地における介護予防の取組を推進するための手引き」
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」

市町村支援における「プロボノ」導入の可能性

特定非営利活動法人サービスグラント　嵯峨　生馬・千葉大学　近藤　克則

◉「プロボノ」とは、仕事で培った経験やスキルを活かしたボランティア活動のことです

◉「プロボノ」は、地域団体の活動基盤強化の新たな支援策として大きな可能性があります

◉「プロボノ」が根付くためには、各地にプロボノのコーディネートができる中間支援機能が定着することが求められます

1.「プロボノ」とは何か？

プロボノとは、「公共善のために」を意味するラテン語「Pro Bono Publico」に由来することばで、仕事で培った経験・スキル・専門知識等を活かした社会貢献活動を意味します。
地域づくりの担い手である地域団体・NPO の活動が進むにつれて、団体が抱える課題やニーズが多様化する中で、より専門性の高い支援が求められています。こうした中、企業等で蓄積した経験・スキルを活かした「プロボノ」を取り入れていくことは、地域づくりを支援する新しい方策としてその可能性が期待されています。

2.「プロボノ」は地域のどのようなニーズに応えられるのか？

介護予防や生活支援を通じた高齢者支援をはじめ、さまざまな住民のニーズに応え地域の課題解決に取り組んでいる地域団体・NPO 等の多くが、資金や人材などの面で限られたリソースの中で活動しており、活動の運営に当たって、一般的に「情報発信」「組織運営」「事業戦略」などの各側面において、課題を抱えているケースが多々見られます（表）。企業等で培った経験やスキルを活かしたプロボノによる支援は、こうしたニーズを持つ団体の課題を解決するような、具体的な成果物を提供することができます。団体の課題が具体的に解決されることで、団体の組織基盤の強化につながり、活動の成長につなげることが期待できます。

図 2. 地域団体が抱える課題とプロボノによる支援内容

課題の種類	課題の例	プロボノで支援できること
情報発信	「認知度が低い」「参加者が集まらない」「ボランティアが不足している」等	パンフレット・チラシ等の作成、SNS活用・ホームページ作成 等
組織運営	「事務処理などの効率が低い」「代表がいないと日々の活動が回せない」等	運営マニュアルの作成、経理・事務作業等の効率化提案 等
事業戦略	「課題が山積で整理できない」「住民ニーズが明確に把握できない」等	課題整理、住民ニーズ調査、事業評価、事業計画立案 等

3. なぜ「プロボノ」をする人が増えているのか？

内閣府が行った「平成 27 年度 市民の社会貢献に関する実態調査」によると、回答した一般市民のなかで、ボランティアに関心があると回答した人は 59.6%に上るのに対して、過去 3 年間に実際にボランティア活動に参加した経験を持つ人は 23.3%にとどまっています。このように、ボランティア活動は、関心がある人は相当数いても、実際に活動に参加する「行動者率」が低いことが課題となっているのです。

特に、一般的に、ボランティアは M 字カーブといわれており、学生やシニア世代の参加が比較的高い一方で、勤労者世代のボランティア参加率は低いと言われています。こうした中、筆者（嵯峨）が運営するサービスグラントには、東京・大阪を中心に現在 4,500 名を超える人が、プロボノに参加するための「スキル登録」をしており、特に、2018 年の 4 月からの半年間で 600 人以上が新規で登録するなど、その数は着実に伸びています。プロボノに関心が集まる背景には、昨今、企業においては「働き方改革」が徐々に進んでおり、労働時間を短縮し、浮いた時間を自己研鑽などに充当することが推奨されていること、「人生 100 年時代」や「ライフシフト」といったキーワードへの認知度が急上昇し、会社だけではなく、社会との接点を持つことを奨励するような機運が高まっていることなど、時代背景の変化が考えられます。

4. 市町村支援に「プロボノ」をどう活かすか？

行政機関による超高齢社会に向けた地域づくりを進めるうえでの施策として、プロボノを導入する事例が生まれています。

東京都福祉保健局は、2015 年度から「東京ホームタウンプロジェクト」というプロジェクトを立ち上げました。このプロジェクトの特徴は、東京の“地域資源”と言える企業等で活躍する専門人材の地域貢献活動を促進している点です。介護予防・生活支援等の活動に取り組む地域団体・NPO の組織基盤強化を支援するプロボノプログラムでは、4 年間のプロジェクトを通じて都内 33 区市町村において累計 101 件のプロボノプロジェクトを実施しており、500 人を超えるプロボノワーカーの参加を集め、地域活動の成長につながる数多くの具体的な成果を生み出しています[1]。

大阪府福祉部は、2017 年度から「大阪ええまちプロジェクト」を実施しています。大阪府内の介護予防・生活支援などに取り組む団体に向けたプロボノ支援や、生活支援コーディネーターに向けた現場視察を取り入れた研修、行政担当職員に向けた総合事業の B 型のサービスを事業化するためのセミナーなど、多層的かつ意欲的なプログラムを提供しています[2]。

都道府県のみでなく、規模の大きい都市においては、市単体でプロボノ支援を推進することも可能です。千葉県松戸市では、千葉大学と協定を結び「都市型介護予防モデル 松戸プロジェクト」を推進しています[3]。人口約 49 万人の松戸市では、市内 500 ヵ所に通いの場「元気応援くらぶ」の開設を目標

としており、通いの場の担い手を広げることとともに、担い手を支援するしくみとして、幅広い市民によるボランティアの参画を目指しています。ボランティアの内容として、簡単な運営のサポートを行う「お手伝い型」、特技や専門知識を伝える「講師型」に加え、仕事の経験やスキルを発揮する「プロボノ型」や、松戸プロジェクトの運営自体を担う「間接支援型」が想定されています。その一環として、2017 年度から行われている「プロボノチャレンジ松戸」では、これまでに市内で介護予防などに取り組む 10 団体を支援し、約 40 人がプロボノワーカーとして参加しています。

5.「プロボノ」をめぐる今後に向けた課題とは何か？

各地でプロボノによる地域活動への支援実績が生み出されている一方で、こうしたプロボノの仕組みがひろく社会に根付くためには、各地にプロボノのコーディネートができる中間支援機能が定着していくことが必要です。

プロボノのコーディネートというと、特殊なことのように聞こえるかもしれませんが、例えば、地域の課題を把握し、必要な社会資源を集め、地域のニーズに応える新たなサービスを開発・提供していくという、生活支援コーディネーターに期待される役割とも重なる部分が大きい内容です。

筆者の運営するサービスグラントでは、プロボノのコーディネートに関するノウハウ移転を進めており、八王子市市民活動支援センター（東京都八王子市）、かわさき市民しきん（神奈川県川崎市）、吹田市立市民公益活動センターラコルタ（大阪府吹田市）などとともに、地域に密着した団体に向けたプロボノ支援の輪を広げています。こうしたかたちで全国の中間支援組織や生活支援コーディネーターと連携し、各地にプロボノのコーディネート機能が備わることで、地域活動に取り組む団体の課題解決が促進され、介護予防や生活支援をはじめとする地域活動の基盤強化や活性化につながると考えられます。

6. まとめ：参加者・支援先双方に向けたプロボノの効果

プロボノは、第一義的には、地域団体の基盤強化支援の施策の一つとして位置付けられるものですが、プロボノに参加したプロボノワーカーにもさまざまな気づきや学びがあります。プロボノワーカーからは、「視野が広がった」「仕事以外の人脈が得られた」「社会課題に対する理解が深まった」「働き方や時間の使い方を見直すことができた」といった声が異口同音に聞かれ、ビジネスパーソンにとっても、プロボノへの参加は、団体に対する一方的な支援ではなく、自身の成長や社会参加の機会として受け止められています。特に、企業等で働く中高年世代にとっては、定年後に地域で生活する準備として、早い段階からプロボノを通じて地域の活動や社会課題などに触れておくことで、自身が地域社会とどうかかわったらよいかについての具体的なイメージを持つことができます。

このように、支援を受ける側にとっても、支援する側にとっても、大きなメリットが期待できるプロボノは、今後の地域共生社会の実現に向けて、さまざまな場面において、重要なキーワードとなっていくと考えられます。

＜参考文献＞
1. 東京ホームタウンプロジェクト . https://hometown.metro.tokyo.jp/.
2. 大阪ええまちプロジェクト . https://eemachi.pref.osaka.lg.jp/.
3. 都市型介護予防モデル 松戸プロジェクト . https://matsudo-project.com/.

第5章

Q&A

Q.1 広域連合の保険者の場合、支援のポイントはありますか？

大阪市立大学／北海道大学　鵜川　重和・浜松医科大学　岡田　栄作

A

◉広域連合の場合は、隣接する構成市町村間でも抽出される課題が異なったり、市町村の規模が比較的小さいことで、対応の難しさを感じる場合があります。

◉広域連合は、構成市町村間で抽出された課題を相互に確認する機会を提供し、地域課題を共通認識できる機会を設けることが必要です。

◉抽出された課題に対する各市町村の取り組みも異なるため、構成市町村に定期的な情報交換の機会を提供することも重要です。

◉保険事業の運営を主目的とする広域連合と住民サービスを届ける市町村とで、役割と目的が異なることを踏まえましょう。

広域連合は、市町村や特別区が様々な広域的ニーズに柔軟かつ効率的に対応することを目的として設置されていますが、構成市町村で足並みが揃わないこともしばしばです。そのため広域連合を支援する場合には、いくつかの注意すべき点があります。一点目に、広域連合を構成する市町村間で抱えている課題が異なる場合があります。そのため広域としての課題と各構成市町村の課題を相互に確認し、共通理解を得る機会を設けることが必要です。二点目に、課題に対する構成市町村のアプローチの仕方も異なることがあります。そのため事例などを通じて、課題への対応についての定期的な情報交換の機会を提供することも重要です。三点目に、広域連合を構成する市町村は規模が比較的小さい傾向があります。市町村職員が十分にデータを活用して地域づくりに役立てる余裕がないことも少なくありません。そのため、よりきめ細やかな対応をしたり、広域連合がうまく構成市町村のフォローを行えるような体制を整える支援を行う必要があるかもしれません。四点目に、ニーズ調査の主体である広域連合と、地域づくりを進める主体である市町村では、ゴールが異なることです。支援者が広域連合職員とだけやりとりを行っていると、市町村のニーズを十分にくみ取れません。広域連合職員・市町村職員の両方と密にコミュニケーションをとっていく必要があります。

以下では、上記の点に留意しながら、広域連合職員・広域連合を構成する市町村職員・その他の市町村職員に対して、地域診断データ活用のためのワークショップを開催した事例をご紹介します。

事例：北海道大雪地区広域連合 (東川町、東神楽町、美瑛町)、音更町、苫前町、余市町による データ活用合同ワークショップ

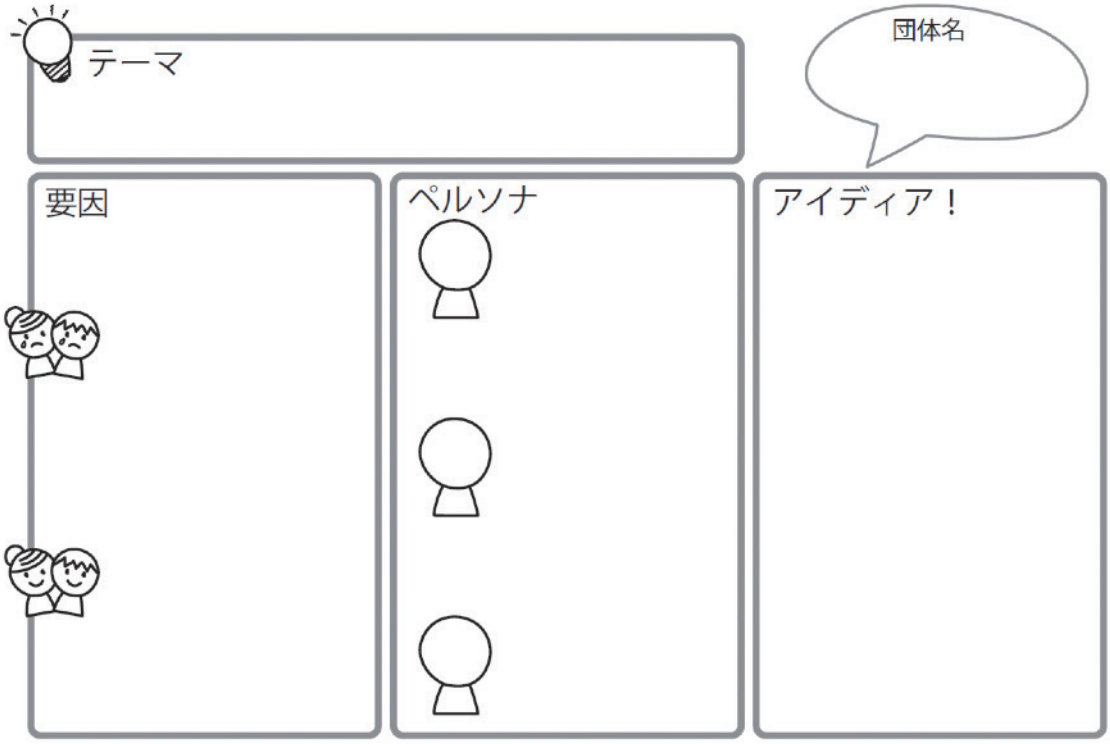
北海道では、大雪地区広域連合 (東川町、東神楽町、美瑛町)、音更町、苫前町、余市町の 4 保険者が 2016 年 10 月実施の日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study: JAGES）の調査に参加･協力しました。各担当者からは、(1) 地域マネジメント支援システム「JAGES HEART」を用いた地域の課題抽出と優先順位の決定方法を習得する機会がほしい、(2) 一年の約半分が雪に閉ざされる積雪寒冷地では、本州で行われた成功事例をそのまま活用できない苦労があるため、北海道内の各担当者が意見交換をする場が欲しいとの要望がありました。そこで、2017 年 8 月に JAGES 調査に参加・協力した大雪地区広域連合ならびに構成 3 町に加えて 3 保険者の各担当者が参加するデータ活用合同ワークショップを開催しました。

データ活用合同ワークショップの流れ

ワークショップは、北海道大学で実施しました。一人 1 台ノート型パソコンを準備し、すべての担当者が各々 JAGES HEART を閲覧できるようにしました。

4 名が 1 つのグループとなるように配置し、表に記載したプログラム内容を実施しました。

プログラム内容			
時　間	目　標	項　目	必要部品
13:00	●ワークショップの趣旨が理解できた ●ワークショップの進め方が理解できた	1.はじめに ●挨拶・スタッフの自己紹介 ●本日の進め方 ●パソコンの起動確認	●ノート型パソコン(人数分) ●JAGES HEARTアクセス用Wi-fi（1台）
13:05	●参加者の話を少し聞けた ●自分のことを少し話せた	2.アイスブレイク ●A4用紙3つ折りに次の項目を記入した自己紹介 ①名前②所属と業務内容 ③各町(保険者)で自慢できること	●水性マーカー(各グループ1セット) ●A4用紙(人数分)
13:15	●JAGES HEARTの活用事例が把握できる	3.事例紹介 ●長崎県松浦市と愛知県武豊町の事例紹介	●JAGES事務局作成資料(人数分)
13:20	●地域診断を見るための事前準備ができる	4.JAGES HEARTの使い方説明	●JAGES HEARTの使用マニュアル
13:25	●JAGES HEART、課題発見シートを用いて重点課題の抽出ができる(その1)	5.JAGES HEARTを用いたJAGES2016参加保険者間比較	●重点課題発見シート
14:20	休　憩		
14:30	●JAGES HEART、課題発見シートを用いて重点課題の抽出ができる(その2)	6.JAGES HEARTを用いた保険者内小地域間比較 7.手がかり発見システムの操作	●重点課題発見シート
15:30	●他の保険者で抽出された課題を把握できる ●各自抽出した課題を紹介できる	8.振り返りとまとめ ●参加者各自が抽出した課題紹介と意見交換 ●JAGES HEART、課題発見シートに関する質疑応答	●ホワイトボードとマーカー
16:00	終　了		



重点課題発見シートの使い方

目的：各保険者で最も望ましい状態と考えられる高齢者を設定し、そのような高齢者を増加させるために必要な各保険者の課題を抽出する。

方法

1. 町の様子を思い浮かべたり、日常業務を振り返りながらペルソナ (各保険者で最も望ましい状態と考えられる高齢者) を重点課題発見シート中央に記載します。その歳、健康状態や生活習慣、各保険者で利用しているサービス等可能な限り具体的に描写します。
2. 描写したペルソナが持つ特性が、保険者内でどのような分布をしているのか JAGES HEART を用いて比較します。各特性について保険者間で比較を行い、望ましい (または望ましくない) 特性を持つ高齢者割合 (例：スポーツの会参加者割合、1 年間の転倒経験者割合) が他保険者より順位が低い項目を重点課題とします。次いで、保険者内小地域間比較を行い、重点課題を持つ高齢者割合の順位が最も低い小地域 (小学校区) を重点地域とします。
3. 抽出された重点課題をテーマに記入します
4. 最後に、改善案を検討し、アイデア！欄にその方法を具体的に記入します。



結果

閉じこもり高齢者の割合、肥満高齢者、1 年以内の転倒を経験した高齢者割合が高いという課題、小地域を持つ保険者や、男性と比較して女性のボランティア参加割合が低い保険者等、各保険者で重点課題が抽出されました。

今後の課題

ワークショップ開催後に実施したアンケート調

査では、理解できた点として「JAGES HEART の使い方がわかった」という、ソフトウェアの操作方法に関する理解を示す回答や、理想とする高齢者像をイメージしてから課題の抽出を行うことで、どのデータに注目すれば良いのかが明確になったとの意見がありました。一方で、今後の要望を問う質問では「抽出した課題をどのように解決すればよいかは、十分な検討が必要」との意見とともに「抽出した課題に対する各町の取り組みについて、定期的に情報交換をできる機会がほしい」という要望が最も多くありました。このような複数の保険者による合同ワークショップの取り組みは始まったところであり、今後も継続していく予定です。

Q.2 民間事業者が支援するときの強み・役割・ポイントは？

株式会社 QOL84 プラス　大田　康博

A 地域包括ケアでは、これまでにない新しいアプローチも必要です。その地域で活用できる民間事業者を発掘することも、有効なアプローチの一つです。

強み

いわゆる「よそ者効果」。よそ者の存在を意識することで、行政や専門職だけでは気が付かなかった視点が生まれることがあります。研究者にも「よそ者効果」は期待できますが、自治体も研究者もお互いに遠慮しあうので、間に入る民間事業者の存在は双方にメリットがあります。

役割

共通認識のためのデータの咀嚼、検討会等でのファシリテーション、研究者のコーディネート、企業への橋渡し役等が主な役割です。また、自治体からは、いつでも相談できるルートとして評価されます。

ポイント

伴走型支援は手間がかかるので、事業者にとっても地域への貢献という視点が必要です。地場企業の地域貢献型、地域の NPO 型、大学発ベンチャー型、プロボノ型、シニア起業型など様々な民間事業者等に可能性があります。

今後の課題として、支援の品質を保つためには、地域包括ケア構築支援のノウハウを標準化し、適切な機関が民間事業者を認定するなどの基盤整備も必要になるでしょう。

Q.3 支援で行き詰ったとき誰に相談したら良いでしょうか？

国立がん研究センター／東京大学　齋藤　順子

A **具体的な相談先として、以下のような機関があります。**

◉庁内関係部局
介護保険事業の所管部局が、最も身近な相談先です。日頃から、ワーキンググループなど関連する所管部局が参画するチームを形成し、市町村支援への庁内連携の体制を整えておくことが有効です。

◉他の保健所など
保健所には、市町村の介護保険事業を現場で支援する役割が定められています。保健所職員向けの介護予防の研修などを通して市町村支援の力をつけて、互いに学び合うことで、よい相談先・支援のパートナーとなるでしょう。

◉大学、民間企業、NPO 等
日頃から、大学、民間企業や NPO と地域の健康課題を共有し、市町村支援の連携構築をしておくことで、都道府県にとってだけでなく、市町村にとっても相談先が増えることにつながります。

◉国立保健医療科学院
一般的で広域的な相談先は、国立保健医療科学院です。都道府県が市町村支援を行うための能力強化を支援する研修等を行っており、ホームページに有用な資料やツールがたくさんあります。

◉地域ケア会議の参加者
一方で個別の市町村への支援の相談先は、各市町村の地域ケア会議の参加組織・参加者などです。幅広い分野の部署や機関の人たちの間で対象市町村の課題共有や、信頼関係構築がなされています。都道府県職員も積極的に会議に参加し、関係機関との関係づくりや人材養成を行うことで、よい相談先・支援のパートナーとなるでしょう。

Q.4 データがない・どのデータを使えばよい？

国立がん研究センター／東京大学　齋藤　順子

A **市町村別に比較ができる全国データベースとして特に以下の 3 つは重要です。**

◉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保険者向けに提供しています。同規模市区町村間比較が可能です。活用方法のマニュアルもあります[1]。

◉介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576_00004.html
毎年実施している介護予防事業やサービス事業の実施状況の調査結果が都道府県別、市町村別に公開されています。

◉厚生労働省・地域包括ケア（見える化）システム
https://mieruka. mhlw.go.jp/
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です。上記調査結果の評価や分析等を実施することができ、年々少しずつアップデートされています。

＜参考文献＞
1. 厚生労働科学研究費補助金（H25 －循環器等（生習）－一般－ 014）研究班 . 自治体における生活習慣病対策推進のための健診・医療・介護等データ活用マニュアル . 2016.
https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/data/data-manual.pdf.

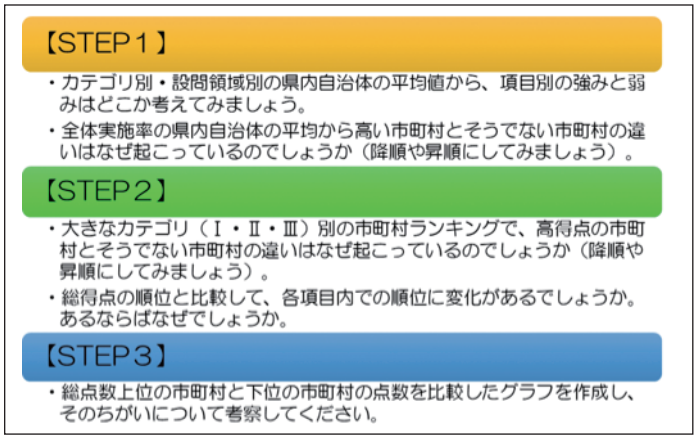
市町村等の支援に役に立つ資料・情報

1．国立保健医療科学院「平成 30 年度介護保険における保険者機能強化支援のための都道府県職員研修」資料

国立保健医療科学院が実施している研修会の資料のうち、保険者機能強化推進交付金（市町村分）（＝インセンティブ交付金）に係る評価指標（https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/houkatsu/documents/05-180515-4.pdf）を活用した分析のポイントが解説されているスライドを抜粋して掲載しました。地域診断の参考にしてください。

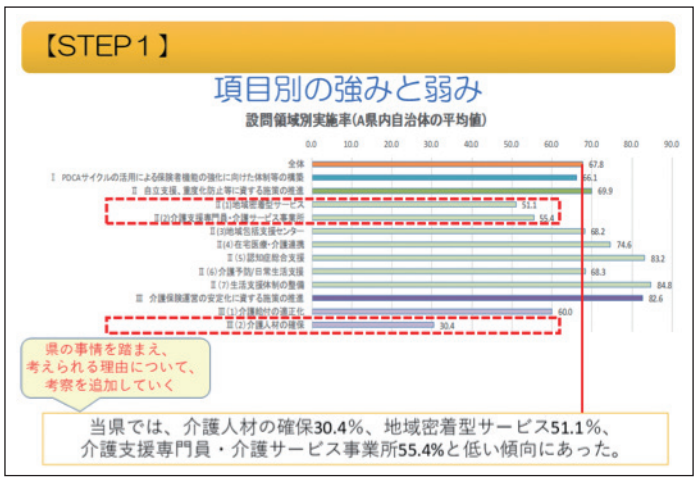
スライド１

保険者機能強化推進交付金に係る評価指標を活用した分析の３つのステップ



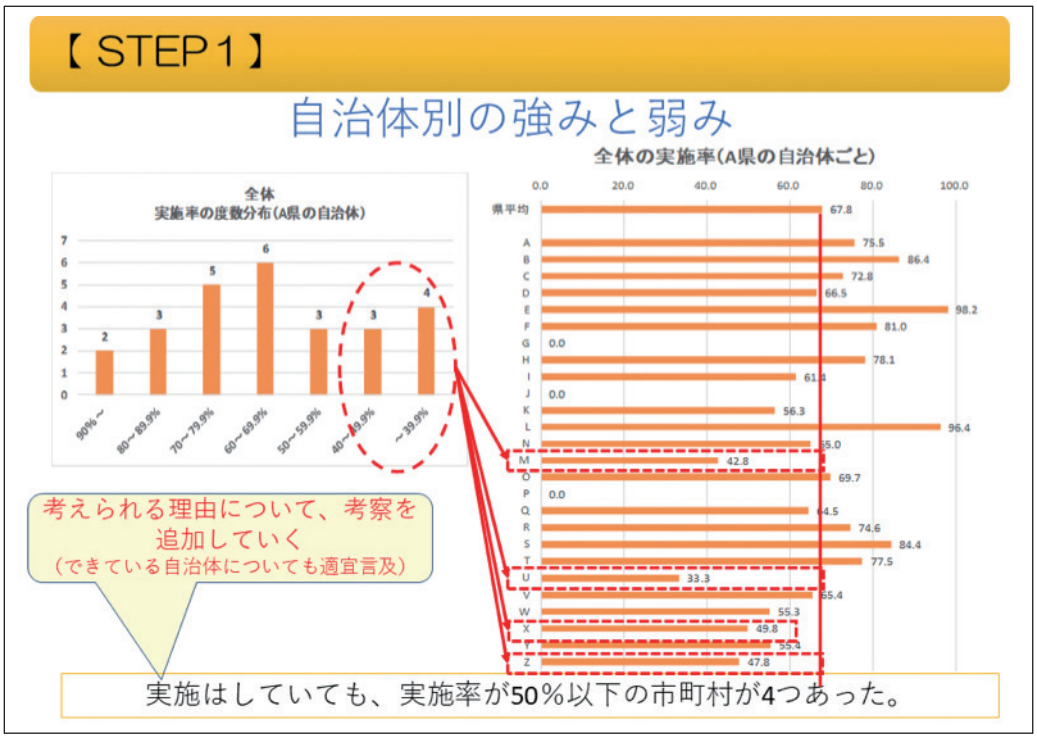
スライド２

まず自身の都道府県の評価指標の数値を確認して、全国平均（赤い縦の線）より低い（課題がある）指標を見つけ、その理由を考察します。この A 県では３つの指標が平均以下であり、優先的に取り組むべき課題の候補となります。



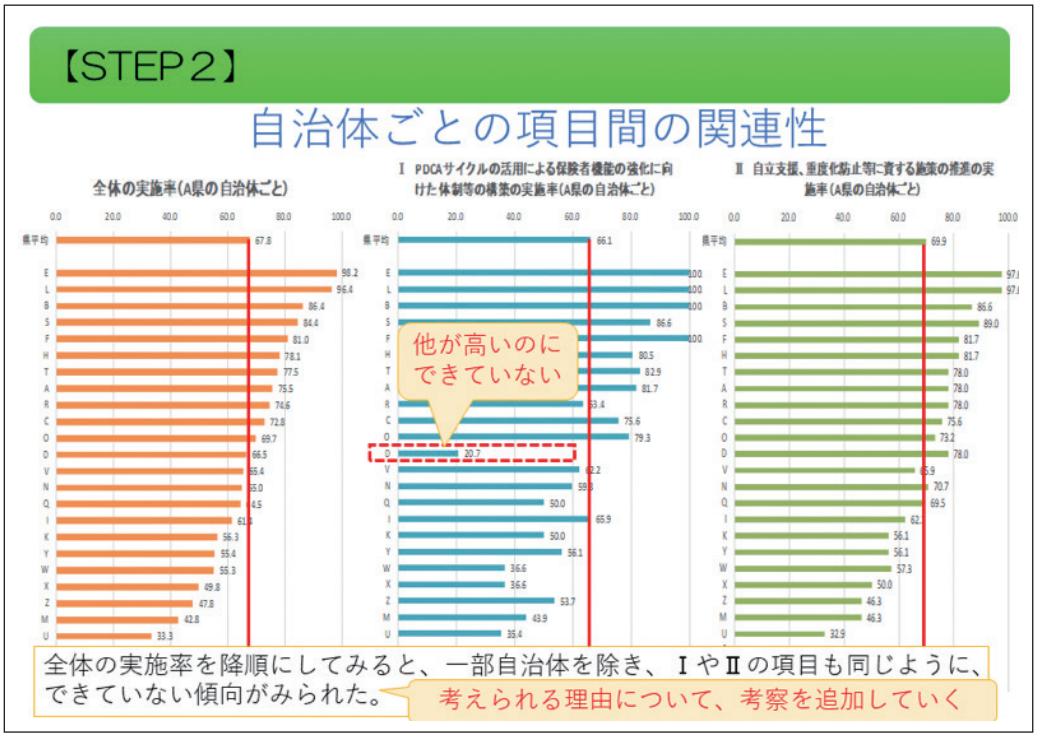
スライド３

県下の自治体間の比較をして、各自治体の強みと弱みを見出します。例えば、平均より実施率などの数値が低い自治体を見つけ出し、その理由を考察します。



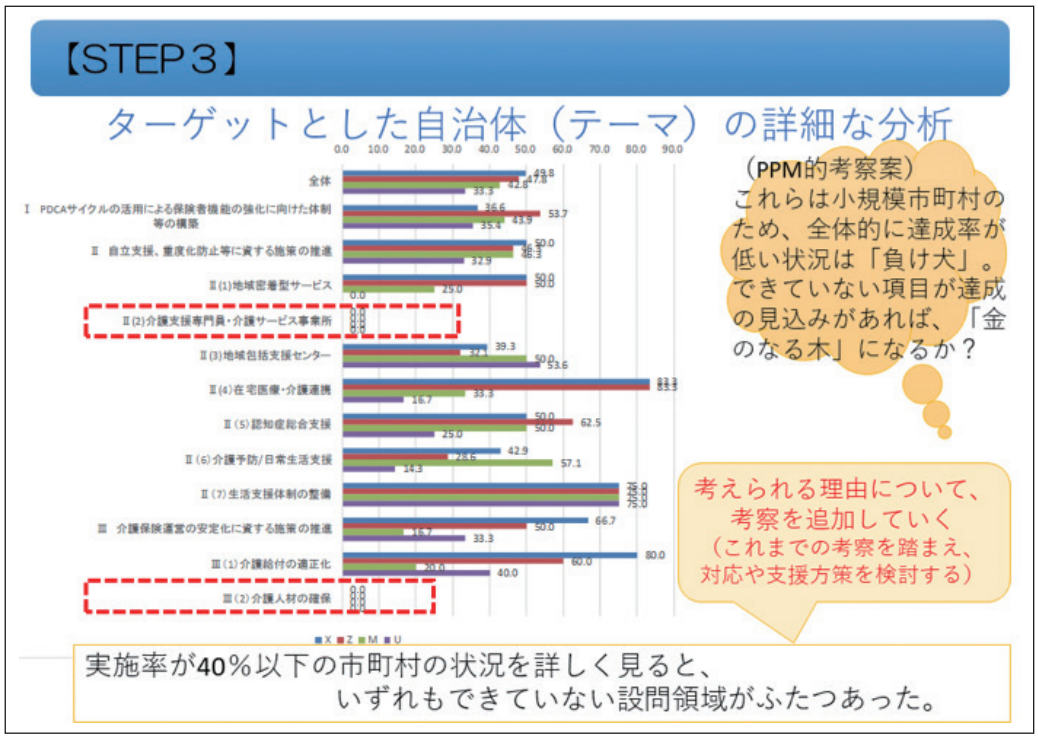
スライド４

複数の項目について各自治体の数値を確認し、項目間の関連を考察します。



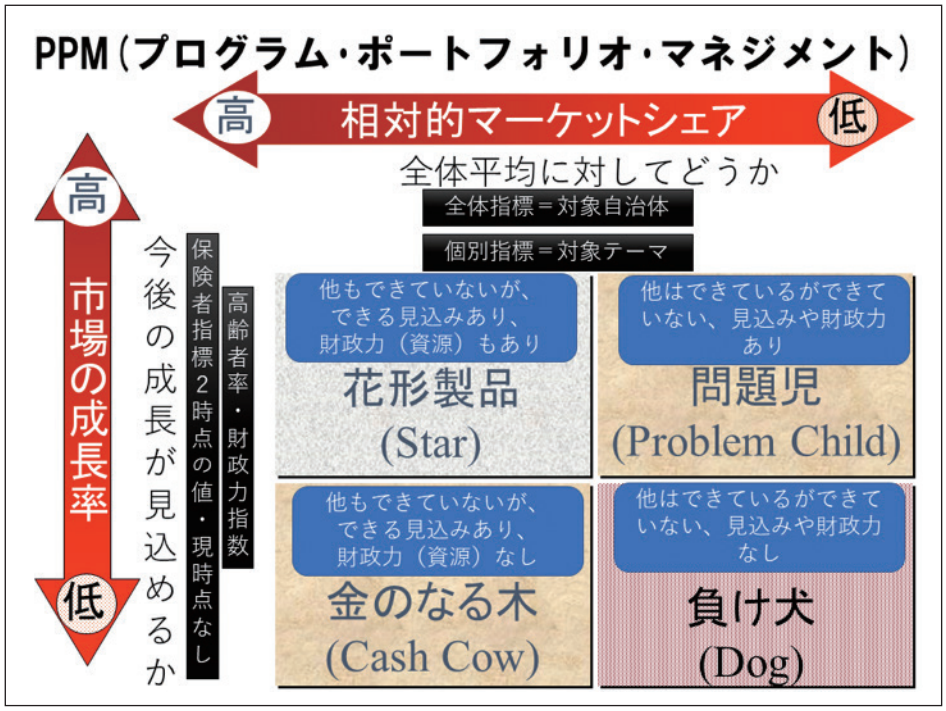
スライド５

上記の作業から、優先度の高い自治体を選び、その自治体についてより詳しく「診断」を進め、対策を検討します。



スライド６

考察の手がかりになる考え方：PPM（プログラム・ポートフォリオ・マネジメント）



2．インターネットから得られるその他の情報・資料

地域分析のサポートやマネジメントに役立つ情報を掲載します。いずれも以下 URL から情報にアクセスし、資料のダウンロードができます。

①地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域診断に関する参考資料

◆地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き
（厚生労働省老健局介護保険計画課）
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000169786.html

◆介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（厚生労働省老健局介護保険計画課）
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000138653_00001.html

②地域包括支援センターの取組評価指標を活用した分析に関する参考資料

◆地域包括支援センターが行う包括的支援事業における効果的な運営に関する調査研究事業　報告書
https://www.murc.jp/uploads/2018/04/koukai_180418_c5.pdf

◆エクセル版分析ツール解説書
https://www.murc.jp/uploads/2018/04/koukai_180418_c5_1.pdf

◆【市区町村票】エクセル版分析ツール
https://www.murc.jp/uploads/2018/04/koukai_180418_c5_2.xlsx

◆【地域包括支援センター用】エクセル版分析ツール
https://www.murc.jp/uploads/2018/04/koukai_180418_c5_3.xlsx

③健診・医療・介護等 データ活用マニュアル：

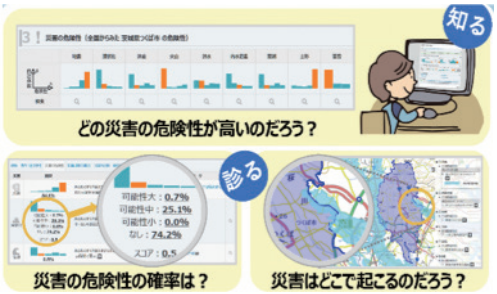
人口動態統計（死因統計）等の公的調査統計、医療費、介護保険、各種保険者データ（国保、協会けんぽ等）、市町村独自の調査結果等の量的データの活用方法を解説しています。
https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/data/data-manual.pdf

3．防災に関する資料

◆地域防災 web

https://chiiki-bosai.jp/
防災科学技術研究所が開発を行っている、地域防災活動を支援する情報提供サービスです。

1）市町村の状況：地域の自然特性（地形分類）・社会特性（人口・高齢化率・財政力指数）・災害の危険性をカルテ形式で見る事ができます。ランキング形式で掲載されています。



2）地域防災情報の検索と発信：地域防災活動の手法と実践事例を検索・閲覧できます。防災科研が開発したオープンソースソフトウェア「e コミュニティ・プラットフォーム (https://ecom-plat.jp/)」を使って地域内での災害リスク情報や防災資源情報の共有や、地域外への情報発信を行うことができます。



◆防災科研クライシスレスポンスサイト（NIED-CRS）

https://crs.bosai.go.jp/

国立研究開発法人防災科学技術研究所（防災科研）が提供する災害情報の集約サイト。自然災害の警戒期・発生期・対応期における状況把握のための情報を集約・発信しています。



これまでに集約・発信された情報：

強震モニタ・推定震度分布図・降水ナウキャスト＆短時間予報・浸水 / 土砂災害危険度・台風経路情報・道路規制情報・通行実績情報・通水 / 断水情報・公共土木被害情報・給水 / 入浴支援情報・被災後空中写真・災害ボランティア活動情報・災害情報リンク集

おわりに

「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～」の姉妹本である「地域包括ケアの推進に向けたまちづくり支援ガイド」、いかがでしたでしょうか。

冒頭でも少し触れましたが、現場ではどうしても目の前の業務に日々追われがちになることが多いかと思います。使えるはずのデータがあっても、これまでの活動の振り返りや今後の活動のためのビジョンの設定を、現場で余裕を持って行うことはなかなか難しいのではないでしょうか。そこで支援者が少し俯瞰的・客観的な視点を持って、市町村と関わる（マネジメント機能を果たす）ことによって、現場の活動を支援できることが期待できます。とはいっても、支援側にも支援やマネジメントのノウハウが必要になるかと思います。本ガイドはそんな「支援者のガイド」として、お手元で役立てて頂くために作成されました。

本ガイドには、市町村を支援する際のエッセンスが、各項にふんだんに散りばめられております。全体を通して読まれると、データの活用方法・連携や支援の在り方・ワークショップ開催の具体例など、類似した内容の記載が何度も出てくるように感じられたかもしれません。しかし、それらは各著者が市町村と継続的な関係を築いていく際に感じた重要なポイントであるだろうと編集側で判断し、今回あえて省かずに掲載しております。

都道府県や保健所、民間などの市町村を支援する立場の方々に本ガイドを参考にしていただき、それぞれの市町村との今後の関わりへ少しでも活かして頂けることを期待しております。円滑に支援が進むことで、各地での施策の策定や各種の事業が行いやすくなり、それぞれの現場の実情に応じた地域包括ケアシステム構築がこれからいっそう進んでいくことを、筆者一同願っています。「地域包括ケア」は高齢者保健の枠組みから生まれた言葉ですが、本来はすべての年代の人々を包括する概念です。本ガイドが地域包括ケアの推進、ひいてはすべての人々の健康とウェル・ビーイングを達成する活動の一助になれば幸いです。

2019 年 3 月

編者・著者一同を代表して
東京大学　長谷田　真帆

執筆者情報

編集

近藤　尚己　　東京大学　大学院医学系研究科　健康教育・社会学分野　准教授
長谷田　真帆　東京大学　大学院医学系研究科　健康教育・社会学分野　特任助教

執筆者一覧（担当箇所）：五十音順

相田　潤　　東北大学大学院歯学研究科
（第 1 章第 3 節コラム）
安保　育子　　名古屋市守山区西部地域包括支援センター
（第 4 章 事例 4）
池田　真幸　　国立研究開発法人 防災科学技術研究所
（第 1 章第 3 節・市町村等の支援に役に立つ資料／情報）
市田　行信　　政策基礎研究所・鳥取大学
（第 2 章第 5 節）
鵜川　重和　　大阪市立大学大学院生活科学研究科・
北海道大学大学院医学研究院社会医学分野公衆衛生学教室
（第 5 章　広域連合）
太田　亜紀　　神戸市保健福祉局 介護保険課 地域包括支援係　介護予防担当
（第 4 章　事例 3）
太田　亜里美　新潟県立大学健康栄養学科
（第 3 章第 5 節）
大田　康博　　株式会社 QOL84 プラス
（第 5 章　民間事業者による支援）
大夛賀　政昭　国立保健医療科学院　医療・福祉サービス研究部
（第 1 章第 1 節・第 2 章第 3 節・第 3 章第 3 節　事例 1・市町村等の支援に役に立つ資料／情報）
岡田　栄作　　浜松医科大学医学部健康社会医学講座
（第 5 章　広域連合）
尾島　俊之　　浜松医科大学医学部健康社会医学講座
（第 3 章第 3 節　事例 2・第 4 章　事例 2）
河村　洋子　　静岡文化芸術大学 文化政策学部
（第 3 章第 6 節）
近藤　克則　　千葉大学予防医学センター
（第 4 章　事例 6）
近藤　尚己　　東京大学大学院医学系研究科　健康教育・社会学分野
（はじめに・第 3 章第 3 節）
齋藤　順子　　国立がん研究センター　社会と健康研究センター
東京大学大学院医学系研究科　健康教育・社会学分野
（第 5 章　支援での行き詰まり・使うべきデータ）
斎藤　　民　　国立長寿医療研究センター老年社会科学研究部
（第 4 章　事例 5）
斉藤　雅茂　　日本福祉大学社会福祉学部
（第 2 章第 4 節・第 3 章第 3 節　事例 3）

嵯峨　生馬　　認定 NPO 法人 サービスグラント
（第 4 章　事例 6）
島崎　　敢　　国立研究開発法人 防災科学技術研究所
（第 1 章第 3 節）
菖蒲川　由郷　新潟大学大学院医歯学総合研究科国際保健学分野
（第 3 章第 4 節）
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
（第 3 章第 1 節）
中村　廣隆　　日本福祉大学　看護学部
（第 4 章　事例 4）
藤内　修二　　大分県福祉保健部
（第 4 章　事例 1）
西岡　大輔　　東京大学　大学院医学系研究科　健康教育・社会学分野
（第 2 章第 2 節）
長谷田　真帆　東京大学　大学院医学系研究科　健康教育・社会学分野
（第 2 章第 1・2・4 節・第 3 章第 2 節・おわりに）
藤原　美幸　　神戸市保健福祉局　介護保険課　地域包括支援係　介護予防担当
（第 4 章　事例 3）
堀井　聡子　　国立保健医療科学院　生涯健康研究部・独立行政法人　国際協力機構（JICA）
ベトナム新卒看護師のための臨床研修制度強化プロジェクト
（第 1 章第 2 節）
森山　葉子　　国立保健医療科学院　医療・福祉サービス研究部
（第 2 章第 3 節）
山谷　麻由美　長崎県立大学看護栄養学部看護学科
（第 3 章第 7 節）

謝　辞

本書は 2017・2018 年度日本医療研究開発機構（AMED）の助成を得て実施された「地域包括ケア推進に向けた地域診断ツールの活用による地域マネジメント支援に関する研究」事業（課題管理番号：17dk0110027h0001・研究開発代表者：近藤尚己）の成果物です。作成においては、日本老年学的評価研究：Japan Gerontological Evaluation Study の研究メンバー、一般社団法人・日本老年学的評価研究機構のスタッフ一同から多大なご支援を賜りました。記して感謝いたします。

2017・2018 年度日本医療研究開発機構「地域包括ケア推進に向けた地域診断ツールの活用による地域マネジメント支援に関する研究」事業担当者一覧

研究開発代表者

近藤　尚己　　東京大学　大学院医学系研究科　健康教育・社会学分野　准教授

研究開発分担者

近藤　克則　　千葉大学予防医学センター　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
斉藤　雅茂　　日本福祉大学社会福祉学部　准教授
菖蒲川　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
相田　　潤　　東北大学大学院歯学研究科　准教授
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
山谷　麻由美　長崎県立大学看護栄養学部看護学科　准教授
河村　洋子　　静岡文化芸術大学 文化政策学部　准教授
鵜川　重和　　大阪市立大学大学院生活科学研究科　准教授
太田　亜里美　新潟県立大学健康栄養学科　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

地域包括ケアの推進に向けたまちづくり支援ガイド

発　行　日　2019 年 3 月 初版発行

発　行　者　日本医療研究開発機構「地域包括ケア推進に向けた地域診断ツールの活用による地域マネジメント支援に関する研究」班（代表：近藤尚己）

デザイン・表　紙　ラウンドアラウンド　道田真司
イラスト　福岡市博多区
http://roundaround.net

出　版　地　東京

ISBN：978-4-909234-02-5

地域包括ケアの推進に向けた
まちづくり支援ガイド

日本医療研究開発機構
「地域包括ケア推進に向けた地域診断ツールの活用による
地域マネジメント支援に関する研究」班

ISBN：978-4-909234-02-5



