

5 第3章 部署間連携の進め方

都道府県・保健所・政令市などにおけるタテの連携

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

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

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

各行政区の保健師などの介護関係の担当者を集めたワークショップを開催しよう

1) 準備会議

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

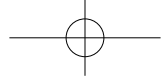
2) ワークショップ

1 回目のワークショップ

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

2 回目のワークショップ

2 回目のワークショップでは、グループワークを通じて、①地域診断データによっ



て、地域づくり型の介入事業をするべき優先度の高い地域を選ぶ、②各地域で行うべき地域づくり型の介入の方法や活用するリソースについて意見交換を行う、の2点を目的とします。

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

表 3-3. ワークショップの進行例

第 1 回 介護予防検討ワークショップの進行例

JAGES プロジェクト地域診断ツール「介護予防政策サポートサイト」を活用しながら、地域情報などを意見交換

セッション 1 自己紹介

● **1. 地域診断 (20 分)**

「地図を見て、ご自身の区で、以下の点について評価してください。」

健康：健診未受診、やせ、抑うつ、転倒、残歯数 9 本未満、物忘れ、外出週 1 回未満

行動：喫煙、歩行時間、会やグループへの参加（業界、ボランティア・老人クラブ等）

● **2. 発表 (15 分)**

セッション 2 実行準備

「日々の経験から、各課の課題について議論してください。」(20 分)

「なぜ、その課題なのでしょう。介入のために活用できる資源は何でしょう。」(15 分)

セッション 3 事業計画の作成

● **1. 事業計画の作成 (25 分)**

「セッション 1 で挙げた健康や行動に関する課題について、介入法のアイデアを複数出してください。」

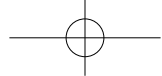
「そのうちの 1 つを選択して、事業計画を立ててみる！」

① 数値目標

② スケジュール

③ 介入アイデア (実行可能性、効果の大きさ、波及効果、注意すべきこと)

● **2. ディスカッションとまとめ (25 分)**



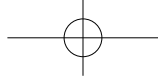
3) 部署間連携会議

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

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

表 3-4. 準備会議、ワークショップ、連携会議の概要

<p>準備会議</p>	<p>介護保険担当課と研究者らによる議論</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 研究者によるレクチャー ● ワークショップの進め方についての相談 ● 地域診断結果の提示・議論 など
<p>ワークショップ</p>	<p>各行政区の保健福祉課長あてに参加依頼。各区より2、3名参加。 地域診断シートを用いたグループワーク</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 重点対象とすべき地域や対象課題の抽出 ● 地域づくり型の介入方法についてブレインストーミング <p>2回目以降</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 各区内での要介護リスクや地域資源量との兼ね合いから地域づくり型の介入事業をするべき優先度の高い地域を選ぶ作業 ● 各地域で行うべき地域づくり型の介入の方法や活用するリソースについて意見交換
<p>連携会議</p>	<p>行政内の多部署が参加し、少子高齢化に関する各課の悩み・対策について意見出し。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 解決できる課題および解決困難な課題についての議論 ● 各課の連携による新しい解決方法の提案



第4章



事例集

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

事例

01

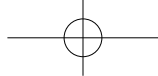
熊本県御船町

組織間連携のための協議体結成

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

1) 御船町の概要

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



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

2) データの「見える化」

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

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

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

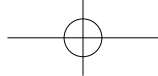
3) 地域包括ケア推進会議の経緯

3-1) 概要

第 1 回会議：

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

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



第2回目以降の会議：

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

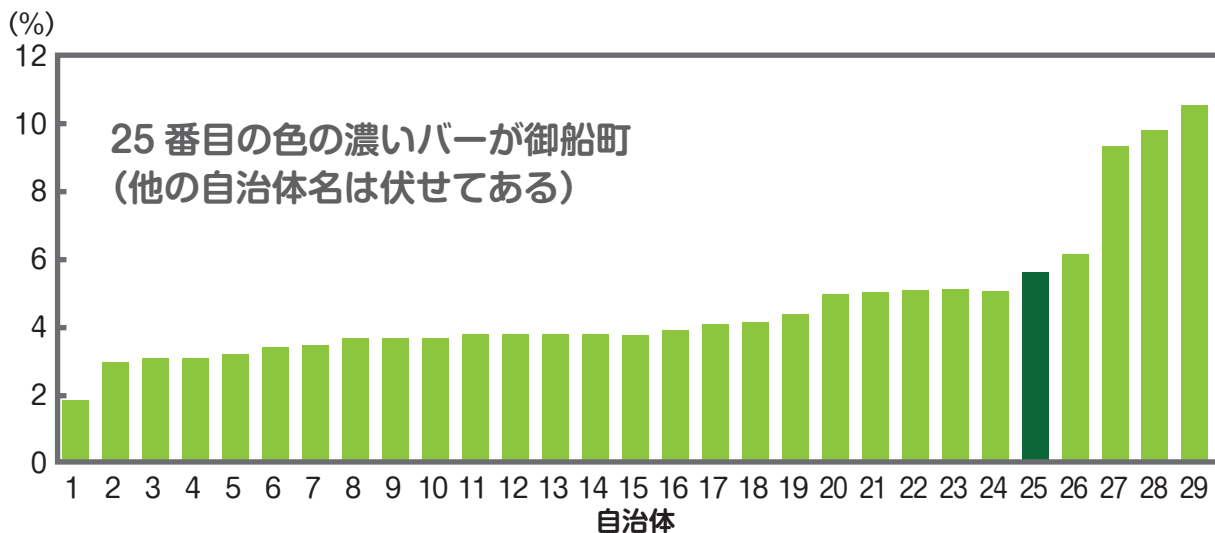
3-2) グループワーク

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

具体的には、グループワークを通じて以下のような町の特徴が見えてきました。

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

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



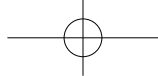
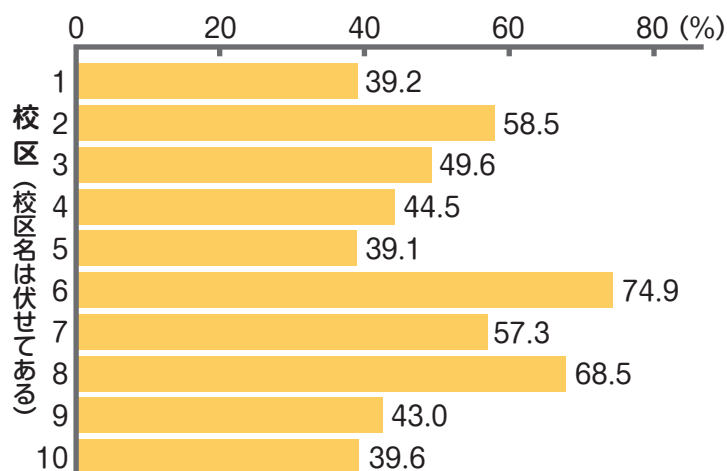


図 4-2. 閉じこもり割合の地域間比較（御船町）



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

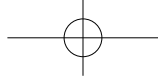
これらのデータに対して、ワークの中では、「おそらく、中山間地には既存の集いの場、サロン、自治組織などがたくさんあるが、そういった既存のグループには入れていない一部の人々が閉じこもっているのではないか」という意見が出され、そこから、「閉じこもり予防には、これまでにはない新しい形のつながりづくりの仕組みが必要ではないか」という提案が出されました。

4) 展開された部署間連携事業

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

ほたるの学校

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



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

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

事例 02 兵庫県神戸市

民間企業との連携

1) 神戸市の概要

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

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

図 4-3. 介護予防事業実施対象地区選定シート

◆介護予防事業実施対象地区選定シート(神戸市版ver. 2.1)◆

no.	code	行政区	センター圏域名	回答者数(神戸市全回答者圏域の回答者率)％	要介護のリスク要因							
					要支援・要介護者の割合	二次予防対象者の割合	閉じこもりの割合(男性)	閉じこもりの割合(女性)	抑うつ割合(男性)	抑うつ割合(女性)	物忘れの自覚(男性)	物忘れの自覚(女性)
1					19.8%	8.6%	7.9%	9.0%	4.9%	3.8%	25.9%	16.0%
2					20.6%	8.9%	14.7%	19.3%	12.5%	6.9%	17.6%	18.0%
3					20.4%	8.7%	14.3%	7.5%	1.7%	3.2%	15.1%	18.8%
4					21.0%	8.0%	9.0%	4.3%	4.4%	4.6%	13.6%	17.7%
5					18.9%	7.8%	6.9%	9.7%	4.0%	5.6%	13.6%	15.0%
6					21.2%	10.1%	14.3%	12.8%	0.0%	6.8%	21.5%	26.1%
7					34.8%	8.4%	10.3%	9.8%	7.1%	6.2%	21.9%	10.9%
8					20.9%	8.7%	16.2%	5.9%	2.3%	8.6%	10.9%	19.6%
9					34.8%	8.4%	3.9%	11.4%	4.4%	0.0%	19.0%	23.4%
10					22.0%	9.0%	6.0%	12.9%	6.2%	3.7%	14.2%	11.6%
11					23.4%	9.2%	6.3%	5.9%	3.4%	2.3%	14.2%	20.1%

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

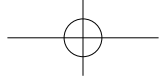
以下では、その過程で展開されてきた神戸市の介護予防事業における一連の取り組みを紹介します。

2) 神戸市における組織連携による介護予防戦略：経緯

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

表 4-1. 神戸市における組織連携による介護予防戦略の経緯

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

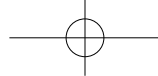


平成 26 年 3 月～	モデル 4 圏域でサロン事業・企業タイアップによるカフェ型事業開始。
平成 27 年 11 月	モデル 4 圏域のうちの 1 地区で、複数の介護予防サロンおよび体力測定会を定例化。市、企業、大学により、事業評価のための調査を開始（ベースライン調査）。
平成 28 年 1 月	事業評価のための調査、第二波を実施。
平成 28 年 11 月～	残りのモデル圏域においても、企業とのタイアップによる新たな介護予防事業、およびその事業評価のための学術調査を開始予定。

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

表 4-2. モデル事業対象として選定された 4 圏域の特徴および選定理由

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



3) 部署間連携

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

4) 民間企業との連携

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

ネスレ日本との連携による「介護予防カフェ」の展開：

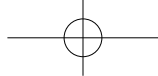
ネスレ日本と神戸市が連携した「こうべ 元気！いきいき！プロジェクト」により、「介護予防カフェ」が複数の地域で展開されました。2016年1月現在、約60か所の介護予防カフェが地域住民等によって運営されており、コーヒーマシンの提供を行い、つどいの場づくりの立ち上げの推進を図っています。

大学、企業との連携による ICT 介護予防：

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

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

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



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



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

図 4-4. 端末画面例 ①：いきいき生活度

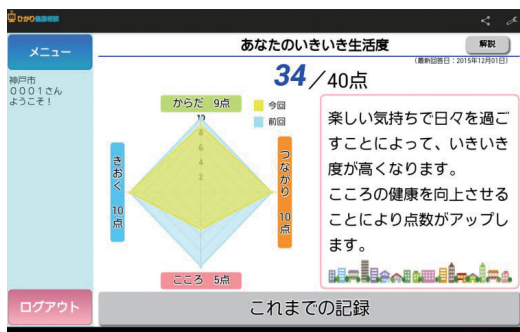


図 4-5. 端末画面例 ②：これまでの記録



神戸市では、今後も民間企業とのさらなる連携事業が予定されています。

事例 03 長崎県松浦市

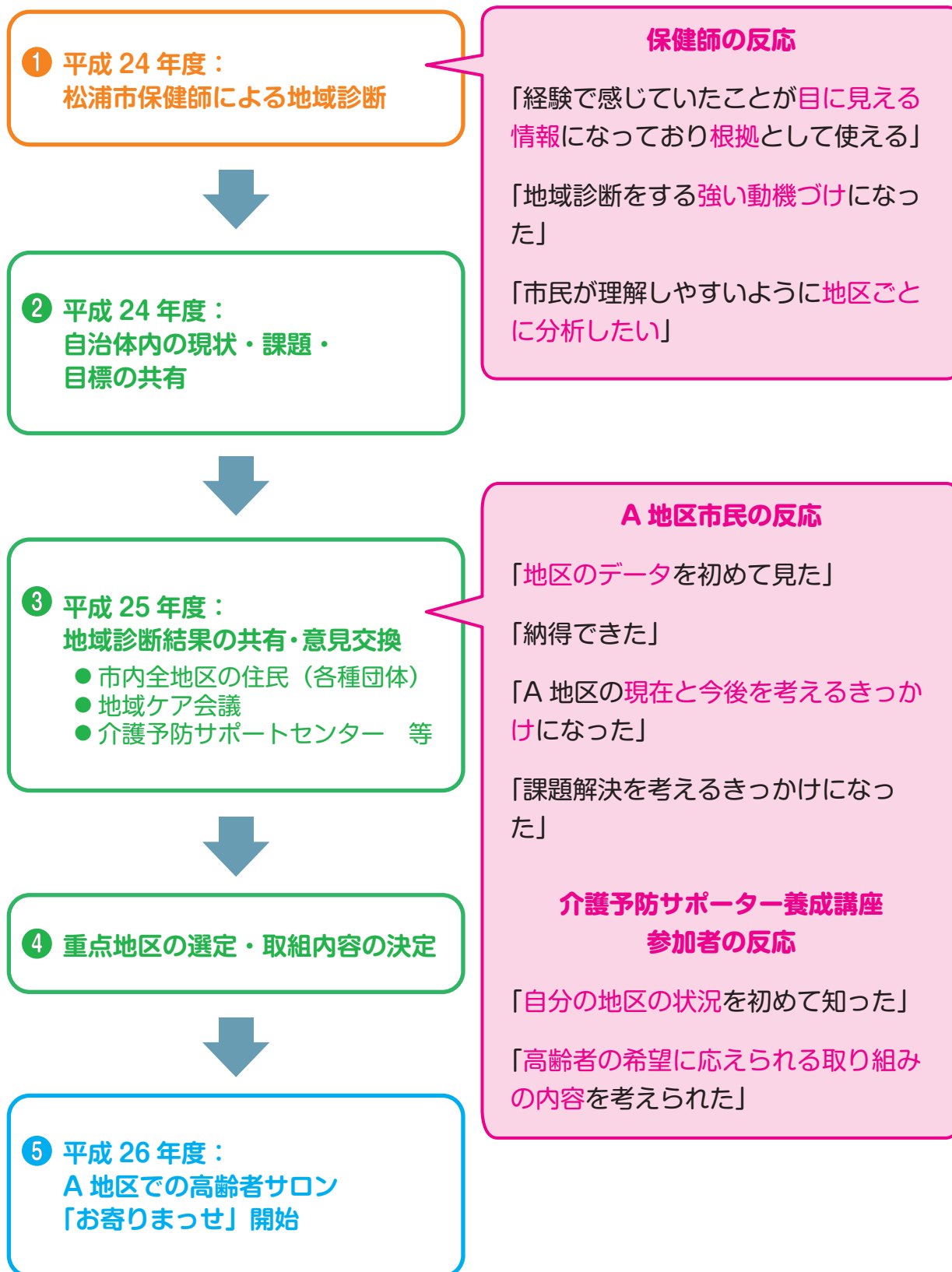
対話、共食、買い物支援ができるサロン

1) 長崎県松浦市と A 地区の概要

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

2) 松浦市の地域診断支援ツールの活用過程

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



3) 地域診断支援ツールで活用した図表（一例）

図 4-6. 介護予防 Web アトラス

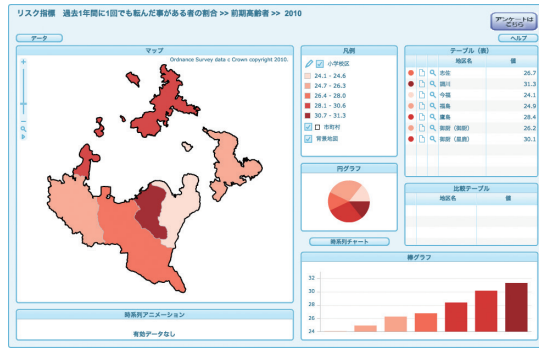


図 4-7. 図 4-6 を松浦市が独自に改良した図

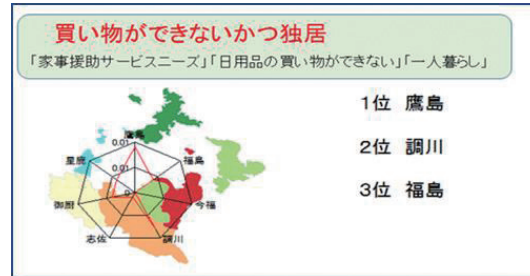


図 4-8. 地域診断書

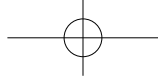
項目	調査実施者	今回値 (2013)	前回値 (2010)	増減	基準値	地域評価
▽ 高齢者全体：生活機能評価						
運動機能低下割合	データなし	0.21	0.17	0.03	0.19	0.13
認知機能低下割合	データなし	0.06	0.10	-0.03	0.04	0.13
低栄養割合	データなし	0.02	データなし	0.02	0.02	0.17
口腔機能低下割合	データなし	0.18	0.15	0.02	0.16	0.14
認知割合	データなし	0.05	データなし	0.05	0.05	0.15
認知機能低下割合	データなし	0.38	0.34	0.04	0.36	0.41
ラフネス割合	データなし	0.25	0.51	-0.26	0.26	0.42
▽ 高齢者全体：日常生活評価						
IADL(自立度低下割合)	データなし	0.12	0.06	0.06	0.12	0.10
▽ 高齢者全体：社会参加評価						
知的機能低下割合	データなし	0.10	0.09	0.01	0.11	0.20
社会的役割低下割合	データなし	0.20	0.19	0.01	0.23	0.30
ボランティア参加割合	データなし	0.05	0.04	0.01	0.06	0.02
スポーツの会参加割合	データなし	0.22	0.20	0.03	0.20	0.02
趣味の会参加割合	データなし	0.23	0.26	-0.03	0.19	0.06
老人クラブ参加割合	データなし	0.04	0.07	-0.03	0.04	0.02
▽ 高齢者全体：その他						
認知割合	データなし	0.13	0.11	0.01	0.15	0.33
▽ 高齢者全体：生活機能等の状況A項目						

松浦市での活用

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

4) 地域診断から見た A 地区の特徴

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



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

5) 松浦市 A 地区の高齢者サロンの展開

共食・対話

サポーター手作りの昼食をみんなで食べます



買物

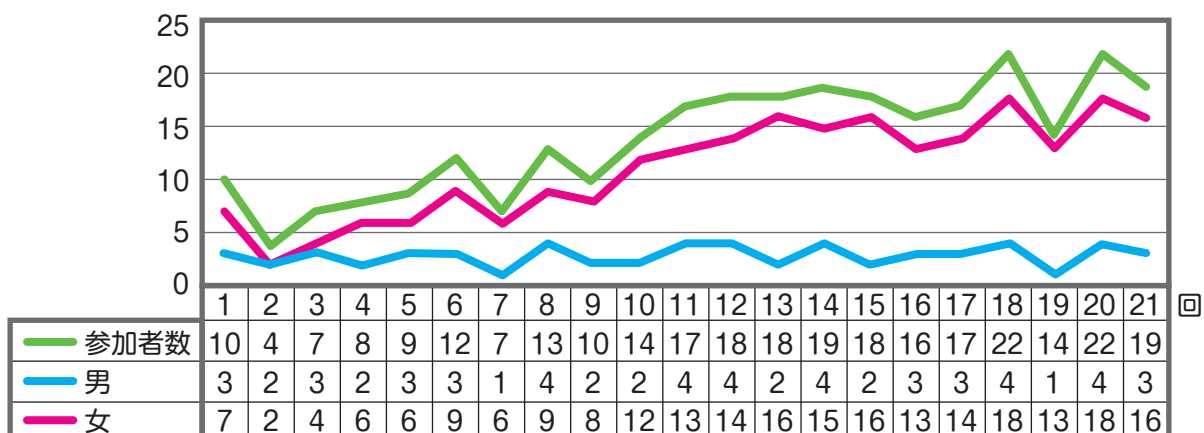
地元の移動販売車がきてくれます



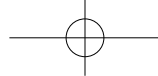
介護予防サポーター養成講座を受講した A 地区の住民であるボランティアが、地域診断結果を参考に、松浦市・地域の福祉施設・商店などの助けを借りて、「対話」「共食」「買物支援」ができるサロンを開設しました。毎月第2・4水曜日に実施し利用料は1回200円です。

6) 松浦市 A 地区の高齢者サロンの評価

図 4-9. 平成 26 年度「お寄りませ」参加者の推移



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



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

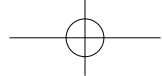
地域診断で把握した A 地区の特徴から、「共食」「対話」「買物支援」を焦点にしたサロンを展開したが、参加者の声からニーズに答えられていると判断できた。

【波及効果】

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

【ボランティアへの効果】

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



事例 04 愛知県武豊町

ボランティア研修におけるデータ活用

1) はじめに

地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みが模索されているなか、地域住民主体による自治会単位や小学校区単位での社会参加を促進する「通いの場」（以下、サロン）の設置と活用が推奨されています。その一方では、通いの場を運営するボランティア（以下、ボランティア）の発掘と育成や組織化が課題となっています¹⁾。

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

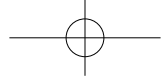
2) 武豊町の概要

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

3) ボランティア研修の構成

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

ここでは、初回基礎研修において用いている、ポピュレーション戦略に基づくサロ



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

表 4-3. ボランティア研修概要

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

3-1) 武豊町新規要介護者・死亡者の1年前の要介護リスク数

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

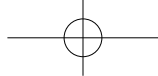
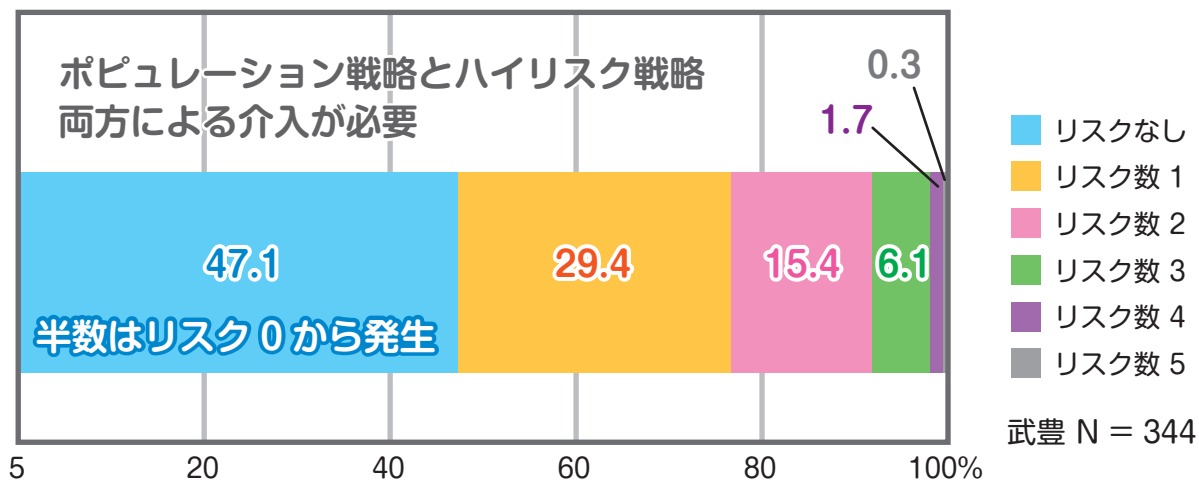


図 4-10. 新規要介護者 + 死亡者の 1 年前のリスク数



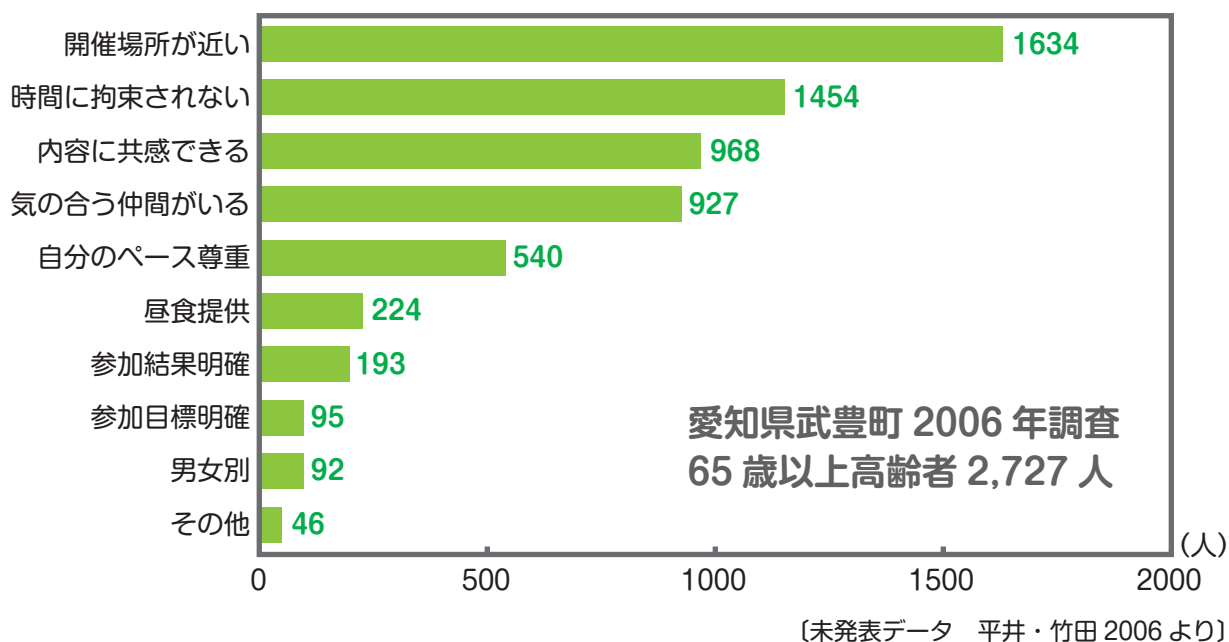
使用リスク…何度も転倒あり，うつ状態 (GDS>10)，外出頻度が週 1 回
未満，低栄養 (BMI<18.5)，口腔状態 (あまり噛めない)

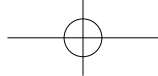
(近藤克則. 健康格差社会. 医学書院 2005 より)

3-2) 介護予防事業に参加する条件

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

図 4-11. 介護予防事業への参加条件

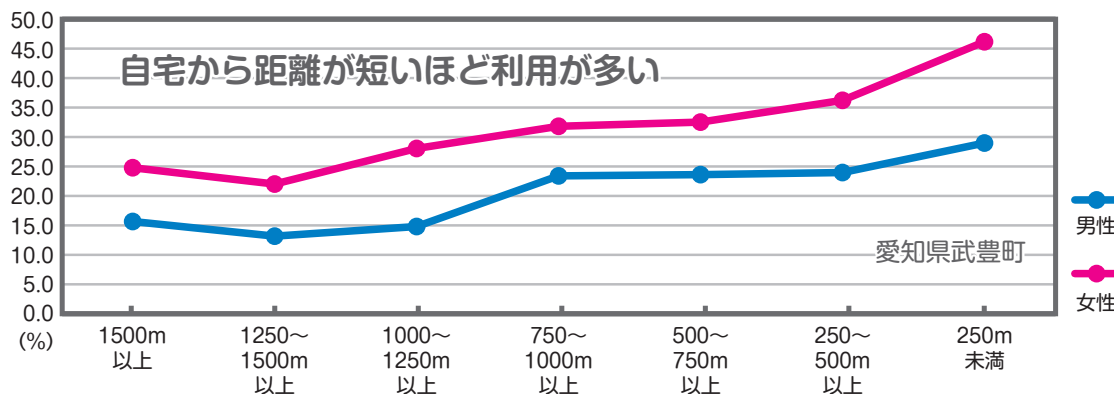




3-3) 保健センターなど町の施設利用割合と自宅からの距離

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

図 4-12. 保健センター等施設までの距離別利用割合



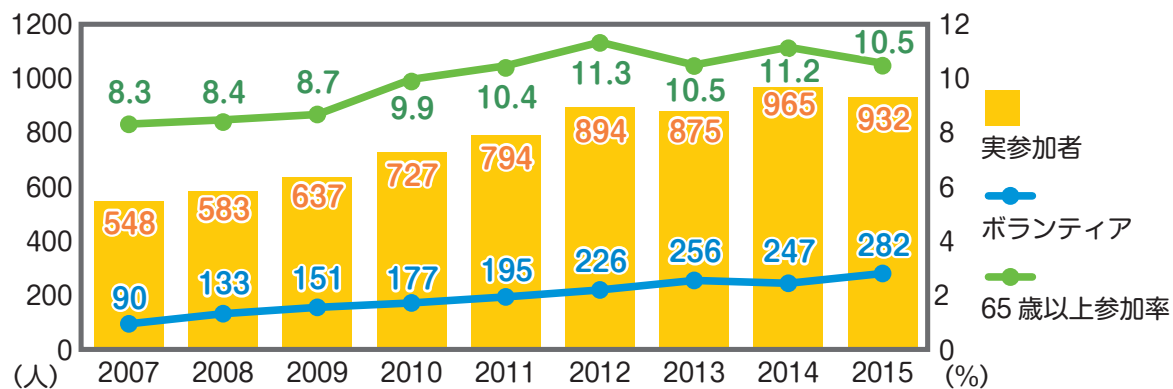
〔平井寛. 介護予防におけるポピュレーションアプローチの試み—武豊町における地域サロン事業の計画と実施 (第 2 回 計画書と事業計画・準備組織ができるまで). 地域リハビリテーション 2009;4(2):172-176. より〕

3-4) サロン開所後の拠点数と実参加者数および町内 65 歳以上の参加率

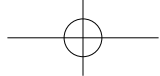
3-1) ~ 3-3) を踏まえると武豊町の中心部の限られた会場においてのみ事業を展開した場合には、参加者は限られてしまいます。このためサロンの多拠点化が必要なことが理解できます。そして 2007 年度から 2015 年度までに 11 箇所のサロンが開所に至っています。

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

図 4-13. 憩いのサロン実参加者数 / 参加率 / ボランティア数の推移



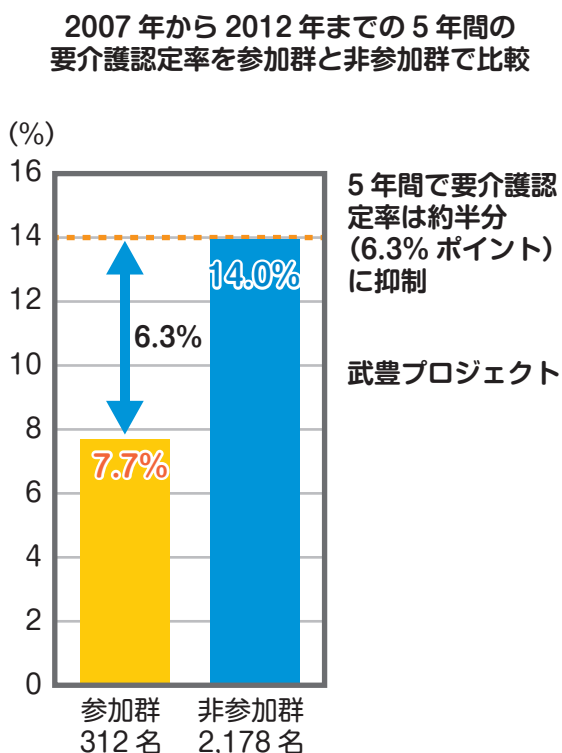
〔竹田徳則. 地域在住高齢者の心理社会面に着目した認知症予防—武豊プロジェクト. MEDICAL REHABILITATION 2017;206:45-50. より〕



3-5) サロン参加有無別要介護認定率と認知症を伴う要介護発生率

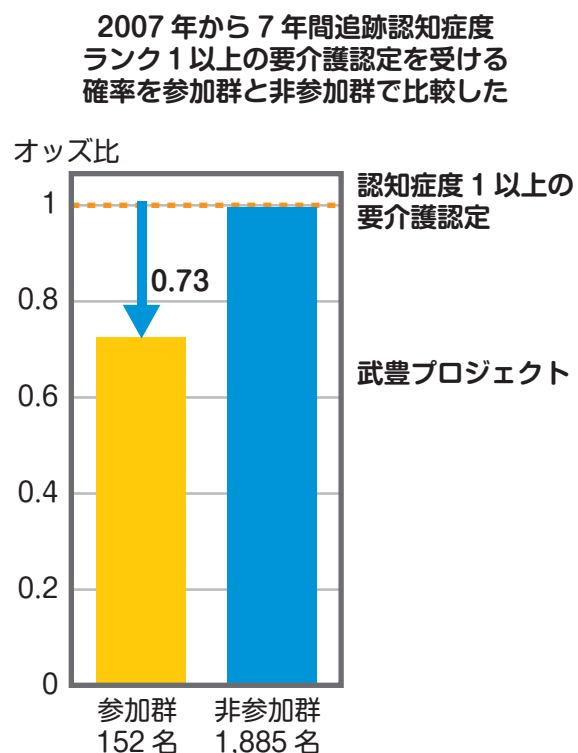
サロン開所以降、参加有無別での予防効果を図 4-14 と図 4-15 に示しました。まず要介護認定率では、サロン参加群は非参加群に比べて 6.3%低いことがわかります。次に認知症を伴う要介護認定発生リスクでは、参加群は非参加群に比べて約 3 割抑制されていることが確認できます。

図 4-14. 高齢者サロン参加群で要介護認定率は低い



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

図 4-15. サロン参加群で認知症発症 3 割減



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

3-6) 社会的役割と健康

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

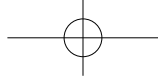
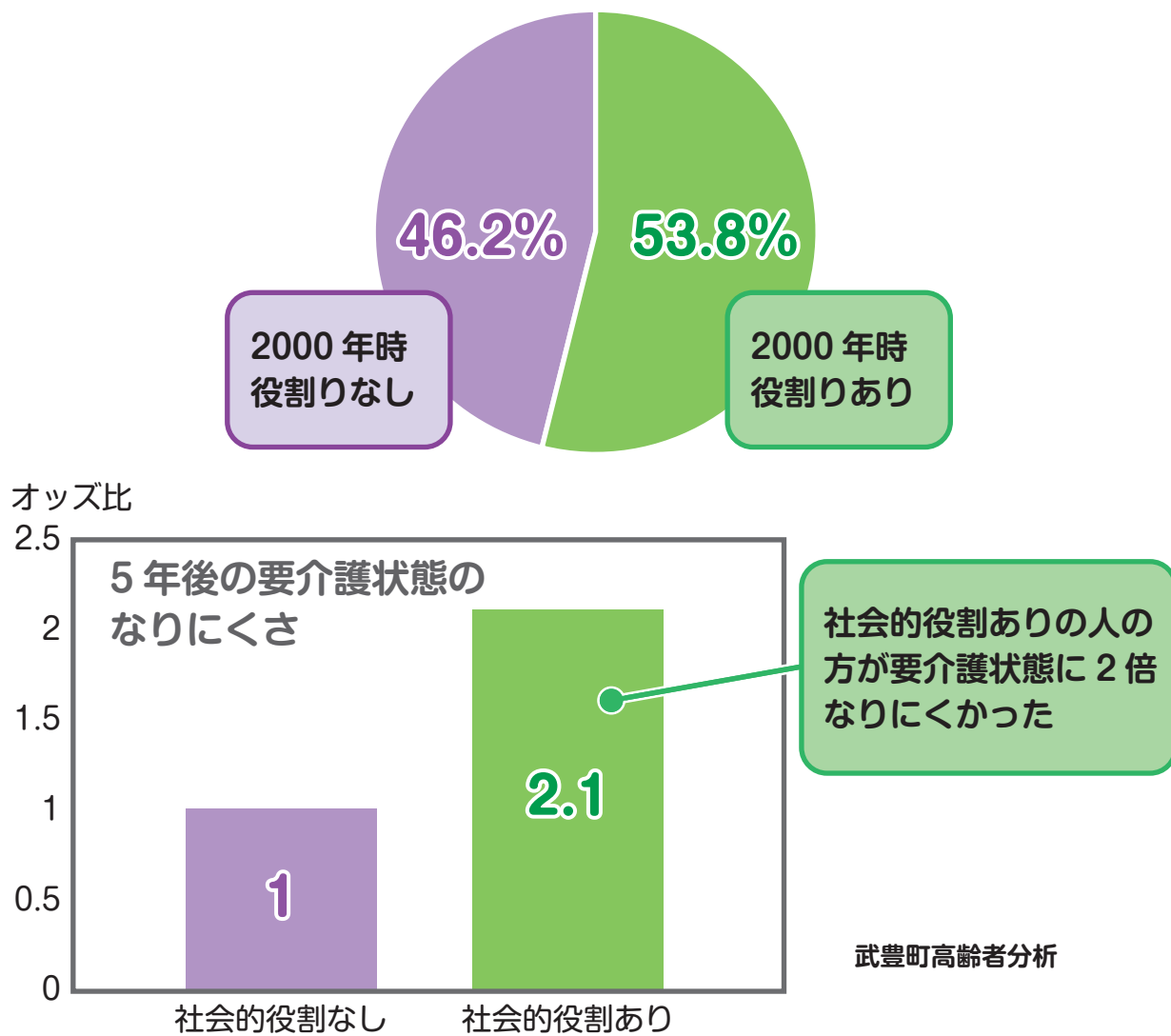


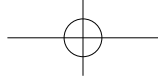
図 4-16. 社会的役割と健康



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

4) まとめ

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



事例 05 愛知県豊橋市

ボランティア研修におけるデータ活用

1) はじめに

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

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

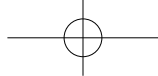
2) 愛知県豊橋市の概要

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

データ活用の事例 ① サロン事業参加者の特性の見える化

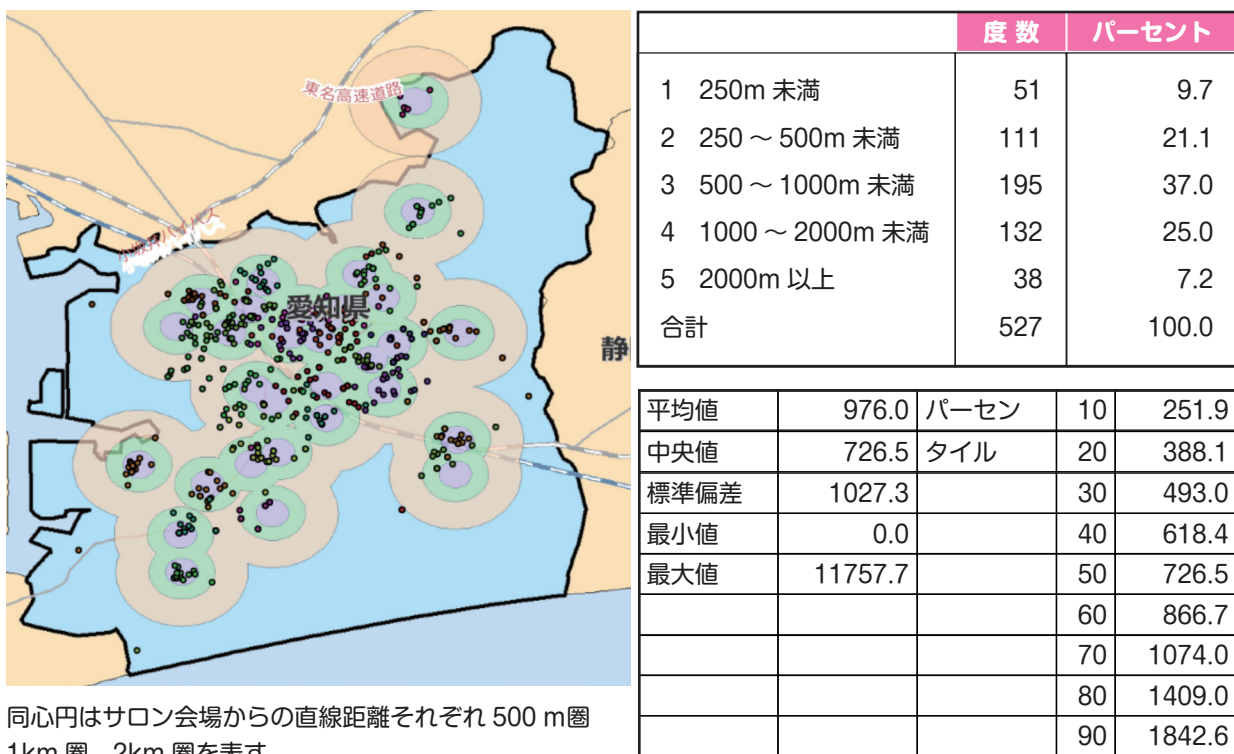
- GIS(Geographic Information System : 地理情報システム) を活用して自主運営介護予防サロン事業の会場と参加者を電子地図上にプロットし、参加者とサロン会場までの距離などを算出。
- 参加者の 50% が 750m 圏内





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

図 4-17. サロン会場までの距離について



データ活用の事例 ② 住民による見守り活動利用者の特性の見える化

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

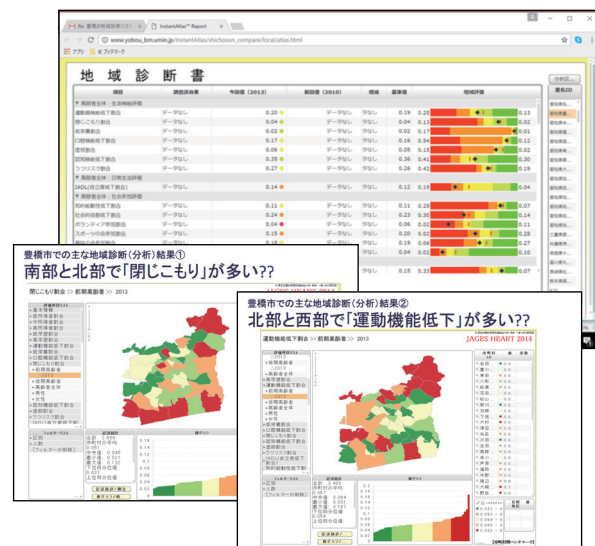
表 4-4. 見守りサービス利用 / 非利用者の相違 (一部)

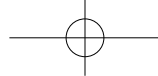
		見守りあり (%)	粗オッズ比 (ref. = 見守りあり)		
			OR	95%CI	p
性別	女性	30.7	(ref.)		
	男性	19.4	1.85	(1.60-7.09)	.009
婚姻状態	死別	33.0	(ref.)		
	離別・未婚	20.4	1.95	(1.21-3.12)	.006
	その他・不明	11.1	4.01	(1.65-9.73)	.002
等価所得	200万円以上	28.2	(ref.)		
	200万円未満	26.3	1.11	(0.70-1.74)	.666
	不明	28.0	0.99	(0.57-1.75)	.984
居住年数	30年以上	32.7	(ref.)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

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

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

図 4-18. 地域診断システムの結果 (一部)





た地域もあり。

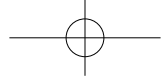
- データで確認された地域課題に直接対応するような解決策が提案されたわけではないが、データを提示することにより、従来にはない具体的な議論が展開されたという意見あり。

共同研究会の意義と課題

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

事例 06 災害対策へのデータの活用と住民組織等との連携

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



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

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

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

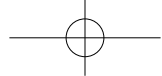
1) 災害前の対策

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

<物資の備蓄や避難訓練の実施と、近隣の地域同士の助け合いのネットワークへ>

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

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



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

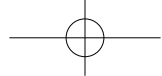
<ハイリスク者やハイリスク地域の把握>

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

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

<地域のキーパーソンとの交流とその情報共有>

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



<女性の活用の意識づくり>

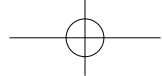
東日本大震災時の避難所において、女性の授乳や生理用品の配給に対して、男性の理解が得られにくかったというケースがあります。また、避難所で「女性は全員揃って、朝5時に起きて炊き出しする」という意見が通ってしまい、女性の疲労や不眠のうったえが多くなったという事例の存在も聞かれています。このような事例が生じる一因として、避難所の運営にかかわる行政や、町内会会長や町内会執行部などの避難所でのキーパーソンやその関係者となる人に男性が多いことがあると考えられます。こうした問題を回避するために、避難所の対応にあたる行政職員や、災害復興の会議などに、かならず女性の行政職員を入れていた自治体も存在します。女性の行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

2) 災害後の対策

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

<避難所や仮設住宅への入居方法>

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



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

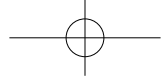
<外出・交流の機会づくり>

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

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

<行政と住民の連携>

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



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

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

<被災者の見守り活動>

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

<みなし仮設入居者を忘れずに>

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

<仮設住宅から復興住宅へ>

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

おわりに

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

図 4-19. 宮城県 平成 25 年度プレハブ住宅調査票

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

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

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

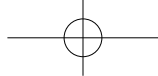
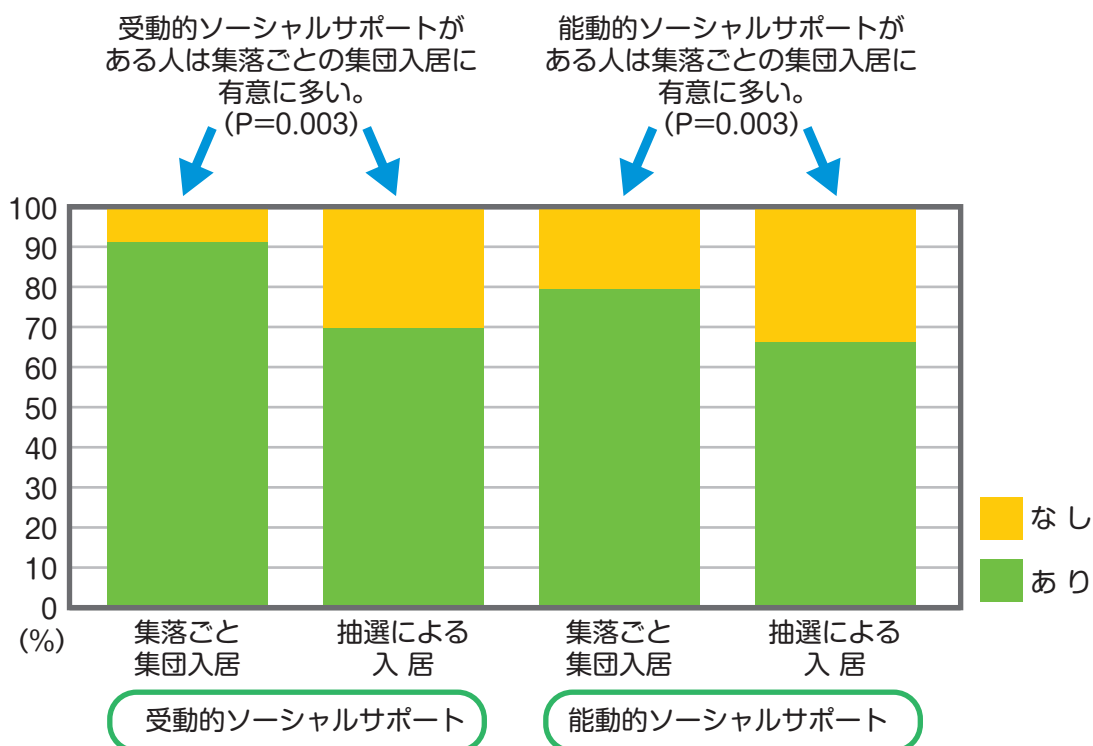


図 4-20. プレハブ仮設住宅への入居方法と、ソーシャル・サポート



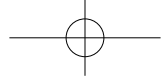
[Koyama S, Aida J, Kawachi I, Kondo N, Subramanian SV, Ito K, et al. Social support improves mental health among the victims relocated to temporary housing following the great east japan earthquake and tsunami. The Tohoku journal of experimental medicine 2014;234: 241-7. より]

事例 07 愛知県名古屋市

大規模団地における孤立防止推進事業

1) はじめに

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



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

2) 地域・関係機関の連携と共有認識に向けて

2-1) 課題共有のためのデータ活用

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

2-2) 地域・住民との連携

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

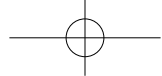
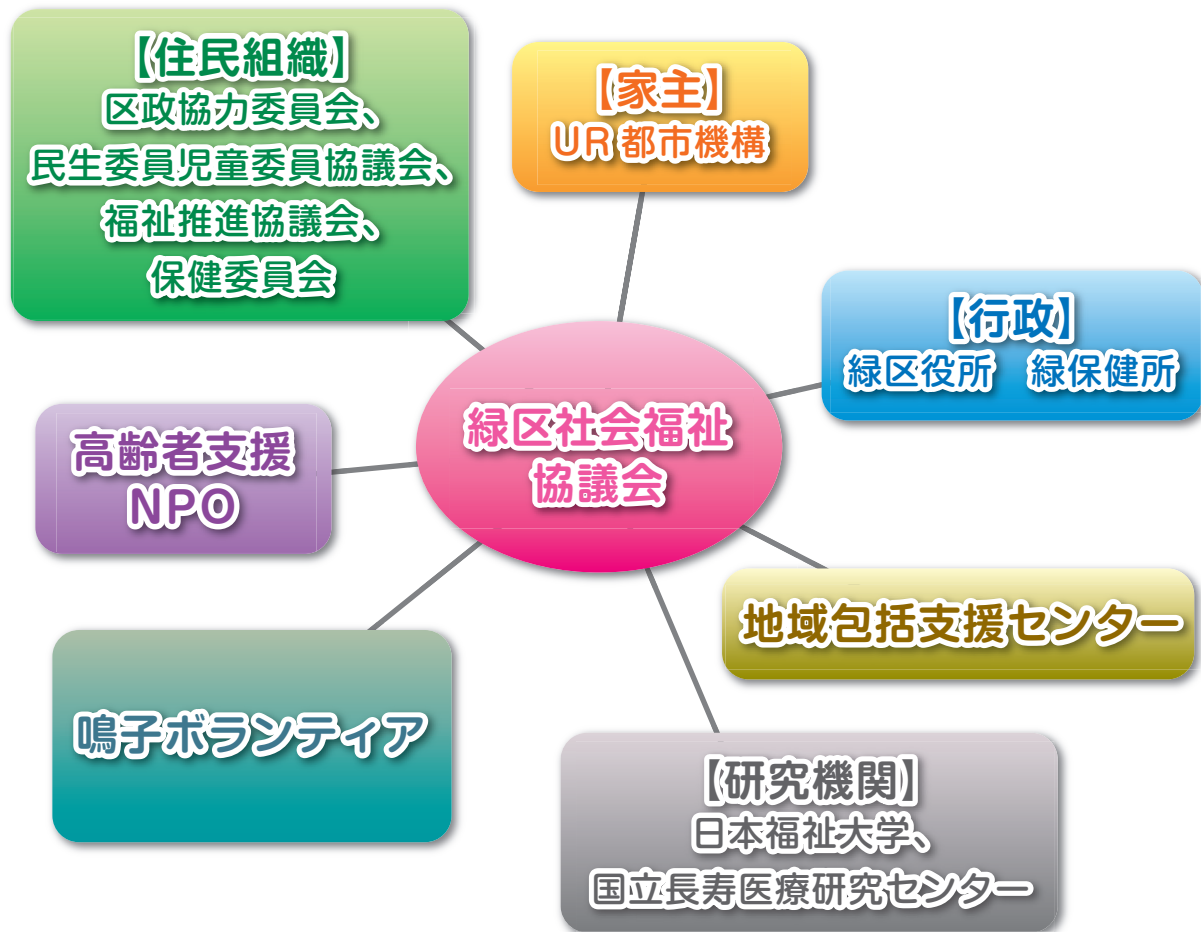


図 4-21. 組織図

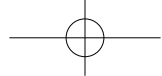


3) 住民ボランティアの育成と支援

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

3-1) 水平的な運営

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



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

3-2) 支援機関との信頼関係

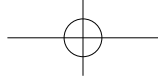
自主運営に移行するに際してボランティアには大きな混乱が生じたといえます。しかし社協が「絶対に見捨てない。必ず支える」と強く約束したこと、ボランティアと社協との信頼関係を構築できていたことから、活動が空中分解せずに済みました。実際に、社協は地域包括支援センターとともに事業終了後もほぼ毎週サロンに参加し、適宜アドバイスを行い、会場や設備の面で全面的な協力を行ってきました。その後、自主活動化は順調に進捗しているようです。地域住民の自主活動化に向けて、支援提供者との信頼関係が重要であることがうかがえます。

3-3) ボランティア自身の効用感

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

4) 活動の評価

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



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

5) 鳴子団地におけるサロン活動の今後

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

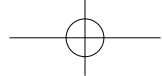
【参考文献】 12,13)

事例 08 沖縄県南城市

地域のソーシャル・キャピタルの活用

1) 沖縄県南城市の概要

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

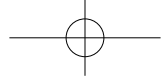


2) 南城市 T 地区の公民館を核とした介護予防活動・健康づくり活動の展開

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

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





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

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

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

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

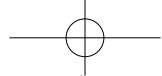
① インフォーマルな社会的統制 (Informal Social Control)

(1) 向社会行動の増加

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

(2) 健康行動の機会の増加

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



(3) 若年層の逸脱行動への見守り機能

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

② ネットワークによる健康に資する情報の伝達や情報共有の促進

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

③ 心理社会的なストレスの軽減

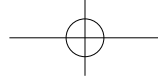
コミュニティやグループの成員間のコミュニケーションが促進されることから、心理的なストレスが緩和されたり、軽減されたりすることが期待される。ただ逆に、強すぎるソーシャル・キャピタルが互いの監視機能を強化することで、社会的ストレスを増加させる可能性も指摘されています。

④ 運動や健康づくりを共に行う仲間・団体の増加

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

⑤ セーフティネットや見守りのネットワークの提供

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



⑥ 治安の安定

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

⑦ 集団的効力感 (Collective efficacy)

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

⑧ 格差縮小への意思決定

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

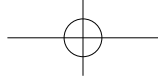
⑨ 震災時の助け合い行動や、弱者の救済、復興

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

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

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

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



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

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

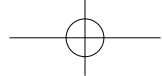
その中で、住民の方から健康づくりについてのアイデアや、活動報告を多く伺い、多地域の推進員さんとも共同の勉強会で共有して戴く機会も持ちました。部署間連携・地域間連携・サービス間連携をスムーズに行うための鍵は、意識の共有であり、連携・健康づくりの主役は住民という点を常に意識する視点は重要だと考えられました。

事例 09 北海道 大雪地区広域連合 隣接 3 町の広域連合による取り組み

1) 取り組みの要点

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

外出先を増やす取り組みを開始



2) 大雪地区広域連合の概要

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

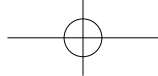
表 4-5. 北海道大雪地区広域連合を構成する 3 町の特徴

	東川町	東神楽町	美瑛町
人口(人) (平成 28 年 6 月 30 日現在)	8,116	10,384	10,409
高齢化率(%)	32.16	24.44	36.34
面積(km ²)	247.06	68.50	676.78
主要産業及び特徴	<ul style="list-style-type: none"> ● 農業(水稲) ● 観光 	<ul style="list-style-type: none"> ● 農業(水稲) ● 旭川市のベットタウン 	<ul style="list-style-type: none"> ● 農業(水稲) ● 旭川市のベットタウン

3) JAGES-HEART 2014 の活用

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

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



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

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



図 4-22. JAGES-HEART2014 の結果 ①

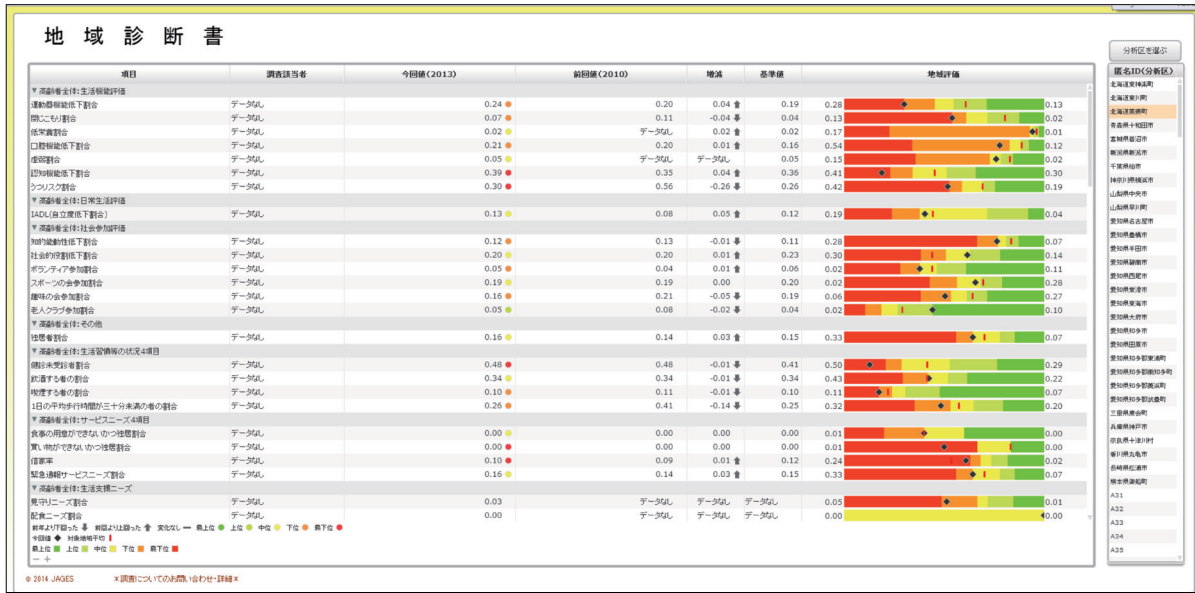
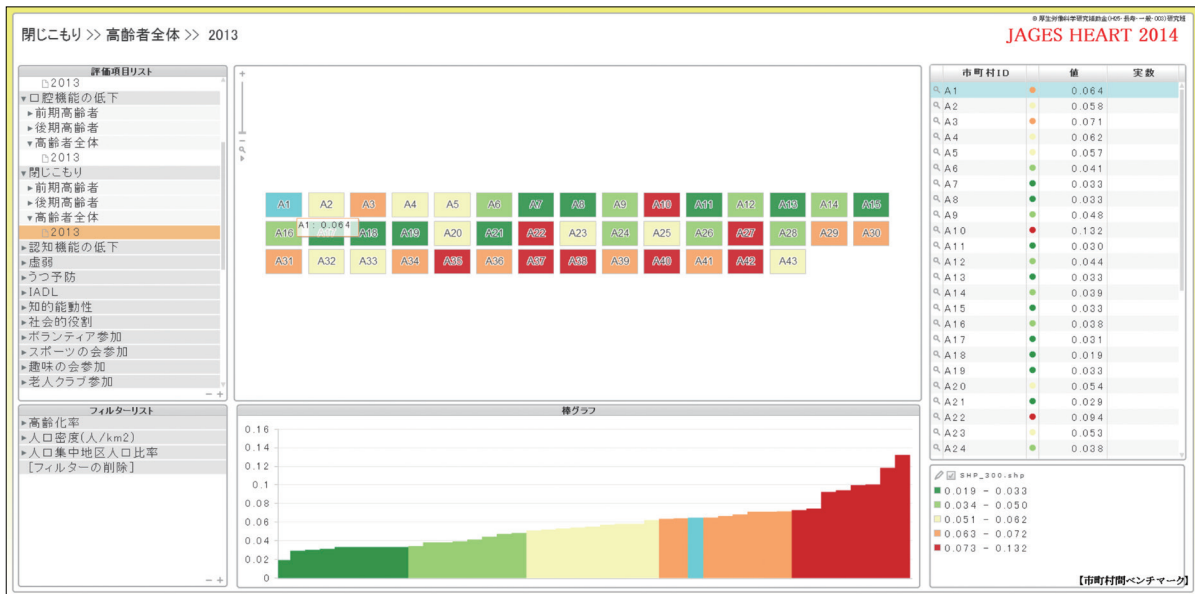


図 4-23. JAGES-HEART2014 の結果 ②



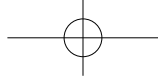


図 4-24. 外出の頻度（男性）

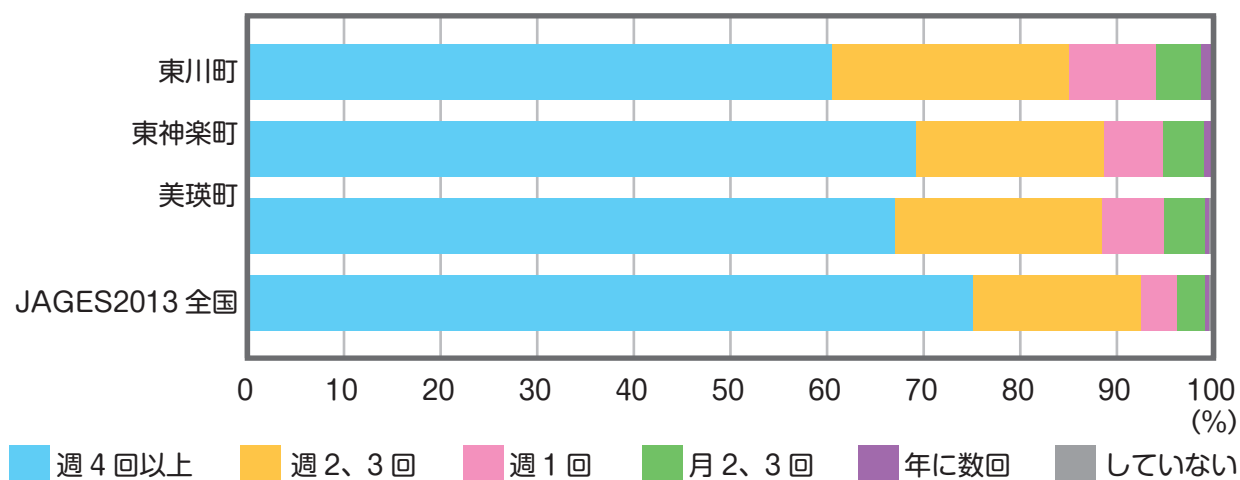
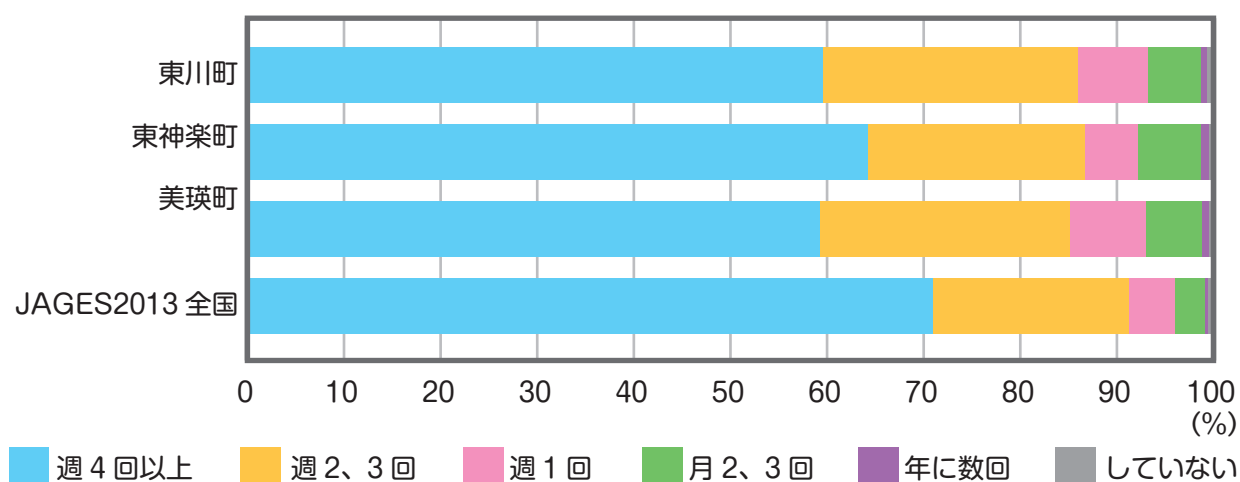


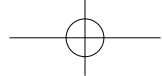
図 4-25. 外出の頻度（女性）



4) 新たな取り組み

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

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



の一部助成事業が開始され、現在助成希望団体の募集を行っています。

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

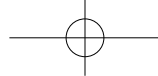
5) まとめ

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

事例 10 愛知県東海市

「健康交流の家」の開設

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



1) 健康交流の家とは

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

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

2) 健康交流の家の特徴

2-1) 健康増進スペース

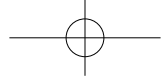
健康増進スペースは、フローリング張りの床となっており、ゴムバンド体操やフラダンス、歌などの趣味の会による定期的な活動や、映画の鑑賞会などのイベントの開催を行っています。

2-2) 交流促進スペース

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

2-3) 施設運営

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



2-4) 防災機能

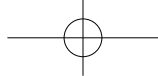
津波避難施設を合築している健康交流の家は、地域防災の拠点としての機能も有しています。同施設は、南海トラフ巨大地震等による津波の被災が想定される地域にあり、建物の1階の壁はあえて壊れやすい構造とし、構造体に津波の力を極力伝えないように設計されています。施設は、下の階（1・2階）が交流促進・健康増進スペースで、上の階（3・4階）が防災スペースとなっており、避難スペースと災害用備蓄倉庫が設置されています。防災スペースは、平時には防災交流のスペースとして、かつて甚大な被害をもたらした伊勢湾台風の記録写真や南海トラフ巨大地震の情報を展示しています。また、日頃より地域住民の防災意識を高めてもらうために、備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

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

3) 健康交流の家の設立・運営に関連した部署間連携

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

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



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

**自治会集会所機能を持つ
健康交流の家**



**津波避難所機能を持つ
健康交流の家**



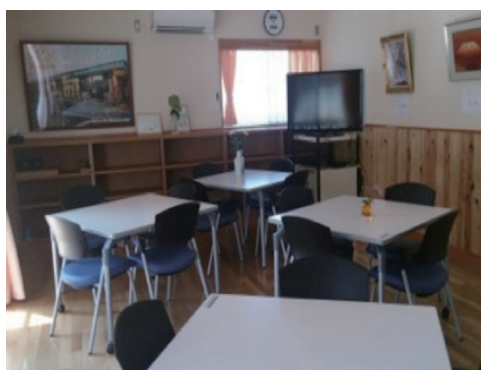
健康増進スペース



地域ボランティアの活躍

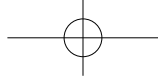


交流促進スペース



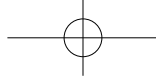
災害用備蓄倉庫



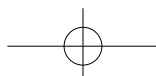
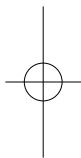
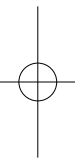


引用・参考文献

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



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





ACTION CHECK LIST

健康・介護施策における 部署間連携のための アクションチェックリスト



目次

アクションチェックリストの開発経緯……………p.2

解説……………p.3～9

アクションチェックリストの使い方……………p.10

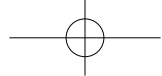
アクションチェックリスト……………p.11

【書誌情報】

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

【謝 辞】

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



■ 本チェックリストの開発経緯

1 健康施策における部署間連携の重要性

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

2 健康格差への取り組みと部署間連携

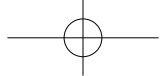
健康日本21（第2次）では、健康格差への取り組みが基本方針に掲げられました。国内・海外における健康格差に関する調査報告によると、健康格差を生み出しているのは、保健医療要因によるものではなく、むしろ非保健医療分野に関する要因であることが指摘されています。したがって、健康格差への取り組みにおいては、非保健医療政策分野との連携が鍵になると考えられています。

3 アクションチェックリストとは

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

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

このリストを参考に、部署間連携の手がかりを見つけましょう。

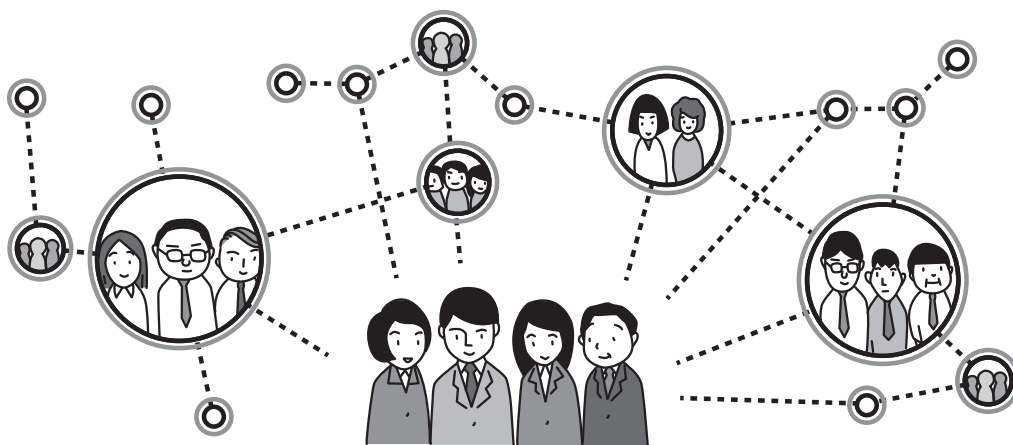


解説

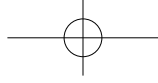


事業計画に関する連携

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



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



情報共有に関する連携



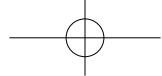
4 事業内容を他部署に説明、共有する機会を設定する。

5 他部署が管理する情報やデータを活用する。



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

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



対象者に関する連携

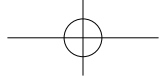


6 対象者を把握したり、周知したりするために、他部署と連携して実施できる機会について検討する。

7 事業によって特に影響を受ける集団に関する把握や配慮を検討する。
(経済状況、世帯状況、地域状況、高齢者、障害者、外国人など)



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

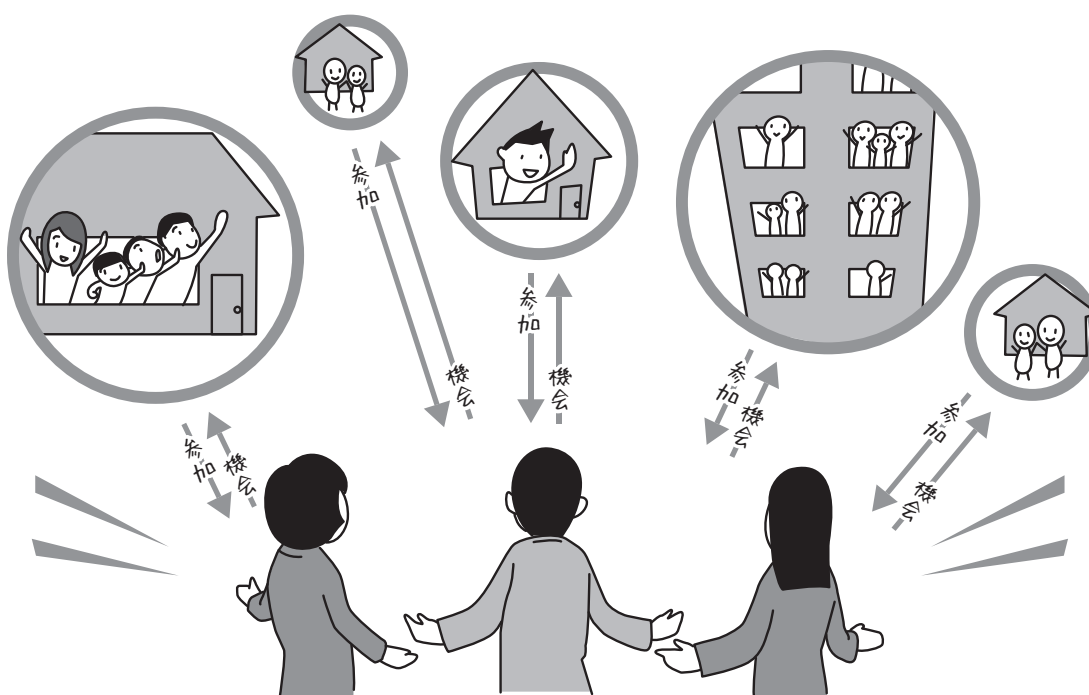


市民協働に関する連携



8 住民が参画できる機会を設定する。
(計画段階、実行段階、評価段階)

9 ボランティア活用について検討する。



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

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

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

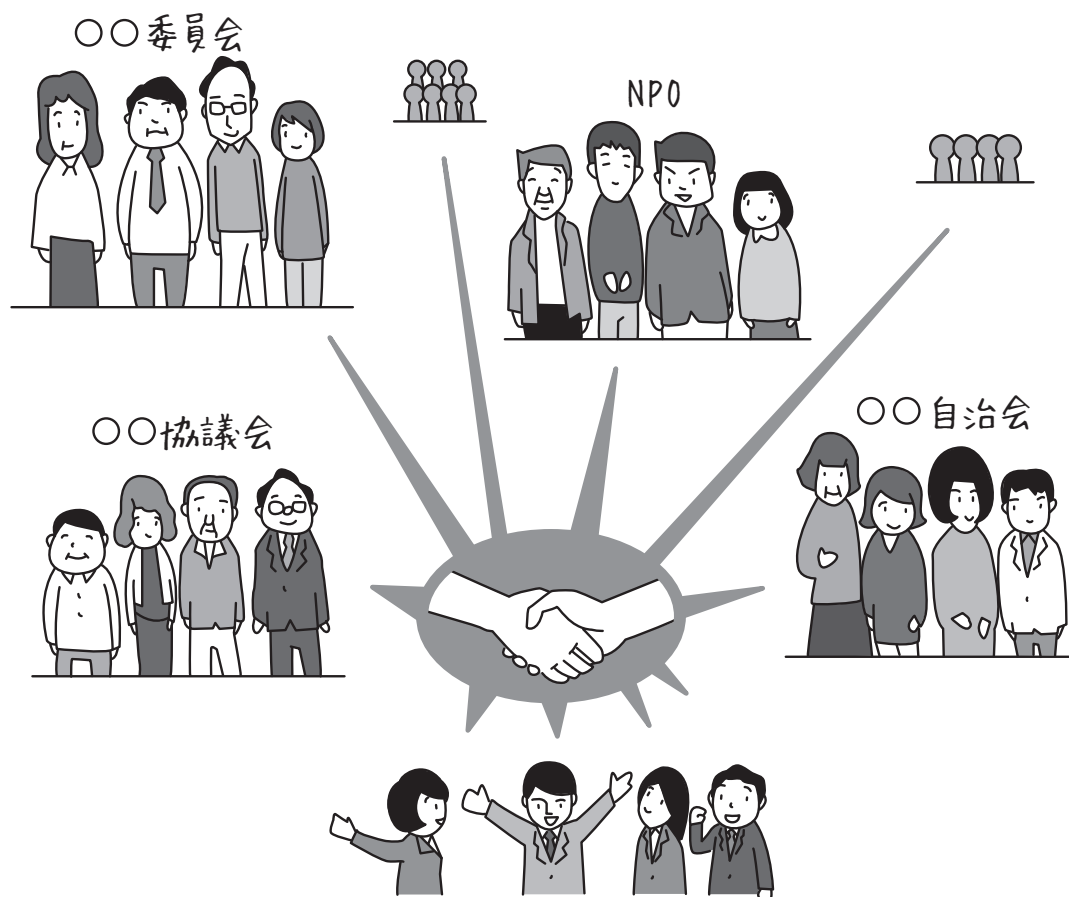
◆ 健康格差縮小の観点から見ると、事業の計画・実行、ボランティア活動において、社会経済的状況や年齢、性別などに偏りの無い多様な主体が参加することが理想的です。



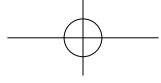
地域資源に関する連携



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



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



事業者に関する連携



11 関係事業者の経営的影響について検討する。

12 関係事業者の雇用状況への影響について検討する。



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



健康に影響する社会環境要因を代表する部署との連携

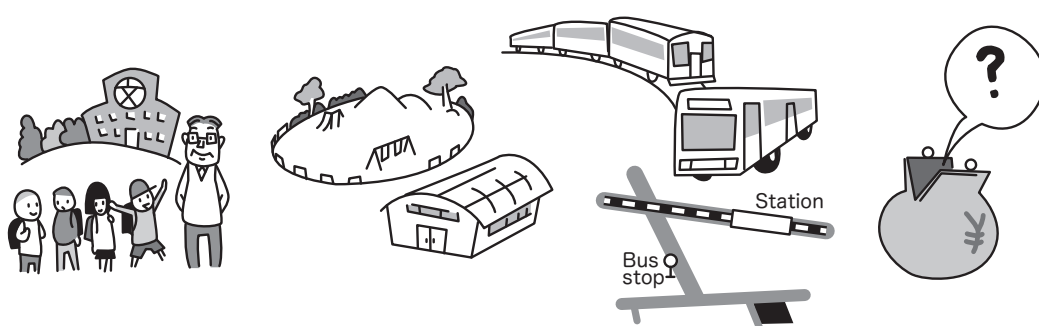


13 **教育** 学校現場・教育担当部署との連携の可能性について検討する。
(啓発、ボランティア参加、対象者との接触機会など)

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

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

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



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



■ 本チェックリストの使い方

1 本チェックリストは、
部署間連携のきっかけに気づくためのものです。

▶ 提示されている取り組みを全て実施する必要はありません。

2 まずは、全項目すべてに目を通して下さい。

▶ 様々な部署間連携の方法や機会に目を向けましょう。

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

3 次に、取り組みとして提案するものにチェックして下さい。

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

〔Point〕

ここでは、可能性がある項目について、気軽にチェックしてみましょう。

4 つづいて、優先的に取り組むものにチェックしてください。

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

アクションチェックリスト

検討する事業名：

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