

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

2015 年 7 月

厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業

「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」



報告書目次	… 1
1. はじめに	… 2
2. 調査の概要と目的	… 2
3. 調査方法	… 3
4. 結果	… 4
1) 個人の属性	… 4
2) お勤めの部署	… 4
3) 精神的健康度	… 5
4) JAGES 研究者とのつながり	… 5
5) 地域診断データの活用状況	… 7
6) JAGES プロジェクトへの要望	… 8
7) 他の部門や組織との主観的な連携状況	… 10
8) 他の部門や組織との仕事上の協力関係	… 12
9) 他の部門や組織とのやりとりの頻度、連携の必要性	… 14
10) 職場のソーシャル・キャピタル	… 20
11) 施策化能力評価尺度	… 21
5. 考察と今後の展望	… 26
6. 参考文献	… 28
7. 2015 年度 JAGES プロジェクトメンバー	… 29

1. はじめに

このたびは、2014年度「自治体施策に対する JAGES プロジェクトの効果評価のための調査」にご協力いただきまして、誠にありがとうございました。大変遅くなり恐縮ですが、全体の調査結果をまとめた報告書をお送りいたします。ご参考になるところがございましたら幸甚でございます。結果をまとめた概要版につきましては、別刷りにて添付させていただいております。引き続き、JAGES プロジェクトをどうぞよろしくお願い申し上げます。

2. 調査の概要と目的

JAGESプロジェクトでは、「健康と暮らしの調査」にご協力をいただいている自治体の皆さまのご協力により、介護予防や高齢者保健に関して多くの知見を蓄積し、国の施策にもその成果を反映することができております。プロジェクトの一環として、JAGESでは、調査にご参加いただいた自治体の皆さまの日々のお仕事や、市区町村の介護予防施策がより充実したものとなるように、「見える化」を中心とした介護予防政策サポートシステムを各自治体へ導入させていただいております。

このたび、介護予防政策サポートシステムの効果についての評価と、更なる改善を目的として、ご協力いただいている皆さまの活動状況や、プロジェクトへのご要望などについて、アンケート調査を実施させていただきました。

3. 調査方法

JAGES プロジェクトにご参加いただいております、全 32 自治体のプロジェクトご担当の 105 名（1 自治体につき 1 から 9 名）の方に対し、2014 年 9 月に自記式調査票をお送りし、ご記入後にご返送頂きました。

調査票の内容は、

- ・個人属性（職種・職位・勤続年数・居住年数など）、お勤めの部署について（規模・種類・専門職の数など）
- ・精神的健康度
- ・JAGES 研究者との連携状況、地域診断データの活用状況
- ・JAGES プロジェクトへの要望について（自由記載）
- ・行政内の他部門・行政外の組織・住民組織や特定の役割を担う人などの、
 - ・主観的な連携状況、その満足度、仕事上の協力段階
 - ・知り合ってから年数、やりとりの頻度、連携の必要性
- ・職場のソーシャル・キャピタル（人々の協調行動を活発にすることによって社会の効率性を高めることのできる、信頼、規範、参加のネットワークといった社会的仕組みの特徴¹⁾）
- ・施策化能力評価尺度

以上の項目について、ご回答をいただきました。

4. 結果

調査は対象の105名の方全員にご協力いただくことができ、回収率100%を達成致しました。個人の結果につきましては、ご希望のあった方55名に、全体の結果と比較した「個人結果報告書」をお送りさせて頂きました。以下、各項目について、結果の概要をお示し致します。

1) 個人の属性

回答していただいた方の性別は男性35名、女性65名、無回答1名でした。職種は事務職が42名、医療福祉専門職が59名でした。医療福祉専門職は保健師がほとんどで、その業務は、業務担当制が12名、地区担当・業務担当併用制が39名、無回答が3名でした。職位は様々な方がいらっしゃいました（図1）。

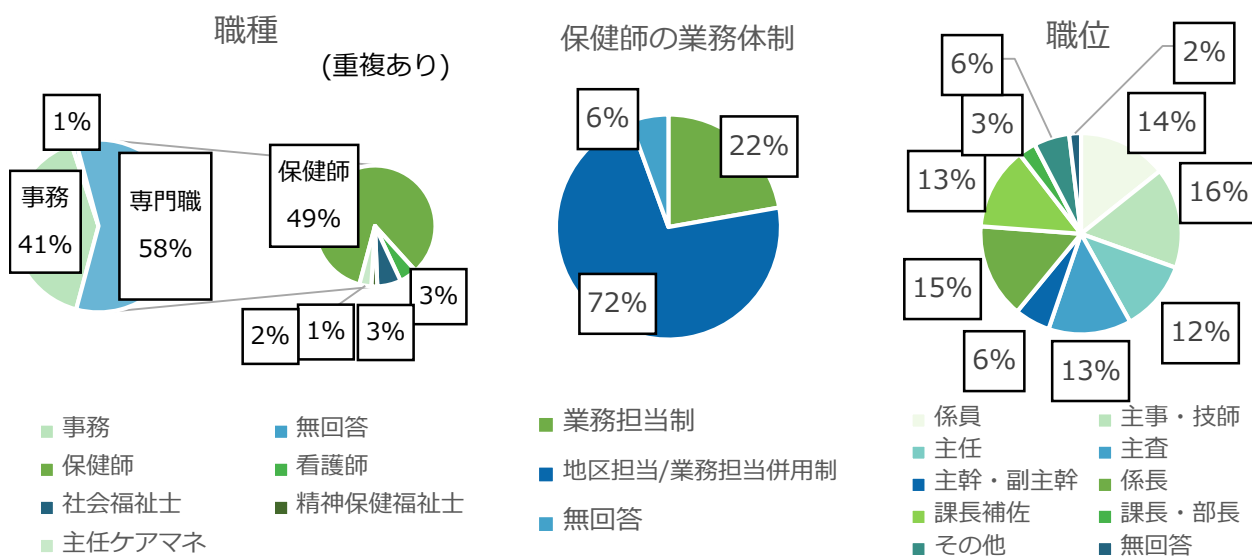


図1：各職種、保健師の各業務体制、各職位の人数の割合

2) お勤めの職場の状況

部署の規模は平均11.4名(2-51名)でした。保健師の数は平均2.8名(0-14名)、社会福祉士の数は平均0.70名(0-5名)でした。勤続年数は平均4.17年(5か月-27年6か月)、居住年数は平均22.6年(0-57年5か月、居住経験なし：24名)でした。

3) 精神的健康度

精神的健康度の把握目的に測定したK6²⁾³⁾の得点は、5点以上(心理ストレス相当)の方が49名(48%)おられ、うち10点以上12点未満(気分・不安障害相当)が6名(6%)、13点以上(重症障害)が6名(6%)でした(図2)。日本の一般住民において、K6が13点以上に該当するのは3.0%⁴⁾とされており、一般住民に比べて、本調査の対象の方の精神的健康度は、やや悪い傾向にありました。

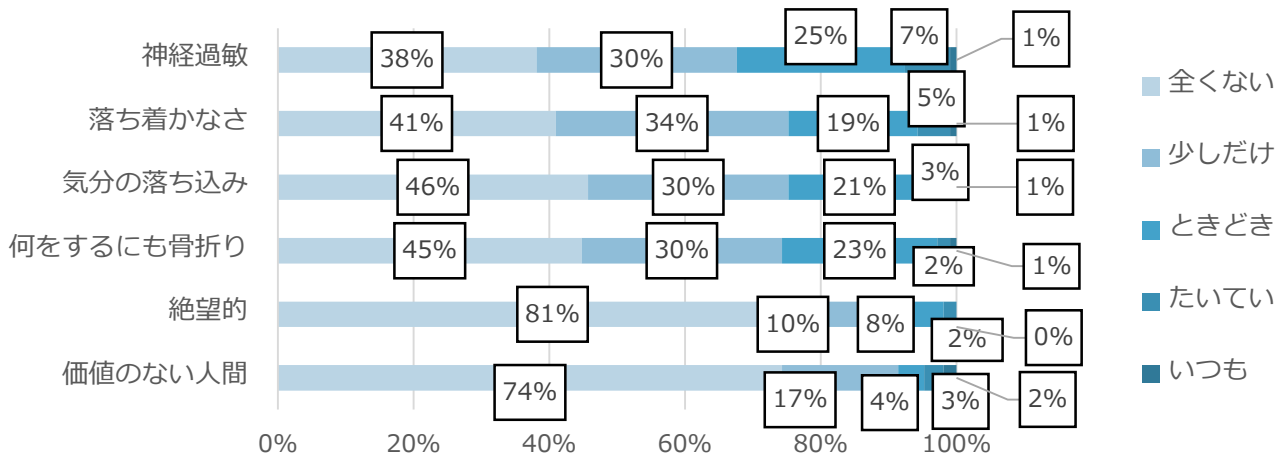


図2 : K6 の各設問への回答の割合

4) JAGES研究者とのつながり

JAGES研究者との意思疎通については、約半数の方に「良い」とお答え頂きましたが、12名(11%)の方が「良くない」との回答でした。満足度については「満足」が45名(43%)、「不満」が2名(2%)でした。

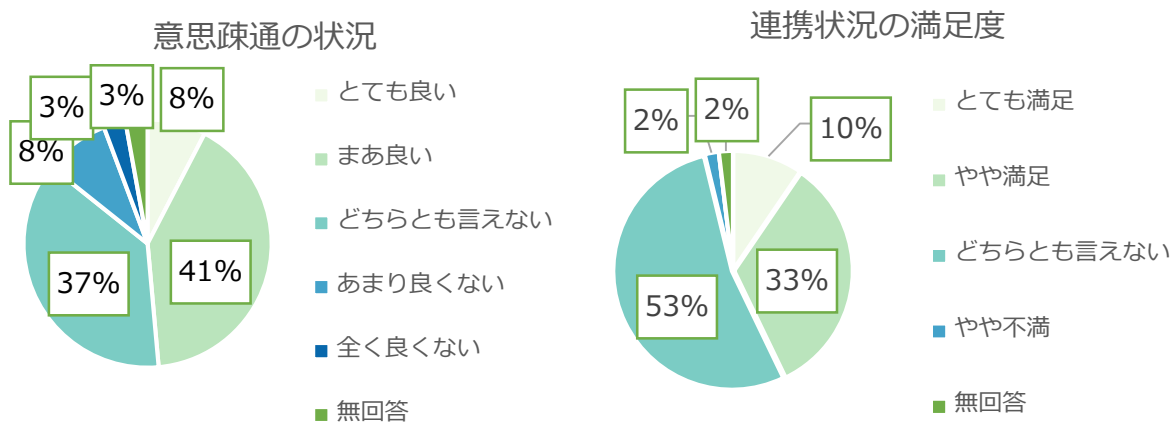


図3 : JAGES 研究者との意思疎通の状況・連携状況の満足度

2014年度にJAGESプロジェクトが計4回開催した保険者向けの結果説明会に参加したかどうかで分けてみますと、いずれかの説明会に参加したと回答された58名は、参加しなかったと回答された40名に比べて、連携状況が良い、満足しているとの回答される傾向がありました（図4）。職種やJAGES調査への参加年度では差は見られませんでした。

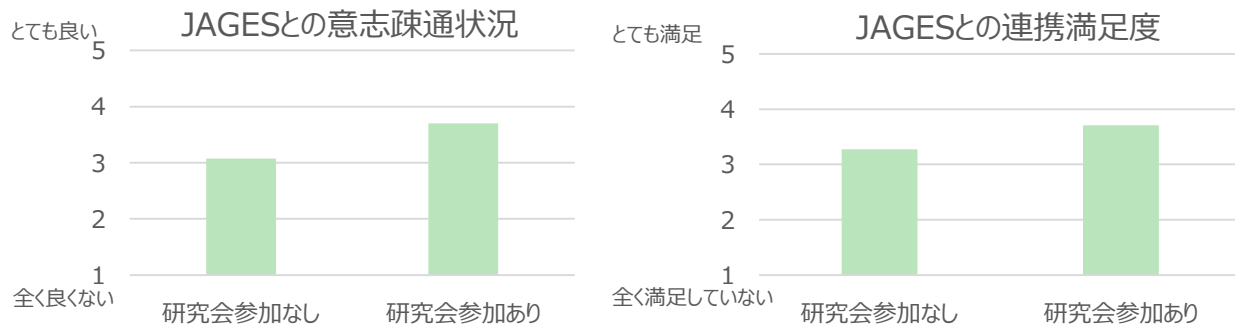


図4：研究会への参加の有無ごとの、JAGES 研究者との意思疎通状況/連携満足度

また各自治体ごとに、JAGESの連携状況とその満足度の平均点を算出し、その自治体の2013年度の新規要介護認定率（データをご提供頂き、計算が可能な自治体のみ）との関連をみたところ、JAGESとの連携状況が良い・満足しているとお答えいただいた自治体ほど、その自治体の高齢化率や独居者の割合、可住地人口密度を調整した上でも、新規要介護認定率が有意に低くなっていることがわかりました（図5）。

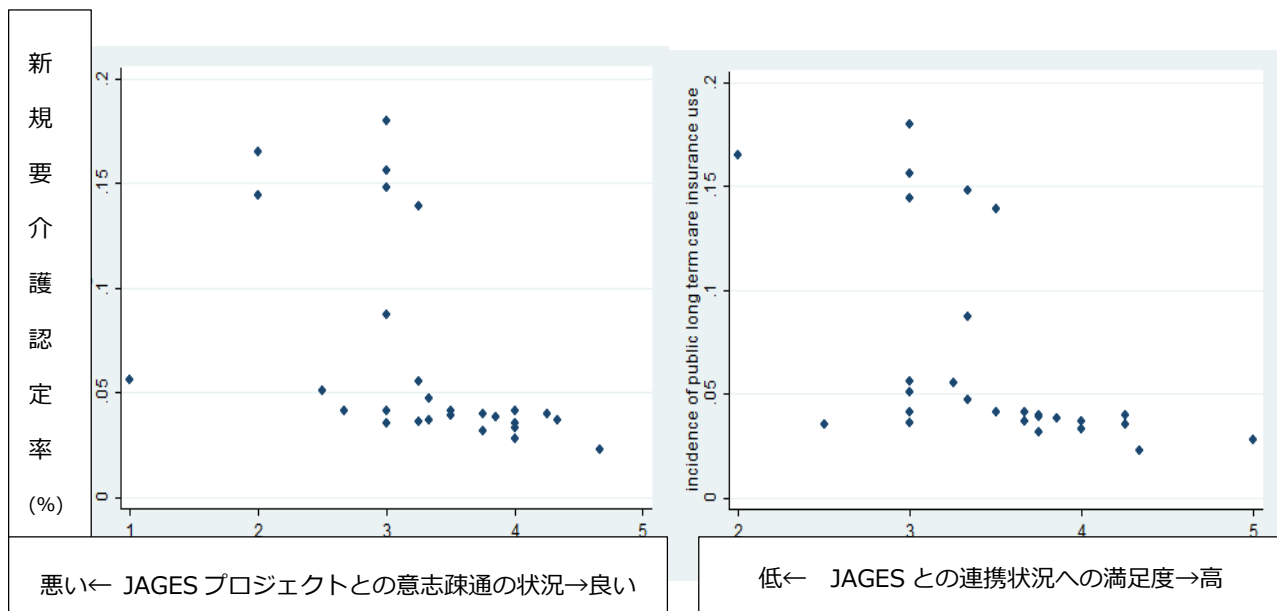


図5：自治体ごと、JAGES 研究者との意思疎通状況/満足度の平均点と2013年新規要介護認定率の散布図

5) 地域診断データの活用状況

JAGES プロジェクトでは、これまでの調査結果を「見える化」した地域診断データを「地域診断書」として web 上で公開しています。(URL: <http://www.jages.net/#!untitled/cxbx> 閲覧にはパスワードが必要です)。これをどの程度有用と思うかについては、「有用」が 70 名(67%)、「どちらとも言えない」が 16 名(15%)、「有用でない」は 0 名、そもそも「地域診断書を見たことがない」方が 18 名(17%)でした。地域診断書を見たことがない方を除き、地域診断書が介護予防事業計画の策定や実施にどの程度活用できているかについては、「活かしている」が 42 名 (47%)、「どちらとも言えない」が 31 名(35%)、「活かしていない」が 12 名(13%)でした。

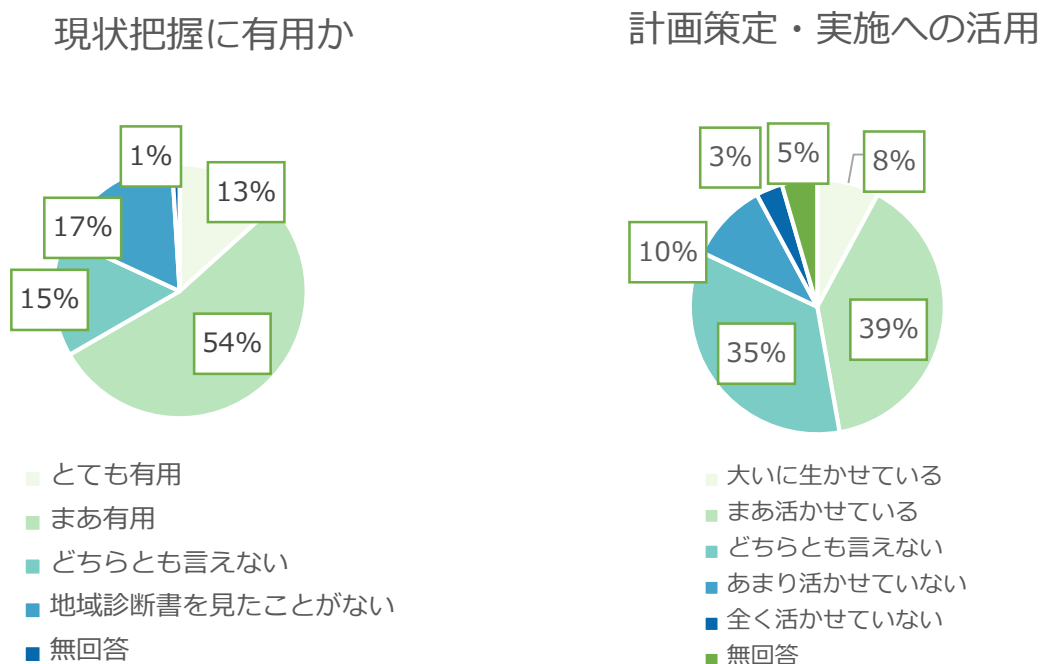


図 6 : 地域診断書が現状把握に有用か・計画策定や実施に活用できているかについての回答割合

地域診断書を活かさない理由については、「忙しい」と「具体的な対策が思いつかない」という意見が多く選ばれました。自由記載では、「印刷・加工しづらい」「他部署と共有するのが難しい」「課題が大きすぎて、対応が難しい」「他の新規事業への対応で手いっぱい」「目立った特徴を拾いきれなかった」「項目の妥当性が不明」「時期の問題」などの意見が挙げられています (図 7)。

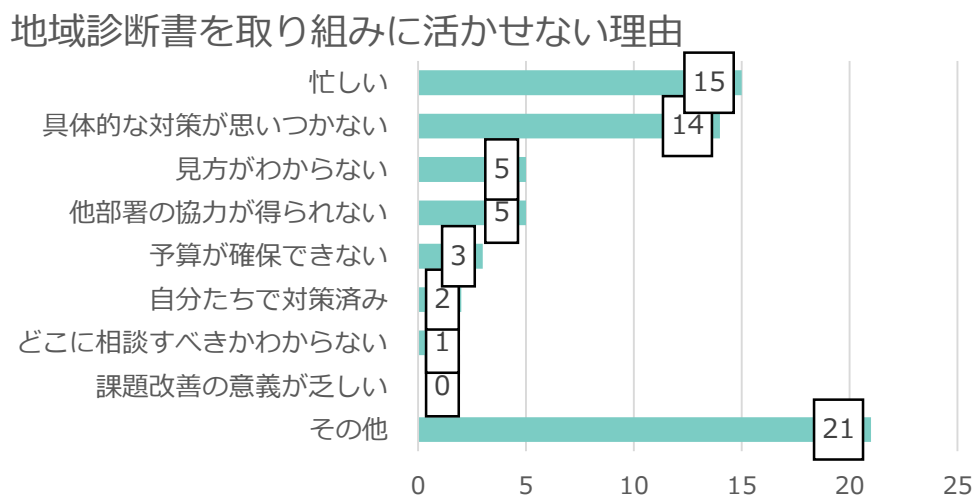


図7：地域診断書を取り組みに活かさない理由（数字は人数）

6) JAGESプロジェクトへの要望（抜粋）

<スケジュールについて>

- ・計画立案に寄与困難である。進行スケジュールを適切化してほしい。

<データの活用について>

- ・地区診断書の地域評価を5分位均一にできると計画にそのまま活用できると思います。
- ・地域診断書としてまとめられたデータ以外の項目については、配布された冊子からサラッと値を見ているだけです。活用していないデータが多い気がします。地区診断書の項目が今までの事業計画策定時にとるアンケート調査では、整理されていなかったの
で、とてもわかりやすく感じました。
- ・課内でのJAGESの活用がなかなかできない現状がある。パソコンを開くのが苦手な保健師が多い。ペーパーにおとして、ニュー
スとして、各市の比較やトピックスをのせて、興味がわくように、活用してほしい。
- ・地域診断結果を広く活用できるようにするため、結果データを印刷又はpdf等で書き出せる機能があると助かります。現状だと
市が作る介護保険事業計画上でJAGESデータが使えません。

・他市町村との比較や地域の課題が科学的根拠に基づいて把握することができました。パソコン操作での相関関係等、様々なアイデアで、独自のデータとして活用でき奥深いものであると思いました。今後研修を重ねて頂き、市町村職員が、データの活用がさらに有意義にできるようよろしくお願いします。

・データ分析等疫学を用いて市町の状況を分析→課題抽出→地域との課題共有→施策反映→実施・評価（PDCA）との流れの中で活動すべきとは机上では理解しながらも今までなかなか実行できずにいました。しかし、JAGESのデータを活用することで課題分析が容易になり、かつ正確な分析・課題抽出が可能となり大変助かっております。

・アンケートを集計し結果が出て、なぜそういう結果になったかの裏付けが見えてこない内容では結局使いにくい。なんとなくきつところだろうというアンケートから感じ取れる部分はあるが、①追跡調査②経年的調査による分析をしない限りは、JAGESが活かされてこないと思う。

・どう住民にかえていくのかをデータが加工しづらいようでは困る。数字の説明が難しいようでは(診断書の「この0.002って何？」に答えられない)、利用しにくいようでは、まだまだだと思うのです。どう説明したら住民に伝わるのか一緒に考えてください。研究者の方々がわかった（データから～という結果が出ました）というものが、果たして、この小さな町でも有効なのか？そのまま活用できるのか？大きい町とは違うことから、小さい町同士で話し合う事もあります。

<報告会、共同研究会について>

・共同研究会の機会は、他県の市町村との交流ができ、とても刺激を受けます。研究会のプログラムの企画も参考になります。データから地域の課題を分析するということを学べ、ニーズ調査、健康とくらしの調査の意義が大きいことに気付いた。地域の課題を住民や庁内のスタッフ、関係機関と共有し施策化する、とても良い機会を一緒に持てて良かった。

・根拠にもとづいた施策立案、実施に役立つものだと思うので有用と思いますが、いつも研修会の帰りには意欲上々で帰りますが、いざ職場にもどると日々の業に追われ、なかなか実行にうつせません。それがフラストレーションになったりもします。

・今回の研究会はデータ分析に重きがありデータをどうプランに活かすか？施策化のスキルupのフォローを含めた内容は少なかったと聞いています（5期の方が、具体的に計画の立て方を学べたとのこと）追加でフォローをお願いします。

・研究者の皆様と直接地域の状況や施策反映等について検討する機会が少ないため大学周辺の市町の皆様をうらやましく思うことがありました。もっと接点があればいいのにと感じます。

<今後について>

・介護予防施策が住民の暮らしにどのような影響を与えるのか、施策の評価についても学びを深めていきたいと感じている。

・施策化のお手伝いをしていただけるとは非常にありがたく感じています。ただ、行政内では他の業務との優先順位や方向性がある中で実施しているため、研究者からのある程度のご提案や方針へのご助言がないとどんどん後回しになっていきます。せっかくのご協力をいただける状況にもかかわらず非常にもったいないと感じていますので、どのようなビジョン、想いをお持ちなのかを、見える化していただくと、両者にとって良いのではないかと思います。

・今後アンケート結果の分析を進めて町の施策に生かすことができればと思います。

・委託担当者との連絡を適切に行っていただく必要がある。

・科学的根拠を活用することは重要だけれど、それだけでは解決できないこともあると思います。

・今後の介護予防では、「心身の維持向上」のほか「参加」「活動」が重視されます。「心身」の方は保健分野でデータ活用しながら対策が進められていますが、「参加」「活動」研究は介護系職の目から見て、おざなりな感が否めません。今後 JAGES で大いに研究が進むことを期待しています。

7) 他の部門や組織との主観的な連携状況

行政内の他の課、行政外の組織、住民や住民組織について、連携が取れていると思うか・満足しているかについては、行政内で「連携が取れている」と考えている方は59人(56%)と多い一方で、「満足していない」と感じている方も38人(36%)と他に比べてやや多い傾向にありました(図8)。

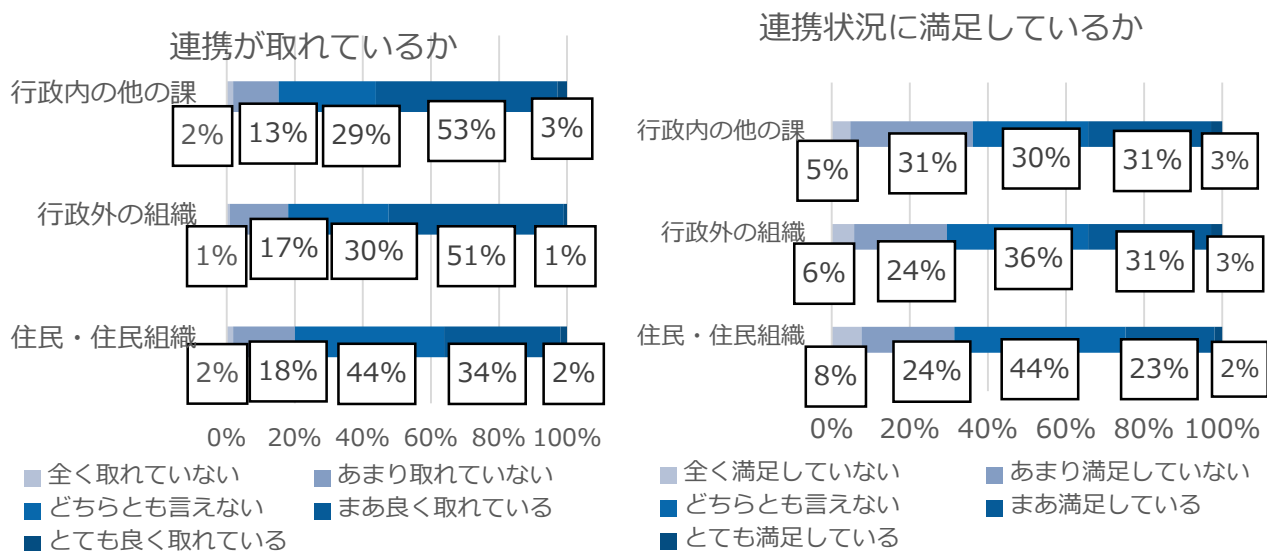


図8：他の部署や組織と連携が取れているか、連携状況に満足しているかについての回答割合

部署の規模で分けた場合、部署の規模が大きいほど、行政外の組織と住民や住民組織との連携が取れていると感じる人が多い傾向にありました（図9）。一方、可住地人口密度が高い自治体の職員は、特に住民や住民組織との連携が取れていないと感じる傾向にありました（図10）。

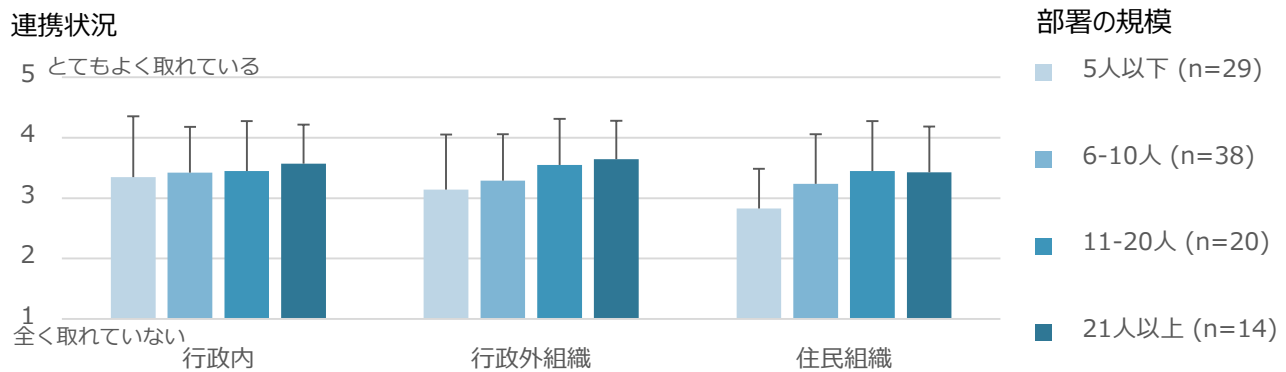


図9：部署の規模ごとの、他の部門や組織との連携状況（エラーバー：1SD（標準偏差））

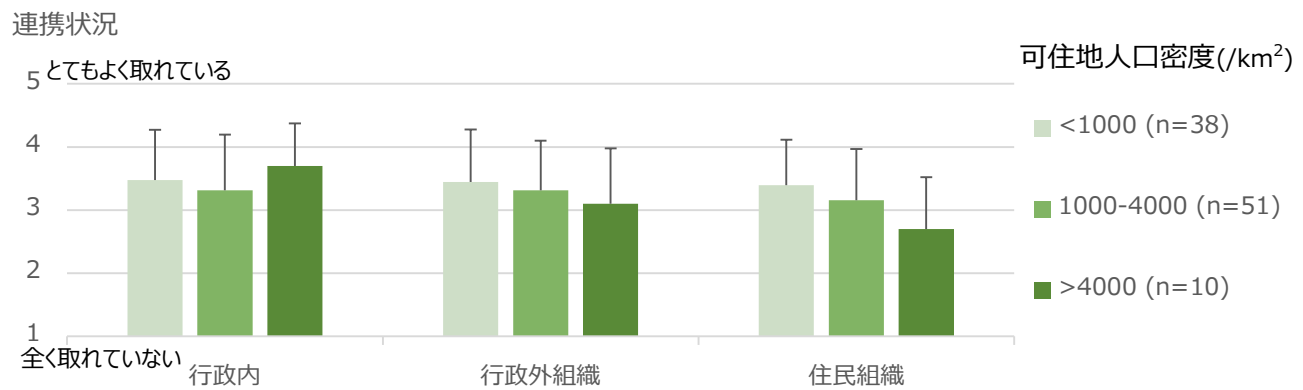


図10：人口密度ごとの、他の部門や組織との連携状況（エラーバー：1SD）

8) 他の部門や組織との仕事上の協力関係

所属する部署内、行政内の他の課、行政外の組織、住民や住民組織と、それぞれの程度協力して活動しているかについては、所属する部署内では、「課題へ協働して取り組んでいる」段階まで到達している者が26名(25%)と多い傾向にありました(行政内の他の課では14名(13%)、行政外の組織では13名(12%)、住民や住民組織では9名(9%)に留まっています)。また住民や住民組織とはそもそも「一緒に活動することはない」との回答が30名(29%)に達していました(所属する部署内では2名(2%)、行政内の他の課では20名(19%)、行政外の組織では12名(11%)でした)。

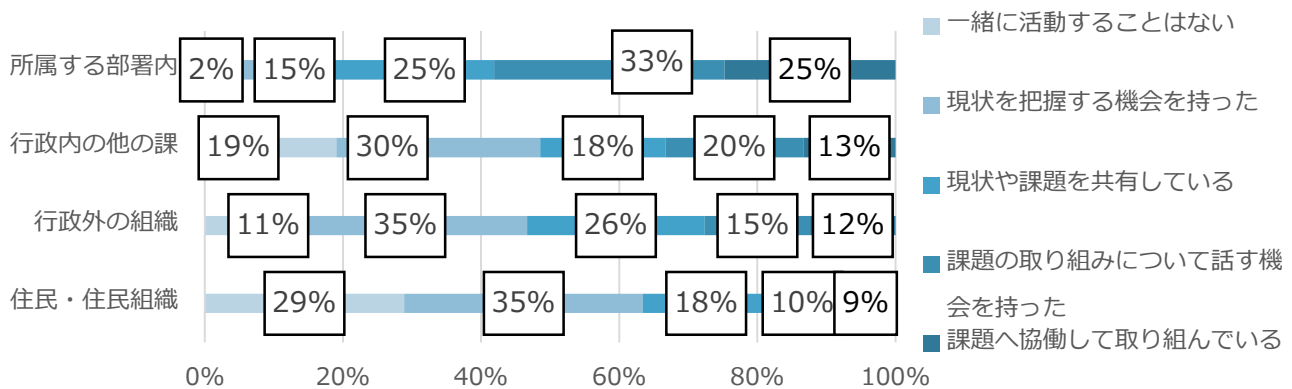


図 1 1 : 他の部署や組織との仕事上の協力段階についての回答割合

精神的健康の度合であるK6が13点以上と抑うつ状態の可能性が示唆される場合には、所属する部署内や行政内で協力状況が低い段階にありましたが、住民や住民組織とは他よりも協力関係が進んでいる傾向がありました(図 1 2)。

仕事上の協力関係：1=一緒に活動することはない 2=現状を把握する機会をもった 3=現状や課題を共有している
4=課題の取り組みについて話す機会をもった 5=課題へ協働して取り組んでいる

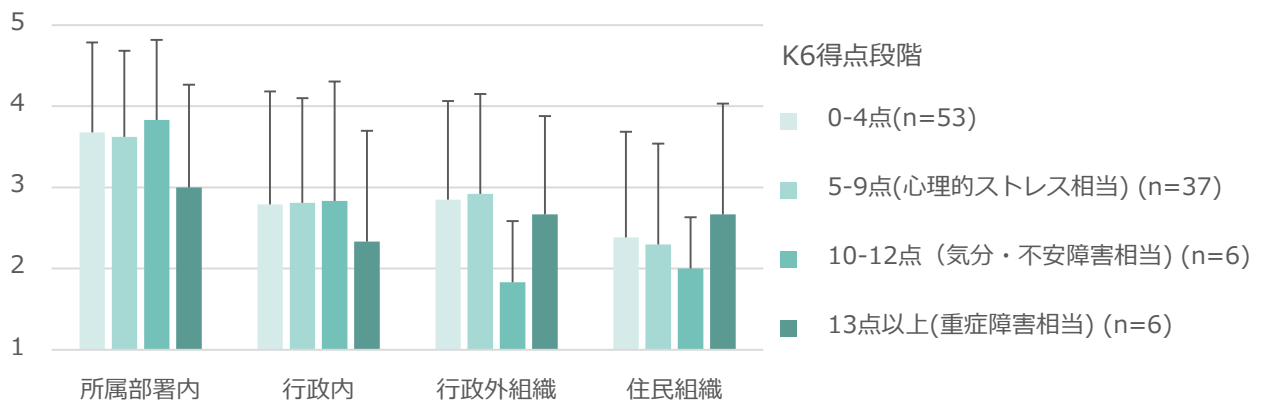


図 1 2 : K6 の得点段階ごと、各部署や組織との仕事上の協力関係の段階(エラーバー：1SD)

現在勤務している自治体への居住の有無で分けてみた場合、勤務している自治体に居住していないの方が、居住している方に比べて、どの部門とも協力できていると感じている人が多い傾向にありました（図13）。但しこれまでの居住年数で分けてみた場合は、関連ははっきりしませんでした（図14）。

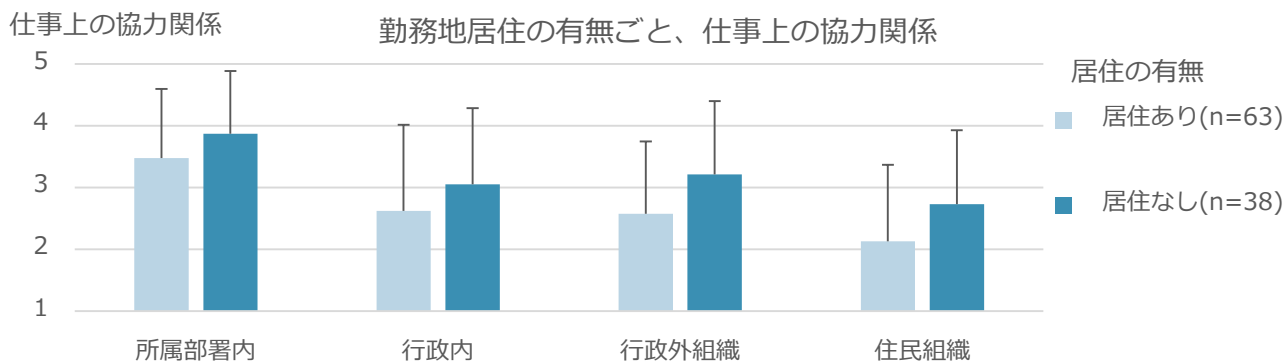


図13：勤務している自治体に居住の有無ごと、各部署や組織との仕事上の協力関係の段階(エラーバー：1SD)

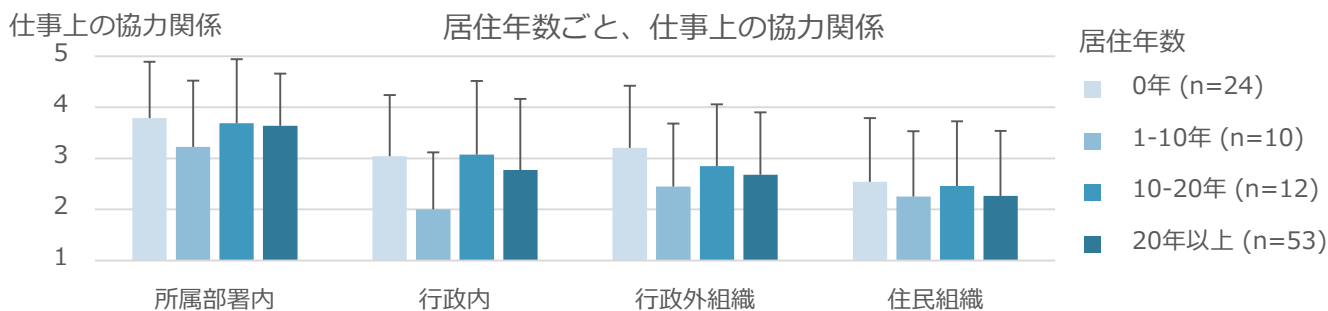


図14：勤務している自治体での居住年数ごと、各部署や組織との仕事上の協力関係の段階(エラーバー：1SD)

9) 他の部門や組織との「やりとり」の頻度と連携の必要性

① 行政内の他の課

16種類の部署についてお伺いしたところ、平均して12.1種類の部署と知り合いという結果でした。可住地人口密度が高い自治体に勤務している方ほど、行政内には知り合いは少ない傾向でした（図15）。

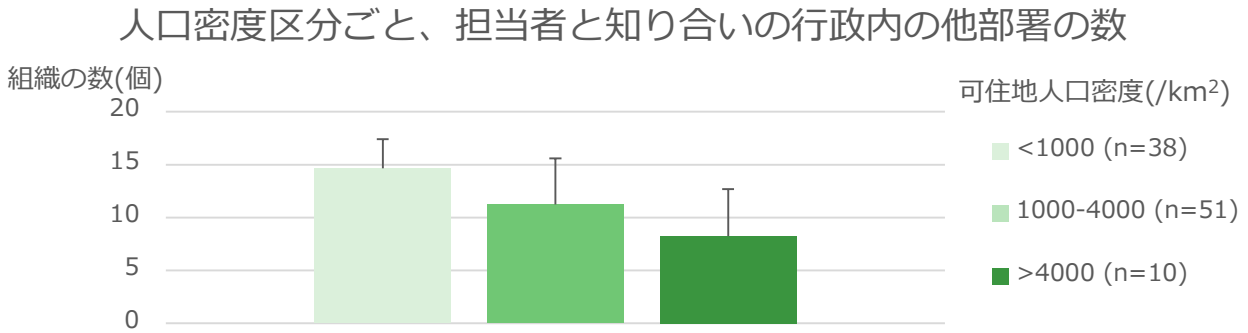


図15：可住地人口密度の区分ごと、担当者が知り合いである行政内の他部署の数(エラーバー：1SD)

各部署については、高齢者福祉の部署とは、全員が月1回以上仕事内外でやりとりしておられました。また障がい者福祉・生活保護などの部署とも、知り合いでないのは5名(6%)と少なく、月一回以上やりとりをするのが仕事内外で60名(70%)、仕事上で57名(66%)と多い傾向にありました。一方で、就労や産業に関する部署とは知り合いがそれぞれと42%・59%と少なく、観光や環境の部署と仕事上で月1回以上やりとりをするのがそれぞれ4%・6%と少ない傾向にありました（図16）。

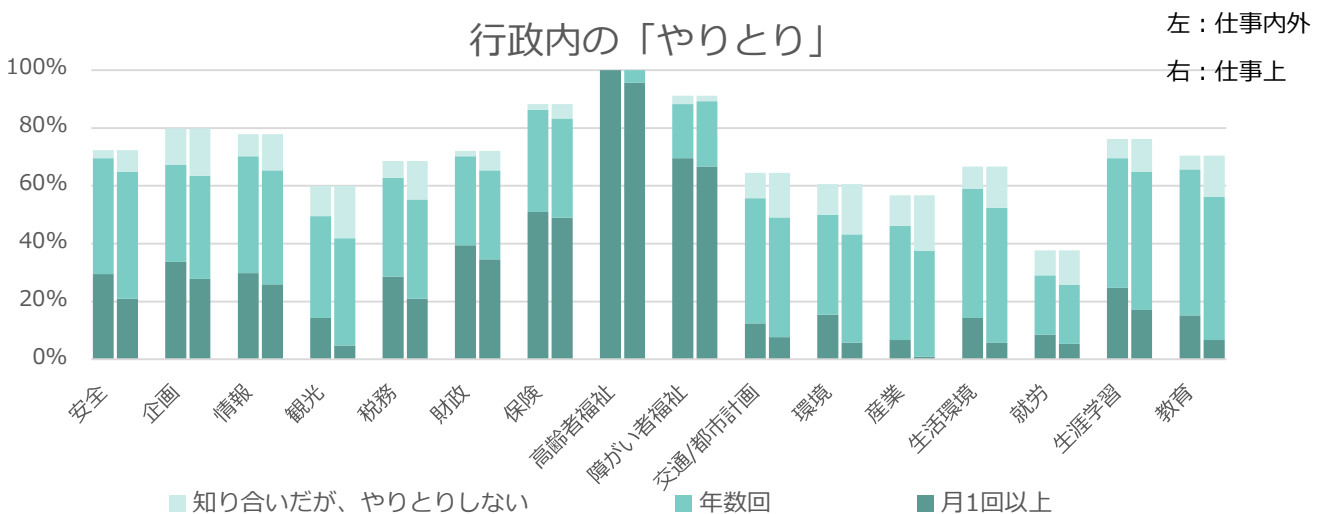


図16：担当者が知り合いである、行政内の他部署との仕事内外での「やりとり」の頻度の回答割合

連携の必要性については、やりとりの頻度が少ない部署において、後述の行政外の組織や特定の役割を担う人や組織に比べ、「必要性を感じていない」と答える者の割合が大きい、という結果でした（図17）。

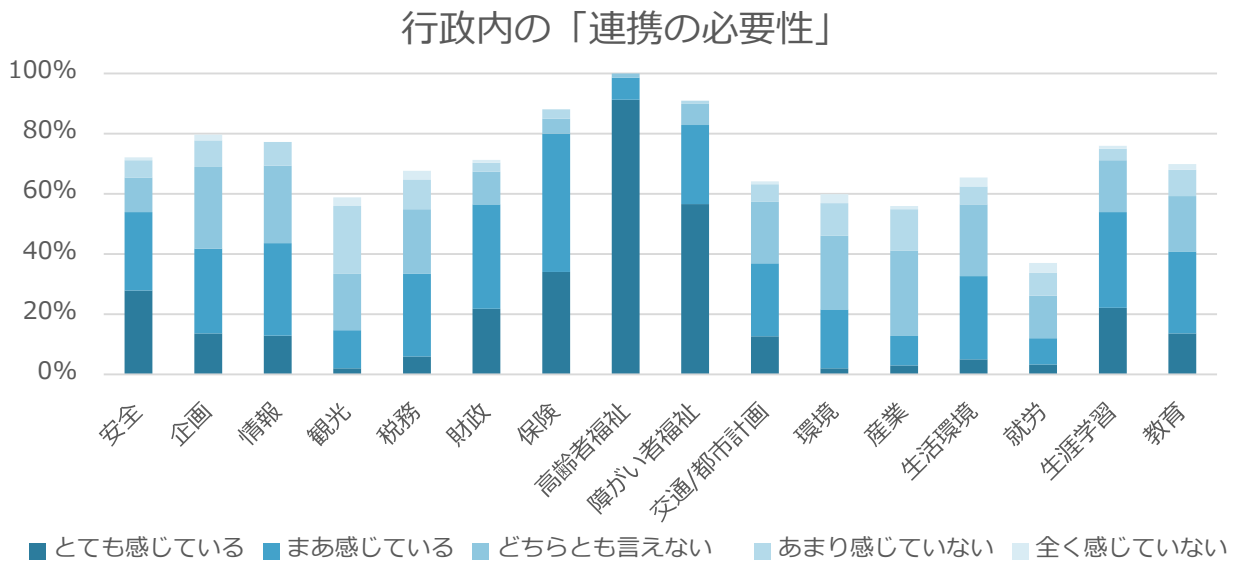


図17：担当者が知り合いである、行政内の他部署との「連携の必要性」の回答割合

② 行政外の組織

25種類の組織についてお伺いしたところ、平均して11.4種類（医療・福祉に関する9種類の組織では6.4種類、それ以外の16種類の組織では5.5種類）の組織の担当者と知り合いという結果でした。職位が高いほど医療・福祉に関する組織の担当者と知り合いであると回答する傾向にあり（図18）、勤続年数が高いほど、医療・福祉に関する組織もそれ以外でも、担当者と知り合いであると答える方が多い傾向がみられました（図19）。

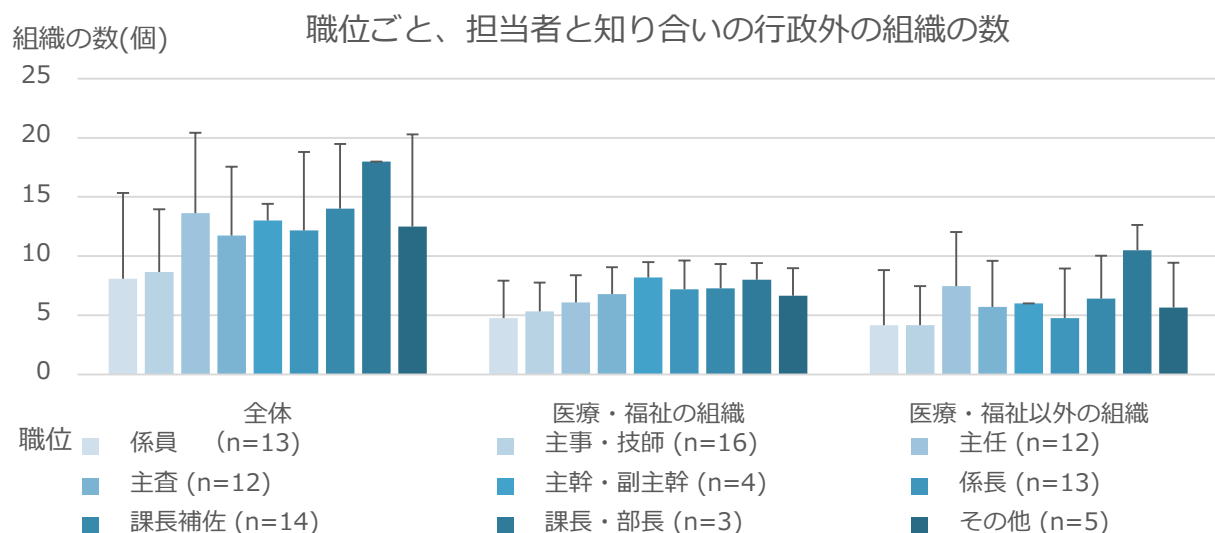


図18：職位ごと、担当者が知り合いである行政外の組織の数(エラーバー：1SD)

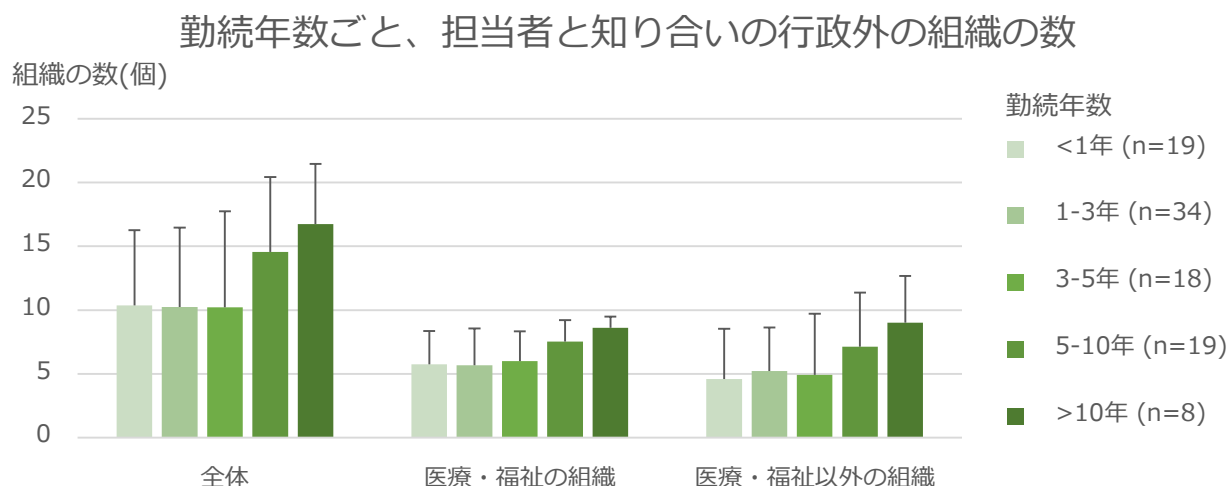


図19：勤続年数ごと、担当者が知り合いである行政外の組織の数(エラーバー：1SD)

各組織については、社会福祉協議会、居宅介護支援事業所とはそれぞれ知り合いがいる人の割合が97%、84%と多く、頻繁にやりとりをされていました。住民組織では、老人クラブに知り合いがいる者が74%、自治会に知り合いがいる者が73%と多いものの、いずれも半数以上は年数回程度のやりとりでした。青年団は地域にあった場合でも、知り合いでない割合が94%に達しています。患者会は地域にない場合も多いものの、あっても78%は知り合いでないとの回答で、やりとりの頻度は低い傾向にありました。薬局・郵便局・商店・スポーツや趣味の組織などと仕事でのやりとりの頻度も、低い水準にとどまりました(図20)。

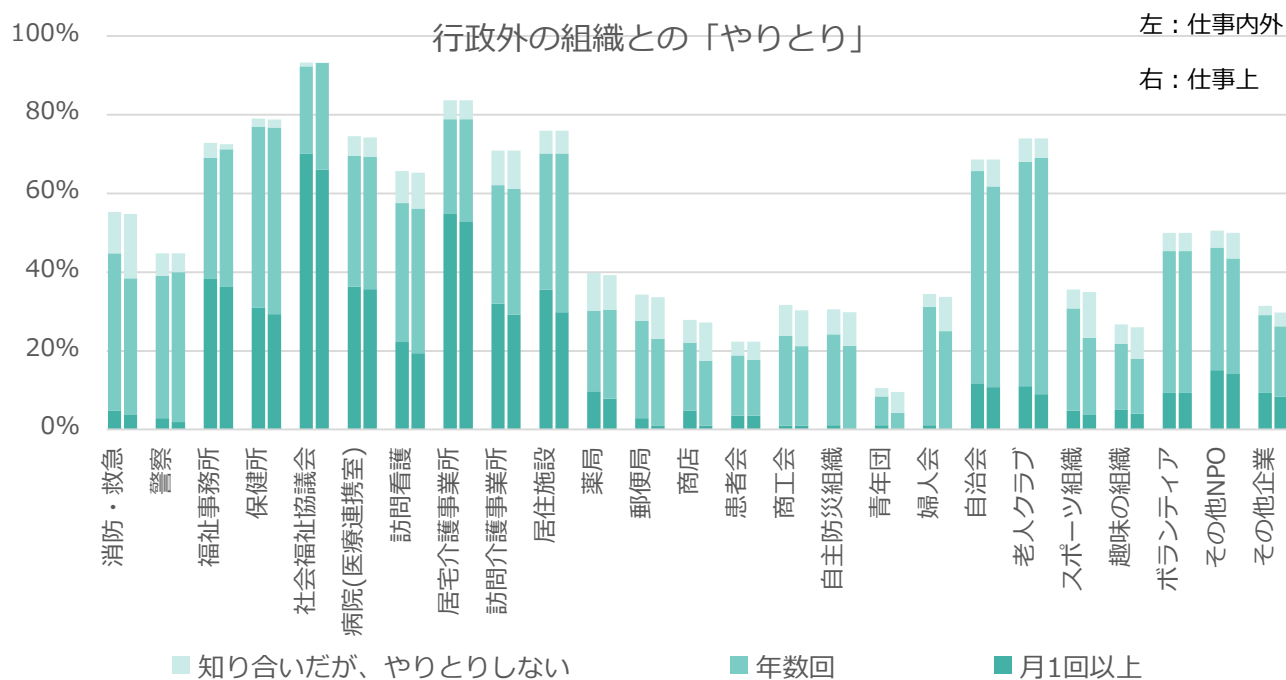


図20：担当者が知り合いである、行政外の組織との仕事内外での「やりとり」の頻度の回答割合

また「やりとり」を頻繁に行っている部署ほど、連携の必要性を感じている割合が高い傾向にありました(図21)。

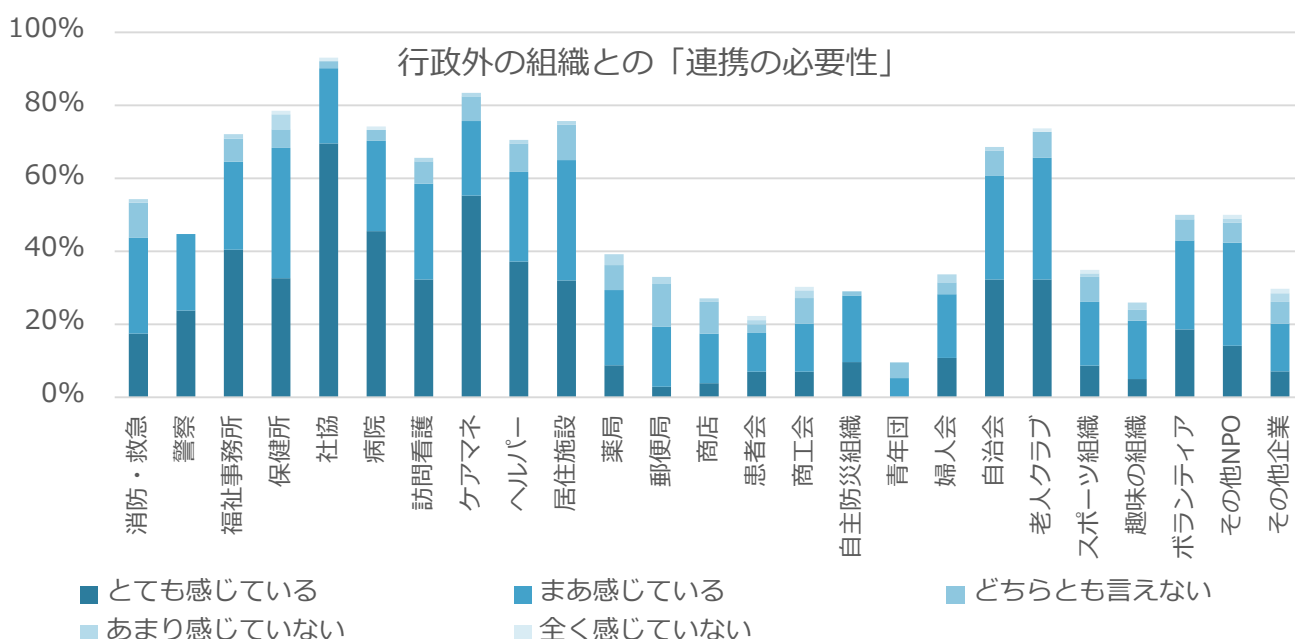


図21：担当者が知り合いである、行政外の組織との「連携の必要性」の回答割合

③ 特定の役割を担う人や組織

12種類の人や組織についてお伺いしたところ、平均して6.1種類（首長や議会議員とは1.5種類、専門的な職業については2.8種類、地域の役員については1.9種類）と知り合いという結果でした。特に職位が高く（図2-2）、勤続年数が長いほど、首長や議会議員、専門的な職業についている者と知り合いである場合が多い傾向にありました。また勤続年数が長いほど、地域の役員に知り合いがいと回答される傾向にありました(図2-3)。

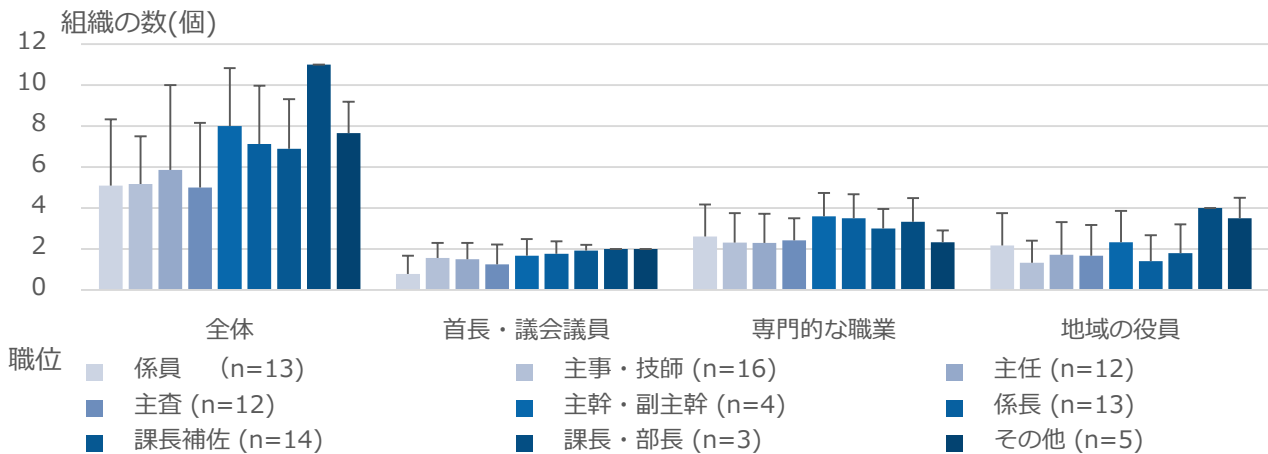


図2-2：職位ごと、担当者が知り合いである特定の役割を担う人や組織の数（エラーバー：1SD）

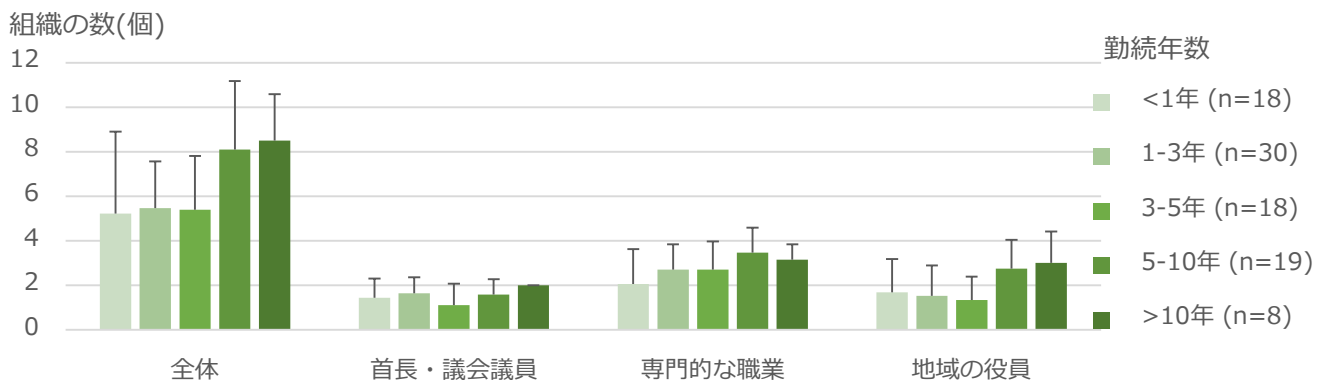


図2-3：勤続年数ごと、担当者が知り合いである特定の役割を担う人や組織の数(エラーバー：1SD)

可住地人口密度が高いほど、首長や議会議員、地域の役員と知り合いでないという回答が多い傾向でした(図2-4)。

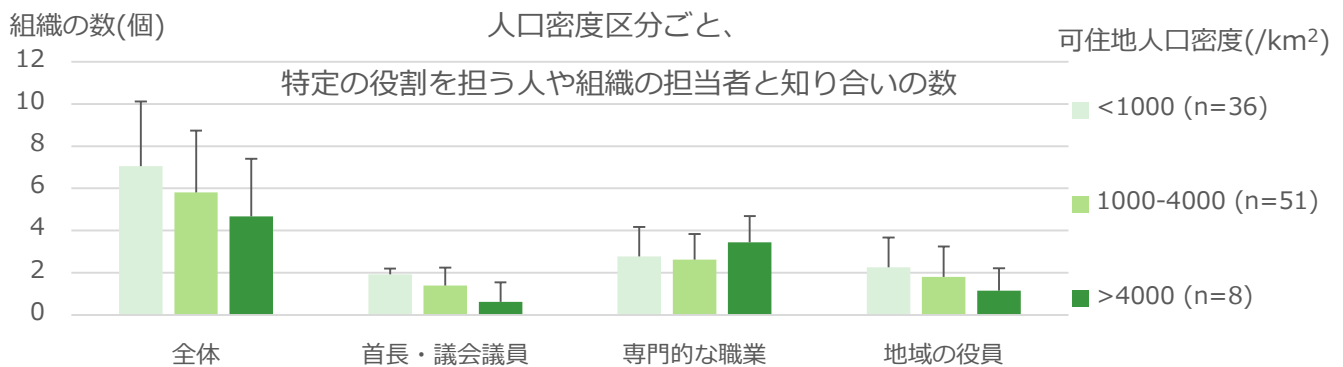


図2-4：可住地人口密度区分ごと、担当者が知り合いである特定の役割を担う人や組織の数(エラーバー：1SD)

民生委員とは、仕事上で月1回以上やりとりをする者が33%、年数回が43.2%と比較的頻繁にやりとりがありました。母子保

健推進委員/愛育委員は、回答者のうち1/4が地域にないと回答されていましたが、地域にある場合でも77%が知り合いでないと回答されていました。弁護士や司法書士とも、75%が知り合いでないと回答されていました(図25)。

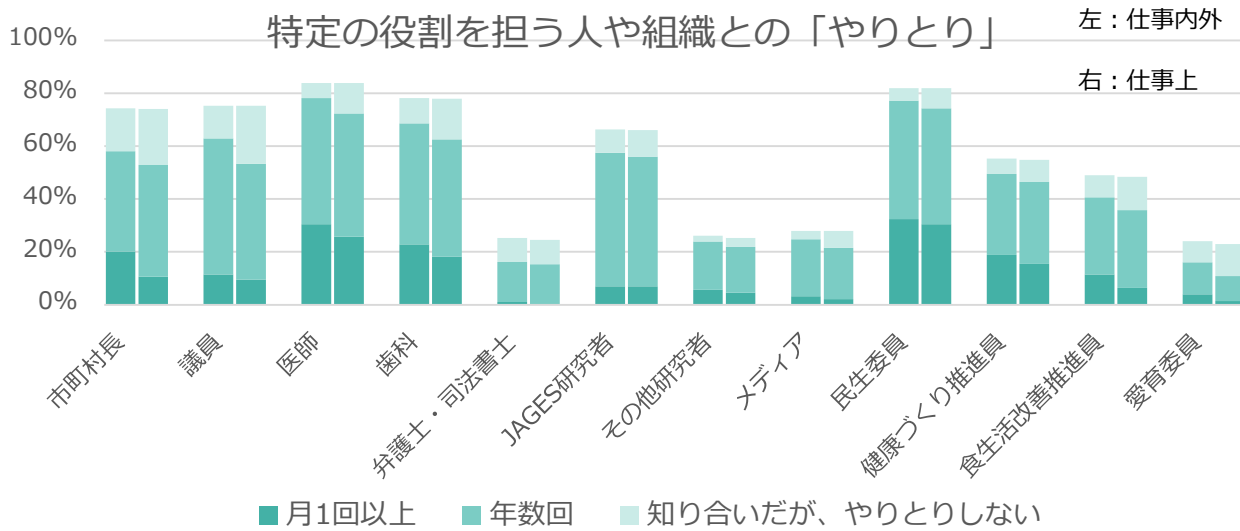


図25: 担当者が知り合いである、特定の役割を担う人や組織との仕事内外での「やりとり」の頻度の回答割合

連携の必要性については、民生委員とは連携の必要性を強く感じている人が多い傾向にありました。他方で、議会議員や首長とは知り合いである割合が高いものの、連携の必要性は「どちらとも言えない」と回答する方がそれぞれ23%・14%と他よりも多い傾向でした(図26)。

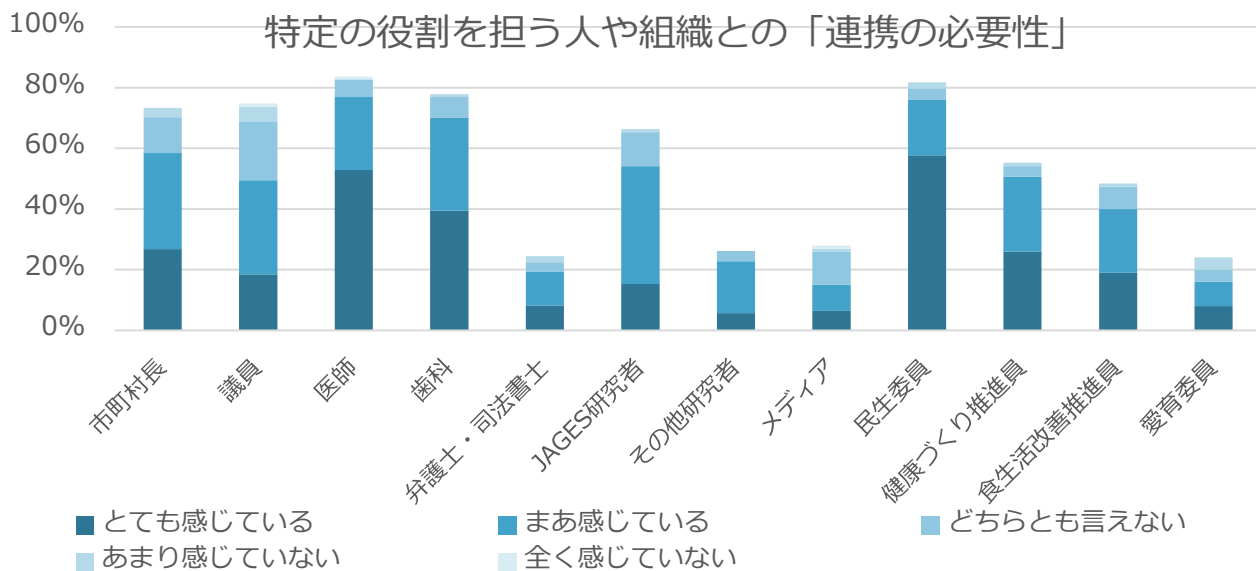


図26: 担当者が知り合いである、特定の役割を担う人や組織との「連携の必要性」の回答割合

10) 職場のソーシャル・キャピタル

フィンランドで開発され⁵⁾、日本語化が進んでいる^{6) 7)}尺度を用いて調査を行いました。8個の質問項目いずれについても、先行研究^{5) 6)}と比較して、平均点が高い傾向にありました(図27)。

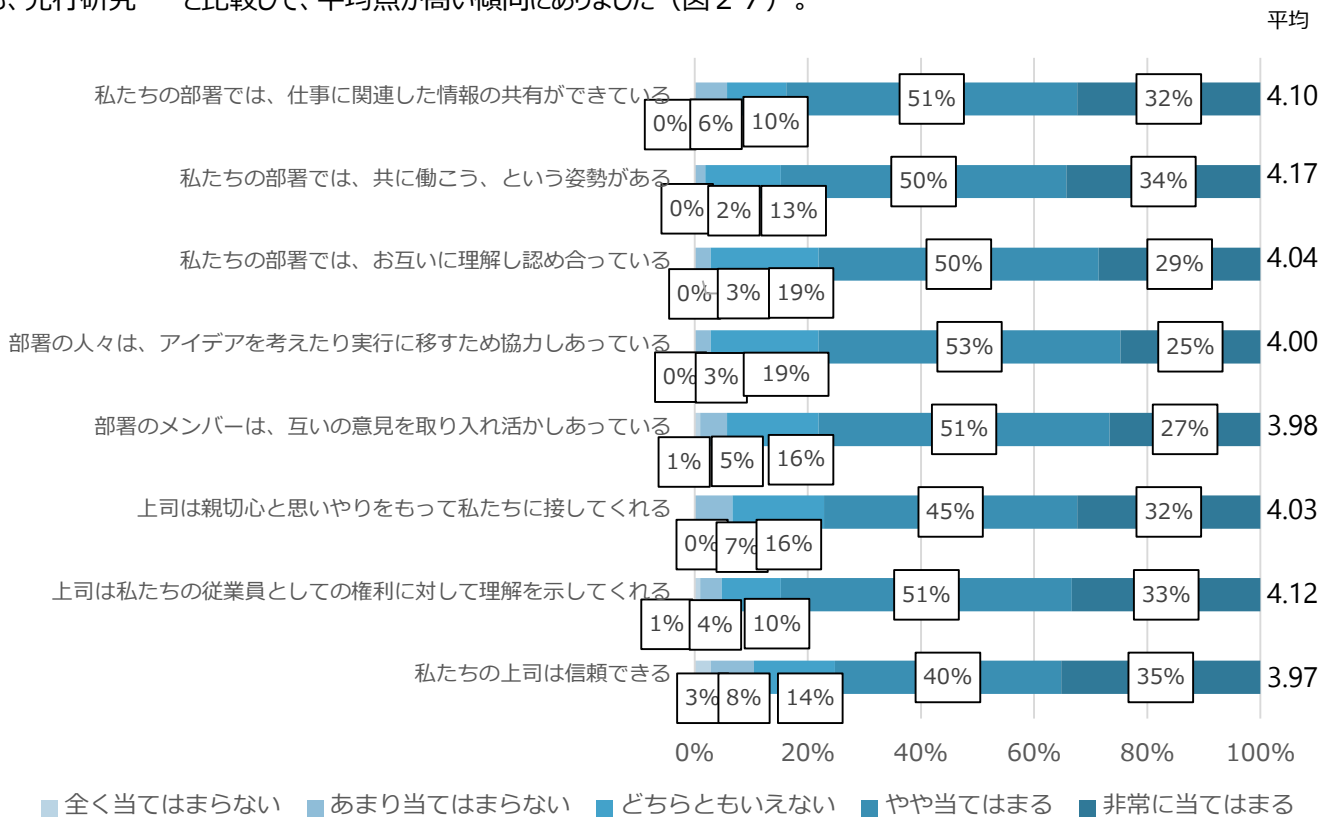


図27：職場のソーシャル・キャピタルの各質問項目への回答割合

職場のソーシャル・キャピタルの得点が低い場合には、精神的健康度を示す K6 の得点が高い(抑うつ度が高い)方がやや多い傾向が見られました(図28)。

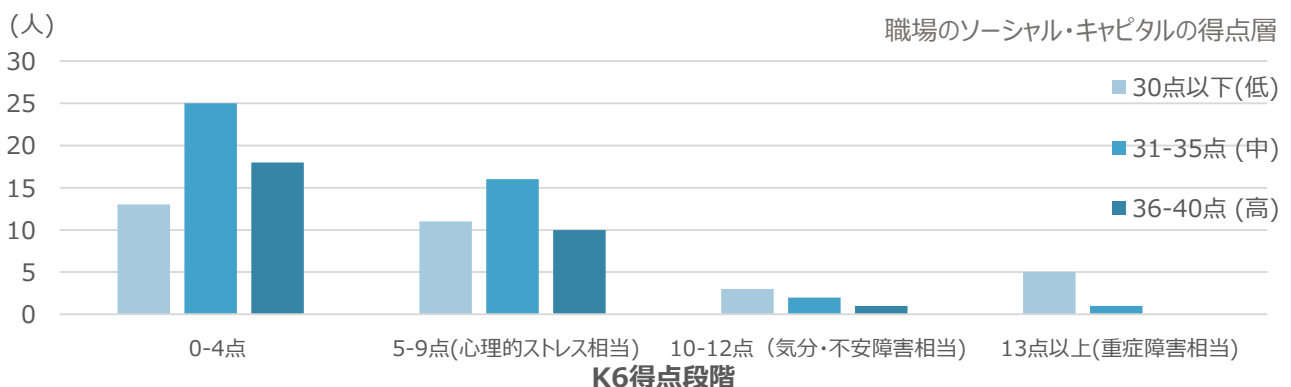


図28：職場のソーシャル・キャピタルの得点層ごとの、K6の各得点段階に属する人数

1 1) 施策化能力評価尺度

本調査の対象には様々な職種の方にご参加いただきましたが、便宜的に信頼性・妥当性の確認されている行政保健師の施策化能力評価尺度⁸⁾を用いて、主観的な施策立案能力について測定しました。この尺度は2つの因子から構成されており、第一因子は、施策化にむけた共通の目的を達成するために、地域住民や地域組織・地域の関係機関がお互いの役割や専門性を確認しながら平等な立場で連携や協働する項目により構成される「コミュニティパートナーシップ」、第二因子は、政策体系中で、施策化すべき健康課題や優先順位を明確にし、解決策を計画・立案し、実施し、評価し、さらに次の施策へつなげるといふ、系統的で循環的な政策過程を構成する項目から構成される「地域診断サイクル」となっています。「コミュニティパートナーシップ」と比較して「地域診断サイクル」は数値が低い傾向にありました(平均は「コミュニティパートナーシップ」が10.5点、「地域診断サイクル」が8.6点、総得点平均は18.8点)。各設問では「疫学を活用して健康課題を分析する」に関して「できない」「ややできない」と答える人の割合がそれぞれ43.9%、37.8%と多い傾向でした(図29・30)。

施策化能力評価尺度 第一因子「コミュニティパートナーシップ」

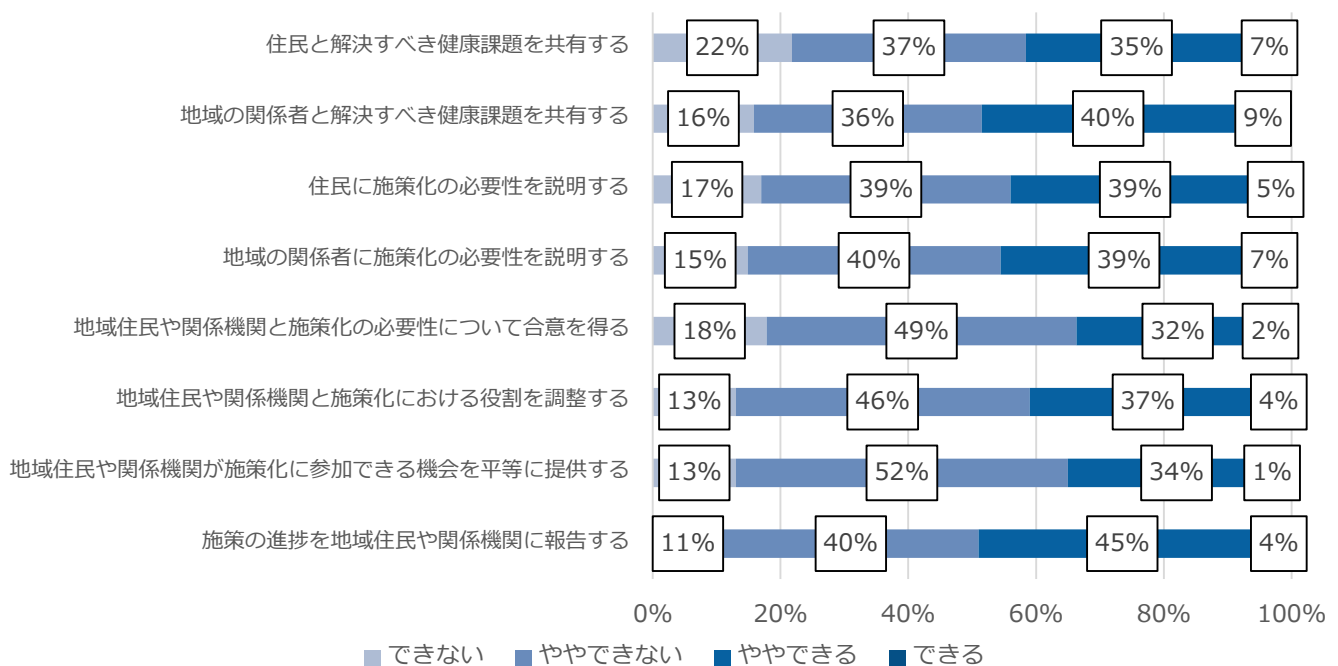


図29：施策化能力評価尺度（第一因子：コミュニティパートナーシップ）の各質問項目への回答割合

施策化能力評価尺度 第二因子「地域診断サイクル」

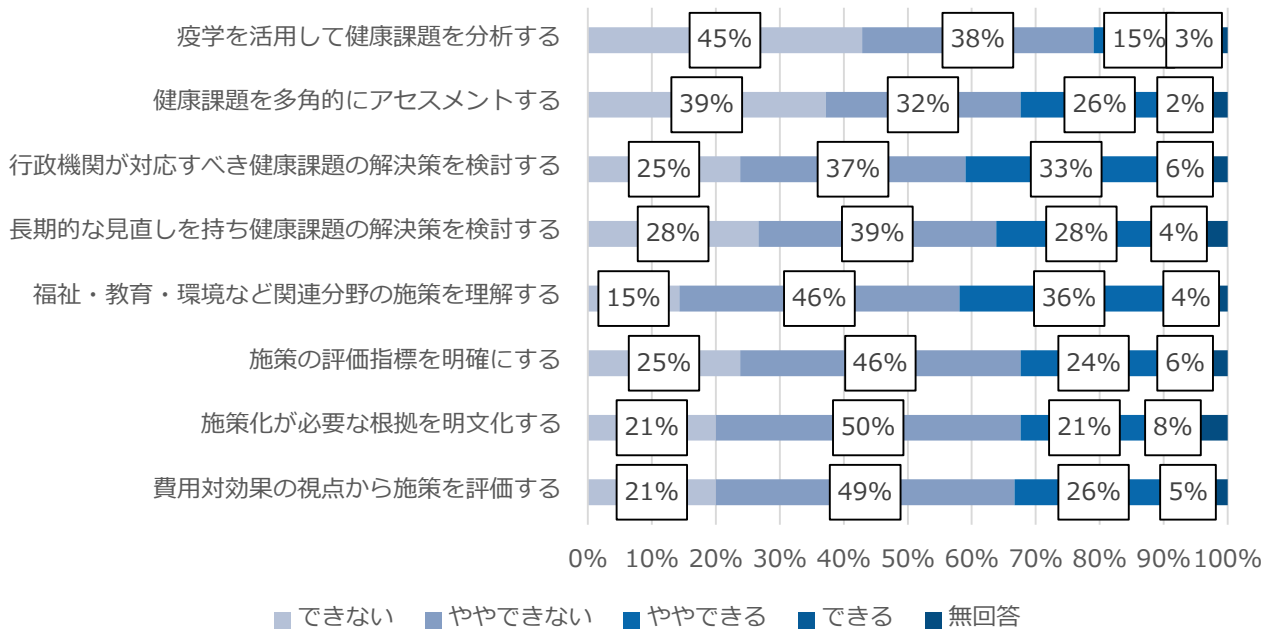


図 3 0 : 施策化能力評価尺度 (第二因子 : 地域診断サイクル) の各質問項目への回答割合

職位が高く (図 3 1)、勤続年数が長いほど (図 3 2)、いずれも得点は高い傾向でしたが、居住歴は長いほど得点が低い傾向にありました (図 3 3)。

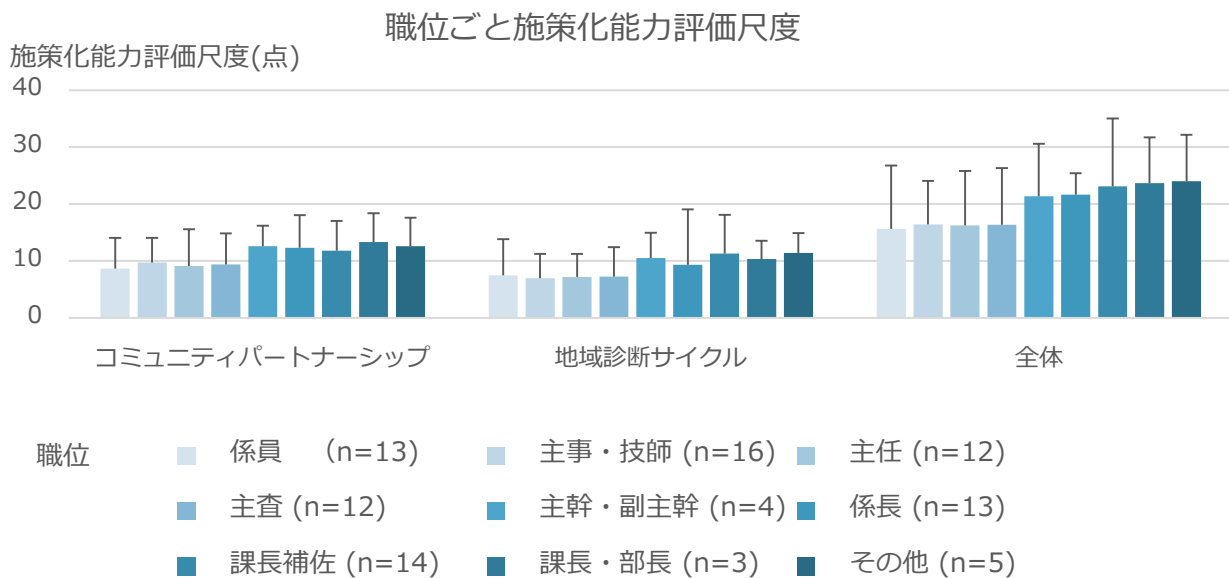


図 3 1 : 職位ごと、施策化能力評価尺度の得点 (エラーバー : 1SD)

勤続年数ごと施策化能力評価尺度

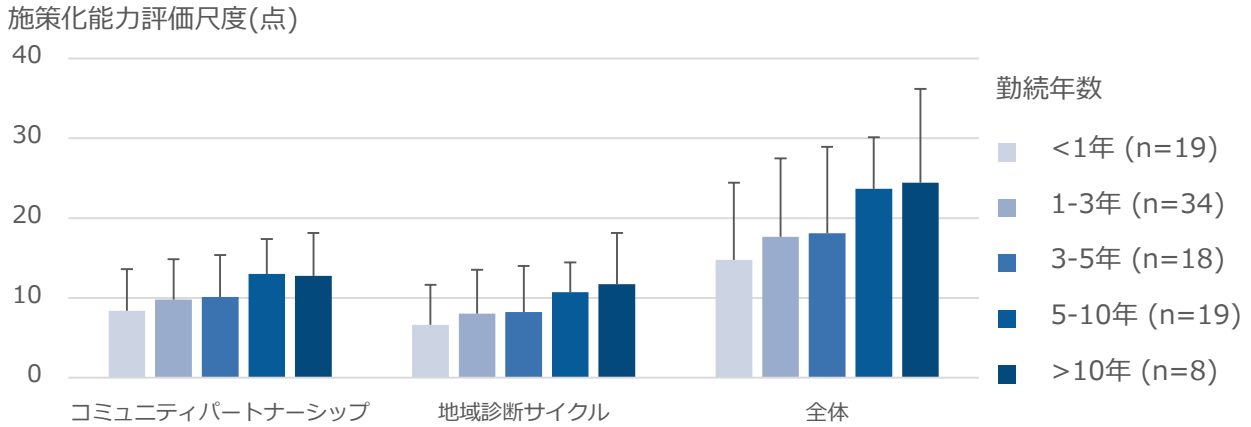


図 3 1 : 勤続年数ごと、施策化能力評価尺度の得点 (エラーバー : 1SD)

居住年数ごと施策化能力評価尺度

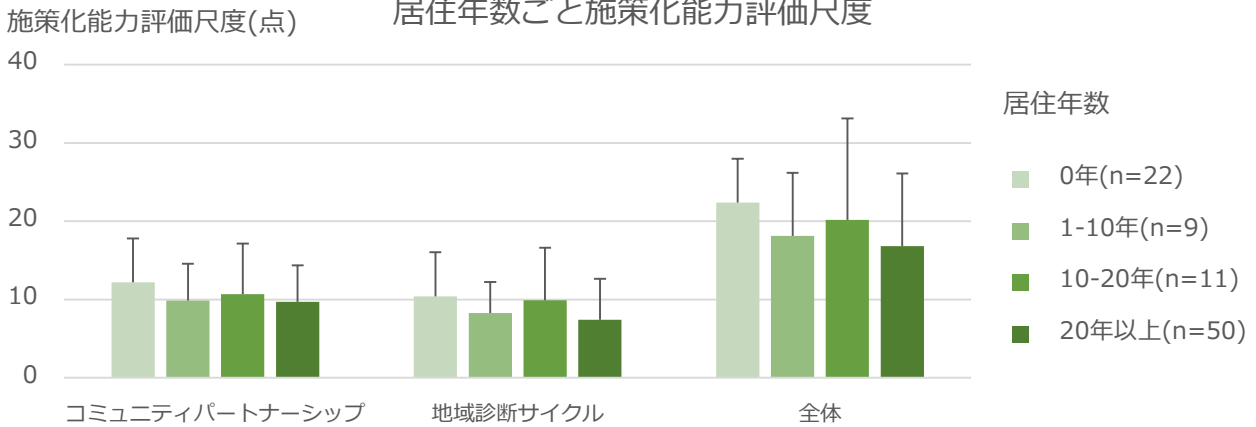


図 3 2 : 居住年数ごと、施策化能力評価尺度の得点 (エラーバー : 1SD)

また可住地人口密度の高い地域の職員ほど、地域診断サイクルの得点が高い傾向にありました。

人口密度区分ごと施策化能力評価尺度

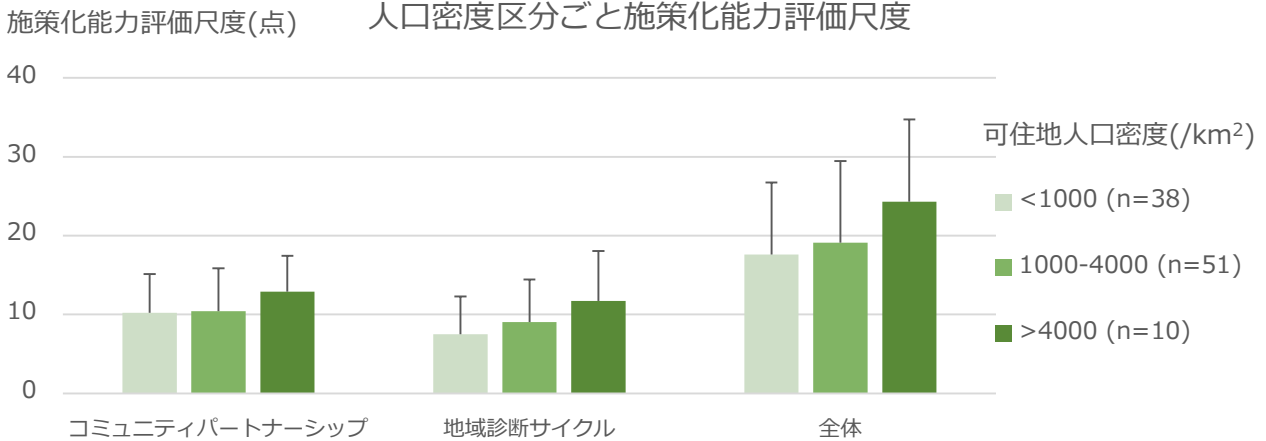


図 3 3 : 可住地人口密度区分ごと、施策化能力評価尺度の得点 (エラーバー : 1SD)

JAGES研究者との意思疎通の状況が良いと、特に地域診断サイクルの得点が高くなる傾向にありました(図34)。

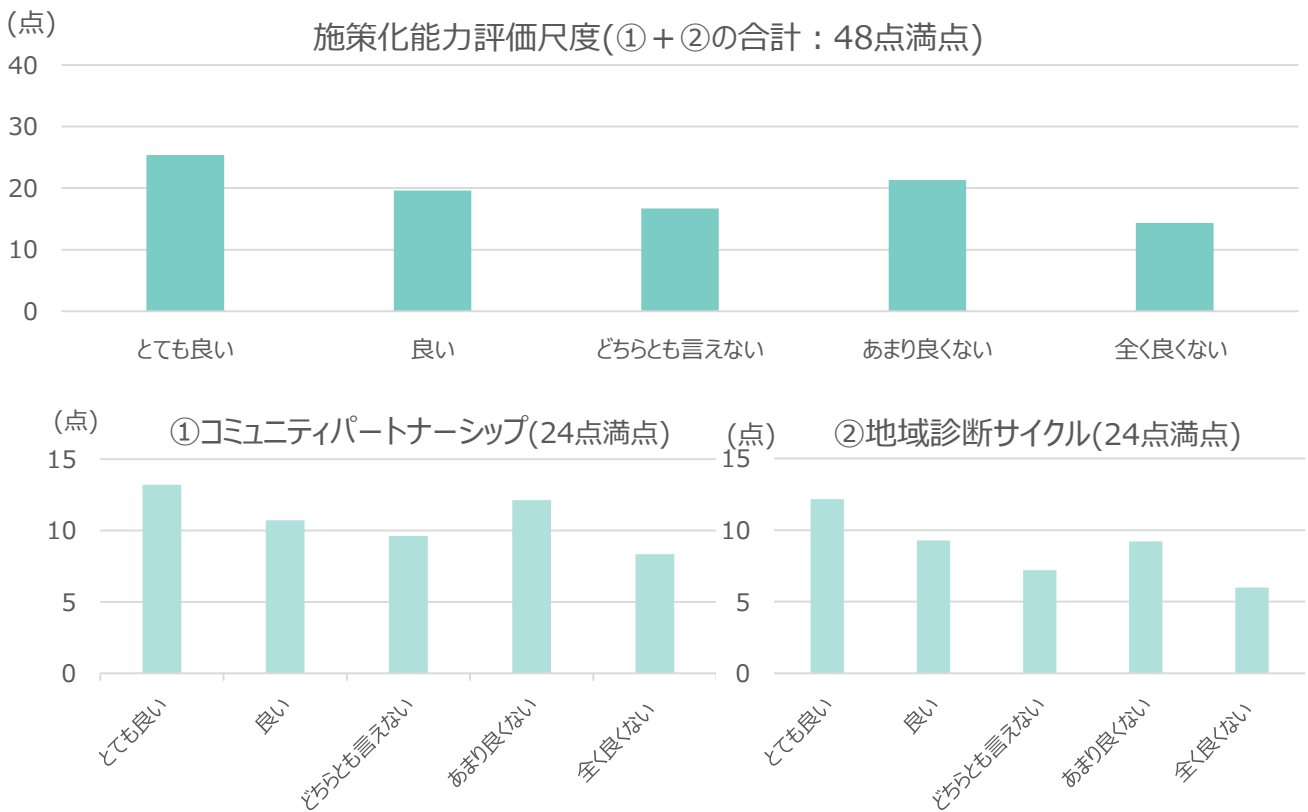


図34：JAGESとの意思疎通状況ごと、施策化能力評価尺度得点の平均点

また、より多くの行政内の他部署(図35)、行政外の組織(図36)や特定の役割を担う人や組織(図37)について知り合いであると回答されるほど、施策化能力評価尺度の得点が高い傾向にありました。

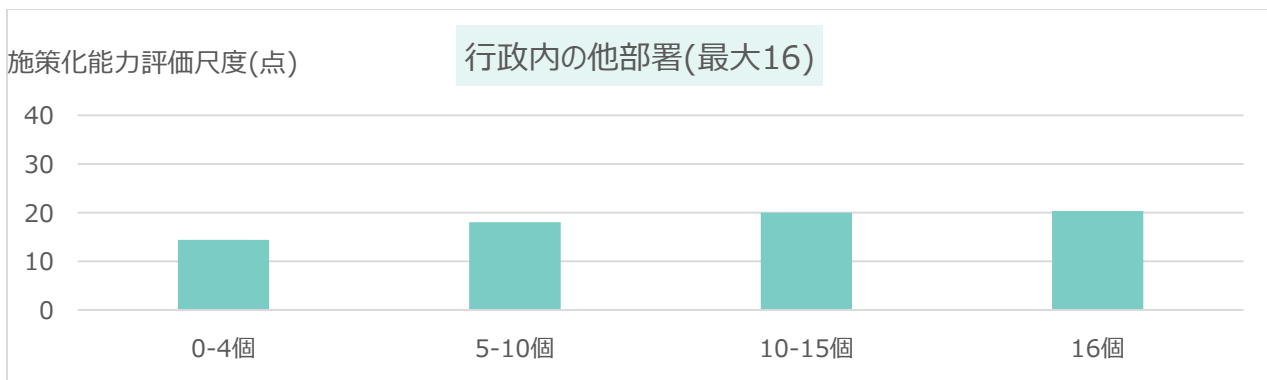


図35：担当者と知り合いの行政内の他部署の数ごと、施策化能力評価尺度得点(48点満点)

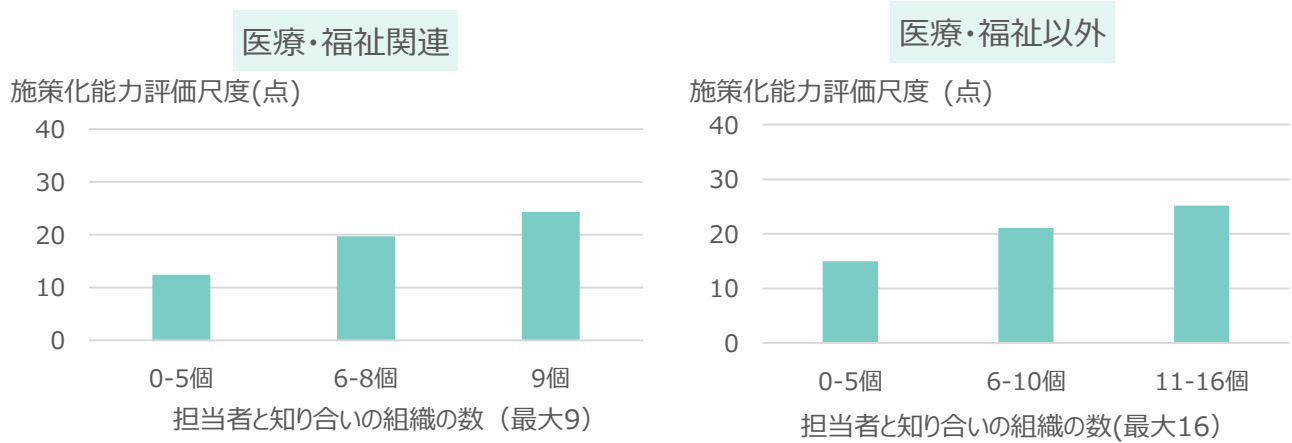


図 3 6 : 担当者知り合いの**行政外の組織**の数ごと、施策化能力評価尺度得点(48 点満点)

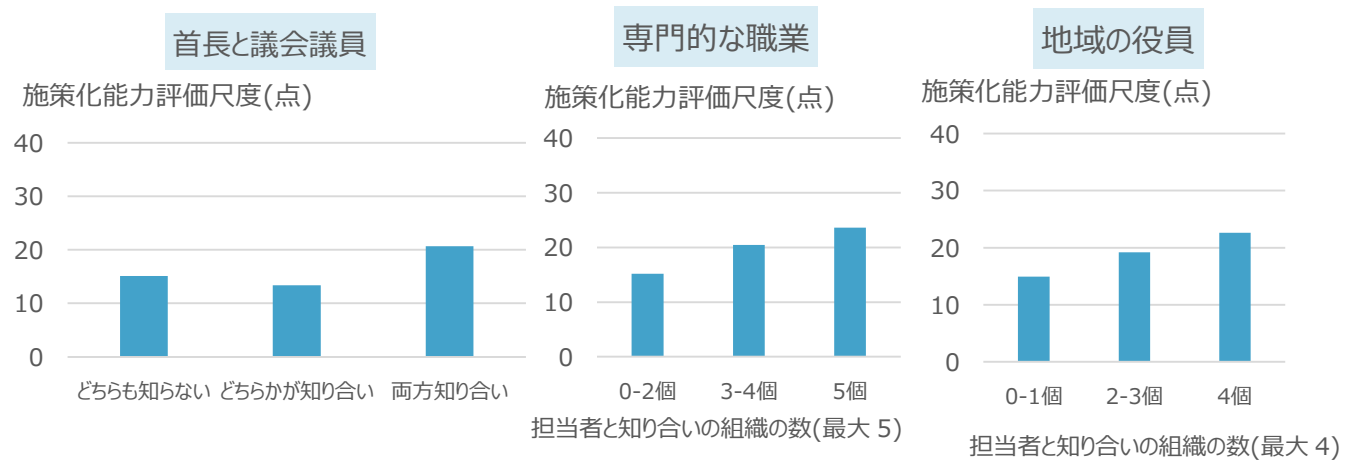


図 3 7 : 担当者知り合いの**特定の役割を担う人や組織**の数ごと、施策化能力評価尺度得点(48 点満点)

5. 考察と今後の展望

今回の調査によって、プロジェクトを担当されている皆様の他の部門との連携の現状は、自分の部署内や、業務に関連する他部署や行政外の組織、地域の役員などとは一定のやりとりがあり、連携をとり協力して業務にあたる傾向がある一方で、医療・保健・福祉以外の部署や民間組織、住民組織とは知り合いややりとりの頻度が少なく、協働には至っていない場合も少なくない、ということが明らかになりました。

まず自分の部署内については、部署の規模や人口密度によらず協力関係は一定段階に到達しており、職場のソーシャル・キャピタルも高く、ある程度団結していることが伺えました。ただし、K6の得点が低い方については、自分の部署内や他部署との協力関係が進んでいない傾向にあり、職場のソーシャル・キャピタルの点数が低い傾向にあったことから、自治体の職員では、外部との連携よりも、部署内や行政内での連携や協力状況が、精神的健康度との関連が強いことが示唆されました。

また行政内の他部署については、介護予防と関連が深いと考えられる福祉関係の部署とは知り合いが多く、頻繁にやり取りをしており、連携の必要性を感じている度合いが高い傾向にありました。主観的には「連携がとれている」と回答する方の割合が大きいのは、良くやり取りをしている部署があるためかもしれません。しかし、部署によっては担当者に知り合いがおらず、やりとりの頻度が少ないところが散見されます。連携状況への満足度が、連携状況のわりに低いことは、行政内にそれらのまだやり取りが少ない部署があることと関連があるかもしれません。

行政外の組織については、特に医療・福祉に関する組織とは担当者と知り合いである場合が多く、頻繁にやり取りをしており、連携の必要性を感じている度合いも高い傾向にありました。中でも職位の高い方や勤続年数が長い方で、担当者と知り合いであると答える者が多かった理由としては、行政内の組織や特定の役割を担う人などに比べると、担当者の異動が少なく、やり取りの頻度が多いところほど引き継ぎが適切に行われている可能性などが挙げられます。一方で、医療・福祉以外の組織については、老人クラブや自治会については一定のアプローチができていることが推測されます。しかし他の民間の組織や住民組織とは担当者にそもそも知り合いがない場合も多く、仕事上の協力関係も低い水準に留まっており、民間組織や住民組織と協働した取り組みを行っている自治体はまだ限られると考えられます。

特定の役割を担う人や組織についても、職位が高く、勤続年数が長くなるほど、社会的地位のある職業の方や、地域の役員を担う住民などと接する機会が増え、知り合いになる場合が多くなると考えられます。また可住地人口密度が低い自治体に勤めている方ほど、行政内外の医療や福祉に関する組織・首長や議会議員と知り合いである場合が多い傾向にありましたが、これは自治体の規模を考慮すると理解しやすい結果です。但し主観的な連携状況やその満足度、また仕事上の協力状況については

ほぼ関連は見られず、顔見知りであっても業務上の連携や協働という段階には至っていない可能性が考えられました。

次に、施策化能力について考察していきます。本調査では、職位が高く勤続年数が高いほど施策化能力評価尺度の得点が高いという結果でしたが、元の尺度開発論文でもそのような得点分布となっており⁸⁾結果は一致していました。可住地人口密度が低いほど「地域診断サイクル」の得点が高くなっていましたが、これは自治体規模が小さいほど地域の状況を把握しやすいためと考えられます(なお、保健師の業務体制とは関連がありませんでした)。また居住経験が短いほど施策化能力評価尺度の得点が高くなっていましたが、前述のような理由で、勤めている自治体に居住していない者の方が、活動の過程で知り合いが増え、結果的に施策化能力が向上した可能性が考えられます。さらに、施策化能力評価尺度全体の得点が高い方ほど、行政外の組織や特定の役割を担う人や組織の担当者との知り合いが多い傾向にありましたが、主観的な連携状況と施策化能力の得点には関連はみられませんでした。これは、長く勤めて経験を積み職位が高くなるにつれ、様々な組織や役割の担当者との知り合いになり、やりとりをしていくことで、実感としては良い連携状況でなくとも、実際の施策化能力は向上している、という説明が考えられます。なお今回施策化能力評価に用いた尺度はあくまで自己評価であり、実際にどの程度部署の施策形成に個人の知識や能力が寄与しているかについては明らかではありません。今後は客観的な評価方法も検討したいと思います。

今回の調査を通じて、JAGESプロジェクトが関わらせていただいている自治体の皆さまとのつながりを改めて見直す大変良いきっかけになりました。プロジェクトがより現場の皆さまのお役に立てるように、いただいた貴重な意見を活かして発展させていきたいと思っております。定期的な効果評価のために、今後も同様のアンケート調査を依頼させて頂くかと思っております。その際には、忌憚のない意見をお待ちしております。今後とも、なにとぞよろしくお願い申し上げます。

6. 参考文献

- 1) Putnam, R. (1993). Making democracy work: civic tradition in modern Italy. Princeton: Princeton University Press.
- 2) Kessler, R.C, Andrews, G, et al. (2002). Short screening scales to monitor population prevalence and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, 32, 959-976.
- 3) Furukawa TA, Kessler R, Andrews G, Slade T. (2003). The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*.33:357-62.
- 4) 川上憲人. 全国調査における K6 調査票による心の健康状態の分布と関連要因. 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 (統計情報高度利用総合研究事業) 国民の健康状況に関する統計情報を世帯面から把握・分析するシステムの検討に関する研究. 分担研究書.
- 5) Kouvonen, A., Kivimäki, M., Vahtera, J., Oksanen, T., Elovainio, M., Cox, T., Wilkinson, R. G. (2006). Psychometric evaluation of a short measure of social capital at work. *BMC Public Health*, 6(1), 251.
- 6) 小田切優子.(2010). 第 83 回日本産業衛生学会ポスター発表.
- 7) イチロー・カワチ, 高尾 総司, S.V.スプラマニアン編, 近藤克則, 白井こころ, 近藤尚己監訳. (2013). ソーシャル・キャピタルと健康政策: 地域で活用するために. 日本評論, 東京. pp 42-43.
- 8) 鈴木由里子, 田高悦子.(2014). 行政保健師の施策化能力評価尺度の開発. 日本公衆衛生雑誌, 61(6), 275-285.

7. 2015年度 JAGES プロジェクトメンバー（名前・所属）

近藤克則	こんどうかつのり	千葉大学予防医学センター（研究代表者）
イチロー・カワチ	いちろー・かわち	ハーバード公衆衛生大学院
相田潤	あいだじゅん	東北大学
芦田登代	あしだとよ	東京大学
市田行信	いちだゆきのぶ	株式会社 EBP（政策基礎研究所）
岡田栄作	おかだえいさく	浜松医科大学健康社会医学講座
小坂 健	おさかけん	東北大学
尾島俊之	おじまとしゆき	浜松医科大学健康社会医学講座
Noriko Cable	けいぶるのりこ	University College London
亀田義人	かめだよしひと	千葉大学予防医学センター
近藤尚己	こんどうなおき	東京大学
斎藤民	さいとうたみ	国立長寿医療研究センター
斉藤雅茂	さいとうまさしげ	日本福祉大学社会福祉学部
佐々木由理	ささきゆり	千葉大学予防医学センター
菖蒲川由郷	しょうぶがわゆうごう	新潟大学
鄭丞媛	じょん・すんうおん	国立長寿医療研究センター
白井こころ	しらいこころ	琉球大学
鈴木佳代	すずきかよ	愛知学院大学
高木大資	たかぎだいすけ	東京大学
竹田徳則	たけだとくのり	星城大学リハビリテーション学部
谷友香子	たにゆかこ	東京大学
玉腰暁子	たまこしあきこ	北海道大学大学院医学研究科公衆衛生学分野
辻大士	つじだいし	千葉大学予防医学センター
坪谷透	つぼやとおる	東北大学、ハーバード公衆衛生大学院
等々力英美	とどろきひでみ	琉球大学大学院医学研究科衛生学・公衆衛生学講座
中出 美代	なかでみよ	東海学園大学
長嶺由衣子	ながみねゆいこ	千葉大学予防医学センター
長谷田真帆	はせだまほ	東京大学
花里真道	はなざとまさみち	千葉大学予防医学センター
林尊弘	はやしたかひろ	東海医療科学専門学校
引地博之	ひきちひろゆき	千葉大学予防医学センター
平井寛	ひらいひろし	岩手大学
藤野善久	ふじのよしひさ	産業医科大学公衆衛生学教室
藤原武男	ふじわらたけお	国立成育医療研究センター
三澤仁平	みさわじんぺい	立教大学社会学部
宮國康弘	みやくにやすひろ	千葉大学予防医学センター
村田千代栄	むらたちよえ	国立長寿医療研究センター
柳奈津代	やなぎなつよ	千葉大学予防医学センター
山本龍生	やまもとたつお	神奈川歯科大学
横田千尋	よこたちひろ	千葉大学予防医学センター

厚生労働科学研究費補助金
長寿科学総合研究事業

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

発行日 平成 27 (2015) 年 6 月

研究代表者 近藤 尚己

事務局 〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1
東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻 健康教育・社会学分野
電話 : 03-5841-1922
email: tokyoadmin.ml@jages.net

研究班ホームページ <http://www.jages.net/#!/cn25>