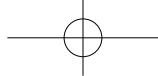


介護予防活動のための 地域診断データの活用と 組織連携ガイド

地域包括ケアの推進に向けて





目次

執筆者一覧	4
はじめに	5
地域診断はなぜ必要か	6
部署間連携はなぜ必要か	7
本書の使い方について	7

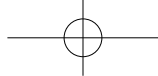
第1章 地域診断の基本

地域診断のための分析	9
良い指標の判断基準	10
人口構成の考慮	11
JAGES-HEART 指標	11
健康格差対策のための指標	14

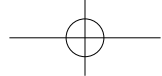
第2章 地域診断の進め方

1 優先課題を選ぶ	17
課題の「見える化」のポイント	18
優先課題を選ぶ手順	19
コラム 地域診断データの「見える化」ツールについて	24
2 優先すべき地域や集団を選ぶ	26
地域比較の「見える化」の工夫	26
優先地域を選ぶ手順	27
関係機関・住民と課題を共有しよう	28
3 目標を設定する	32
目標設定型を選ぶ	32
4 評価する	34
どんな項目を評価するか	34
評価結果を共有しよう	36
5 データを公表する	36
データ公表の方法	36

第3章 部署間連携の進め方



1 行政内で連携する	40
誰（どこ）と連携するか	40
テーマは「少子高齢化」で ... 「健康」「介護予防」はちょっと横において	40
連携会議の開催・運営	41
必要な連携会議の回数	42
部署間連携会議の進め方：ファシリテーション法の活用	43
アクションチェックリストの活用：まず誰（どこ）と優先的に連携すべき？	44
2 ワークショップで認識を共有する	44
ワークショッププログラム例	45
地区診断シートを使う	47
3 行政外と連携する	50
協議体の結成：より広範な行政外の組織との連携	51
協議体の運営：ワークショップを開く	52
4 連携で迷ったときは？支援を求めよう	53
県や保健所に支援を求めよう	53
大学の研究者に支援を求めよう	53
コラム 連携会議を円滑にする会議運営テクニック	55
コラム 住民組織との連携、部署間連携に役立つツールとエビデンス	61
5 都道府県・保健所・政令市などにおけるタテの連携	63
 第4章 事例集	 66
事例 01 熊本県御船町——組織間連携のための協議体結成	66
事例 02 兵庫県神戸市——民間企業との連携	70
事例 03 長崎県松浦市——対話、共食、 ^{きょうしやく} 買い物支援ができるサロン	74
事例 04 愛知県武豊町——ボランティア研修におけるデータ活用	79
事例 05 愛知県豊橋市——ボランティア研修におけるデータ活用	85
事例 06 災害対策へのデータの活用と住民組織等との連携	88
事例 07 愛知県名古屋市——大規模団地における孤立防止推進事業	95
事例 08 沖縄県南城市——地域のソーシャル・キャピタルの活用	99
事例 09 北海道 大雪地区広域連合——隣接3町の広域連合による取り組み	104
事例 10 愛知県東海市——「健康交流の家」の開設	109
 資料 健康・介護施策における部署間連携のためのアクションチェックリスト	 115

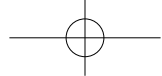


執筆者一覧

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

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

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

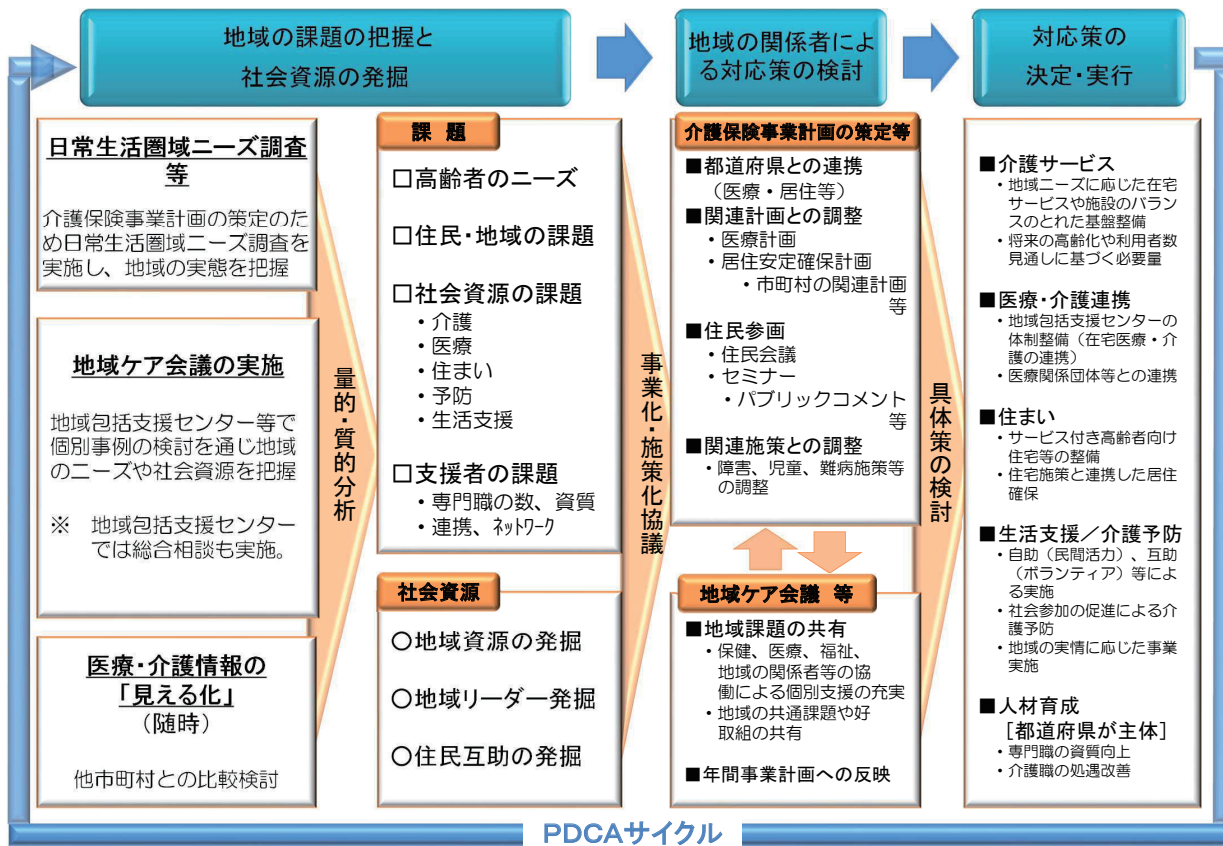


はじめに

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

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

図 1. 市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）



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

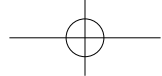
地域診断はなぜ必要か

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

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

< 地域包括ケアの推進に地域診断が必要な 3つの理由 ¹⁾ >

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



■ 部署間連携はなぜ必要か

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

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

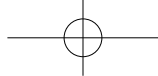
地域包括ケアの推進は、誰もが健康な生活を送るための活動、すなわち健康格差対策としても重要な取り組みです²⁾。世界保健機関「健康の社会的決定要因に関する特別委員会」の最終報告書では、健康格差対策を見据えた今後のヘルスプロモーション戦略として、以下の3つを最も基本的な推奨事項としています³⁾。すなわち

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

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

■ 本書の使い方について ■

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



第1章

地域診断の基本

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

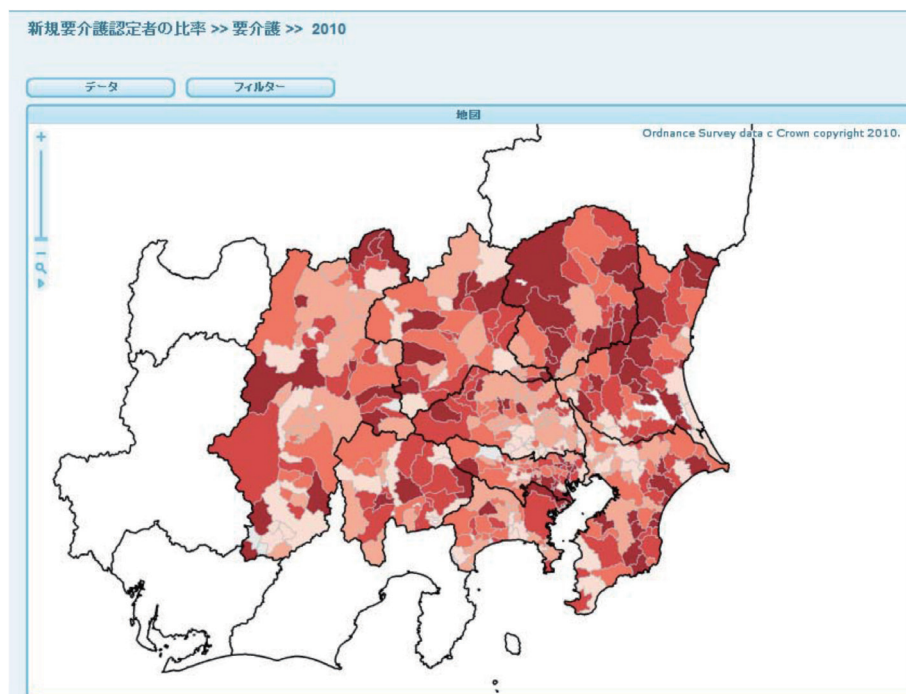
まちづくりに生かせる資源については、公共施設や公民館など、「モノ」としての資源だけでなく、住民組織や住民同士、組織同士の関係性やその信頼や助け合いの状況といった**「社会関係」についても把握**するとよいでしょう。また、地域の成り立ちや地域同士・グループ同士の関係性（時に対立関係なども）についての知識も役立ちます。

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

地域診断のための分析

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

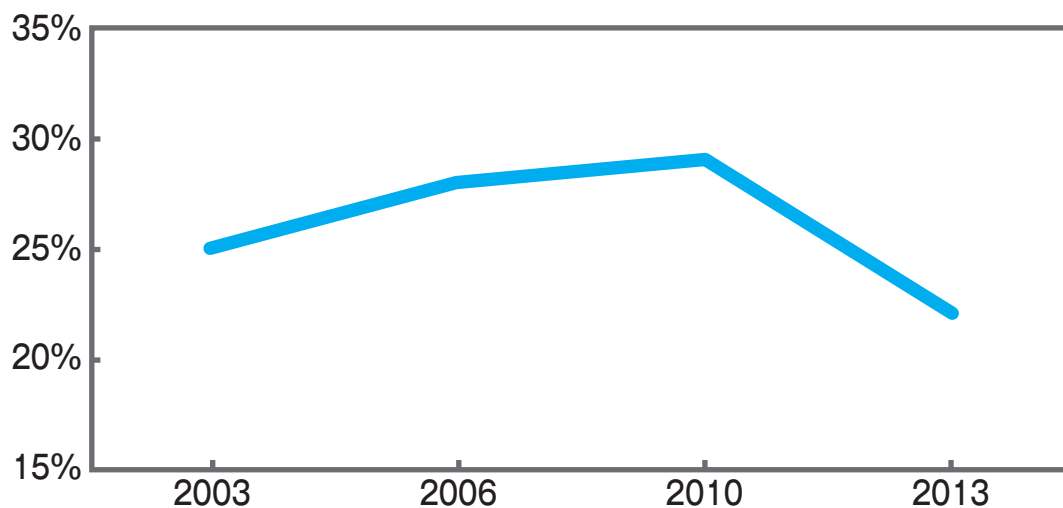
図 1-1. 地域別の新規要介護認定者の比率

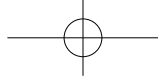


[介護予防サポートサイト：介護予防ウェブアトラス
(http://www.yobou_bm.umin.jp/) より]

図 1-2. 転倒者割合の年次推移

(A町、男性、過去1年間に1度でも転んだ経験がある人)





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

次に、分析方法や、どのような図表にするかを検討します。分析方法としては下表のような種類があります。分析はシンプルなもので十分です。必要に応じて、追加的に複雑な分析をした方がよいこともあります。最初から複雑な分析をしないことがポイントです。

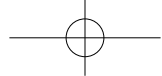
地域診断のための分析方法

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

良い指標の判断基準

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

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



良い指標の判断基準

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

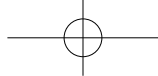
人口構成の考慮

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

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

JAGES-HEART 指標

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



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

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

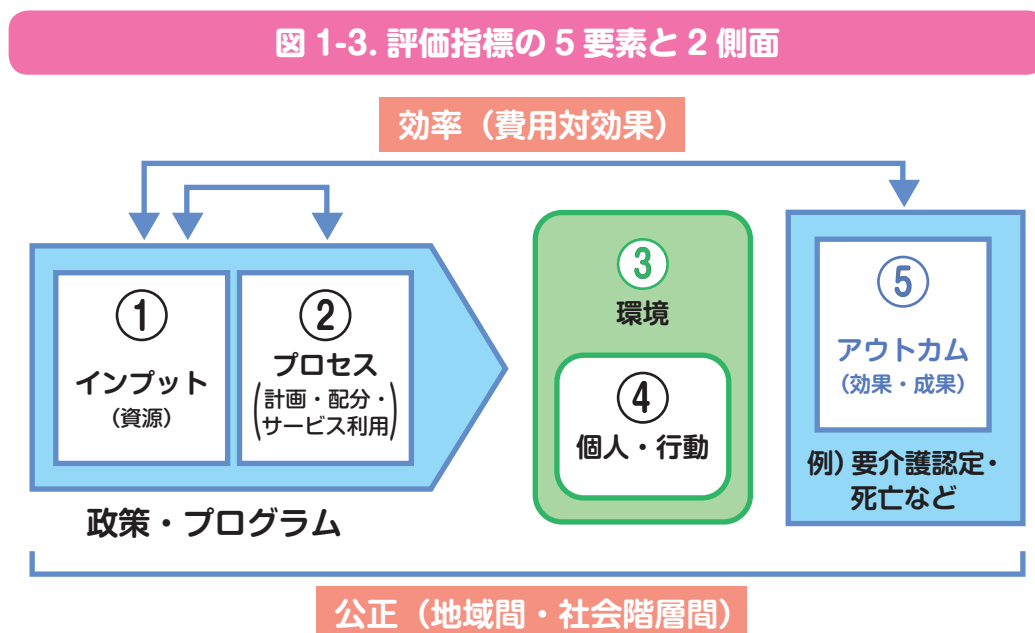
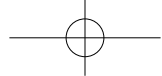


表 1-1. JAGES-HEART のコア評価項目とその計算方法

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

[2012年度版の指標を一部改変して一覧表にまとめた。]



健康格差対策のための指標

「健康格差」とは

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

健康格差の測定方法

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

1) どこと比較するか

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

2) 集団間に順序があるか

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

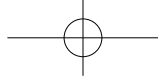
3) 集団間の差で評価するのか、比で評価するのか（絶対指標か、相対指標か）

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

表 1-2：集団間の死亡率格差の変化の例

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

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



は拡大した、と判断されます。

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

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

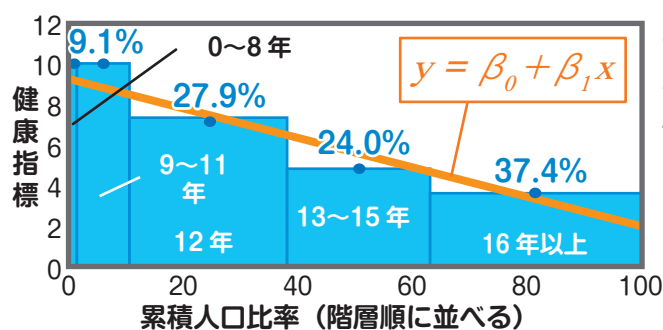
表 1-3. 健康格差の様々な測定方法とその特徴

	特徴など	絶対 or 相対	順序	精度	計算の簡便さ	比較可能性	解釈の容易さ
差、比	人数が小さい集団がある場合は要注意	絶対 / 相対	あり	△	○	○	○
分散・標準偏差	ばらつきの一般的指標。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	○	△	○	○
集中度指数	階層順にしたジニ係数	絶対 / 相対	あり	○	×	○	×

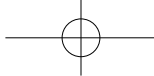
[近藤尚己・地域診断のための健康格差指標の検討とその活用. 医療と社会 2013;24(1):47-55. より]

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

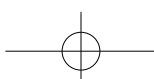
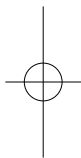
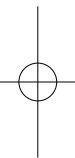
図 1-4 : 格差勾配指数 (SII) と格差相対指数 (RII)

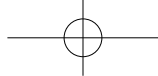


$SII = \beta_1 I$, $RII = SII / \text{平均値}$
 $KM-RII = \beta_0 / (\beta_0 + \beta_1) = \beta_0 / (\beta_0 + SII)$
 仮定：階層順位が明確で、指標値が一様に増減する



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





第2章



地域診断の進め方

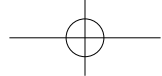
1

第2章 地域診断の進め方 優先課題を選ぶ

「私たちのまちは〇〇が課題です」と、できるだけ明確に答えられるよう、まずは地域の健康や格差の課題を「見える化」してみましよう。

課題の「見える化」には以下の3つのメリットがあります。

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



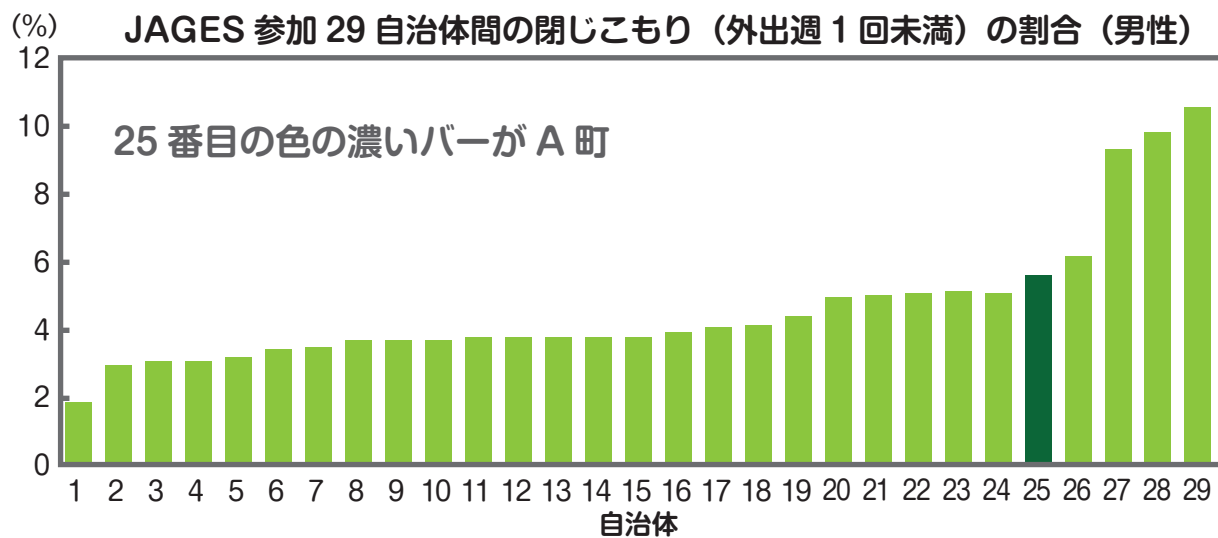
課題の「見える化」のポイント

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

1) グラフを使う

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

図 2-1. 多市町村間比較をしたグラフ



2) 既存の資料を活用する

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

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



<オンライン・ツール>

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

<データベースシステム>

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

優先課題を選ぶ手順

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

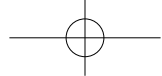
- ① 日頃の実感や住民からの意見を抽出する方法 (質的調査)
- ② 既存の統計資料や住民アンケートなどから抽出する方法 (量的調査)

本章の冒頭で示したように、どちらも重要な方法です。

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

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

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



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

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

3) 住民の求めるものを把握する

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

4) 資源はあるか

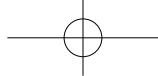
地域の住民互助の組織や地域リーダーなどの地域資源を把握しましょう。また、国や都道府県の施策の中で、補助金や助成金など活用できる予算を探しましょう。

5) その項目がどの程度重要な健康課題かを総合的に検討して絞り込む

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

事例 A 町が「閉じこもり対策」を選んだ理由

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



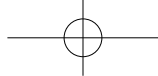
事例 B市が「認知症予防対策」を選んだ理由

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

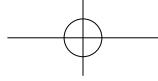
表 2-1. 優先課題を選ぶための様式

～使い方の例～

実際のデータ	わかったこと	課題	優先度
<p>地域診断データを記載する</p> <p>【統計資料】</p> <ul style="list-style-type: none"> 基本チェックリストから抽出 既存の統計資料から抽出 <p>(例)</p> <p>①認知機能低下者</p> <p>A市：38%</p> <p>都道府県平均：30%</p> <p>都道府県内順位：5位 / 40</p> <p>30市町村順位：3位 / 30</p> <p>【地区診断】</p> <ul style="list-style-type: none"> 専門職として 行政職員として 多職種と話し合いして <p>①介護認定で認知症の診断者が多い(介護課)</p> <p>②サロンが他と比べて少ない</p>	<p>データから得られたことを端的な文章でまとめる</p> <p>#1</p> <p>認知機能の低下が、県内ワースト5位、30市町村でワースト3位。</p> <p>#2</p> <p>認知症の診断名で、介護保険認定を受ける人が多い⇒診断名で第1位を占める</p> <p>#3</p> <p>認知症を心配している高齢者がいる</p>	<p>課題についてまとめる</p> <p>認知症予防に地域ぐるみで取り組むことができ、認知症になっても安心して暮らせる地域にする。</p>	<p>1位</p>



<p>(福祉課)</p> <p>③サロンで物忘れを心配している人が多い(社協)</p> <p>【住民インタビュー】</p> <p>・地域住民として実感はどうか</p> <p>・住民の語り</p> <p>①最近物忘れが心配なんです</p> <p>②親も認知症だった。今後は自分が心配</p> <p>③最近、道に迷っているひとを見かけたよ</p> <p>【機会】</p> <p>・国、地方自治の政策の流れ</p> <p>・予算、補助金の関係</p> <p>①地域包括ケアシステムにおける認知症対策の助成金がある</p>	<p>#4</p> <p>地域包括ケアシステム関連で、都道府県の補助金が確保されている</p>		
<p>実際のデータ</p>	<p>わかったこと</p>	<p>課題</p>	<p>優先度</p>
<p>【統計資料】</p> <p>運動機能低下</p> <p>A市：28%</p> <p>都道府県平均：30%</p> <p>都道府県内順位：22位/40</p> <p>30市町村順位：14位/30</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>3位</p>



実際のデータ	わかったこと	課題	優先度
<p data-bbox="318 336 480 375">【統計資料】</p> <p data-bbox="318 862 480 901">【地区診断】</p> <p data-bbox="318 1388 611 1427">【住民インタビュー】</p> <p data-bbox="318 1914 426 1953">【機会】</p>			

コラム COLUMN

地域診断データの「見える化」ツールについて

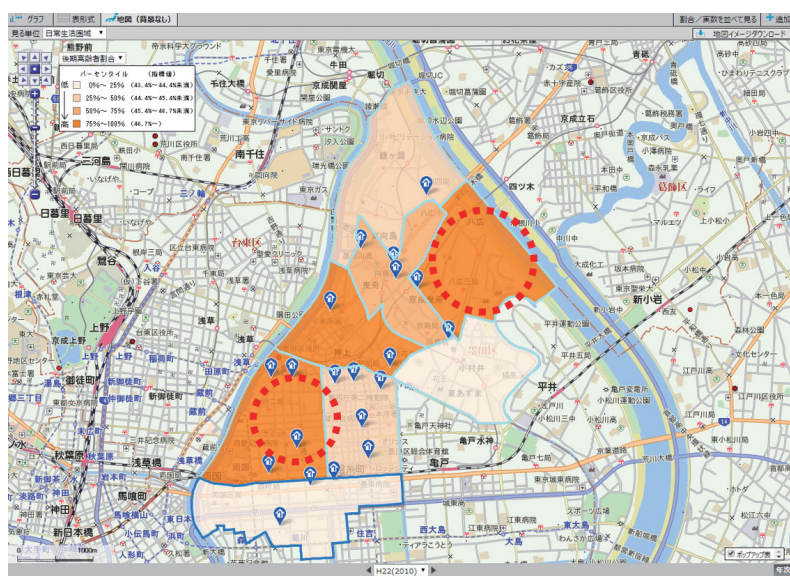
地域診断のための「見える化」の方法は、白地図にマーカーや色鉛筆などで着色する方法、地理情報システム(GIS)による分析方法などのほかに、インターネットの「見える化」ツールを利用する方法もあります。ここでは、インターネットのツールを2つご紹介します。

● 厚生労働省・地域包括ケア（見える化）システム

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

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

図2-2. 地域包括ケア「見える化」システム（平成29年1月29日取得）



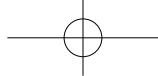
● JAGES・介護予防政策サポートサイト

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

図 2-3. JAGES-HEART による、課題の見える化、地域診断の例



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



2 第2章 地域診断の進め方

優先すべき地域や集団を選ぶ

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

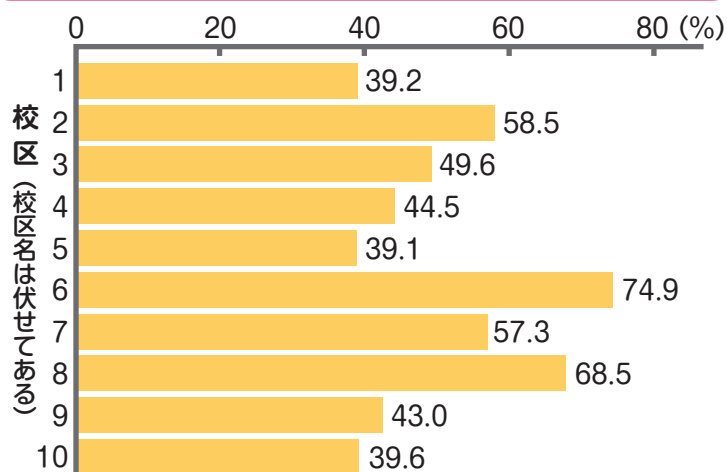
地域比較の「見える化」の工夫

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

1) グラフ化

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

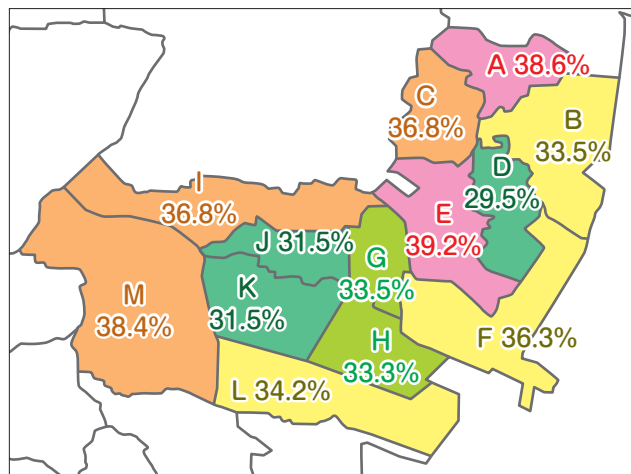
図 2-4. 閉じこもり割合の地域間比較（御船町）
自治体内旧小学校区間比較



2) 地図化

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

図 2-5. 認知機能の低下（前期高齢者）





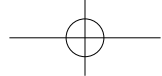
地図にすることで、隣接する地域と比べて地域の特徴は何か予測することを容易になります。例えば、赤色の地域は緑色の地域と比べても、公共施設が少ない場所だから、人との交流が少ないのかもしれない、と予測することができます。

優先課題を選ぶ手順

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

<手順>

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



関係機関・住民と課題を共有しよう

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

1) 研修会の対象者の選定

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

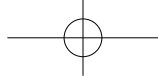
2) 研修会のねらい

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

3) 研修会の進め方

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

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



4) グループワークに使う資料

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

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

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

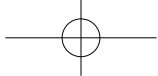
表 2-2. 優先地域の選定（地域ごとに対応した方向性）

～様式 使用例～

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



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



【 全体の課題 】

	【	】	【	】	【	】	【	】
統計資料								
社会資源								
住民の声								
その他								
地域での対策案								

3 第2章 地域診断の進め方

目標を設定する

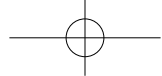
優先課題、優先地域を選んだら、次は目標設定です。

目標設定型を選ぶ

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

表 2-3. 目標設定型の種類

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



ポイント

- できるだけ**数値目標**を設定しましょう。

数値目標は、**具体的で、測定可能で、取り組みによって改善可能なもの**がよいです。

- 目標は**短期、中期、長期に分けて**設定しましょう。

目標として浮かぶものは様々あると思いますが、それらを目標達成時期別に整理することで、**具体的な対策をイメージしやすくなります**。まず、10年後などの長期目標を明確に設定します。次に、その目標を達成に向けた3-5年以内の中期目標、そして1年以内の短期目標などとして設定します。

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

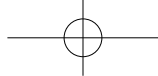
A 町は、人口二万人弱の小さな町です。高齢者割合は 28%と高く、町の中心と周辺の中山間地で居住環境が大きく異なります。地域診断の結果、K6 尺度で測定した抑うつ疑いの割合が周辺の自治体よりも高く、町の中心地 (6%) に比べて中山間地 (15%) でとても高いことが分かりました。そこで「抑うつ疑いの地域格差」を優先課題として、**3つの型それぞれの目標設定**を行いました (表 2-4)。

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

表 2-4. A 町の抑うつ疑い割合の地域間格差対策の目標値

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

□ 底上げ型
 □ 全体型
 □ 各グループ設定型



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

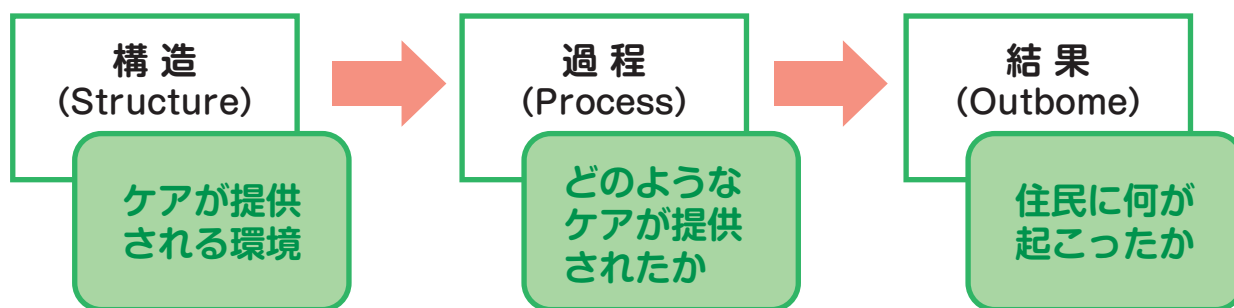
4 第2章 地域診断の進め方

評価する

どんな項目を評価するか

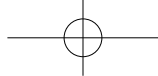
目標が達成されたかどうかについては、各フェーズごとに評価していくといいでしょう。それぞれどのようなことを評価すべきか、医療の質評価でよく用いられるドナベディアン（Donabedian）モデルに基づいて考えてみましょう。

図 2-6. Donabedian モデルに基づく評価項目



1) 構造 (Structure)

ここで評価するのは、地域で介護予防が提供される環境や場所です。例えば、



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

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

2) 過程・プロセス (Process)

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

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

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

3) 結果・アウトカム (Outcome)

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



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

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

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

評価結果を共有しよう

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

5

第2章 地域診断の進め方

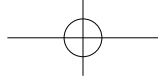
データを公表する

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

データ公表の方法

1) 報告書やウェブ等のメディアで対象者へ報告する

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



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

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

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

2) ワークショップでの結果共有

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

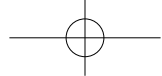
そこで、前述のように、**ワークショップの開催等により地域診断結果を資料にして話し合うことで地域の課題が見えてきます**。ワークショップで話し合うことで他の部署との連携強化にもつながります。それぞれの参加者に「自分に何ができるか」を考えてもらうことが、次の具体的なアクションにつながります。

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

3) 講演会や市民講座などでの発表

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

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



事例 【X市】データの公表の範囲については あらかじめ関係者と調整すべき

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

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



第3章

部署間連携の進め方

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

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

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



1

第3章 部署間連携の進め方 行政内で連携する

誰（どこ）と連携するか

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

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

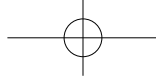
テーマは「少子高齢化」で・・・ 「健康」「介護予防」はちょっと横において

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

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

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

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



連携会議の開催・運営

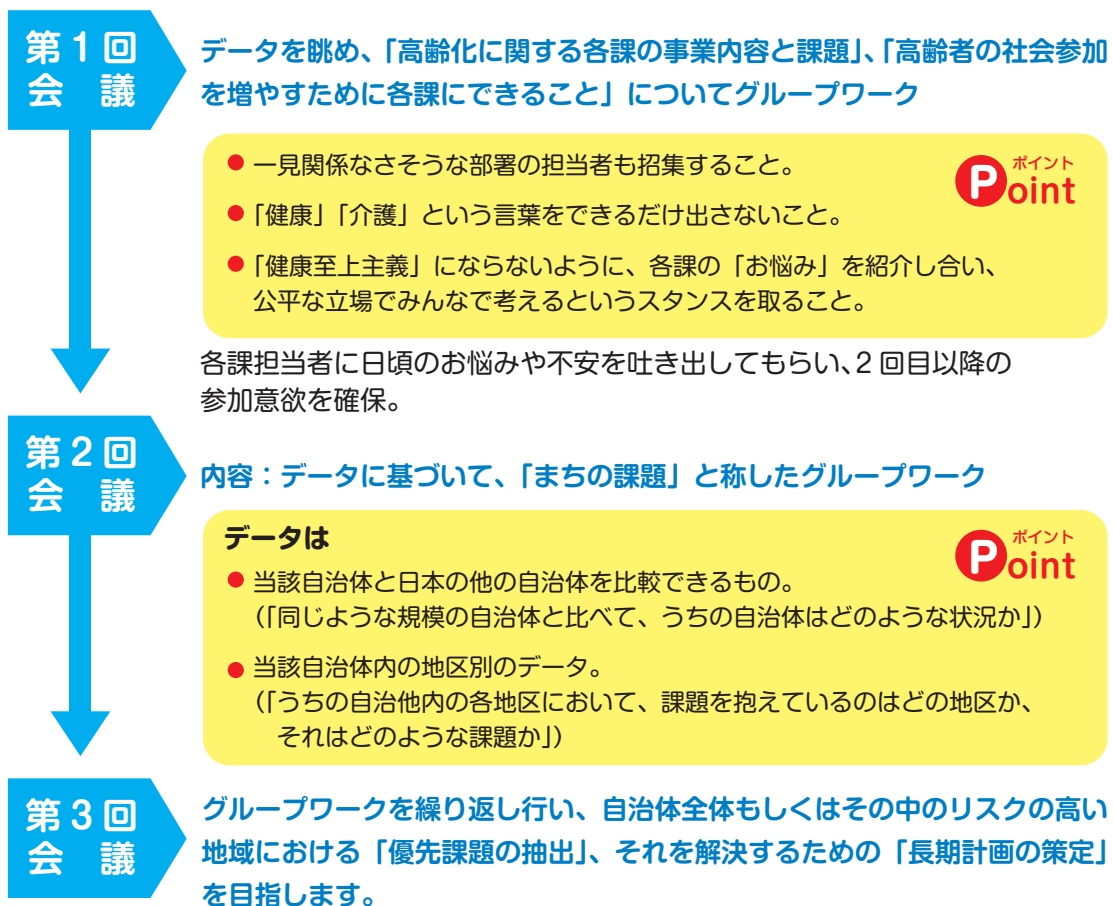
人集めはトップダウンの号令と個人のネットワークをうまく生かして

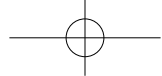
はじめは、地域包括支援センターや介護保険課が旗振り役となって、連携会議を開催することが多いでしょう。自治体の規模にもよりますが、このとき、**町長・局長など、多くの部署に対して影響の強い人に号令をかけてもらう**ことが初回の集まりを良くします。その後、**各部署の長から、少子高齢化の課題に関連がありそうな職員に直接声をかけてもらい**、話し合いにしっかり参加してくれそうな、いわば「生きのいい人・新しいことが好きな人」に来てもらうと助かります。

連携会議運営例

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

小規模自治体での部署間連携会議例、およびその運営の内容・ポイント





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

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

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

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

必要な連携会議の回数

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

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

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



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

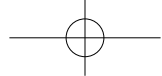
もちろん、連携会議を何回行えば優先課題の抽出およびその解決のための他部署連携事業の策定に至るかは、各自治体の状況によって異なります。御船町はもともと高齢者保健活動が盛んな地域でしたが、それでも、優先課題の抽出、事業の策定までに合計 11 回の連携会議を要しました。一般的には、**1 年以上の期間をかけて目指していく必要があります。**

■ 部署間連携会議の進め方：ファシリテーション法の活用

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

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

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



河村洋子 (2015)

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

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

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

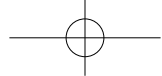
■ アクションチェックリストの活用:まず誰(どこ)と優先的に連携すべき？

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

2 第3章 部署間連携の進め方 ワークショップで認識を共有する

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

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



ワークショッププログラム例

第1回目 データから見る地域の課題を見つけよう

市町村担当職員向け

ねらい 地域づくりによる介護予防に関する課題を共有すること

オリエンテーション (目安 5分)

- 挨拶 / 本日の目的・進め方、など

講演・話題提供 (目安 30分)

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

ワークショップ① (目安 40分) ※6～7名が1グループを想定

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

全体共有① (目安 5分)

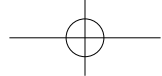
司会等が各グループ(テーブル)を回り、主要な意見を紹介する

ワークショップ② (目安 30分)

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

まとめ (目安 5分)

- 本日の感想・次回の予定で地域診断シートのデータを埋めてきてもらう



第2回 小地域ごとに分析をしてみよう

市町村担当職員向け

ねらい 小地域ごとに地域の実情や社会資源を知ろう

オリエンテーション (目安 5分)

- 挨拶 / 本日の目的・進め方、など

ワークショップ ① (目安 50分) ※前回と同じメンバーが望ましい

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

全体共有 ① (目安 5分)

司会等が各グループ (テーブル) を回り、主要な意見を紹介する

ワークショップ ② (目安 20分)

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

まとめ (目安 5分)

- 挨拶 / 本日の感想・次回の予定、など

第3回 住民を巻き込むにはどうすると良いか作戦会議を立てよう

市町村担当職員向け

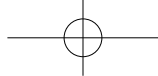
ねらい 地域の課題を解決するための住民力を理解し、介入の過程を計画する

オリエンテーション (目安 5分)

- 挨拶 / 本日の目的・進め方、など

ワークショップ ① (目安 50分) ※前回と同じメンバーが望ましい

- 地域のキーパーソンは誰か



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

全体共有 ① (目安 20 分)

- 小地域ごとの作戦を発表してもらう

まとめ (目安 5 分)

- 挨拶／本日の感想・次回の予定, など

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

■ 地区診断シートを使う

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

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

地区診断シートを活用しよう

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

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



行政職員が NPO 団体職員から質問を受け対応したケース

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

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

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

表 3-2

年度 区 地区診断シート★

1. 基本情報

項目	数値	備考
人口	人	
男性	人	構成比
女性	人	構成比
年齢別(0~3歳)	人	構成比(未就園児)
" (4~6歳)	人	構成比(園児)
" (7~12歳)	人	構成比(小学生)
" (13~15歳)	人	構成比(中学生)
" (16~18歳)	人	構成比(高校生)
" (19~39歳)	人	構成比
" (40~60歳)	人	構成比
" (61~64歳)	人	構成比
" (65~69歳)	人	構成比
" (70~74歳)	人	構成比
" (75歳以上)	人	構成比
外国人	人	構成比
世帯数	世帯	
子育て世帯	世帯	構成比
母子・父子世帯	世帯	構成比
定住世帯	世帯	構成比(10年以上)
出生数	人	
転入者数	人	
公営住宅数	件	

2. 保健・福祉・医療

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

4. 交通・防災・安全情報

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

5. 生活情報

項目	数値	備考
公民館・区民館	ヶ所	
スーパー	ヶ所	
コンビニ	ヶ所	
商店	ヶ所	
銭湯	ヶ所	
娯楽施設	ヶ所	

6. その他(地域特性)

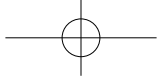
イベント、地区行事等	数値	備考

3. 教育情報

項目	数値	備考
幼稚園	ヶ所	
小学校	ヶ所	避難所設定
中学校	ヶ所	避難所設定
高校	ヶ所	避難所設定
塾	ヶ所	

登録団体数

登録団体数	ヶ所



3 第3章 部署間連携の進め方

行政外と連携する

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

目指すもの：

特定の事柄において、それに関与しそうなステークホルダーである組織が、共通の目的意識のもとで継続的に顔を合わせ、共同で物事を進めるような組織的枠組みの構築。

1) 行政内の部署間連携

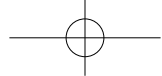
第一ステップとして、前節で解説した行政内の部署間連携があります。ここでは、部署間連携会議によって、行政内の部署間連携を進めることを目指します。参加対象部署は、自治体で少子高齢化に関する問題を抱える部署となります。

2) 医療や介護との連携

第二のステップとしては、自治体の保健部門と、医療機関や医療専門職の代表組織（医師会、歯科医師会、理学療法士会、看護師会など）や介護サービス事業者、社会福祉協議会などとの連携があります。ここでは、共通のマネジメントシステム上で活動するような仕組みづくり・取り組みを構築することを目指します。

3) より広い組織間連携

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



連携が求められます。

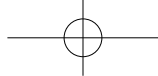
地域の一般企業やNPO、住民組織（老人クラブ、食生活改善推進員、愛育会など）との連携を目指します。また、体操教室やサロン等の活動を行う住民組織を育成することも、行政以外との連携の一例といえるでしょう（一般企業との連携事業の事例については、「神戸市の事例」の節（P70）も参照してください）。

協議体の結成：より広範な行政外の組織との連携

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

協議体：非常に多岐にわたる対象団体 (熊本県御船町の事例)

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



協議体の運営：ワークショップを開く

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

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

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



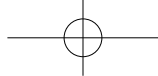
協議体結成準備会議の様子（御船町）



住民・行政・事業者同士でのグループワーク（御船町）



民間事業者によるワーク内容の発表（御船町）



4 第3章 部署間連携の進め方 連携で迷ったときは？支援を求めよう

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

■ 県や保健所に支援を求めよう

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

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

■ 大学の研究者に支援を求めよう

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

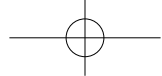


1) 学会で支援者・協力相手を見つける

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

2) インターネットやSNSを活用する

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



C O L U M N

コラム

連携会議を円滑にする会議運営テクニック

● 連携とはそもそも？

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

● 組織を動かす「人」同士の関係性を大事にしよう！

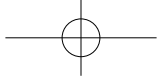
一方で、組織をかたちづけているのは私たち「人」であり、組織の意思決定は人同士の関係性の中でされていることを忘れてはいけません。したがって、連携の基礎は日頃からの「関係性」づくりです。

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

● 逆に作業が増えてない！？

効果的で効率的になるように、正しく「道具」を選ぼう！

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



C O L U M N

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

● 小さな工夫がコミュニケーションと関係性の質向上に

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

● コミュニケーションの質を向上する工夫の視点、5つ

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

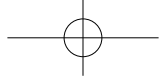
① 場集った人を「招待する」

↓

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

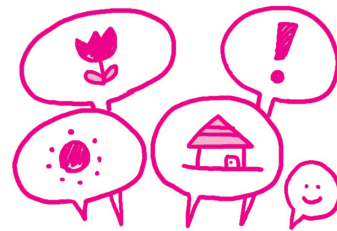


- 場集った人たちが、必ず貢献できるように「招待」します。その時に、
- いきなり「〇〇について話し合ってください」と投げかけても、自分が貢献
- することが求められていると感ずることができるとは限りません。まずは、「あな
- た自身が〇〇について考える良い点、悪い点それぞれ少なくとも2つづつ
- を書いてみてください」というように、場集った人たち一人一人が自ら考
- えるようにしっかりと動機付けできる問いかけをしなければなりません。場
- 集った人たちが、自分に引き寄せて、認知的に参加する(エンゲージ)
- するものであればあるほど良いでしょう。



② 皆が均等に「参加する」時間を必ずもつ

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



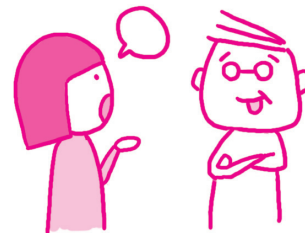
場ににいるから、「参加している」とは限りません。グループでの話し合いでも、人数が多ければ多いほど、一言も発言しない人は増える可能性が高くなります。また、人数の少ないグループであったとしても、考えていることが発言されるとは限りません。日頃「声の小さな」「目立たない」人も含むすべての人が一度は自らの考えていることの一部でも必ず、発言する役割を担う時間をとってください。

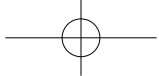
③ 段階的にグループを形成する

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

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

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

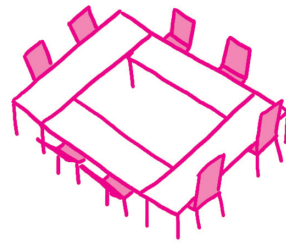




④ 空間的な配置に気を配る

↓

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



実は、机の配置の仕方、座り方は、コミュニケーションに大きな影響を及ぼします。

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

⑤ 流れと期間を適切に配分する

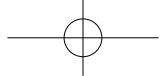
↓

適切な時間配分。少し短めぐらいで時間を区切って、テンポよく進めていく



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

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



C O L U M N

● 使い勝手の良い基本中の基本の一つの手法：1-2-4-ALL

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

<私のよくするやりかた>

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

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

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



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

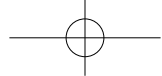


d そして2人組2つが一緒になって4人組に。2人組でそれぞれ話したことを共有してもらいます。ここは15分程度。



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





C O L U M N

< エッセンスを抑えているか >

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

OK!

- ② → 2人組の時に、必ず「話す役割」を担うことに。さらに、③についてできるだけ話したことのない人同士をペアにする工夫で、出て来るアイデアの多様性をあげる。さらに、場全体の目的が「引きこもり高齢者に対する地域活動について考えてみる」という学び合いというものである。この点も日頃あまり親しくないが、同じ思いを持って活動している人同士の意見を聞き、集約されていく過程になっている。

OK!

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

OK!

- ⑤ → 役割と時間ごとのミッションを設定し、テンポよく進んでいく。

OK!

● 他にもたくさん：Liberating Structures

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

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

● 今日から！いつものやり方を少しだけでも変えてみよう。

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



C O L U M N

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

C O L U M N

コラム

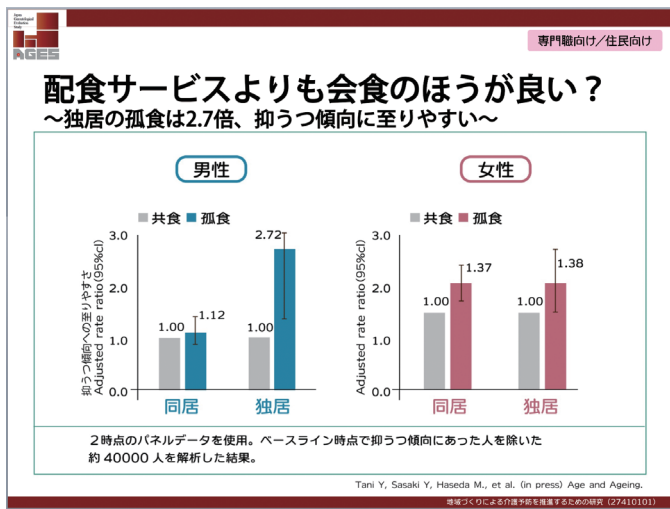
住民組織との連携、 部署間連携に役立つツールとエビデンス

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

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

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

図 3-1. スライド例 ①



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

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

図 3-2. スライド例 ②



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

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