

平成22年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

地域高齢者の生きがいと健康づくりモデル構築に向けた
自助・互助機能活用とソーシャルキャピタル指標開発の研究事業報告書

平成23（2011）年3月



社会福祉法人東北福祉会
認知症介護研究・研修仙台センター

平成22年老人保健健康増進等事業

地域高齢者の生きがいと健康づくりモデル構築に向けた自助・互助機能活用と ソーシャルキャピタル指標開発にかかわる研究事業報告書

目次

はじめに

第1章 研究概要

矢吹 知之 1

1. 問題の所在
2. 研究の目的
3. 研究概要と実施した調査・介入
 - 1) 鶴ヶ谷地区まちづくりと健康意識等に関する住民アンケート
 - 2) 地域包括支援センターの地域連携体制づくりに関する調査
 - 3) 加齢と健康に関する調査
 - 4) 地域包括支援センターにおける地域づくりとソーシャルキャピタル醸成に向けた取り組み事例の収集
4. 研究の成果

第2章 地域包括ケアと住民連携構築に向けた自助機能・互助機能～地域包括ケアとソーシャルキャピタル～

矢吹 知之 7

はじめに

1. 地域包括ケア体制構築に向けた地域包括支援センターからのアプローチ
 - 1) 地域包括ケアシステムの内容
2. 地域包括ケア実現のための地域包括支援センターの役割
 - 1) 地域包括ケアシステムと地域づくり
 - 2) 報告書で示された地域包括支援センターの具体的な役割
3. 地域包括支援センターとソーシャルキャピタル
 - 1) ソーシャルキャピタルの概念整理
 - 2) ソーシャルキャピタルとは何か？
4. ソーシャルキャピタルの地域包括支援センター業務での活用方法
 - 1) 地域包括支援センター業務の効率化
 - 2) 地域包括支援センター業務としての活用方法
 - 3) 一般高齢者施策や特定高齢者施策での具体的活用方法の例

第3章 地域包括支援センターの地域連携体制づくりに関する調査

小野寺 敦志 久松 信夫 17

1. 目的
2. 方法
 - 1) 調査項目
 - 2) 調査手続き
 - 3) 調査協力者
3. 実態調査の結果
 - 1) 基礎集計結果
 - 2) 地域特性から見た結果：人口区分による比較
 - 3) 地域特性から見た結果：高齢化率による比較
4. アウトリーチ実践に関する結果
 - 1) アウトリーチ活動を支える役割
 - 2) アウトリーチ活動を支える条件
 - 3) 職種間によるアウトリーチ活動の役割評価
 - 4) 職種間によるアウトリーチ活動の条件評価
 - 5) アウトリーチ活動の役割に対する因子分析
 - 6) アウトリーチ活動の条件に対する因子分析
5. まとめ
 - 1) 地域特性を中心にした結果のまとめ
 - 2) 地域包括支援センターのアウトリーチ活動の結果を中心としたまとめ
 - 3) 全体のまとめ

第4章 地域包括支援センター特性と地域の自助、互助活動分析

矢吹 知之 43

1. 目的
2. 方法
 - 1) 分析するデータと対象
 - 2) 分析方法
3. 結果 1 地域の自助と互助の地域特性活動分析
 - 1) 地域包括支援センターから見た住民の自助役割（度数分布）
 - 2) 地域包括支援センターが住民に期待する自助活動の地域特性
 - 3) 地域包括支援センターの自助機能向上のために実施している活動（度数分布）
 - 4) 地域包括支援センターが自助機能向上のために実施している活動の地域特性
 - 5) 地域包括支援センターから見た住民の互助の役割（度数分布）
 - 6) 地域包括支援センターが住民に期待する互助機能向上のための活動の地域特性
 - 7) 地域包括支援センターの互助機能向上のために実施している活動（度数分布）
 - 8) 地域包括支援センターが互助機能向上のために実施している活動の地域特性
4. 結果 2 地域の Strength（強み）、Weakness（弱み）と高齢化率の関連
 - 1) 地域のアセスメントとSWOT分析
 - 2) 地域の強味と高齢化率

3) 地域の弱みと高齢化率

5. まとめ

1) 住民が自助としてできること

2) 地域包括支援センターが自助のためにできること

3) 住民が互助機能向上のためにできること

4) 地域包括支援センターが互助機能向上のためにできること

5) 高齢化率による計画策定の必要性

第5章 社会参加活動が健康に及ぼす影響

加藤 伸司 93

1. 目的

2. 方法

3. 結果

1) 調査結果の概要

2) ソーシャルキャピタルとの関係

3) 社会活動との関係

4. まとめ

第6章 ソーシャルキャピタル指標に基づくモデル的介入と事例収集

矢吹 知之 137

はじめに

1. ソーシャルキャピタル醸成を目指したモデル地域での介入

1) 介入目的

2) 対象地域の属性と介入方法

3) モデル地域介入の結果

4) 健康づくり講座企画・実践（モデル介入2）

5) ソーシャルキャピタルの視点から見たモデル介入の整理

2. 自助機能向上・互助機能を活用した住民連携に向けた事例収集

1) 事例収集の目的

2) 方法

3. 事例収集の結果

4. 試行的モデル実施と事例

1) 事例収集

2) ヒアリング調査

第7章 ソーシャルキャピタルの視点からみた地域住民連携活動の計画・評価方法
高橋 満 171

はじめに

1. 地域住民連携活動の計画と評価—ロジック・モデルの適用の試み—
 - 1) 計画・評価と市民参加
 - 2) ロジック・モデルとは何か—＜変化の理論＞とプログラム・モデル
2. 地域住民連携活動実践の検証と改善
 - 1) SMART基準
 - 2) FIT基準
 - 3) 実践の評価をどうデザインするか
3. まとめ

第8章 地域包括支援センターにおけるソーシャルキャピタルに関する指標の開発
矢吹 知之 189

はじめに

1. ソーシャルキャピタルの測定方法の整理
 - 1) パットナムが用いた指標
 - 2) 内閣府が用いた指標
 - 3) AGES（近藤ら）が用いた指標
2. 地域包括支援センターにおけるソーシャルキャピタル醸成自己評価指標の開発
 - 1) 目的
 - 2) 方法
 - 3) 結果
3. ソーシャルキャピタル醸成自己評価尺度の活用と課題
 - 1) 尺度活用方法
 - 2) 各因子ごとの得点の解釈
 - 3) ソーシャルキャピタル醸成自己評価尺度の課題

第9章 ソーシャルキャピタル指標に基づく基礎調査
矢吹 知之 201

1. 調査目的
2. 調査方法
 - 1) 調査期間
 - 2) 調査対象者
 - 3) 配布回収
 - 4) 質問項目
 - 3) 分析内容
3. 調査におけるソーシャルキャピタル計測のための指標作成と指数
 - 1) ソーシャルキャピタル計測のための指標作成

2) ソーシャルキャピタル指数の算出方法

4. 結果

- 1) 基礎集計結果
- 2) 付き合い・交流（ネットワーク）指標
- 3) 信頼指標
- 4) 社会参加（互酬性の規範）指標
- 5) ソーシャルキャピタル指数の算出
- 6) 性別とソーシャルキャピタル指数
- 7) 年齢とソーシャルキャピタル指数
- 8) 職業とソーシャルキャピタル指標
- 9) 世帯構成とソーシャルキャピタル指標
- 10) 居住年数とソーシャルキャピタル
- 11) 行政実施事業参加とソーシャルキャピタル

5. まとめ

- 1) ソーシャルキャピタル指標の内閣府との比較
- 2) ソーシャルキャピタル指数の算出
- 3) 鶴ヶ谷地区のソーシャルキャピタル

■■資料■■

・調査票

地域包括支援センター対象調査:地域連携体制づくりに関する調査

鶴ヶ谷地区対象調査:まちづくりと健康意識等に関する住民調査

・鶴ヶ谷調査 単純集計結果

委員名簿

(所属は平成 23 年 3 月時点/敬称略)

高橋 満	東北大学大学院教育学研究科 教授
中澤 伸	特別養護老人ホームラポール三ツ沢 副総合施設長
小野寺 敦志	国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科 准教授
福島 美奈子	社会福祉法人平生町社会福祉協議会 事務局長
土岐 浩一郎	社会福祉法人弘前愛成園立特別養護老人ホーム弘前静光園 施設長
芳谷 伸二	財団法人広島県健康福祉センター研修相談課 長寿社会推進部次長兼研修相談課長
加藤 伸司	認知症介護研究・研修仙台センター センター長
阿部 哲也	認知症介護研究・研修仙台センター 研究・研修部長
矢吹 知之	認知症介護研究・研修仙台センター 主任研修研究員
吉川 悠貴	認知症介護研究・研修仙台センター 主任研究員

協力団体

気仙沼市大島老人クラブ連合会 (会長 千葉 勝衛)

仙台市宮城野区まちづくり推進課 (後藤 千鶴子)

は じ め に

平成 23 年 3 月 11 日に起きた東日本大震災では、これまで私たちが経験したことのない大地震と津波がこの仙台、東北地方、東日本を襲いました。

築いてきた家や地域は瞬く間に崩壊し、多くの尊い人命が失われました。

地震は山を崩し地を裂き建物を引き込み、津波は町、地域全体を飲み込んでいきました。ほんのわずかな時間の出来事でした。

皮肉にも地域の温かみ、人のありがたさ、家族の大切さを改めて感じざるを得ない出来事でした。今も不気味に余震が続く、そのたびに隣にいる人、つながりのある人の安否を気にします。

ライフラインは壊滅的被害を受け、近年、新たなネットワークとしての役割を担っていた携帯電話、メール、パソコンは使えず、何の情報を得ることすらできませんでした。

そんな中、求めたもの、そして希望は、人のつながりでした。

近所の人のごくわずかな情報と励まし、助け合いが多くの人を救いました。

地域の〈信頼〉、お互いさまの心（互酬性の規範）、人と人のつながり（ネットワーク）をこんなに強く感じたことはありません。

人のつながりや信頼、互酬性の規範は感じるものです。普段は見えにくい地域のつながりや助け合いを作っていくことが、わが国が今後目指すべき地域包括ケア体制構築には重要な課題となっていきます。

本研究は、こうした人とのつながりや信頼、互酬性の規範を数量化し、可視化したうえで、地域の高齢者の健康の関連性を明らかにしました。そのために「ソーシャルキャピタル」の概念を用いて、高齢者の健康や生きがいづくりにかかわる支援策を地域における効果的な推進や高齢者の生きがいと健康づくりについて、モデル事業と調査をもとに検討を進めました。

本研究の成果として、全国 16 地域の地域包括支援センターに協力をいただき、地域の互助や自助能力を高めていくための具体的な取り組みを紹介した事例集と地域住民を対象としたパンフレットを作成しました。これにより、地域住民と関連する機関が自助、互助、共助、公助の役割を担い地域包括ケア体制構築推進に役立てていただけることを祈念しております。

認知症介護研究・研修仙台センター
センター長 加 藤 伸 司

第1章 研究概要

1. 問題の所在

2012年の介護保険改正に向け発足した「地域包括ケア研究会」報告書では、来るべき2025年に向け、住み慣れた地域で安心して暮らせるための地域包括ケアシステムの構築のための論点の整理と提言がなされた。報告書では、地域包括ケアシステム整備に向けた前提課題として、地域性の尊重と、地域の持つ自助・互助・共助・公助の役割分担と強化が指摘されている。特に、「自助・互助」の重要性を公的な機関が認識し強化することで、共助・公助となるサービスにスムーズに繋げることが可能となることが指摘されている。また、こうした地域包括ケアを地域住民のニーズに合わせて提供する主体として期待されているのが地域包括支援センターであるものの、その運営支援方策の不足もあわせて指摘されている。

住み慣れた地域で安心して暮らすことを実現するための地域づくりやまちづくりの施策を地域住民に対する公共の福祉サービスと結びつけていくためには、画一的なシステム作りではなく、その地域の自主性・主体性が求められ、そして地域特性や地域の状況に応じて優先的に取り組む事項を明らかにする必要がある。（ここでいう地域は市町村レベルではなく、地域包括ケアを推進する上で重要な役割を果たす地域包括支援センター管轄レベルの地域である）

地域の状況に応じて優先的に取り組む事項が明らかになれば、地域包括ケアの推進およびその主体となる地域包括支援センターが大きな社会資源となることは間違いない。こうした課題に対して、政治学、教育学、経済学、社会学において開発上国支援の実践から、近年、地域住民を含む地域資源の有効な活用とコミュニティの円滑化や発展についてソーシャルキャピタルの概念が用いられ説明されることが多い。Putnam（1993）は、ソーシャルキャピタルの蓄積度合いがその地域の制度のパフォーマンスに大きく影響する基本的な要素であることを指摘している。また、OECD（経済協力開発機構）からもソーシャルキャピタル蓄積度合いによる地域住民健康や地域ケアや福祉政策推進への効果について触れられていることから活用方法が注目されている事項である。このような考え方について、社会福祉とくに地域福祉施策検討においては未だ途についたばかりであり、実践への活用についての報告は少ない。

当センターでは昨年度、地域包括支援センターの地域支援事業で行われる地域の互助組織ネットワーク化、介護予防施策への住民ニーズのボトムアップ機能を効率的に展開することの支援を目的に、地域包括支援センター業務へのソーシャルキャピタル概念の援用方法を検討した。具体的には、全国2,000箇所の地域包括支援センターを対象にした質問紙調査によって、内閣府が実施した調査とPutnamが示したソーシャルキャピタル・インデックスのソーシャルキャピタル指標を参考にして、11項目の質問を行い、因子分析を行った結

果、ソーシャルキャピタル培養貢献指標として、「主観的信頼感」、「客観的信頼感」、「地域との協同」の3因子を抽出した。この3因子構造の尺度は、地域包括支援センターの管轄する地域の状況に応じて優先的に取り組む事項を明らかにするための指標として活用することが可能となる。

前述した「自助・互助・共助・公助」の役割分担と強化の視点からすると、住民参加や参加するための互助組織のネットワークを把握することで、共助となる地域包括支援センターが、互助を連携・推進・強化するために現在どのような役割を果たし、それが地域のインフォーマルなサービスのネットワークに対してどのような影響をもたらしている機能を持っているかを自己把握・評価することが可能であれば、地域包括ケアに資するための戦略的計画を立案することが可能となる。

また、地域包括ケアシステム構築において最も根底となる住民の自助能力が十分に発揮されるためには、その地域での活動の種類、ライフスタイル、人間関係と活動への選択や参加意欲との関連が大きいことから、伝統的な互助（相互扶助）関係が構築された地域において縦断的に検討された事例を提示することによってモデル的に全国に発信することは重要である。

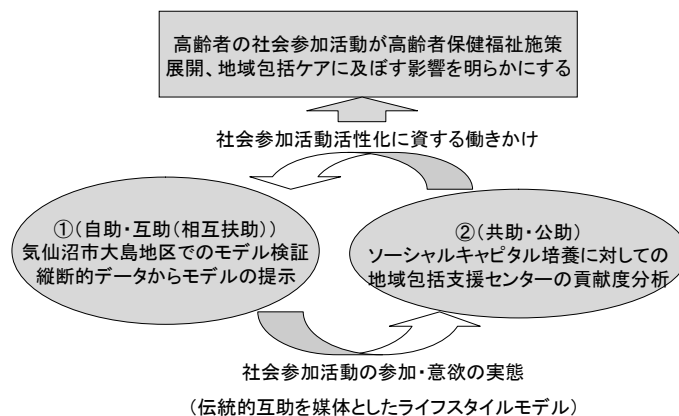
2. 研究の目的

本研究は高齢者の生きがいと健康づくり活動の促進に関する活動が、地域における高齢者保健福祉施策の推進に及ぼす影響や効果を明らかにすることを目的とした研究である。

そこで、本研究においては、①まず地域包括ケアシステム整備に向けた前提課題である、地域の持つ自助・互助に関する活動を円滑に、そして効果的に行われるための体制作りをになう地域包括支援センターの活動と役割の実態を明らかにする。②また、住民の社会参加活動が健康や生きがいにどのような影響を及ぼしているかを明らかにする。そのために2002年度より当センターが介入しデータを集積している伝統的相互扶助関係が構築されている気仙沼市大島地区の住民を対象にして、ライフスタイルやソーシャルサポートの変容と詳細な縦断的データ（2002年に55歳以上だった住民約1,000名のうち、現在まで追跡できている581名）をもとに分析を行い、自助および互助の構築方法モデルを検討する。③そして、こうした自助・互助を共助・公助と結びつける役割である地域包括支援センターが、住民に活動参加を促すこと、もしくは地域包括支援センター自身が参加するために優先的に取り組む事項を明らかにするための指標「地域住民との距離感尺度」を作成する。

以上を通して、本研究は高齢者の生きがいと健康づくり活動の促進に関する活動が、地域における高齢者保健福祉施策の推進に及ぼす影響や効果を明らかにすることを目的とする。

研究の全体像



3. 研究概要と実施した調査・介入

本研究の目的である、高齢者の生きがいと健康づくり活動の促進に関する活動が、地域における高齢者保健福祉施策の推進に及ぼす影響や効果を明らかにすることを目指し、以下の調査並びに手順を踏んで研究を進めた。

1) 鶴ヶ谷地区まちづくりと健康意識等に関する住民アンケート

- (1) 対象者 仙台市宮城野区鶴ヶ谷地区住民 2,000 名
- (2) 方法 郵送による質問紙調査
- (3) 目的 ソーシャルキャピタルの視点に基づき、その基本的状況の実態を明らかにしたうえで、ソーシャルキャピタルの豊かさが、健康感、社会参加、保健福祉政策の運用状況にいかに影響を及ぼしているかを明らかにする。

2) 地域包括支援センターの地域連携体制づくりに関する調査

- (1) 対象者 全国の地域包括支援センター 2,000 箇所
- (2) 方法 郵送による質問紙調査
- (3) 目的 域包括ケアシステム整備に向けた前提課題である、地域の持つ自助・互助に関する活動を円滑に、そして効果的に行われるための体制作りをにやう地域包括支援センターの活動と役割の実態を明らかにする

3) 加齢と健康に関する調査

- (1) 対象者 宮城県気仙沼市大島地区住民 581 名

(2) 方法 訪問による面接調査

(3) 目的 住民の社会参加活動が健康や生きがいにどのような影響を及ぼしているかを明らかにする。そのために 2002 年度より今年度まで当センターが介入しデータを集積している伝統的相互扶助関係が構築されている気仙沼市大島地区の住民を対象にして、ライフスタイルやソーシャルサポートの変容と詳細な縦断的データをもとに分析を行う。

4) 地域包括支援センターにおける地域づくりとソーシャルキャピタル醸成に向けた取り組み事例の収集

- (1) 対象者 モデル的实施の承諾が得られた地域包括支援センター 7 か所
先駆的事例提供ならびに事例集執筆に承諾が得られた地域包括支援センター 12 か所
- (2) 方法 説明会（研修）において趣旨説明を行い、内容に同意が得られかつ地域包括支援センター全体として協力体制にある地域包括支援センターに依頼した。
- (3) 目的 モデル実施には、短期間において成果が得られやすいソーシャルキャピタル醸成に向けた取り組みの事例を収集し、広く全国に伝えることをねらいとして実施ならびに事例収集まで行った。また、ソーシャルキャピタル醸成に向けた先駆的事例については、既に行われ評価が可能な地域を紹介し、ソーシャルキャピタルと地域包括支援センターの業務の一致する点について検証したうえで具体例として示すことを目的とした。

4. 研究の成果

本研究の成果は以下のとおりである。

- 1) 地域包括ケア体制構築における、地域包括支援センターと住民の自助・互助の役割を明確化した（第 2 章）
- 2) 地域包括ケア構築に向けて地域包括支援センターが地域住民に向けてできるアウトリーチ機能の評価指標を作成し、その評価を行った（第 3 章）
- 3) 地域特性別の自助および互助機能向上のための指針を示した（第 4 章）
- 4) 社会参加が健康に及ぼす影響を縦断データより明らかにした（第 5 章）
- 5) ソーシャルキャピタルの観点でモデル的介入を実施しその成果を広めるために事例集ならびにパンフレットを作製した（第 6 章）（成果物）
- 6) ソーシャルキャピタルを醸成するための事業の評価方法をロジックモデル活用のための指針を示した（第 7 章）
- 7) 地域包括支援センターのソーシャルキャピタル自己評価指標を開発した（第 8 章）

- 8) 簡易版ソーシャルキャピタルの指標開発、指数化をし、属性別の評価を行った（第9章）
- 9) 成果物の作成
 - ①研究事業報告書
 - ②事例集「地域包括支援センターにおける地域づくりとソーシャルキャピタル～地域の自助・互助機能を高めるための企画・実践・評価～」
 - ③住民向けパンフレット「今注目される地域の力～地域包括支援センターを100倍活用する方法～」

第2章 地域包括ケアと住民連携構築に向けた自助機能・互助機能 ～地域包括ケアとソーシャルキャピタル～

はじめに

地域包括ケア体制を実現していくうえで、その中核的な役割を担う地域包括支援センターが実施する事業への、住民の主体的参加を促すための方向性や具体的な指針の有無は、目標設定に大きな影響を及ぼす。

本章では、まず、地域包括ケアと自助・互助機能について理解する。そして、既に政治学、教育学、経済学、社会学において開発上国支援の実践から、近年、地域住民を含む地域資源の有効な活用とコミュニティの円滑化や発展についてソーシャルキャピタルの概念が用いられ説明されていることから、この概念の地域包括支援センターにおける具体的な援用方法を検討する。このような考え方について、社会福祉とくに地域福祉施策検討においては、未だ途についたばかりであり、実践への活用について報告は少ない。したがって本章においてその実践方法についても言及する。

1. 地域包括ケア体制構築に向けた地域包括支援センターからのアプローチ

わが国の75歳以上の高齢者人口は2000年に約1,000万人から2025年には2200万へとほぼ倍増することが明らかになっている。あと10数年後のために今後の高齢者介護の在り方は大きく変わっていかねばならない時期を向かえている。

団塊の世代が75歳に到達する2025年を見据え、地域における医療・介護・福祉の一体提供（地域包括ケア）により、いつまでもその人が望む住み慣れた地域で暮らし続けられるための方向性を示すことを検討課題として、「地域包括ケア研究会」が平成20年度の老人保健健康増進等事業でとりまとめた報告書が公表された。2025年までの準備としてできることは何かを明らかにしたのがこの報告書であり、検討内容もとに今後の介護保険計画に反映される重要な内容となっており、その中心的な役割を担う地域包括支援センターなどの将来像も描かれた内容となっている。

なお、報告書で提言されている地域包括ケアとは以下のとおりである。

【地域包括ケアシステムとは？】

ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制

【地域包括ケアの圏域は？】

おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする

1) 地域包括ケアシステムの内容

地域包括ケアを実現するためには、以下に示す5つの視点での取組みが包括的、継続的に行われることが必要でありその具体的方向性が厚生労働省（全国担当課長会議資料）から示されている。そしてこれらは将来的な視点ですぐに行わなければならないこととして具体的な新たなサービス体系が示された。具体的なサービスとしては、特別養護老人ホームの増床、泊まり対応のデイサービス、24時間対応型のホームヘルパーなどである。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化

②介護サービスの充実強化

- ・特別養護老人ホームなどの介護拠点の緊急整備
- ・24時間対応の在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型介護の推進

④見守り、配食、買い物など多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備

- ・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、・持ち家のバリアフリー化の推進

2. 地域包括ケア実現のための地域包括支援センターの役割

1) 地域包括ケアシステムと地域づくり

地域包括ケアは、地域住民の近くにある様々な医療、介護、保健、福祉だけではなく、NPOや自治会、町内会などのインフォーマルな社会資源を利用し、高齢になっても住み続けることができるようにするために連携を図って最大限有効に活用していこうとするものである。

つまり、地域包括ケアの前提として地域のインフォーマルな資源の開発と強化があり、住民の主体的な参加による「地域づくり」、「まちづくり」の視点が不可欠なのである。

こうした資源を活用するためには、地域の資源「互助」と介護保険のような制度「共助」をつなぎ合わせる役割を担う機関が必要となるが、その役割を地域包括支援センターが担うことが期待されている。

地域住民が参加する自治組織やボランティア団体が活発でなければ、そもそも地域で安心して暮らし続けることは難しい。簡単にいえば、地域の人が協力的で見守りができている地域と、隣の人すら分からず、高齢者に冷たく差別的な地域どちらが暮らしやすいかということである。

地域包括支援センターには、こうした基盤となる「自助」を促進し「互助」を有効に活用し、そして「共助」とつなぎ合わせる役割がこれからの方向性として求められている。

るのである。

また、そうした地域を作っていくことは、地域包括支援センターの業務が円滑に進むのである。

「自助」→自ら働いて、又は自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持すること。

「互助」→インフォーマルな相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティア等。

「共助」→社会保険、介護保険のような制度化された相互扶助。

「公助」→自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等。

2) 報告書で示された地域包括支援センターの具体的な役割～求められる地域ネットワークづくりの役割～

地域包括支援センターは、そもそも相談業務や包括的・継続的マネジメント業務を通じて、地域包括ケアを支えるサービスのコーディネートを行う機関として設立されたが、介護予防業務に忙殺され地域ネットワーク構築などの業務が十分に果たし切れていないのではないかと指摘もある。

報告書の中では、地域包括ケアシステムの実現に向けてこうした点には見直しが必要であり、より住民との距離を縮めていくための地域包括支援センターの2025年の理想的な将来像（ビジョン）と改革の方向性が描き出されている。

（将来像）

「2025年の地域包括ケアシステムの姿」（地域包括ケア研究会報告書抜粋）

住民主体の組織を活用していくために、地域包括支援センターは互助組織（NPO、自治会等）を支援し、そしてその互助組織は支援されながら活動をしている。

○地域包括支援センターは、これら住民主体の組織運営への支援・システム化にも取り組んでおり介護保険サービスのみならず、介護保険対象外の様々な生活支援サービスについても把握しており、利用者や介護支援専門員が地域包括支援センターに相談すれば様々なサービスの情報が提供される。

○地域包括支援センターの運営協議会には地域住民が積極的に参加しており、地域のニーズをすくいあげ住民主体の活動に結び付けている。定年後の世代を中心として高齢者が介護を受ける側だけではなく、支援する側として組織化が図られている。

（改革の方向性）

「地域包括ケアシステムの構築に向けた当面の改革の方向性」（地域包括ケア研究会報告書要約）

地域包括ケア実現に向けて地域包括支援センターの機能強化が必要であるとされており、**特定高齢者把握事業を見直したうえでそれぞれの業務として具体的に以下のような**

改革が必要であると指摘されている。

①包括的・継続的ケアマネジメント業務

医療機関の不足や市町村合併などにより行政機関の範囲が広範囲となり、効果的な支援を行うことが困難な場合は地域ケア会議などで関係機関や住民を、地域包括支援センターが招集し包括的なケアマネジメントを行える権限の明確化を行う必要がある。

地域ケア会議を通じて介護支援専門員へのOJTの実施などの支援・指導を積極的に行い、さらに地域包括支援センターが介護支援専門員への評価機能も持たせるようにする必要がある。

②総合相談・支援

介護・医療のみならず地域全体の支援を視野に入れ、子育て支援、生活支援、権利擁護、障害施策を含めた総合相談窓口となる視点が必要である。そのために自治体は職員の増員や教育機会を設けるなども検討してもよいのではないかと。

また、住民主体の活動を支援する拠点として定年退職後の高齢者への情報提供などをして参画できるような体制を作ることが大切である。

③介護予防マネジメント・介護予防支援業務

地域のネットワークづくりの機能を十分に発揮できるようにするため特定高齢者把握や予防プラン作成の業務は実情に応じて業務委託が可能となるようにする必要がある。

④ITの活用

地域包括支援センターが地域住民の様々な課題に対応するために必要な情報を総合的に把握可能とするために、ITを活用し情報把握ができるようにすることが必要である。

さらに、ITを活用し医療機関や行政各種機関との連携を推進する。

⑤市町村の評価

地域包括支援センターの業務や機能への支援体制に地域間格差があるために、責任主体である市町村が運営方針を明確にし、市町村の地域包括支援センターへの支援体制を評価手法を開発し、結果を住民に公表する。

⑥地域包括支援センターの機能の評価

地域ネットワークづくりや総合相談、包括的・継続的支援事業等の遂行の客観的評価を可能とする「連携尺度」の開発の必要性。

3. 地域包括支援センターとソーシャルキャピタル

1) ソーシャルキャピタルの概念整理

本研究では、ソーシャルキャピタルの考え方を1990年代以降注目されるきっかけとなった、ロバート・パットナムの『Making Democracy Work - Civic Traditions in Modern Italy』の定義をもとに論じていく。この論文では、「社会資本は、調整された諸活動を活発にすることによって社会の効率性を改善できる、信頼、規範、ネットワークといった社会組織の特徴」と定義されている。

パットナムは、イタリア南部地域を対象に「なぜ、同じ制度構造、政策なのに地域に

よってその結果や行政のパフォーマンスに違いが生じるのだろうか」という問題意識で住民を対象に比較研究を行った。その結果明らかになったことは、地域住民間の信頼、「お互い様」という見返りを求めない互酬性の規範、そして関係性の広さと深さをあらわすネットワークの度合いが大きく影響していることが明らかになったのである。ソーシャルキャピタルに関する研究は1900年代初頭から行われてきた。パットナム論文以前は地域の在り方を示す「コミュニティ論」中心の議論であったが、彼は地域における様々な活動は、個人の行動が重要な要素であり、地域生活の中の様々な事象に影響を与えていることを指摘していることであった。

パットナム論文以後は、以下のような研究がなされている。

ソーシャルキャピタルが影響を及ぼす事柄として、犯罪発生率、虐待の発生数、教育レベルの高さ、健康状態の高さ、平均寿命、所得などである。これらの因果関係は明確ではない部分もあるが、何らかの関係はありそうである。これは生活者が体験的、感覚的に感じるものであるという批判もあるが、ソーシャルキャピタルは個人の行動や思考であったり主観的な部分から測定されるものであるからである。

表2-1 ソーシャルキャピタル概念の整理

R. D. パットナム 政治学 (1992)	人々の協調行動を活発にすることによって社会の効率性を改善できる、信頼、規範、ネットワークといった社会組織の特徴
F. フクヤマ 社会学 (1995)	信頼が社会全体あるいは社会の特定の部分に広く行き渡っていることから生じる能力
世界銀行 (1996)	ソーシャル・キャピタルとは社会的なつながりの量・質を決定する制度、関係、規範である。社会的なつながりは経済の繁栄や経済発展の持続に不可欠である。ソーシャル・キャピタルは単に社会を支えている制度ではなく、社会的つながりを強くするための糊の役割を果たしているのである。OECD 規範や価値観を共有し、お互いを理解しているような人々で構成されたネットワークで、集団内部または集団間の協力関係の増進に寄与するもの
W. ベイカー 経済学 (2000)	個人的なネットワークやビジネスのネットワークから得られる資源であり、情報・アイデア・指示方向・ビジネスチャンス・富・権力や影響力・精神的サポート・善意・信頼・協力
ラウリー 経済学 (1977)	アメリカにおいて、白人と有色人種を比較した場合、白人の方が生まれた時点においてすでに人的資本獲得に有利な環境にあり、このような利点を指摘し、それをソーシャル・キャピタルとした。
ブルデュー 社会学 (1986)	人間の日常的、現実的なコミュニケーション活動に着目し、その円滑化のための資本として、文化資本やソーシャル・キャピタルを定義（当人に何らかの利益をもたらす形で社会化された人間関係の総体であり、例えば「人脈」や「コネ」、「顔の広さ」といったもの）

コールマン 社会学（1988）	ソーシャル・キャピタルとは、社会構造のある局面から構成されるものであり、その構造の中に含まれている個人に対し、ある特定の行為を促進するような機能を持っているもの
--------------------	--

（資料）日本総合研究所「ソーシャル・キャピタル：豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて
平成 14 年度内閣府委託調査」を参考

2) ソーシャルキャピタルとは何か？

「ソーシャルキャピタル」とは「社会関係資本」のことである。こう説明されてもピンとくる言葉でもないことは確かである。わかりにくさは、資本という言葉がこれまで社会福祉あるいは介護の場面で用いることがなく、社会福祉や地域福祉、そして地域住民活動との結びつきが薄いからであると思われる。では、そもそも「社会関係」そして「資本」とはいったい何を意味しているのだろうか。

これまで経済学で説明される「資本」には「金融（貨幣）資本」、「物的資本」または、「人的資本」が考えられていた。「資本」は「元手（もとで）」のことを示す。この資本をもとに社会や周辺が連動し大きな成果を上げていく社会のことを資本主義と説明される。モノやカネ、ヒトが資本となりそして社会を形成しているということがこれまでの考え方であった。

しかし、現在の社会ではヒト、モノ、カネ、それぞれの資本だけではなく、それらを有効に活用しつなぎ合わせるもう一つの資本があることに注目されはじめた。

それが、「社会関係資本」＝「ソーシャルキャピタル」である。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ●これまでの資本の考え方 <ul style="list-style-type: none"> 1. 金融（貨幣）資本 2. 物的資本 3. 人的資本 ●第4の資本（これらをつなぎ合わせる資本） <ul style="list-style-type: none"> 4. 社会関係資本（ソーシャルキャピタル） |
|---|

つまり第4の資本＝地域のヒトとヒトを同じ方向に向かせる原動力であり「地域の力」である。

ソーシャルキャピタルは、住民間の「信頼」、「ネットワーク」、「互酬性の規範」というインフォーマルな社会資源が「資本」であり、経済的な発展にも大きく影響を及ぼすということが経済学、政治学、人類学、社会学、公衆衛生学などの分野から認められている。この考え方ははじめに開発途上国への効果的な開発支援を考える際に使用され始めた。例えば、井戸を作ることタイの農村で支援しても、その井戸がその後に活用される地域と争いの火種になる地域が存在する。それは、水の取り合いになり争いとなる地域と、そうではなく協力し役割を決めてうまく分配される地域があるというのであ

る。つまり教育や助け合う方法などを教えていくことが井戸を有効に活用するためには大切であるということであり、それができている地域はソーシャルキャピタルの豊かな地域であるということがいえるということである。

つまり、同じ支援をしても同じようにこと行かないのはどのように説明できるか、そして、効率よく進展させるために必要な要素は一体何なのか。こうした疑問を整理した考え方がソーシャルキャピタルである。

ソーシャルキャピタルの構成概念は、信頼、ネットワーク、互酬性の規範である。簡単にいえば、地域の人それぞれを信頼しているかという信頼、地域の活動にどの程度参加しているかというネットワーク、そして、お金以外の報酬でのつながりの強さである互酬性の規範である。

しかし、金融資本、物的資本、人的資本と同じようにソーシャルキャピタルは資本であることには変わらないが分かりづらい。それは、見えにくく、個人の人々が「感じる」または「思う」という範囲の小さな地域の閉じた関係の中で蓄積され形成される特徴があるからである。したがって可視化が難しい。

4. ソーシャルキャピタルの地域包括支援センター業務での活用方法

1) 地域包括支援センター業務の効率化

地域包括支援センターは、位置づけとしては市町村事業の地域支援事業を実施する一機関であるが、活動はより地域密着型の住民と協働型の機関である。それが 2005 年介護保険改正から突如生まれ始まったことからその浸透度は地域によって格差があり、地域住民によってはいまだに全く理解されていない。

地域包括支援センター等地域住民を対象とした地域支援事業で行われる介護予防マネジメント業務や総合相談業務、権利擁護業務さらには自主事業で行われる介護者支援は、設置形態は違うものの同じ制度のなかで行われているのもかわらず、地域によって円滑に進むところとそうでないところの格差が生じている。これはなぜだろうか？

人員や設置形態などの地域包括支援センター内の課題を除いて、考えられる理由としては、地域住民がどの程度地域包括支援センターを認知しているか、そして必要性を理解しているかという距離感が考えられる。さらに距離感の遠近の要因としては住民がどの程度、地域包括支援センターを信頼しているかは大切な要素である。

信頼はこちらから一方的にするものでもなく、されるものでもない。相互理解があってこそ信頼関係は構築されていく。信頼の源泉は共通の体験よるところが大きい。共に住み、共に学び、共に楽しむことで共感を生み、その過程で育まれていくものである。

こうした信頼関係が築かれた地域での地域包括支援センターの業務は円滑に機能するようになることが期待できる。

例えば、一般高齢者向けの事業を行おうとする際に多くの人が集まる、閉じこもりで少し不安な高齢者が誰かの情報が地域から自然と集まりやすい、高齢者虐待の疑いがあ

る家庭や事例の情報収集が容易になるなどである。こうした地域は、ソーシャルキャピタルが豊かであると言える。

つまり、信頼関係を構築する協働の作業や過程を経ずに地域包括支援センター業務を遂行していくことは非常に非効率的である。すこしだけ遠回りになったり、手間のかかることかもしれないが、ソーシャルキャピタルを意識し、信頼関係を作る活動を行っていくことは実はとても効率的で生産的なのである。

2) 地域包括支援センター業務としての活用方法

OECD（2001）は、ソーシャルキャピタル蓄積の場として考えられるのは、①家庭、②学校、③地域コミュニティ、④企業、⑤市民社会などであるとしている。

ソーシャルキャピタルは公共、民間、企業、地域住民など地域の中で活動する様々なグループによって生まれ、そこに所属する人々双方の協働によって育まれていく。

例えば、家族は最も小さなグループであり、学校は小中学校のように義務的に集められ誰もが経験するグループとなり、そこで学び共通の体験をする。したがって、あまり現実的ではないが、家族のない地域や学校のない地域では、人とのつながりは希薄であり、協働する体験がなく有機的に物事が動かない。

企業や市民社会では、専門的な知識を持つ社会人が集まることで横のつながりができる（橋渡し型のソーシャルキャピタル）。社会人を対象とした研修会やボランティアやNPOのネットワーク、会議、合同イベントなどはそのための仕組みであり、ネットワークが構築されることで相互の向上につながっていくものである。また、地域社会の近隣住民同士のネットワークはその地域生活を充実させ強化させることとなる。防犯活動や防災活動は安心感をもたらし、清掃やゴミ場所管理の活動は住民自身にいずれその恩恵は帰ってくる活動である。

ソーシャルキャピタルを育み豊かにしていくことは、地域そのものを魅力的にし、そこに住む住民の精神的な健康や身体的健康を向上させるための自発的な活動を活発にしていくことにつながる。

しかし、現在は高齢化や過疎化、市町村合併、少子化により小中学校の統廃合による大きなコミュニティの方向へとむかい、本来古くからあったコミュニティ衰退によりソーシャルキャピタルは過去に蓄積されたその消耗戦のようになり衰退が始まっているとも考えられる。

地域で行われていたお祭りは企業が中心となりイベント化し、昔のように地域住民が主体となり工夫し協働することで共に学び、共に体験する機会、そして交流する機会が極端に減少し、共に住むだけの関係の地域となってしまう、新たな住宅街や団地ではソーシャルキャピタルを育む場がない。そして会社で働いていた時期はよいがそれが終わるとそこに残り残された高齢者は孤独になり閉じこもる。

例えば、一般高齢者を対象とした介護予防施策を展開する際に、地域住民を交えた意

見交換会や企画の募集をすることや停滞しつつあるサロンや老人クラブ、自治会活動に対して地域包括支援センターとの共同企画を提案して行くことは、ソーシャルキャピタルを豊かにするための介入と考えることができる。また、閉じこもりがちな高齢者へのアウトリーチは、地域住民の意見を聞かなければ詳細な情報を得ることは難しい。そのためにも地域をフィールドとした福祉機関として果たす役割は大きい。

3) 一般高齢者施策や特定高齢者施策での具体的活用方法の例

元気な高齢者を対象とする一般高齢者施策の目指すところは、地域包括支援センターが対象地域に対して介護予防や健康維持に関する情報提供や活動の支援を行い、高齢者自身が主体的に活動に参加し、その地域でいつまでも安心して暮らせる体制づくりを行うことである。地域にそのような風土を根付かせることで特定高齢者把握事業や、特定高齢者事業が継続的、効率的に運営することが期待できる。

そのことから、地域包括支援センターでは、広く広報することよりも根付かせることが大切になり、既存の団体をどのように支援するか、そして不足している地域には新たに作っていくかという長期的な計画が必要になる。これは単年度で効果が表れることは難しく計画、実施、継続といった内容を3年間以上は見えていく必要がある。もちろん計画段階からの住民の参加が前提条件である。

(1) 「地域資源マップ作り」

計画作成までは、1年で出来るかもしれない。しかし、作成後マップをどのように活用するのか？という作っておしまいとなることは多くみられている。作ることが目的ではない。目的は、住民と他職種、地域全体が参加し、活用方法を考えることである。もしかしたら、マップ自体は有効に活用されないことがあるかもしれない。しかし大切なのは共有する時間と場所を提供することである。成果は活用度も大切だがその活動で意識がどのように変わったかである。活用は、作ったマップをもとに実際にウォーキングをする会を作り改訂を重ねていくというようにあくまでツールであることを前提とした活動である。

(2) 「閉じこもり予防事業」

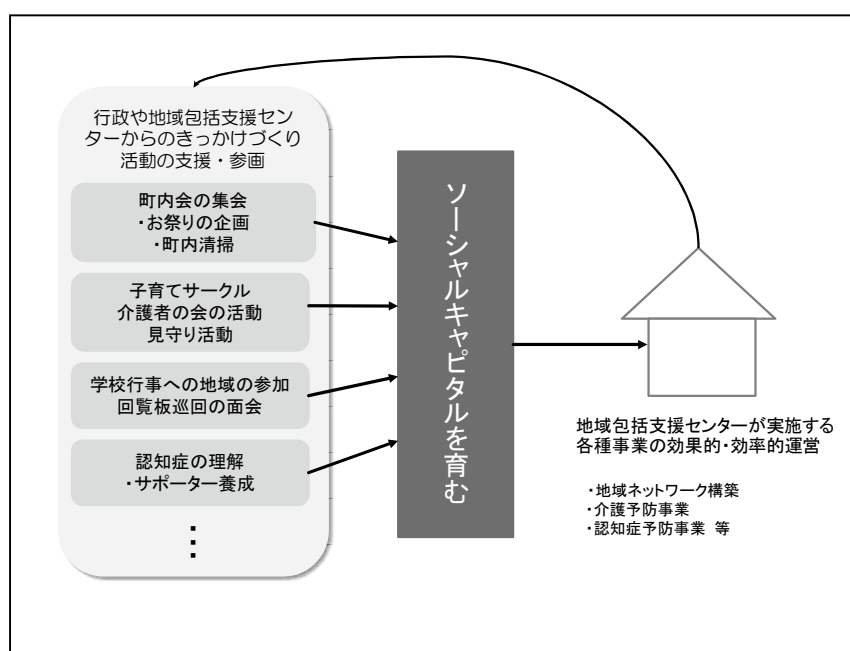
閉じこもりをなくすための地域住民の訪問リーダー養成し、サロンに参加していくことを促進する活動をしたとしよう。地域の老人クラブの世話人に集まってもらい訪問リーダーを養成することで終わってしまうのであれば、ソーシャルキャピタルを高める活動とはならない。閉じこもりがちな高齢者をサロンに繋げることはできるかもしれないが、外出しようとした人が継続的に参加したくなる内容でなければならない。サロンを立ち上げ住民の想いを形にすることを支援する活動を大切にしたい。丁寧にそのメニューを引き出すワークショップなどを行い、住民に決めてもらうプロセスが重要になる。ここでいう対象者は、実は閉じこもりの高齢者とそれを支援企画しようとする地域の高齢者の両者であることを忘れてはならない。

(3)「栄養改善事業」

栄養バランスを改善していくための料理教室はよく行われる活動である。料理で大切なのは、地域性があること、そして作る楽しみ、食べてもらう楽しみ、食べる楽しみがあることという料理の特徴を最大限生かすことである。

地域性ということでは、地域に伝わる郷土料理を知り、そしてそれを多世代に伝え食べてもらうことを視野に入れるべきである。作ることや食べることはあくまで過程であり、目標として若い世代に食べてもらうこと、地域の人に食べてもらうことまでを考えると地域づくりの視点と一致する活動となる。

また、災害時を想定し、電気が使えないときの料理、ガスがないときの料理なども考えていくことは社会的な意味をもたらし、参加者自身も社会へと関心が高まる。結果として、栄養改善だけではなく閉じこもり予防や認知症予防にもつながる活動となる。



第3章 地域包括支援センターの地域連携体制づくりに関する調査

1. 目的

地域住民に働きかけを行っていく上で、地域包括支援センターが担う役割や体制づくりはどのようなものか、効果的働きかけや体制作りはどのようなものであるのか。それを検討するために、現在地域包括支援センターが、地域住民へどのような働きかけを行っているのか、その働きかけには所在地の地域性などの特性が関連しているのか、その現状を明らかにすることを目的に調査を実施した。

2. 方法

1) 調査項目

調査項目は、下記のおりであった。

i) 所在地域の人口構成、所在地特性等について

所在地特性は、以下7項目であった。

「市区町村人口」、「対象地域の人口」、「高齢者人口（高齢化率％）」、「人口密度」、「この10年間の人口増減」、「ここ10年で他の地域からの新規居住者」

「商店街が衰退、いわゆるシャッター街の有無」であった。

ii) 設置形態、職員構成等の活動状況について

地域包括支援センターの設置形態、職員の配置状況などの職員構成について回答を求めた。

iii) 回答者の属性

回答者の性別、年齢、職歴等の属性について回答を求めた。

iv) 地域特性について

地域特性は、以下の4項目であった。

「担当地域の高齢者関連のNPO数」、「老人クラブ会員の数」、「サロンの数」、「町内会加入率」であった。

iv) 地域におけるソーシャルキャピタルの自己評価について

地域におけるソーシャルキャピタル（社会資源）の活用、連携に関して、社会的信頼、社会参加、ネットワークの観点から、9段階評価にて回答を求めた。

v) アウトリーチ活動の評価ならびに、アウトリーチ活動を支える役割と条件の評価について

地域包括支援センターの社会援助業務のうち、積極的に地域や住民に働きかけるアウトリーチ（積極的介入）に関して、久松（2006）による在宅介護支援センターを対象としたアウトリーチに関する尺度を使用して、回答を求めた。

2) 調査手続き

郵送法によるアンケート調査を実施した。調査用紙は、回答後の同封の返信用

封筒にて郵送による返送を依頼し回収した。

3) 調査協力者

調査協力者の抽出は、下記の手順による2層抽出法によった。

全国の地域包括支援センターを、都道府県のホームページもしくは福祉医療機構のホームページを利用して、都道府県ごとの地域包括支援センターを抽出した。その数は、4274件であった。この4274件から、都道府県別による層化無作為抽出により2000件を抽出し調査協力対象とした。

調査回答は、原則として社会福祉士の方が回答することを求めた。

調査回収数は、661件、調査回収率は33.0%であった。調査項目のうち、基本属性となる所在地特性等の項目に欠損のあるものを除外した659件を有効回答数とした。有効回答率は33%であった。

3. 実態調査の結果

1) 基礎集計結果

地域包括支援センターの運営形態は、直営が218件、委託が433件、不明が8件であった。

地域包括支援センターに配置されている職員の職種別の平均数を表3-1に示した。さらに、図3-1に、センター職員の配置数の頻度を示した。なお、棒グラフが実数であり、折れ線グラフが割合を示している。

地域包括支援センター職員の平均配置数は6.25人であった。最大(Max)は、市区町村の直営で、基幹型の機能を有する地域包括支援センターである可能性が考えられた。

図3-1に示したとおり、配置数の割合でもっとも多いのは、4.9人以内であり、ついで4.9～8.8人であった。規定の3職種に加えて1、2名の配置もしくは、規定の3職種の配置、それに不足し特例で開設している形態のいずれかがもっとも多い配置数であると考えられた。

表 3-1 地域包括支援センターの職種別平均配置数

職種名	Mean	sd	Max	N
				Mini
社会福祉士	1.39	1.01	9.00	0.00
ケアマネジャー	1.30	2.04	14.00	0.00
保健師/看護師	1.66	1.46	11.00	0.00
主任ケアマネジャー	1.14	0.76	8.00	0.00
その他職員	0.79	1.25	10.00	0.00
センター職員合計	6.25	4.54	40.00	1.00

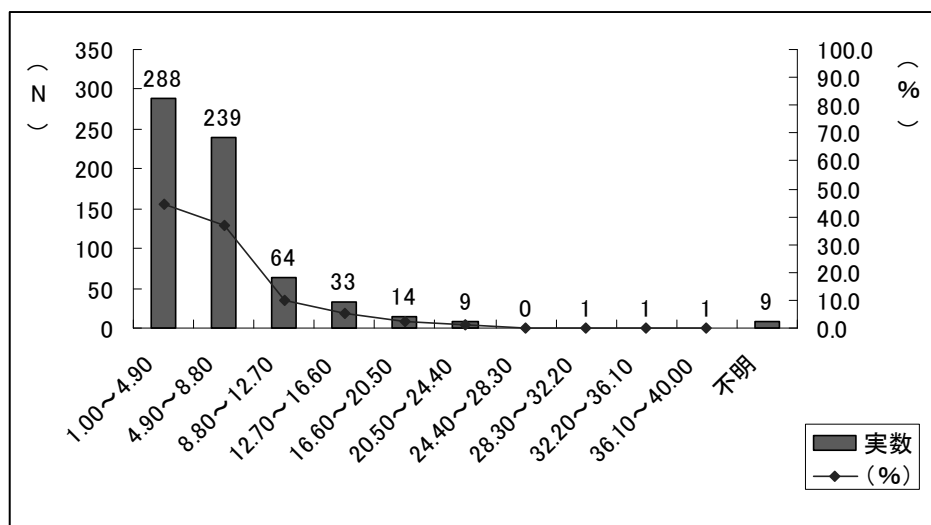


図 3-1 地域包括支援センター職員配置数の頻度

つぎに、調査協力のあった地域包括支援センターが所在する市区町村、対象地域の人口ならびに市区町村の人口密度、高齢者人口、高齢化率を表 3-2 に示した。市区町村の平均人口は約 24 万人、地域包括支援センターの対象地域の平均人口は約 3 万 5 千人弱であった。市区町村の平均高齢者人口は約 9 千 8 百人、高齢化率は平均 25.2%であった。

表 3-2 対象地域の人口等の結果

項目	Mean	sd	Max	Mini
市区町村人口(人)	240,699.8	442,469.0	3,681,279.0	593.0
対象地域人口(人)	34,869.3	40,290.3	514,222.0	593.0
市区町村人口密度*	1,935.5	2,717.0	11,157.0	1.1
高齢者人口(人)	9,741.4	12,597.7	109,878.0	210.0
高齢化率(%)	25.2	6.6	62.2	11.1

* 1km²あたりの人口数

つぎに、対象地域の人口増減ならびに高齢者人口の増減について、5 択による回答を求めた結果を表 3-3 に示した。なお、回答が未記入のものは不明と分類した。その数値は割合(%)を算出するときは除外した。

人口の増減は、やや減少傾向=32.4%とやや増加傾向=30.8%がほぼ同率であり、増加傾向と減少傾向が拮抗した結果であった。一方、高齢者人口の増減は、やや増加傾向=63.3%、大きく増加傾向=30.2%と増加傾向にあることが示された。各市区町村の人口移動は回答地域により増減傾向が異なる一方で、高齢者人口は全体的に増加傾向にあることが示された。

表 3-3 対象地域の人口増減ならびに高齢者人口の増減の傾向

	大きく増加傾向		やや増加傾向		ほぼ変化なし		やや減少傾向		大きく減少		不明	全体*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%
人口増減	33	5.5	183	30.8	94	15.8	193	32.4	92	15.5	64	595	100.0
高齢者人口	180	30.2	378	63.3	19	3.2	16	2.7	4	0.7	62	597	100.0

* 全体の%は、不明の数値を除いた合計を分母として算出した。

次に、表 3-4 に対象地域の人口移動ならびに中心市街地の活況の状況について回答を求めた結果を示した。

人口移動は、転入と転出が拮抗している=33.6%であり、ついで転出がやや多い=23.7%、転入がやや多い=22.1%であった。対象地域によって人口移動の傾向が異なることが示された。

中心市街地の活況状況は、いわゆるシャッター街=27.1%、衰退しているが改善中である=25.2%、もともと人は少ない=24.4%の順であった。この結果も対象地域によって傾向が異なることが示された。

表 3-4 対象地域の人口移動ならびに中心市街地の活況状況の傾向

人口移動	転入が多い		転入がやや多い		拮抗している		転出がやや多い		転出が多い		不明	全体*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%
	36	6.9	116	22.1	176	33.6	124	23.7	72	13.7	135	524	100.0
中心市街地	いわゆるシャッター街である		衰退しているが改善中である		改善して活気が戻りつつある		もともと人は少ない		もともと人通りが多い		不明	全体	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%
	159	27.1	148	25.2	32	5.5	143	24.4	105	17.9	72	587	100.0

* 全体の%は、不明の数値を除いた合計を分母として算出した。

つぎに、地域包括支援センターの対象地域内における地域活動の現状を表 3-5 ならびに表 3-6 に示した。

表 3-5 に対象地域内にある NPO 法人、老人クラブ、サロンの平均数を示した。対象地域の人口に幅があるため、Max と Mini にみるとおり、その数にも幅があることが示された。町内会加入率は、平均では約 77%であった。地域支援事業への延べ参加数も、Max と Mini にみるとおり対象地域の人口数の違いのため、幅のあることが示された。

表 3-5 対象地域内の地域活動の活動数による現状

項 目	Mean	sd	Max	Mini
高齢者関連のNPO数(N)	3.3	15.4	264.0	0.0
2老人クラブの組織数(N)	37.8	61.1	656.0	0.0
サロンの数(N)	21.5	40.6	468.0	0.0
町内会加入率(%)	77.7	20.9	100.0	2.0
地域支援事業等への延べ参加数(N)	1672.7	4086.9	49475.0	0.0
地域支援事業等にたびたび参加する人(N)	49.2	27.1	100.0	0.0

地域活動の活動状況の評価は、NPO 法人の活動評価は、どちらかといえば活発ではないが 47.2%と最も高く、老人クラブは両者の中間が 49.1%、サロンの評価はどちらかというと活発であるが 42.6%と最も高かった。町内会加入率の評価は、両者の中間が 53.1%と最も高かった。地域包括支援センターからみた地域活動の活動状況は、サロンの評価以外はあまり活発とは評価されていないことが示された。

表 3-6 対象地域内の地域活動の活動状況の評価

項 目	どちらかという と活発である		両者の中間		どちらかという と活発ではない		不明	全体	
	N	%	N	%	N	%	N	N	%
高齢者関連のNPO評価	85	21.9	120	30.9	183	47.2	271	388	100.0
老人クラブの評価	187	35.3	260	49.1	82	15.5	130	529	100.0
サロンの評価	202	42.6	176	37.1	96	20.3	185	474	100.0
町内会加入率の評価	116	33.1	186	53.1	48	13.7	309	350	100.0
* 全体の%は、不明の数値を除いた合計を分母として算出した。									

次に、対象地域における自助機能と互助機能に関する結果を表 3-7 から表 3-10 に示した。これらの結果は、回答者である地域包括支援センターからの回答結果である。すべて複数回答であった。

表 3-7 には、地域で健康で長く暮らし続けるために地域住民ができる自助レベルの内容を示した。運動を心がける、健康に関する知識を身につけるが上位を占めた。

つぎに、表 3-8 に自助機能を高めるために地域包括支援センターが行っている内容を示した。認知症サポーターの養成、健康講座の開催が上位を占めた。

健康講座の開催が上位を占めたことは、表 3-7 の健康の知識を身につけるに関連する結果であり、地域包括支援センターが住民の自助機能を支援していることがうかがえた。

表 3-9 に、地域で健康で長く暮らし続けるために地域住民同士が助け合い連携する互助レベルでできる内容を示した。近隣への声かけ、町内会・自治会への積極的参加が上位を占めた。

表 3-10 に互助機能を高めるために地域包括センターが行っている内容を示した。地域ケア会議への各団体の招聘、団体協議会への参加が上位を占めた。

表 3-9 と表 3-10 に示された結果は、上位は関連する内容ではなかった。

表 3-7 地域で暮らし続けるために地域住民による自助の内容

地域で健康で長く暮らし続けるために地域住民が自助レベルでできること	N	%
1 介護の知識や技術を身につける	425	65.7
2 家族で老後の住まいや介護についての話をする	477	73.7
3 地域の専門機関の情報を得る	455	70.3
4 健康に関する知識を身につける	547	84.5
5 運動を心がける	569	87.9
不明	12	
全体	647	100.0
* 全体の％は、不明の数値を除いた合計を分母として算出した。		(複数回答)

表 3-8 自助機能を高めるために地域包括支援センターが行っている内容

自助機能を高めるために地域包括支援センターが行っていること	N	%
1 ボランティア育成	148	24.1
2 家族会議の推進	98	16.0
3 健康講座の開催	438	71.3
4 体操教室の開催	389	63.4
5 認知症サポーターの養成	500	81.4
6 介護に関する冊子作成	140	22.8
不明	45	
全体	614	100.0
* 全体の％は、不明の数値を除いた合計を分母として算出した。		(複数回答)

表 3-9 地域住民同士でできる互助レベルの内容

地域で健康で長く暮らし続けるために地域住民同士が助け合い連携する互助レベルでできること	N	%
1 町内会、自治会への積極参加	557	85.2
2 ボランティアへの参加	433	66.2
3 伝統行事の伝承	351	53.7
4 地域の清掃活動	456	69.7
5 近隣への声かけ	606	92.7
6 地域のお祭り、イベントへの参加	514	78.6
不明	5	
全体	654	100.0
* 全体の%は、不明の数値を除いた合計を分母として算出した。		(複数回答)

表 3-10 互助機能を高めるために地域包括センターが行っている内容

互助機能を高めるために地域包括支援センターが行っていること	N	%
1 地域資源マップの作成	269	45.4
2 団体協議会への参加	324	54.6
3 センター運営協議会への招聘	220	37.1
4 徘徊模擬訓練の実施	16	2.7
5 地域ケア会議への各団体の招聘	357	60.2
6 イベントの共同開催	272	45.9
不明	66	
全体	593	100.0
* 全体の%は、不明の数値を除いた合計を分母として算出した。		(複数回答)

2) 地域特性から見た結果：人口区分による比較

地域特性を人口と高齢化率に着目し、調査結果の比較による検討を行った。

最初に、人口を 10 万人未満と 10 万人以上の 2 群に設定した。つぎに、高齢化率を 25%未満と 25%以上の 2 群に設定した（以下、前者を人口区分、後者を高齢化率と示す）。この 2 つの群間で地域包括支援センターの設置形態、人口増減、人口移動、中心市街地、自助機能・互助機能についての結果を比較検討した。

人口区分による比較を表 3-11 から表 3-20 に示した。

人口区分と高齢化率の比較では、10 万人未満で高齢化率 25%以上の割合が 63.5%であり、10 万人以上で高齢化率 25%未満の割合が 73.1%であった。人口と高齢化率が反比例の関係にあることが示された（表 3-11）。

地域包括支援センターの設置形態は、10 万人未満では、直営と委託がほぼ 6 : 4 であったが、10 万人以上になると委託が 8 割を占めていた（表 3-12）。

人口の増減は、10 万人未満は、減少傾向を示した一方、10 万人以上は変化なしもしくはやや増加傾向を示した（表 3-13）。人口における高齢者の増減は、2 群間で差異は認められず、増加傾向を示した（表 3-14）。人口移動については、10 万人未満では流出傾向が、10 万人以上では流入傾向が示された（表 3-15）。

中心市街地の活況状況は、2 群とも傾向にバラツキがみられた。その中で、10 万人未満に、もともと人通りが少ない傾向が高かった。加えて、2 群とも、改善して活気が戻りつつあるという回答が 1% 台と低い傾向を示した（表 3-16）。

表 3-17 から表-20 は、対象地域の自助機能・互助機能の評価の 2 群間比較を示している。結果は、群間での差異はなかった。

表 3-11 人口区分による高齢化率の比較

			高齢化率		
		合計	高齢化率 25%未満	高齢化率 25%以上	不明
	全体	567	313	254	92
		100.0	55.2	44.8	
市 区 町 村	10万人未満	277	101	176	26
		100.0	36.5	63.5	
	10万人以上	279	204	75	37
		100.0	73.1	26.9	

表 3-12 人口区分による設置形態の比較

			設置形態について		
		合計	直営	委託	不明
市区町村	全体	651	218	433	8
		100.0	33.5	66.5	
	10万人未満	299	177	122	4
		100.0	59.2	40.8	
	10万人以上	314	37	277	2
		100.0	11.8	88.2	

表 3-13 人口区分による人口増減の比較

			人口増減					
		合計	大きく増加 傾向	やや増加 傾向	ほぼ変化 なし	やや減少 傾向	大きく減少	不明
全体		595	33	183	94	193	92	64
		100.0	5.5	30.8	15.8	32.4	15.5	
市 区 町 村	10万人未満	291	10	62	23	121	75	12
		100.0	3.4	21.3	7.9	41.6	25.8	
	10万人以上	279	20	111	68	66	14	37
		100.0	7.2	39.8	24.4	23.7	5.0	

表 3-14 人口区分による高齢者人口の返還の比較

			高齢者人口					
		合計	大きく増加 傾向	やや増加 傾向	ほぼ変化 なし	やや減少 傾向	大きく減少	不明
全体		597	180	378	19	16	4	62
		100.0	30.2	63.3	3.2	2.7	0.7	
市 区 町 村	10万人未満	290	84	181	9	13	3	13
		100.0	29.0	62.4	3.1	4.5	1.0	
	10万人以上	279	89	178	8	3	1	37
		100.0	31.9	63.8	2.9	1.1	0.4	

表 3-15 人口区分による人口移動の変化の比較

			人口移動					
		合計	転入が多い	転入がやや多い	拮抗している	転出がやや多い	転出が多い	不明
	全体	524	36	116	176	124	72	135
		100.0	6.9	22.1	33.6	23.7	13.7	
市区町村	10万人未満	265	12	41	72	79	61	38
		100.0	4.5	15.5	27.2	29.8	23.0	
	10万人以上	236	20	68	99	39	10	80
		100.0	8.5	28.8	41.9	16.5	4.2	

表 3-16 人口区分による中心市街地の活況状況の比較

			中心市街地					
		合計	いわゆる シャッター街 である	衰退している が改善中で ある	改善して活 気が戻りつ つある	もともと人は 少ない	もともと人通 りは多い	不明
	全体	587	159	148	32	143	105	72
		100.0	27.1	25.2	5.5	24.4	17.9	
市 区 町 村	10万人未満	277	82	61	7	108	19	26
		100.0	29.6	22.0	2.5	39.0	6.9	
	10万人以上	281	69	80	24	29	79	35
		100.0	24.6	28.5	8.5	10.3	28.1	

表 3-17 人口区分による地域住民の自助レベルの内容の比較

		地域で健康で長く暮らし続けるために地域住民が自助レベルでできること						
		合計	1 介護の知識や技術を身につける	2 家族で老後の住まいや介護についての話をする	3 地域の専門機関の情報を得る	4 健康に関する知識を身につける	5 運動を心がける	不明
	全体	647 100.0	425 65.7	477 73.7	455 70.3	547 84.5	569 87.9	12
市 区 町 村	10万人未満	298 100.0	186 62.4	219 73.5	207 69.5	249 83.6	256 85.9	5
		311 100.0	213 68.5	230 74.0	224 72.0	271 87.1	282 90.7	5
	10万人以上							

表 3-18 人口区分による自助機能を高めるために地域包括支援センターが行っている内容の比較

		自助機能を高めるために地域包括支援センターが行っていること							
		合計	1 ボランティア育成	2 家族会議の推進	3 健康講座の開催	4 体操教室の開催	5 認知症サポーターの養成	6 介護に関する冊子作成	不明
	全体	614 100.0	148 24.1	98 16.0	438 71.3	389 63.4	500 81.4	140 22.8	45
市 区 町 村	10万人未満	281 100.0	82 29.2	48 17.1	186 66.2	176 62.6	217 77.2	81 28.8	22
		298 100.0	56 18.8	43 14.4	223 74.8	187 62.8	255 85.6	56 18.8	18
	10万人以上								

表 3-19 人口区分による地域住民の互助レベルの内容の比較

		地域で健康で長く暮らし続けるために地域住民同士が助け合い連携する互助レベルでできること							
		合計	1 町内会、自治会への積極参加	2 ボランティアへの参加	3 伝統行事の伝承	4 地域の清掃活動	5 近隣への声かけ	6 地域のお祭り、イベントへの参加	不明
	全体	654 100.0	557 85.2	433 66.2	351 53.7	456 69.7	606 92.7	514 78.6	5
市 区 町 村	10万人未満	299 100.0	256 85.6	216 72.2	177 59.2	222 74.2	285 95.3	227 75.9	4
		315 100.0	271 86.0	194 61.6	152 48.3	210 66.7	289 91.7	255 81.0	1
	10万人以上								

表 3-20 人口区分による互助機能を高めるために地域包括支援センターが行っている内容の比較

		互助機能を高めるために地域包括支援センターが行っていること							
		合計	1 地域資源マップの作成	2 団体協議会への参加	3 センター運営協議会への招聘	4 徘徊模擬訓練の実施	5 地域ケア会議への各団体の招聘	6 イベントの共同開催	不明
	全体	593 100.0	269 45.4	324 54.6	220 37.1	16 2.7	357 60.2	272 45.9	66
市 区 町 村	10万人未満	265 100.0	101 38.1	123 46.4	121 45.7	6 2.3	159 60.0	107 40.4	38
		292 100.0	152 52.1	179 61.3	88 30.1	8 2.7	178 61.0	147 50.3	24
	10万人以上								

3) 地域特性から見た結果：高齢化率による比較

高齢化率による比較を表 3-21 から表 3-29 に示した。

地域包括支援センターの設置形態は、高齢化率 25%以上では、直営と委託がほぼ 5:5 であったが、高齢化率 25%未満になると委託が 7 割を占めていた(表 3-21)。

人口の増減は、高齢化率 25 未満は、増加傾向と示した一方、高齢化率 25%以上は減少傾向を示した(表 3-22)。人口における高齢者の増減は、2 群間で差異は認められず、増加傾向を示した(表 3-23)。人口移動については、高齢化率 25%未満では流入傾向が、高齢化率 25%以上では流出傾向が示された(表 3-24)。

中心市街地の活況状況は、2 群とも傾向にバラツキがみられた。高齢化率 25%未満では、もともと人通りが多いもしくは衰退しているが改善中であるが多く、高齢化率 25%以上では、もともと人通りが少ない、いわゆるシャッター街であるの傾向が高かった(表 3-25)。

表 3-26 から表 3-29 は、対象地域の自助機能・互助機能の評価の 2 群間比較を示している。結果は、群間での差異はなかった。

表 3-21 高齢化率の区分による設置形態の比較

		設置形態について			
		合計	直営	委託	不明
	全体	651	218	433	8
		100.0	33.5	66.5	
高齢化率	高齢化率	312	72	240	1
	25%未満	100.0	23.1	76.9	
	高齢化率	249	130	119	5
	25%以上	100.0	52.2	47.8	

表 3-22 高齢化率の区分による人口増減の比較

		人口増減						
		合計	大きく増加傾向	やや増加傾向	ほぼ変化なし	やや減少傾向	大きく減少	不明
	全体	595	33	183	94	193	92	64
		100.0	5.5	30.8	15.8	32.4	15.5	
高齢化率	高齢化率	285	26	140	61	51	7	28
	25%未満	100.0	9.1	49.1	21.4	17.9	2.5	
	高齢化率	238	3	19	23	117	76	16
	25%以上	100.0	1.3	8.0	9.7	49.2	31.9	

表 3-23 高齢化率の区分による高齢者人口の変化の比較

		高齢者人口						
		合計	大きく増加傾向	やや増加傾向	ほぼ変化なし	やや減少傾向	大きく減少	不明
	全体	597	180	378	19	16	4	62
		100.0	30.2	63.3	3.2	2.7	0.7	
高齢化率	高齢化率	287	89	193	5	0	0	26
	25%未満	100.0	31.0	67.2	1.7	0.0	0.0	
	高齢化率	240	76	138	10	12	4	14
	25%以上	100.0	31.7	57.5	4.2	5.0	1.7	

表 3-24 高齢化率の区分による人口移動の変化の比較

		合計	人口移動					
			転入が多い	転入がやや多い	拮抗している	転出がやや多い	転出が多い	不明
	全体	524	36	116	176	124	72	135
		100.0	6.9	22.1	33.6	23.7	13.7	
高齢化率	高齢化率 25%未満	238	27	85	91	34	1	75
		100.0	11.3	35.7	38.2	14.3	0.4	
	高齢化率 25%以上	221	3	17	62	76	63	33
		100.0	1.4	7.7	28.1	34.4	28.5	

表 3-25 高齢化率の区分による中心市街地の活況状況の比較

		合計	中心市街地					
			いわゆる シャッター街 である	衰退している が改善中 である	改善して活 気が戻りつ つある	もともと人 は少ない	もともと人 通りが多い	不明
	全体	587	159	148	32	143	105	72
		100.0	27.1	25.2	5.5	24.4	17.9	
高齢化率	高齢化率 25%未満	280	53	82	25	37	83	33
		100.0	18.9	29.3	8.9	13.2	29.6	
	高齢化率 25%以上	236	85	52	4	87	8	18
		100.0	36.0	22.0	1.7	36.9	3.4	

表 3-26 高齢化率の区分による地域住民の自助レベルの内容の比較

		合計	地域で健康で長く暮らし続けるために地域住民が自助レベルでできること					
			1 介護の知 識や技術を 身につける	2 家族で老 後の住まい や介護につ いての話を	3 地域の専 門機関の情 報を得る	4 健康に関 する知識を 身につける	5 運動を心 がける	不明
	全体	647	425	477	455	547	569	12
		100.0	65.7	73.7	70.3	84.5	87.9	
高齢化率	高齢化率 25%未満	310	198	228	218	266	283	3
		100.0	63.9	73.5	70.3	85.8	91.3	
	高齢化率 25%以上	247	161	184	179	210	217	7
		100.0	65.2	74.5	72.5	85.0	87.9	

表 3-27 高齢化率の区分による自助機能を高めるために地域包括支援センターが行っている内容の比較

		自助機能を高めるために地域包括支援センターが行っていること							
		合計	1 ボランティア育成	2 家族会議の推進	3 健康講座の開催	4 体操教室の開催	5 認知症サポーターの養成	6 介護に関する冊子作成	不明
	全体	614	148	98	438	389	500	140	45
		100.0	24.1	16.0	71.3	63.4	81.4	22.8	
高齢化率	高齢化率	296	65	38	216	184	247	63	17
	25%未満	100.0	22.0	12.8	73.0	62.2	83.4	21.3	
	高齢化率	231	63	42	152	145	181	59	23
	25%以上	100.0	27.3	18.2	65.8	62.8	78.4	25.5	

表 3-28 高齢化率の区分による地域住民の互助レベルの内容の比較

		地域で健康で長く暮らし続けるために地域住民同士が助け合い連携する互助レベルでできること							
		合計	1 町内会、自治会への積極参加	2 ボランティアへの参加	3 伝統行事の伝承	4 地域の清掃活動	5 近隣への声かけ	6 地域のお祭り、イベントへの参加	不明
	全体	654	557	433	351	456	606	514	5
		100.0	85.2	66.2	53.7	69.7	92.7	78.6	
高齢化率	高齢化率	311	268	215	160	221	289	256	2
	25%未満	100.0	86.2	69.1	51.4	71.1	92.9	82.3	
	高齢化率	251	213	165	142	176	237	186	3
	25%以上	100.0	84.9	65.7	56.6	70.1	94.4	74.1	

表 3-29 高齢化率の区分による自助機能を高めるために地域包括支援センターが行っている内容の比較

		互助機能を高めるために地域包括支援センターが行っていること							
		合計	1 地域資源マップの作成	2 団体協議会への参加	3 センター運営協議会への招聘	4 徘徊模擬訓練の実施	5 地域ケア会議への各団体の招聘	6 イベントの共同開催	不明
	全体	593	269	324	220	16	357	272	66
		100.0	45.4	54.6	37.1	2.7	60.2	45.9	
高齢化率	高齢化率	285	132	161	105	9	165	139	28
	25%未満	100.0	46.3	56.5	36.8	3.2	57.9	48.8	
	高齢化率	221	91	116	88	6	150	87	33
	25%以上	100.0	41.2	52.5	39.8	2.7	67.9	39.4	

4. アウトリーチ実践に関する結果

1) アウトリーチ活動を支える役割

地域包括支援センターのスタッフが、高齢者と介護家族にアウトリーチ活動を展開するにあたって、用いる必要がある「役割」を行っているかどうか尋ねた。

その際、「ほとんどしている」5点、「まあしている」4点、「どちらともいえない」3点、「あまりしていない」2点、「まったくしていない」1点の配点とする5件法を用いた。

調査対象の地域包括支援センターの設置形態の直営・委託に分けたものと、全体の平均を各項目において表したのが表 3-30 である（「不明」は除いている）。

表 3-30 アウトリーチ活動における役割の評価		平均
1. 他機関と連携するためのコーディネート役割	全体	4.12
	直営	4.12
	委託	4.11
2. 信頼関係形成の役割	全体	4.10
	直営	4.06
	委託	4.12
3. 傾聴などのカウンセリングの役割	全体	4.14
	直営	4.09
	委託	4.17
4. 客観的に見て援助が必要と判断でき、ニーズを掘り起こす役割	全体	3.86
	直営	3.84
	委託	3.87
5. 援助を活用する動機づけを行う役割	全体	3.88
	直営	3.89
	委託	3.88
6. 介護家族が適切に問題解決できる対処能力を身につけさせる役割	全体	3.40
	直営	3.41
	委託	3.38
7. アウトリーチを必要とする認知症高齢者や介護家族を受け止める、地域づくりの役割	全体	3.22
	直営	3.25
	委託	3.20
8. アウトリーチを拒否する認知症高齢者に関して今後の介入方法の見通しが立てられる	全体	3.40
	直営	3.45
	委託	3.38
9. 認知症高齢者にアウトリーチを行って、その効果がどのようなものかを評価する役割	全体	2.83
	直営	2.81
	委託	2.84
10. 個別の介護家族が抱える問題は何かを適切にとらえ、どのように解決に導くか見通しを立てられる役割	全体	3.69
	直営	3.64
	委託	3.71
11. アウトリーチを拒否する介護家族に関して今後の介入方法の見通しが立てられる役割	全体	3.33
	直営	3.29
	委託	3.35
12. 自ら援助のニーズを伝えない介護家族に今後の介入方法の見通しが立てられる役割	全体	3.36
	直営	3.39
	委託	3.35

13. 介護家族にアウトリーチを行って、その効果がどのようなものかを評価する役割	全体	2.86
	直営	2.84
	委託	2.87
14. 認知症症状への対応や介護家族の理解を促進する講演会や学習会を企画実施する役割	全体	3.50
	直営	3.54
	委託	3.47
15. 介護家族を対象とした家族会などを組織する役割	全体	2.51
	直営	2.70
	委託	2.41

全体の平均で評価が高かったのは「傾聴などのカウンセリングの役割」が 4.14、次に「他機関と連携するためのコーディネートの役割」4.12 と続き、「まあしている」という評価が高かった。

反対に、評価が低かったのは「介護家族を対象とした家族会などを組織する役割」2.51、次に「介護家族にアウトリーチを行って、その効果がどのようなものかを評価する役割」2.86 と続き、「あまりしていない」か「どちらともいえない」の中間に位置する結果であった。

直営・委託間では目立った差は見受けられないが、「介護家族を対象とした家族会などを組織する役割」の項目で若干差があり、直営型の方が比較的「行っている」と回答する者が多かった。

2) アウトリーチ活動を支える条件

地域包括支援センターのスタッフが、高齢者や介護家族にアウトリーチ活動を展開するにあたって、満たされる必要があると考えられる「条件」について、1)と同様5件法で尋ねた。

調査対象の地域包括支援センターの設置形態の直営・委託に分けたものと、全体の平均を各項目で表したのが表3-31である（「不明」は除いている）。

表 3-31 アウトリーチ活動における役割の評価		平均
1. 十分な人員配置の条件が満たされている	全体	3.02
	直営	3.24
	委託	2.91
2. 活動する上での適切な経済的基盤の条件が満たされている	全体	3.17
	直営	3.57
	委託	2.99
3. 迅速に活動できる時間の確保の条件が満たされている	全体	3.07
	直営	3.36
	委託	2.93
4. アウトリーチを行うことの意義・重要性を上司が理解する条件が満たされている	全体	3.73
	直営	3.78
	委託	3.71
5. 地域のイベントなどに支援センターが参加して相談窓口などを設置できる条件が満たされている	全体	3.41
	直営	3.33
	委託	3.44
6. 地域に支援センターがPR活動のための説明会や出張相談ができる条件が満たされている	全体	3.56
	直営	3.56
	委託	3.55
7. サービスを迅速に導入できる等量的確保の条件が満たされている	全体	3.33
	直営	3.36
	委託	3.32
8. 介護家族交流のための家族会があるという条件が満たされている	全体	3.04
	直営	3.17
	委託	2.97
9. 認知症介護の方法を介護家族が学ぶための介護者教室などの実施の条件が満たされている	全体	3.28
	直営	3.39
	委託	3.23

全体の平均では、「まあそう思う」4点以上の評価は無く、全般的に「どちらともいえない」3点の範囲内を占めていた。

そのうち、評価が高かったのは「アウトリーチを行うことの意義・重要性を上司が理解する条件が満たされている」3.73であった。

反対に評価が低かったのは、「十分な人員配置の条件が満たされている」3.02、次に「介護家族交流のための家族会があるという条件が満たされている」3.04である。

つまり、「条件」に関する評価は、明確な傾向がみえなかった。

3) 職種間によるアウトリーチ活動の役割評価

地域包括支援センターに必置の社会福祉士、看護師・保健師、主任ケアマネジャーのいわゆる三職種とその他のカテゴリーで、アウトリーチ活動の役割評価に差異があるかどうか分別してみた。結果は、表 3-32 である。

表 3-32 職種別にみたアウトリーチ役割評価		平均
1. 他機関と連携するためのコーディネート の役割	全体	4.12
	社会福祉士	4.17
	看護師・保健師	4.02
	主任ケアマネ	4.08
	その他	4.13
2. 信頼関係形成の役割	全体	4.10
	社会福祉士	4.13
	看護師・保健師	4.06
	主任ケアマネ	4.11
	その他	4.13
3. 傾聴などのカウンセリングの役割	全体	4.14
	社会福祉士	4.18
	看護師・保健師	4.21
	主任ケアマネ	4.02
	その他	4.17
4. 客観的に見て援助が必要と判断でき、ニ ーズを掘り起こす役割	全体	3.86
	社会福祉士	3.84
	看護師・保健師	3.86
	主任ケアマネ	3.85
	その他	4.07
5. 援助を活用する動機づけを行う役割	全体	3.88
	社会福祉士	3.89
	看護師・保健師	3.86
	主任ケアマネ	3.89
	その他	3.97
6. 介護家族が適切に問題解決できる対処能力 を身につけさせる役割	全体	3.40
	社会福祉士	3.38
	看護師・保健師	3.47
	主任ケアマネ	3.30
	その他	3.57
7. アウトリーチを必要とする認知症高齢者や 介護家族を受け止める、地域づくりの役割	全体	3.22
	社会福祉士	3.21
	看護師・保健師	3.16
	主任ケアマネ	3.27
	その他	3.40
8. アウトリーチを拒否する認知症高齢者に対 して今後の介入方法の見通しが立てられる 役割	全体	3.40
	社会福祉士	3.39
	看護師・保健師	3.45
	主任ケアマネ	3.35

	その他	3.43
9. 認知症高齢者にアウトリーチを行って、その効果がどのようなものかを評価する役割	全体	2.83
	社会福祉士	2.79
	看護師・保健師	2.87
	主任ケアマネ	2.87
	その他	2.90
10. 個別の介護家族が抱える問題は何かを適切にとらえ、どのように解決に導くか見通しが立てられる役割	全体	3.69
	社会福祉士	3.73
	看護師・保健師	3.70
	主任ケアマネ	3.59
	その他	3.70
11. アウトリーチを拒否する介護家族に関して今後の介入方法の見通しが立てられる役割	全体	3.33
	社会福祉士	3.38
	看護師・保健師	3.33
	主任ケアマネ	3.20
	その他	3.23
12. 自ら援助のニーズを伝えない介護家族に今後の介入方法の見通しが立てられる役割	全体	3.36
	社会福祉士	3.38
	看護師・保健師	3.39
	主任ケアマネ	3.31
	その他	3.27
13. 介護家族にアウトリーチを行って、その効果がどのようなものかを評価する役割	全体	2.87
	社会福祉士	2.84
	看護師・保健師	2.92
	主任ケアマネ	2.88
	その他	2.77
14. 認知症症状への対応や介護家族の理解を促進する講演会や学習会を企画実施する役割	全体	3.50
	社会福祉士	3.57
	看護師・保健師	3.39
	主任ケアマネ	3.45
	その他	3.57
15. 介護家族を対象とした家族会などを組織する役割	全体	2.51
	社会福祉士	2.43
	看護師・保健師	2.77
	主任ケアマネ	2.56
	その他	2.33

三職種間で目立った差異はあまりみられなかった。つまり、職種による評価は比較的同じ傾向を示しているということである。そのなかでも差があるのは「介護家族を対象とした家族会などを組織する役割」において、社会福祉士が 2.43、看護師・保健師は 2.77 で差は 0.34 である。これは看護師・保健師より社会福祉士の方が、やや低い評価をしている傾向が見受けられる。

4) 職種間によるアウトリーチ活動の条件評価

3)と同様に、社会福祉士、看護師・保健師、主任ケアマネジャーの三職種間でアウトリーチ活動の条件評価に差異があるかどうか分別してみた。結果は表 3-33 である。

表 3-33 職種別にみたアウトリーチ条件評価		平均
1. 十分な人員配置の条件が満たされている	全体	3.02
	社会福祉士	3.13
	看護師・保健師	2.92
	主任ケアマネ	2.81
	その他	2.67
2. 活動する上での適切な経済的基盤の条件が満たされている	全体	3.18
	社会福祉士	3.19
	看護師・保健師	3.27
	主任ケアマネ	3.04
	その他	2.90
3. 迅速に活動できる時間の確保の条件が満たされている	全体	3.07
	社会福祉士	3.11
	看護師・保健師	3.02
	主任ケアマネ	2.97
	その他	2.87
4. アウトリーチを行うことの意義・重要性を上司が理解する条件が満たされている	全体	3.73
	社会福祉士	3.84
	看護師・保健師	3.66
	主任ケアマネ	3.50
	その他	3.27
5. 地域のイベントなどに支援センターが参加して相談窓口などを設置できる条件が満たされている	全体	3.40
	社会福祉士	3.39
	看護師・保健師	3.25
	主任ケアマネ	3.56
	その他	3.30
6. 地域に支援センターが PR 活動のための説明会や出張相談ができる条件が満たされている	全体	3.56
	社会福祉士	3.57
	看護師・保健師	3.53
	主任ケアマネ	3.60
	その他	3.33
7. サービスを迅速に導入できる等量的確保の条件が満たされている	全体	3.33
	社会福祉士	3.35
	看護師・保健師	3.32
	主任ケアマネ	3.38
	その他	2.76
8. 介護家族交流のための家族会があるという条件が満たされている	全体	3.04
	社会福祉士	3.08
	看護師・保健師	3.05
	主任ケアマネ	2.94

	その他	2.76
9. 認知症介護の方法を介護家族が学ぶための介護者教室などの実施の条件が満たされている	全体	3.28
	社会福祉士	3.35
	看護師・保健師	3.18
	主任ケアマネ	3.17
	その他	3.17

この比較も、三職種間で目立った差異はみられず、同じ傾向を示していることがわかった。そのなかでも、差があるのは「アウトリーチを行うことの意義・重要性を上司が理解する条件が満たされている」において、社会福祉士は 3.84、主任ケアマネジャーは 3.50 で、差は 0.34 であり、社会福祉士の方がやや高い評価、つまり「まあそう思う」に近い傾向を示しているということである。

5) アウトリーチ活動の役割に対する因子分析

アウトリーチ活動の役割評価の構造を明確にするために、バリマックス回転による因子分析を、先行研究の久松（2006）に倣って3因子で実施した。結果は表3-34である。

表 3-34 アウトリーチ活動の役割に対する因子分析：バリマックス回転の因子負荷量と寄与率

質問項目	因子 1	因子 2	因子 3
第 1 因子 介入法の決定と効果評価			
アウトリーチを拒否する介護家族に関して今後の介入方法の見通しが立てられる役割	0.7544	0.3458	0.0680
認知症高齢者にアウトリーチを行って、その効果がどのようなものかを評価する役割	0.7191	0.1574	0.2535
自ら援助のニーズを伝えない介護家族に今後の介入方法の見通しが立てられる役割	0.7189	0.2911	0.0734
介護家族にアウトリーチを行って、その効果がどのようなものかを評価する役割	0.7109	0.1129	0.2116
アウトリーチを拒否する認知症高齢者に関して今後の介入方法の見通しが立てられる役割	0.6580	0.3254	0.2215
個別の介護家族が抱える問題は何かを適切にとらえ、どのように解決に導くか見通しを立てられる役割	0.5839	0.4113	0.0111
介護家族が適切に問題解決できる対処能力を身につけさせる役割	0.4841	0.3901	0.2513
第 2 因子 援助活用を動機づける支援			
信頼関係形成の役割	0.1752	0.7800	0.1081
他機関と連携するためのコーディネート役割	0.1925	0.6497	0.1017
傾聴などのカウンセリングの役割	0.1554	0.6317	0.0519
客観的に見て援助が必要と判断でき、ニーズを掘り起こす役割	0.3443	0.6256	0.0983
援助を活用する動機づけを行う役割	0.3236	0.6191	0.0912
第 3 因子 地域環境の支援体制づくり			
認知症症状への対応や介護家族の理解を促進する講演会や学習会を企画実施する役割	0.1060	0.0972	0.6534
介護家族を対象とした家族会などを組織する役割	0.1169	0.0339	0.6294
アウトリーチを必要とする認知症高齢者や介護家族を受け止める、地域づくりの役割	0.4747	0.2393	0.5271
累積寄与率	24.6	44.2	53.3

今回の因子分析では、先行研究（久松、2006）では第2因子に含まれていた「介護家族が適切に問題解決できる対処能力を身につけさせる役割」が第1因子に含まれた他は、先行研究と同様の結果となった。

先行研究では、第1因子は「介入法の決定と効果評価」、第2因子は「援助活用を動機づける支援」、第3因子は「地域環境の支援体制づくり」という命名であり、今回の研究においても、この命名を踏襲することが妥当であると考えられる。

6) アウトリーチ活動の条件に対する因子分析

アウトリーチ活動の条件評価の構造を明確するために、バリマックス回転による因子分析を、先行研究の久松（2006）に倣って3因子で実施した。結果は表 3-35 である。

表 35 アウトリーチ活動の条件に対する因子分析：バリマックス回転の因子負荷量と寄与率

質問項目	因子 1	因子 2	因子 3
第 1 因子 組織の基盤確保			
十分な人員配置の条件が満たされている	0. 8711	0. 1778	0. 2524
迅速に活動できる時間の確保の条件が満たされている	0. 8633	0. 2028	0. 2283
活動する上での適切な経済的基盤の条件が満たされている	0. 7336	0. 2316	0. 2030
サービスを迅速に導入できる等量的確保の条件が満たされている	0. 5687	0. 3285	0. 2878
アウトリーチを行うことの意義・重要性を上司が理解する条件が満たされている	0. 4354	0. 4238	0. 2385
第 2 因子 存在認知の機会			
地域に支援センターが PR 活動のための説明会や出張相談ができる条件が満たされている	0. 2025	0. 8916	0. 1898
地域のイベントなどに支援センターが参加して相談窓口などを設置できる条件が満たされている	0. 2379	0. 6839	0. 2345
第 3 因子 家族支援の場の提供			
認知症介護の方法を介護家族が学ぶための介護者教室などの実施の条件が満たされている	0. 2623	0. 2050	0. 7811
介護家族交流のための家族会があるという条件が満たされている	0. 2600	0. 2483	0. 6848
累積寄与率	31. 0	50. 8	67. 1

今回の因子分析では、先行研究（久松、2006）では多重の因子負荷がかかり除外した「サービスを迅速に導入できる等量的確保の条件が満たされている」の因子が、因子 1 に含まれていた他は、先行研究と同様の結果となった。

先行研究では、第 1 因子は「組織の基盤確保」、第 2 因子は「存在認知の機会」、第 3 因子は「家族支援の場の提供」という命名であり、今回の研究においても、この命名を踏襲することが妥当と考えられる。

5. まとめ

1) 地域特性を中心にした結果のまとめ

対象地域の特性から、人口 10 万人未満と 10 万人以上の比較では、人口の増減以外の特性に大きな相違はなく、高齢化が示された。さらに、中心市街地の活況状況では、人口に比例した人通りの多さの相違はあるものの、両群ともいわゆるシャッター街が 25%以上と全体の 4 分の 1 を占めていた。

高齢化率 25%未満と 25%以上の比較では、人口増減において 25%未満は増加傾向、25%以上は、減少傾向を示した。さらに、25%以上では、人口移動の流失

傾向が示され、いわゆるシャッター街であり、もともと人が少ない傾向が示された。

以上から高齢化に伴い市区町村の商店街が衰退している傾向がうかがわれ、中心市街地周辺に生活する地域の高齢者の買い物に何らかの支障をきたしている可能性が示唆される。つまり、衣食を中心にした日常生活に不便が生じる可能性が示唆される。

対象地域が実施可能な自助、互助活動の内容については、10万人未満と以上の比較、高齢化率25%未満と以上の比較とも相違はなかった。その内容のうち最も多いものを見ていくと、地域の自助では運動を心がける、地域包括支援センターの実施内容では認知症サポーター養成、地域の互助では近隣への声かけ、地域包括支援センターでは地域ケア会議への各団体の招聘であった。

対象地域の高齢化、中心市街地の衰退に伴う衣食を中心にした日常生活の不便が生じている可能性が考えられるが、その点に対する活動の指摘は本調査からは認められなかった。その理由として、対象地域の実状として必要性が低い問題であるという可能性が指摘される。

しかし、対象地域の人口、高齢化率の区別なく、自助、共助の内容に相違がないことは、地域特性を考慮した自助、共助の活動が十分には考慮されていないと可能性が考えられる。

2) 地域包括支援センターのアウトリーチ活動の結果を中心としたまとめ

地域包括支援センターのアウトリーチ実践について、まず「役割」の評価については、「コーディネート役割」「信頼関係の形成」「傾聴などのカウンセリング」といった、因子分析結果でいう第2因子、つまり「援助活用を動機づける支援」の評価は比較的高かった。久松（2006）の先行研究は、在宅介護支援センターを対象とした調査であるが、地域包括支援センターを対象とした本研究と比較すると、在宅ケアに関する相談を担当する機関としての役割には大きな違いはみられないということは指摘できよう。

次に、「条件」の評価はどの項目においても「どちらでもない」という範囲に位置づけられているが、因子分析結果でいう第2因子「存在認知の機会」が、若干他項目より高い評価を得ており、この「機会」の必要性を認識するためには、「アウトリーチを行うことの意義・重要性を上司が理解する条件が満たされている」ことが必要となってくる。

上記の「役割」や「条件」に対する因子分析では、在宅介護支援センターを調査対象とした久松（2006）の結果と比較して、若干の違いはあるものの目立った差異はなく、先行研究のアウトリーチ尺度が地域包括支援センターを対象としても活用できることが示唆された。

さらに、先行研究で役割因子2に含まれていた「介護家族が適切に問題解決できる対処を身につけさせる役割」が、「介入法の決定と効果評価」という第1因子に含まれたことは、介護家族に対処能力を身につけてもらうという新たな介入法として、援助者が展開する必要があるだろう。

また、先行研究では除外された項目である「サービスを迅速に導入できる等量的確保の条件がみたされる」必要があることが、第1因子「組織の基盤確保」に含まれたことは、この条件がアウトリーチ活動の基盤にもなり得ることを示唆しているといえよう。

3) 全体のまとめ

地域ケアの内容は幅広い。本調査は、地域ケアのうち、認知症ケアを中心にした高齢者がケアを必要になっている、もしくはなるという状況を前提に、地域ケアをどう展開するかという視点が前提の結果が提示されたといえる。

つまり予防の視点からすると、1次予防よりは2次予防が中心であり、健康維持も個人の医学的側面や、身体介護や認知症ケアの側面の予防が前提の内容であったといえる。

言い換えれば、個人レベルでの予防を地域がどう支援するかという視点であったといえる。しかし、地域ケアの視点には、個人レベルだけではなく、地域レベルで予防をどうするかという視点も必要であろう。それが、対象地域の特性がどうであるのか、それに対してどのような予防的手立てが打てるのかという視点を持った取り組みが求められるといえよう。

そのためには、地域包括支援センターには、地域特性を捉える地域診断の技能がより求められるといえる。そのためには、個人レベルのケア予防によった介護予防支援などの事業は、民間の介護支援事業所へ移すなどして、もっと地域全体にかかわる事業や活動が実施できる体制を国や自治体は推し進めてゆく必要があると考えられる。

第4章 地域包括支援センター特性と地域の自助、互助活動分析

1. 目的

地域包括ケア体制構築に向けた前提課題である、地域の持つ自助・互助の実態を明らかにしたうえで、その所在する地域特性ならびに地域包括支援センターの人的、組織的偏差による比較から特徴を明らかにする。その結果により、今後の地域包括支援センターの地域包括ケア体制構築に向けた活動をより円滑に、そして効果的に行われるための指針を得ることが目的である。

2. 方法

1) 分析するデータと対象

本章での分析には、第3章で行った、「地域包括支援センターの地域連携体制づくりに関する調査」のデータを使用しており対象者は同様である。また、分析には前掲調査の、「地域特性」部分を独立変数とし、具体的には、「担当地域の高齢者関連の NPO 数」、「老人クラブ会員の数」、「サロンの数」、「町内会加入率」および、「市区町村人口」、「対象地域の人口」、「高齢者人口（高齢化率％）」、「人口密度」、「この10年間の人口増減」、「ここ10年で他の地域からの新規居住者」「商店街が衰退、いわゆるシャッター街の有無」であった。

従属変数には、地域の自助および互助活動について、地域包括支援センターが住民に期待すること、地域包括支援センターが行っていること、つまり、自助・互助機能向上のための「住民の役割」と、「地域包括支援センターの役割」を設定した。

2) 分析方法

分析は、「地域特性」が、地域包括支援センターが実施する「自助・互助活動の実態」と住民への「自助、互助への期待」に対する実施傾向、そして地域の Strength（強み）、Weakness（弱み）を高齢化率からその方向性を検証するためにコレスポンデンス分析によって分析を行う。

この分析は、多次元集計されたデータを多次元空間にマッピングして、データ要素同士の関係性を視覚的に表現する多変量解析の1つである。一般には、2次元の行列（分割表、クロス集計表）の行要素（サンプル）と列要素（カテゴリ）に定性データが与えられているとき、同一のサンプルに反応したカテゴリ同士、同一のカテゴリに反応したサンプル同士を集め、それを空間に配置するのに適した原点（座標）を算出。これに基づいて散布図（ポジショニングマップ）を作成して要素をプロットする。

類似度・関係性の強い要素同士は近くに、弱い要素同士は遠くにプロットされる（た

だし、相対的な関係である)。このとき、軸がクロスする原点付近にプロットされる要素は比較的特徴が薄いと解釈できる。

コレスポンデンス分析で関係性を明らかにするための独立変数と従属変数については以下の項目を取り扱った。

(結果1 地域の自助と互助の地域特性活動分析)

- ・担当地域の人口増減×(住民の自助役割)(地域包括支援センターの自助活動)
(住民の互助役割)(地域包括支援センターの互助活動)
- ・高齢者人口の増減×(住民の自助役割)(地域包括支援センターの自助活動)
(住民の互助役割)(地域包括支援センターの互助活動)
- ・高齢化率×(住民の自助役割)(地域包括支援センターの自助活動)
(住民の互助役割)(地域包括支援センターの互助活動)
- ・人口移動×(住民の互助役割)(地域包括支援センターの互助活動)
- ・老人クラブの活発さ×(地域包括支援センターの互助活動)
- ・町内会の活発さ×(地域包括支援センターの互助活動)

(結果2 地域の Strength (強み)、Weakness (弱み) と高齢化率の関連)

- ・高齢化率×地域包括支援センターからみた地域の Strength (強み) Weakness (弱み)

3. 結果1 地域の自助と互助の地域特性活動分析

1) 地域包括支援センターから見た住民の自助の役割(度数分布)

自由記述で「地域住民が自助としてできることは何か」を地域包括支援センターの職員に自由記述で回答を求めた。自由記述は、キーワード形式で記入するよう依頼し、その後研究者2名でカテゴリ化を行った。カテゴリ化には内容一致を条件とした。

659件の回答者のうち137件から有効回答である137件を分析対象とした。

表4-1 住民の自助の役割

カテゴリ	度数	%
交流・近所付き合いを持つ	33	24.1
知識・情報収集と共有	16	11.7
生活習慣・生活環境の整備(食生活・定期受診・服薬管理等)	13	9.5
行事参加	10	7.3
老後への備え	8	5.8
地域活動への参加	8	5.8
趣味を楽しむ	8	5.8
声掛け・見守り活動	7	5.1

サロンへの参加	7	5.1
認知症について理解する（予防含）	6	4.4
自主的な社会活動	6	4.4
家族関係を良好に保つ	6	4.4
社会的役割を担う	4	2.9
介護への関心・協力	3	2.2
要望提出	2	1.5
合計	137	100.0

住民自身の自助の役割として地域包括支援センターが期待することは、「近隣との付き合いを持つ」が33件（24.1%）で最も多く、次いで「知識・情報収集と共有」、「生活習慣・生活環境の整備（食生活・定期受診・服薬管理等）」と続いた。

住民同士の付き合いの深さが、地域包括支援センターが実施する事業や、提供する情報のパフォーマンスに影響を及ぼすことを、職員自体は感じ取っており、こうした行動は地域包括支援センターにとって肯定的に作用する内容である。

2）地域包括支援センターが住民に期待する自助活動の地域特性

つぎに、地域包括支援センターの所在する地域特性と、地域包括支援センターが住民の自助に対し期待する役割の傾向を明らかにすることを目的にコレスポンド分析を行った。

つまり、類似度・関係性の強い要素同士は近くに、弱い要素同士は遠くにプロットされる。特徴がある項目は原点から遠くにプロットされる。各地域特性の近くにプロットされている項目は、その地域特性によって期待値が高いと解釈することができる。

①担当地域の人口増減傾向と住民の自助の役割

担当地域の人口増減を「大きく増加傾向」から「大きく減少」までの5件法で評価した結果と、期待する住民の自助の役割についてコレスポンド分析を行った。

その結果を、表4-2、図4-1に示した。

なお、分析の際には、回答が2回以下の1項目「要望提出」は特異値としてプロットされるために、次元を下げて計算量を減らしたうえでプロット図を作成した。

コレスポンド分析の結果、地域の人口が「大きく増加傾向」にある地域は、「地域活動への参加」が期待できる。「やや増加傾向」「ほぼ変化なし」は近い関係にありそれぞれ、「趣味を楽しむ」「交流・近所付き合いをもつ」などが期待できる傾向が示された。一方で、「やや減少傾向」では、「自主的な社会活動」、「老後への備え」などの傾向が示された。また、「大きく減少傾向」にある地域では自助に期待できる特徴的な活動はなかった。

これらの結果から、人口が増加している地域は、地域で行われている活動に積極的に

参加することが期待できるが、それ以外の微増や変化なし、減少地域は、趣味、交流を促進させる働きを住民自身の積極的参画が必要となる地域であることが明らかになった。

表 4 - 2 分析に用いた項目の次元得点

	次元の得点	
	1	2
行事参加	. 569	. 588
サロンへの参加	. 352	-. 265
交流・近所付き合いを持つ	. 455	-. 198
趣味を楽しむ	. 308	. 344
認知症について理解する	. 573	. 601
家族関係を良好に保つ	-1. 175	-. 210
声掛け・見守り活動	. 823	-. 629
地域活動への参加	. 315	-. 740
生活習慣・生活環境の整備	-. 989	-1. 021
自主的な社会活動	-. 572	. 366
老後への備え	-. 660	. 843
介護への関心・協力	-2. 094	1. 095
知識・情報収集と共有	-. 143	. 370
社会的役割を担う	. 415	. 655

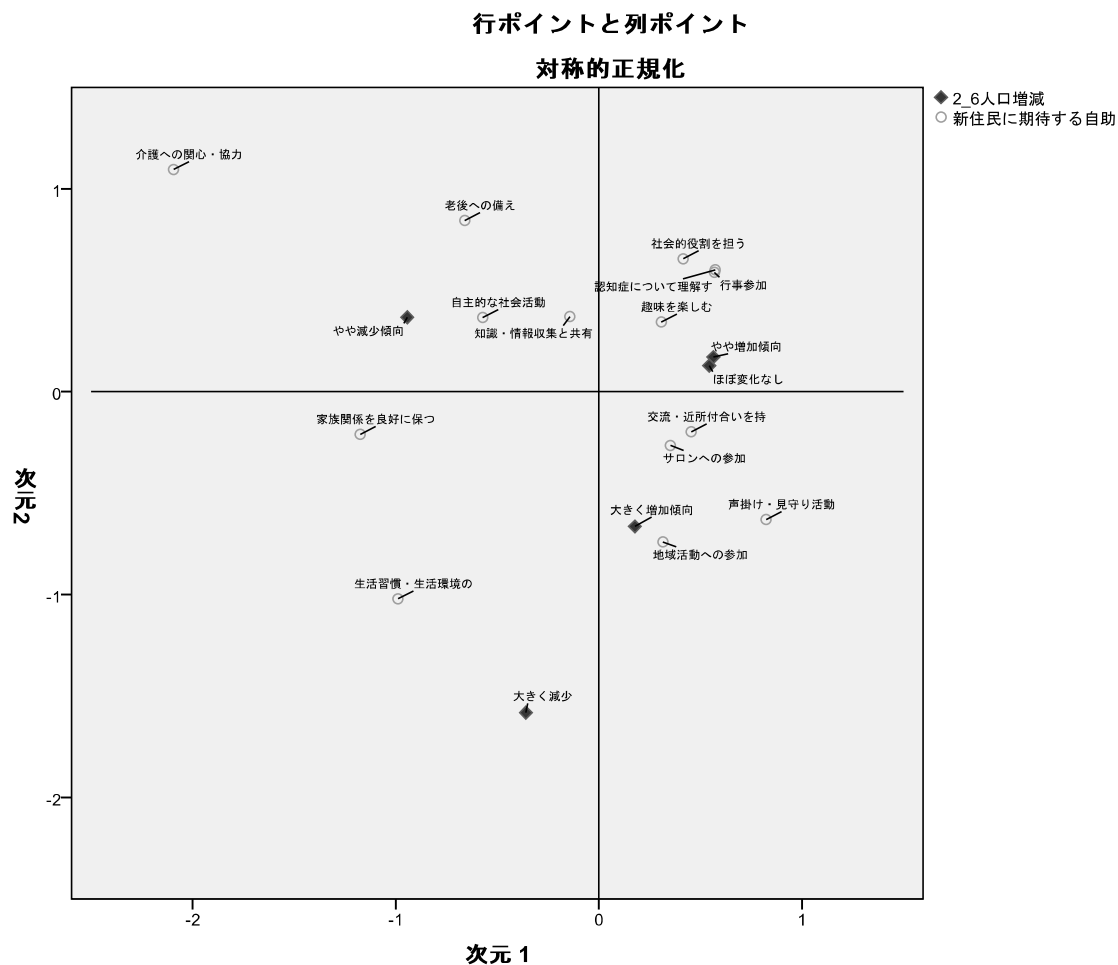


図 4 - 1 カテゴリースコアのプロット（地域人口増減）

②高齢者人口の増減傾向と住民の自助の役割

担当地域の高齢者人口増減を「大きく増加傾向」から「大きく減少」までの 5 件法で評価した結果と、期待する住民の自助の役割についてコレスポネンズ分析を行った。

その結果を、表 4 - 3、図 4 - 2 に示した。

なお、分析の際には、回答が 2 回以下の 1 項目「要望提出」は特異値としてプロットされるために、次元を下げて計算量を減らしたうえでプロット図を作成した。

コレスポネンズの結果、地域の高齢者人口が「大きく増加傾向」にある地域は、「自主的な社会活動」が期待できる。「やや増加傾向」は、「趣味を楽しむ」「認知症について理解する」などが期待できる傾向として示された。一方で、「やや減少傾向」と「ほぼ変化なし」については、特徴的な傾向が示されなかった。

これらの結果から、地域の高齢化の直接的問題となる高齢者人口の増加の場合は、社会活動への参加促進と個人に対する学習や趣味意欲の向上にたいして期待を寄せていることが明らかになった。一方で、高齢者人口の減少については緊急性が低くなるために

期待する自助も特徴はないことが明らかになった。

表 4 - 3 分析に用いた項目の次元得点

	次元の得点	
	1	2
行事参加	-. 569	. 809
サロンへの参加	. 128	. 012
交流・近所付き合いを持つ	. 073	. 308
趣味を楽しむ	-. 162	. 344
認知症について理解する	-. 104	. 278
家族関係を良好に保つ	-. 452	. 676
声掛け・見守り活動	. 128	. 012
地域活動への参加	-1. 362	-. 777
生活習慣・生活環境の整備	-. 343	-. 985
自主的な社会活動	. 360	-. 254
老後への備え	1. 226	-. 279
介護への関心・協力	1. 289	-1. 318
知識・情報収集と共有	. 391	. 134
社会的役割を担う	. 128	. 012

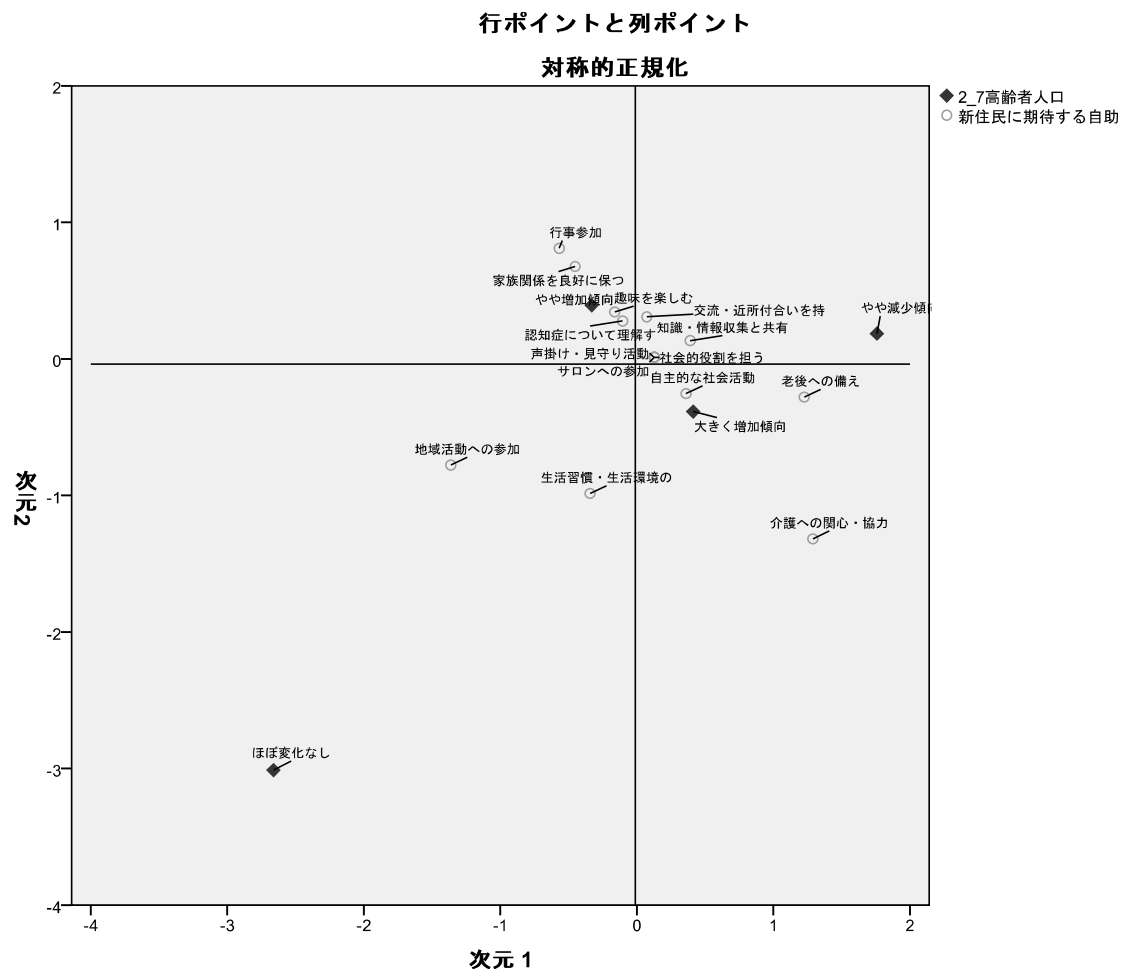


図 4 - 2 カテゴリースコアのプロット（地域高齢者人口増減）

③担当地域の高齢化率と住民の自助の役割

担当地域の高齢化率を「20%以下」「21～25%」「26～30%」「30%以上」の4段階で評価した結果と、期待する住民の自助の役割についてコレスポネンズ分析を行った。

その結果を、表 4 - 4、図 4 - 3 に示した。

なお、分析の際には、回答が 2 回以下の 1 項目「要望提出」は特異値としてプロットされるために、次元を下げて計算量を減らしたうえでプロット図を作成した。

コレスポネンズの結果、高齢化率が「20%以下」の高齢化率が低い地域は、「声かけ・見守り」、「地域行事への参加」が、「21～25%」の地域は「知識・情報収集と共有」、「交流・近所付き合いを持つ」について期待を持つ地域包括支援センターが多い傾向が示された。一方で、高齢化率が高い「26～30%」の地域は、「生活習慣・生活環境の整備」、「30%以上」の地域は「家族関係を良好に保つ」ことについて期待を持つ地域包括支援センターが多い傾向が示された。

これらの結果から、高齢化率が低い地域では、積極的かつ主体的な地域住民の行動を

行うことへの役割期待があり、高齢化率が高い地域は、身の回りの環境を維持し保持していくことの役割期待を持っていることが明らかになった。高齢化率が高くなるほど積極的な地域包括支援センターの積極的な働きかけが機能しづらくなるという意識があることが示唆された。

表 4 - 4 分析に用いた項目の次元得点

	次元の得点	
	1	2
行事参加	.328	.629
サロンへの参加	.826	.041
交流・近所付き合いを持つ	.103	-.100
趣味を楽しむ	.114	-.749
認知症について理解する	.826	.041
家族関係を良好に保つ	-.375	1.116
声掛け・見守り活動	.225	.579
地域活動への参加	-.206	.036
生活習慣・生活環境の整備	-1.423	-.277
自主的な社会活動	.864	-.106
老後への備え	.297	-.953
介護への関心・協力	1.015	-.697
知識・情報収集と共有	.235	-.132
社会的役割を担う	-.169	1.216

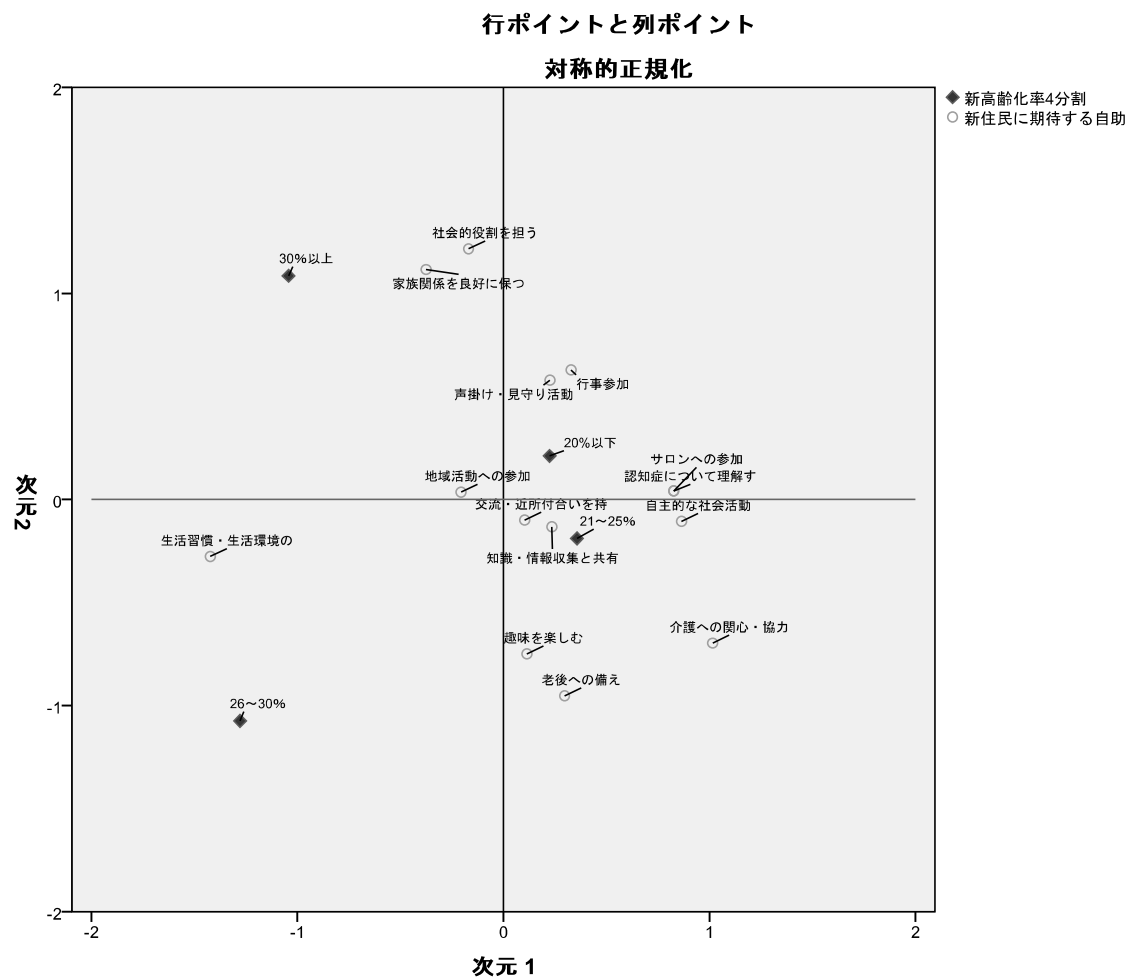


図 4 - 3 カテゴリースコアのプロット（高齢化率）

3) 地域包括支援センターの自助機能向上のために実施している活動（度数分布）

自由記述で「地域包括支援センターが自助機能向上のために実施していることは何か」を地域包括支援センターの職員に自由記述で回答を求めた。自由記述は、キーワード形式で記入するよう依頼し、その後研究者 2 名でカテゴリ化を行った。カテゴリ化には内容一致を条件とした。

659 件の回答者のうち 248 件記入があり、うち有効回答である 221 件を分析対象とした。

表 4 - 5 地域包括支援センターの実施する自助機能向上のための活動

カテゴリ	度数	%
広報（記事掲載・掲示物作成等）、周知活動	41	16.5
講座・講話・講演会の開催	34	13.7
見守り・訪問・現状把握・声掛け・相談受付	25	10.1
生活面に関するサポート・啓発活動	17	6.9
介護者等家族の会の開催・支援	14	5.6
介護予防に関する取り組みの推進	13	5.2
外部開催行事への参加	13	5.2
介護教室の開催	11	4.4
会議への出席・定例会への参加	10	4.0
認知症予防に関する取り組みの推進	9	3.6
老人会・協議会・事業への働きかけと啓発活動	9	3.6
サロン活動の立ち上げ・開催・支援	8	3.2
介護予防・生活介護・認知症サポーター・ヘルパー・ボランティアの養成、支援	8	3.2
自主グループの作成・活動の支援	7	2.8
研修会・勉強会の開催	7	2.8
団体・事業への講師派遣	6	2.4
個人・事業所・地域に対する交流支援	4	1.6
外部機関との連携	3	1.2
その他	2	.8
安心ネットワーク劇団	1	.4
脳の学び舎	1	.4
エンディングノート等の活用	1	.4
インフォーマルマップ	1	.4
徘徊ネットワーク	1	.4
あんしんカード登録	1	.4
ふれあい健康増進陶芸教室	1	.4

地域包括支援センターが実施する自助機能向上のために行っている活動は、「広報・周知活動」41 件（16.5%）で最も多く、次いで「講座・講話・研修会の開催」、「見守り・訪問・現状把握・声掛け・相談受付」と続いた。住民の自助を支援するために広報のような消極的アウトリーチと訪問や見守りといった積極的なアウトリーチを行っていることが示された。また、選択は少なかったが、地域の特徴的な活動（例：安心ネットワーク劇団、安心カード登録、陶芸教室）がいくつか見られていることも読み取れる。

4) 地域包括支援センターが自助機能向上のために実施している活動の地域特性

つぎに、地域包括支援センターの所在する地域特性と、地域包括支援センターが住民の自助機能向上のために実施している活動の実態と傾向を明らかにすることを目的にコレスポネンデンス分析を行った。

類似度・関係性の強い要素同士は近くに、弱い要素同士は遠くにプロットされる。特徴がある項目は原点から遠くにプロットされる。各地域特性の近くにプロットされている項目は、その地域特性との関連が強いと解釈することができる。

①担当地域の人口増減傾向と地域包括支援センターの自助支援活動

担当地域の人口増減を「大きく増加傾向」から「大きく減少」までの 5 件法で評価した結果と、地域包括支援センターの自助支援活動についてコレスポネンデンス分析を行った。つまり、人口の増減は、地域包括支援センターの活動に影響を及ぼすかを検証した。

その結果を、表 4 - 6、図 4 - 4 に示した。

なお、分析の際には、回答が 2 回以下の 7 項目と「その他」は特異値としてプロットされるために、次元を下げて計算量を減らしたうえでプロット図を作成した。

コレスポネンデンスの結果、地域の人口が「大きく増加傾向」にある地域は、「生活面に関するサポート」を実施している傾向が読み取れる。「やや増加傾向」の場合は、「介護予防に関する取り組み」、「見守り、訪問、声かけ等」、「講座、講演、講演会」などを実施している傾向が読み取れた。「ほぼ変化なし」、「大きく減少」している地域としての傾向は読み取れなかった。

これらの結果から、人口が増加している地域は、地域住民の自助を意識する際、ある一定の傾向は示されるが、人口が減少しつつある地域では、その地域の創意工夫が必要なのかもしれない。

表 4 - 6 分析に用いた項目の次元得点

カテゴリー	次元の得点	
	1	2
介護教室の開催	-.906	-.055
介護者等家族の会の開催・支援	-.178	.426
介護予防に関する取り組みの推進	.167	.160
認知症予防に関する取り組みの推進	.061	1.019
生活面に関するサポート・啓発活動	1.612	-.394
サロン活動の立ち上げ・開催・支援	.466	1.162
介護予防・生活介護・認知症サポーター・ヘルパー・ボランティアの養成講座	.195	-1.111
講座・講話・講演会の開催	.084	.032
個人・事業所・地域に対する交流支援	.236	2.320

老人会・協議会・事業への働きかけと啓発活動	- . 813	- . 291
自主グループの作成・活動の支援	- . 697	- . 077
広報（記事掲載・掲示物作成等）、周知活動	. 205	- . 320
外部開催行事への参加	- . 543	. 208
研修会・勉強会の開催	- . 484	- . 656
会議への出席・定例会への参加	- . 797	- . 842
見守り・訪問・現状把握・声掛け・相談受付	. 143	. 016
団体・事業への講師派遣	- . 327	. 607
外部機関との連携	-1. 392	- . 004

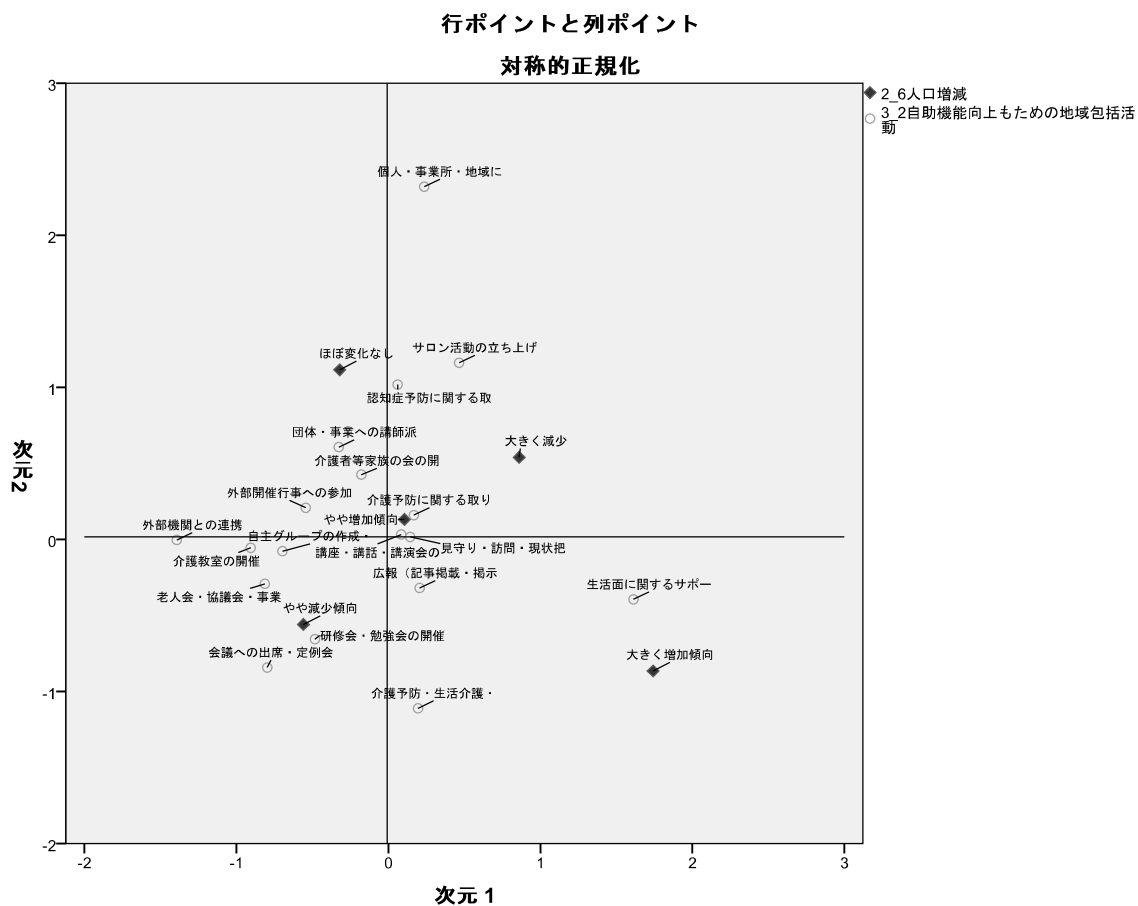


図 4 - 4 カテゴリースコアのプロット（人口増減）

②高齢者人口の増減傾向と地域包括支援センターの自助活動支援

担当地域の人口増減を「大きく増加傾向」から「大きく減少」までの 5 件法で評価した結果と、地域包括支援センターの自助支援活動についてコレスポネンシ分析を行った。ここでは、高齢者人口の増減は、地域包括支援センターの活動に影響を及ぼすかを検証した。

その結果を、表 4 - 7、図 4 - 5 に示した。

なお、分析の際には、回答が 2 回以下の 7 項目と「その他」は特異値としてプロットされるために、次元を下げて計算量を減らしたうえでプロット図を作成した。

コレスポネンシ分析の結果、「大きく増加傾向」にある地域は「自主グループの作成」、「見守り・声かけ」を行っている傾向がある。また、「やや増加傾向」の地域は、「介護教室の開催」、「個人・事業所への交流支援」であった。「大きく増加傾向」と「やや増加傾向」は類似する傾向を示している。高齢化率が「ほぼ変化なし」の地域は「外部機関との連携」との関係性が強い。一方、「大きく減少傾向」と「やや減少傾向」は、そもそもの選択された度数が少ないことから、外れ値となっている。

こうした傾向を概観すると高齢者人口が増加するほど、新たなグループ化やネットワーク化を図る活動を実施し、人口増加がまだ顕著ではない地域は、既存のネットワークを活用するための活動の傾向を示していることが明らかになった。

表 4 - 7 分析に用いた項目の次元得点

カテゴリ	次元の得点	
	1	2
介護教室の開催	. 261	. 025
介護者等家族の会の開催・支援	-. 631	-. 479
介護予防に関する取り組みの推進	. 262	-. 065
認知症予防に関する取り組みの推進	. 262	-. 215
生活面に関するサポート・啓発活動	. 100	. 569
サロン活動の立ち上げ・開催・支援	-1. 675	-. 287
介護予防・生活介護・認知症サポーター・ヘルパー・ボランティアの養成講座	. 263	-. 644
講座・講話・講演会の開催	. 226	-. 096
個人・事業所・地域に対する交流支援	. 262	-. 065
老人会・協議会・事業への働きかけと啓発活動	. 100	. 827
自主グループの作成・活動の支援	. 262	-. 129
広報（記事掲載・掲示物作成等）、周知活動	. 271	-. 339
外部開催行事への参加	. 263	-. 515
研修会・勉強会の開催	. 099	1. 084
会議への出席・定例会への参加	-2. 445	. 032

見守り・訪問・現状把握・声掛け・相談受付	.211	-.047
団体・事業への講師派遣	.072	1.501
外部機関との連携	-.117	2.616

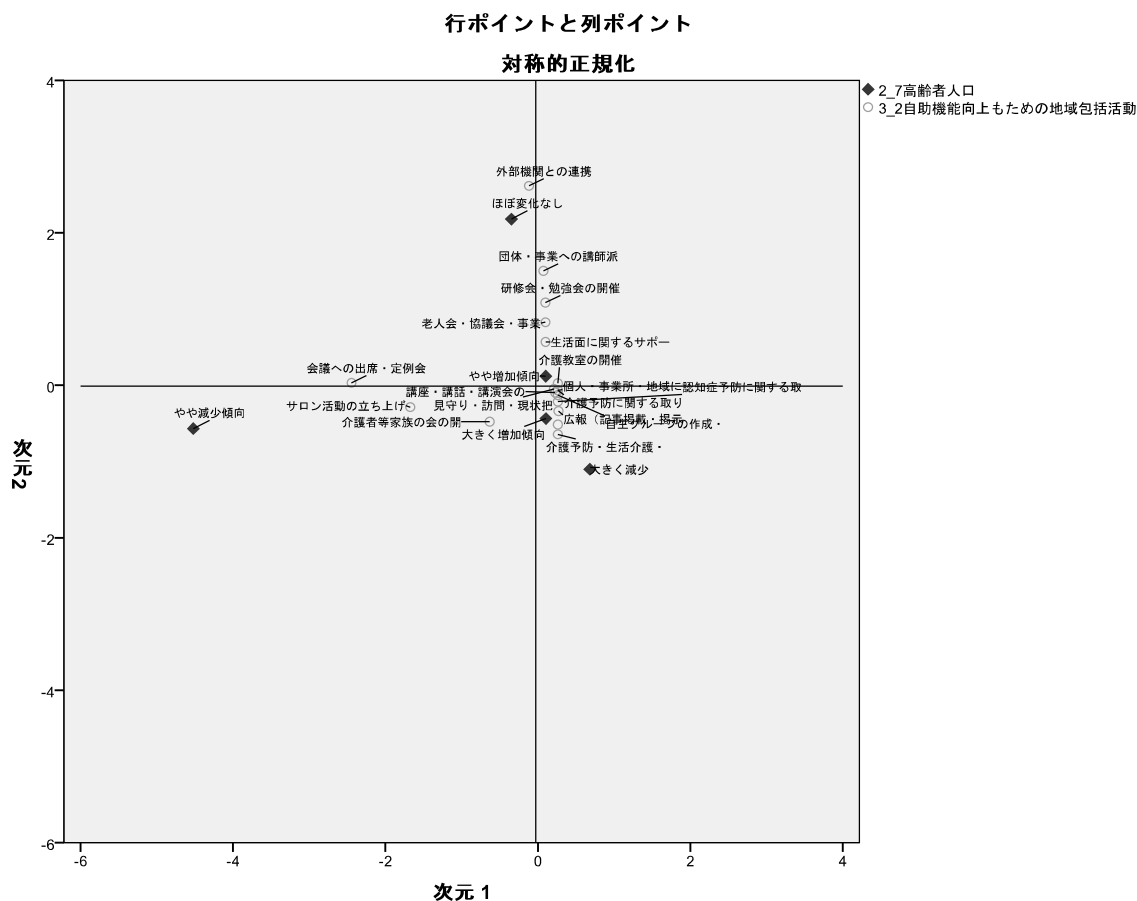


図 4 - 5 カテゴリースコアのプロット（高齢者人口）

③高齢化率と地域包括支援センターの自助活動支援

担当地域の高齢化率を「20%以下」「21～25%」「26～30%」「30%以上」の4段階で評価した結果と、地域包括支援センターの自助支援活動の実態についてコレスポネンズ分析を行った。つまり、高齢化率は、地域包括支援センターの活動に影響を及ぼすかを検証したものである。

その結果を、表 4 - 8、図 4 - 6 に示した。

なお、分析の際には、回答が 2 回以下の 7 項目と「その他」は特異値としてプロットされるために、次元を下げて計算量を減らしたうえでプロット図を作成した。

コレスポネンズ分析の結果、高齢化率「20%以下」「21～25%」は、実施事業に類似する傾向が見られた。高齢化率が低いこの地域は、「介護予防の取り組み」、「介護教室の開催」、「講座・講演会等の開催」など知識の伝達や集合して行う企画が多い。「26～30%」

の地域は、「外部機関との連携」、「会議・定例会への出席」等の会議やネットワーク系であった。「30%以上」の高齢化率の高い地域は、「外部開催の事業へ参加」と関連が強い。

こうした傾向を概観すると高齢者人口と同様に高齢化率が上がるほど、新たなグループ化やネットワーク化を図る活動を実施し、人口増加がまだ顕著ではない地域は、既存のネットワークを活用するための活動の傾向を示していることが明らかになった。

表 4 - 8 分析に用いた項目の次元得点

カテゴリー	次元の得点	
	1	2
介護教室の開催	. 124	-. 017
介護者等家族の会の開催・支援	. 068	. 077
介護予防に関する取り組みの推進	. 584	-. 315
認知症予防に関する取り組みの推進	. 054	-. 662
生活面に関するサポート・啓発活動	-. 312	-. 161
サロン活動の立ち上げ・開催・支援	-1. 072	. 761
介護予防・生活介護・認知症サポーター・ヘルパー・ボランティアの養成講座	. 604	. 925
講座・講話・講演会の開催	. 430	-. 528
個人・事業所・地域に対する交流支援	. 577	-. 773
老人会・協議会・事業への働きかけと啓発活動	-. 466	-. 556
自主グループの作成・活動の支援	-1. 074	. 765
広報（記事掲載・掲示物作成等）、周知活動	. 351	. 127
外部開催行事への参加	. 232	1. 467
研修会・勉強会の開催	. 574	-. 769
会議への出席・定例会への参加	-1. 928	-. 251
見守り・訪問・現状把握・声掛け・相談受付	. 173	. 207
団体・事業への講師派遣	-1. 508	-. 341
外部機関との連携	-2. 204	-. 196

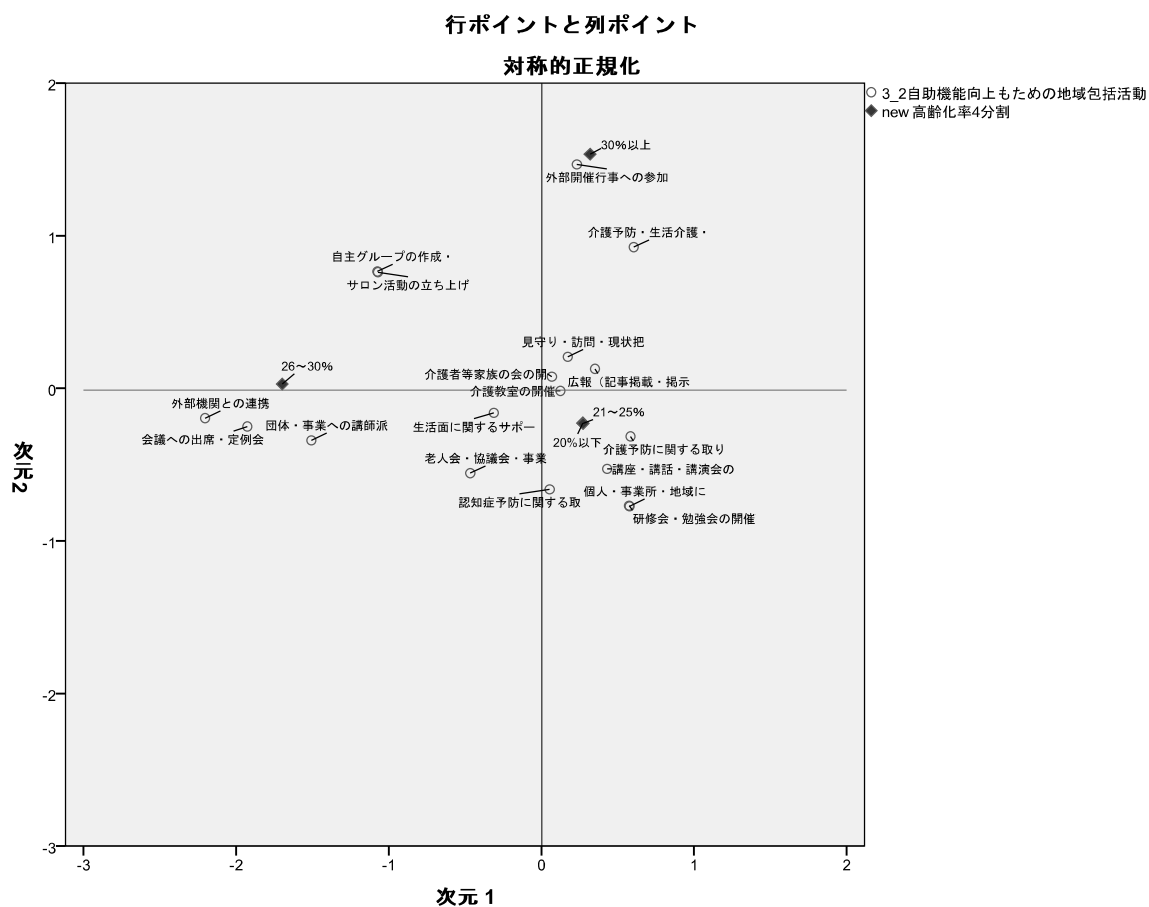


図 4 - 6 カテゴリースコアのプロット（高齢化率）

5) 地域包括支援センターから見た住民の互助の役割（度数分布）

自由記述で「地域住民が互助（住民相互の協力）としてできることは何か」を地域包括支援センターの職員に自由記述で回答を求めた。自由記述は、キーワード形式で記入するよう依頼し、その後研究者 2 名でカテゴリ化を行った。カテゴリ化には内容一致を条件とした。

659 件の回答者のうち 95 件から有効回答である 85 件を分析対象とした。

表 4 - 9 住民の互助の役割

項目	度数	%
サロン・行事・自主組織の活動への参加や立ち上げ	21	22.1
見守り・訪問・声掛け活動やその組織育成	15	15.8
近所づきあいを積極的・近隣で見守り	8	8.4
地域包括センターの事業への参加	8	8.4
世代間交流	7	7.4
介護予防活動（体操教室等）	6	6.3
手伝い（買い物・家事等）	5	5.3
講座・勉強会	5	5.3
食事会開催	4	4.2
防犯・防災に関する啓発・活動	4	4.2
各組織・団体の連携	4	4.2
情報提供・情報伝達	3	3.2
NPO・行政等のサービスを活用	2	2.1
コミュニティバスの運行	1	1.1
介護当事者への支援（交流会等）	1	1.1
共同農作業による通販	1	1.1
合計	95	100.0

住民自身の互助の役割として地域包括支援センターが期待することは、「サロン・行事・自主組織の活動への参加や立ち上げ」が 21 件（22.1%）で最も多く、次いで「見守り・訪問・声かけやその組織育成」、「近所付き合いを積極的・近隣での見守り」と続いた。

互助において地域包括支援センターが期待していることは、住民自身が自主的に互助組織を立ち上げることである。地域包括支援センターの活動はあくまで外部からの介入であることから、規律や規範に関することで介入をすれば、間違いなく住民は反発を抱く。そのことから、地域包括支援センター自身が積極的に立ち上げを行うのではなく、住民が立ち上げ、それを支援していく形が望ましい。その意味からしてもこの期待感は

理解できる。同様に、声かけ等も地域包括支援センターが介入することが困難であることを示唆している。

6) 地域包括支援センターが住民に期待する互助機能向上のための活動の地域特性

つぎに、地域包括支援センターの所在する地域特性と、地域包括支援センターが住民の互助機能向上に向け期待する役割の傾向を明らかにすることを目的にコレスポンド分析を行った。

類似度・関係性の強い要素同士は近くに、弱い要素同士は遠くにプロットされる。特徴がある項目は原点から遠くにプロットされる。各地域特性の近くにプロットされている項目は、その地域特性との関連が強いと解釈することができる。

①担当地域の人口増減傾向と住民の互助の役割期待

担当地域の人口増減を「大きく増加傾向」から「大きく減少」までの5件法で評価した結果と、期待する住民の自助の役割についてコレスポンド分析を行った。

その結果を、表4-10、図4-7に示した。

なお、分析の際には、回答が2回以下の4項目は特異値としてプロットされるために、次元を下げて計算量を減らしたうえでプロット図を作成した。

コレスポンド分析の結果、地域の人口が「大きく増加傾向」にある地域は、「介護予防活動（体操教室）」への参加を期待している。「やや増加傾向」は、「防犯・防災に関する啓発活動」への参加による互助活動を期待している。「やや減少傾向」にある地域は「講座・勉強会」での互助活動参加を期待している。「ほぼ変化なし」、「大きく減少傾向」は近隣住民への「手伝い（買い物・家事等）」での互助に期待をしていることが明らかになった。などが期待できる傾向が示された。

これらの結果から、人口が増加している地域は、その人的な利点を生かし行事やイベントへの参加を期待しており、減少傾向にある地域では、自らが学び身近な助け合いを期待している傾向が明らかになった。

表4-10 分析に用いた項目の次元得点

カテゴリ	次元の得点	
	1	2
サロン・行事・自主組織の活動への参加や立ち上げ	-.361	.091
見守り・訪問・声掛け活動やその組織育成	-.179	.303
食事会開催	.826	.693
防犯・防災に関する啓発・活動	.990	-.039
各組織・団体の連携	-1.143	.447
情報提供・情報伝達	.554	1.329

介護予防活動（体操教室等）	.726	-.834
手伝い（買い物・家事等）	-1.484	-.751
講座・勉強会	.160	.769
世代間交流	.004	-1.287
近所づきあいを積極的・近隣で見守り	1.126	-.357
地域包括センターの事業への参加	-.035	.392

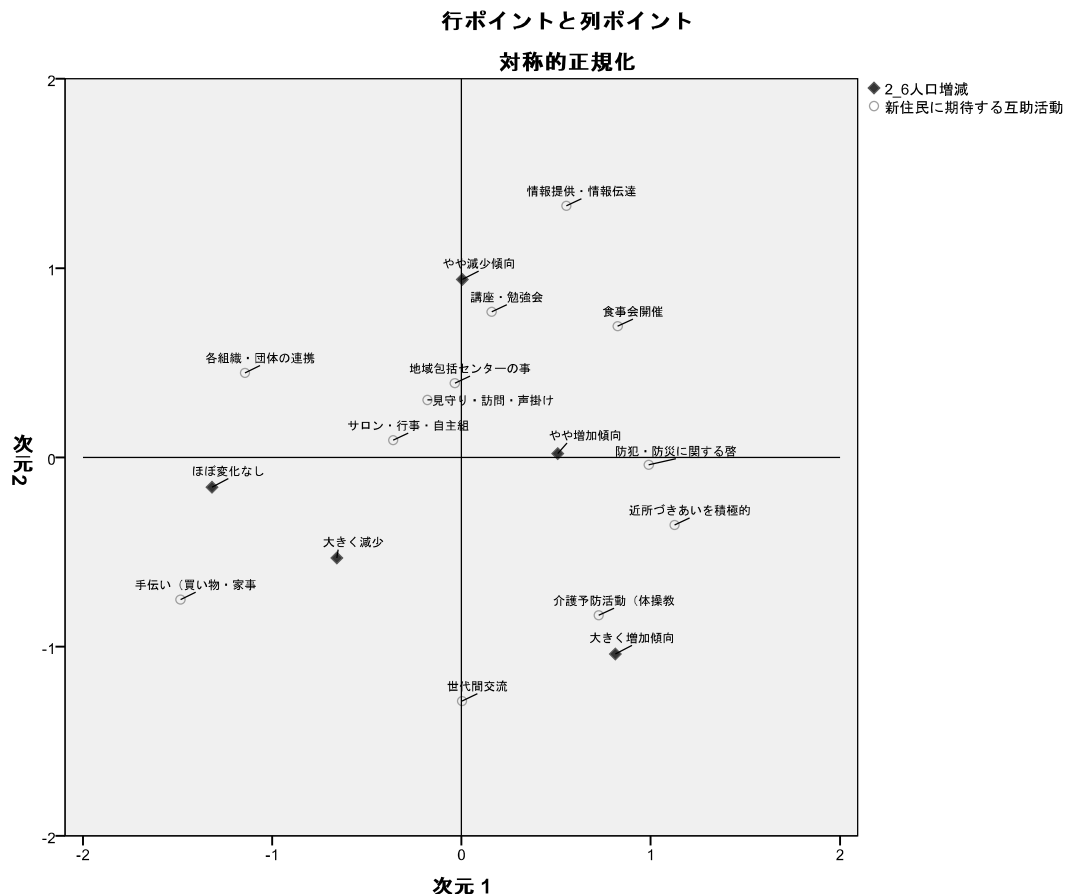


図 4 - 7 カテゴリースコアのプロット（人口の増減×互助役割期待）

②担当地域の高齢者人口増減傾向と住民の互助の役割期待

担当地域の高齢者人口増減を「大きく増加傾向」から「大きく減少」までの 5 件法で評価した結果と、期待する住民の互助」の役割についてコレスポネンシ分析を行った。

その結果を、表 4 - 11、図 4 - 8 に示した。

なお、分析の際には、回答が 2 回以下の 4 項目は特異値としてプロットされるために、次元を下げて計算量を減らしたうえでプロット図を作成した。

コレスポネンシ分析の結果、「大きく増加傾向」にある地域は、「世代間交流」での互助機能向上の期待は高い。「やや増加傾向」は、「防犯・防災に関する啓発や活動」「近

所付き合いを積極的にする活動や近隣での見守り」、「各組織・団体の連携」での互助機能向上の期待が大きい傾向にある。一方、「ほぼ変化なし」、「大きく減少傾向」、「やや減少傾向」は、そもそもの選択された度数が少ないことから、外れ値となっている。

こうした傾向を概観すると高齢者人口が増加している地域は、町内会等の組織自体も弱体化していることから、多世代との交流に期待し、これからより増加しうる地域は既存の互助機能を生かそうとする意識があることを示していることが推察できる。

表 4 - 11 分析に用いた項目の次元得点

カテゴリ	次元の得点	
	1	2
サロン・行事・自主組織の活動への参加や立ち上げ	-. 214	-. 258
見守り・訪問・声掛け活動やその組織育成	-. 114	. 759
食事会開催	-. 427	-. 944
防犯・防災に関する啓発や活動	. 048	. 588
各組織・団体の連携	. 048	. 588
情報提供・情報伝達	-. 189	-. 178
介護予防活動（体操教室等）	-. 094	. 129
手伝い（買い物・家事等）	2. 630	-. 393
講座・勉強会	-. 285	-. 484
世代間交流	-. 393	-. 834
近所づきあいを積極的に・近隣で見守り	. 048	. 588
地域包括センターの事業への参加	-. 214	-. 258

守り」、最も高齢化率が高い「30%以上」の地域は「近隣での手伝い（買い物・家事）」の助け合いの互助機能の組織化に期待を寄せていることが明らかになった。

こうした傾向を概観すると高齢者人口と同様に高齢化率が上がるほど、近隣での助け合いを組織化したり活発にすることへ期待を寄せており、高齢化率が低い地域では、よりフォーマルな組織や活動の発展の可能性に期待する傾向が示唆された。

表 4 - 12 分析に用いた項目の次元得点

カテゴリ	次元の得点	
	1	2
サロン・行事・自主組織の活動への参加や立ち上げ	. 482	-. 396
見守り・訪問・声掛け活動やその組織育成	-. 482	-. 301
食事会開催	. 487	1. 816
防犯・防災に関する啓発や活動	-1. 105	-. 513
各組織・団体の連携	-1. 105	-. 513
情報提供・情報伝達	. 965	. 809
介護予防活動（体操教室等）	-. 392	. 841
近隣での手伝い（買い物・家事等）	1. 084	-. 945
講座・勉強会	-. 413	. 592
世代間交流	. 002	-. 025
近所づきあいを積極的・近隣で見守り	. 159	. 471
地域包括センターの事業への参加	. 482	-. 396

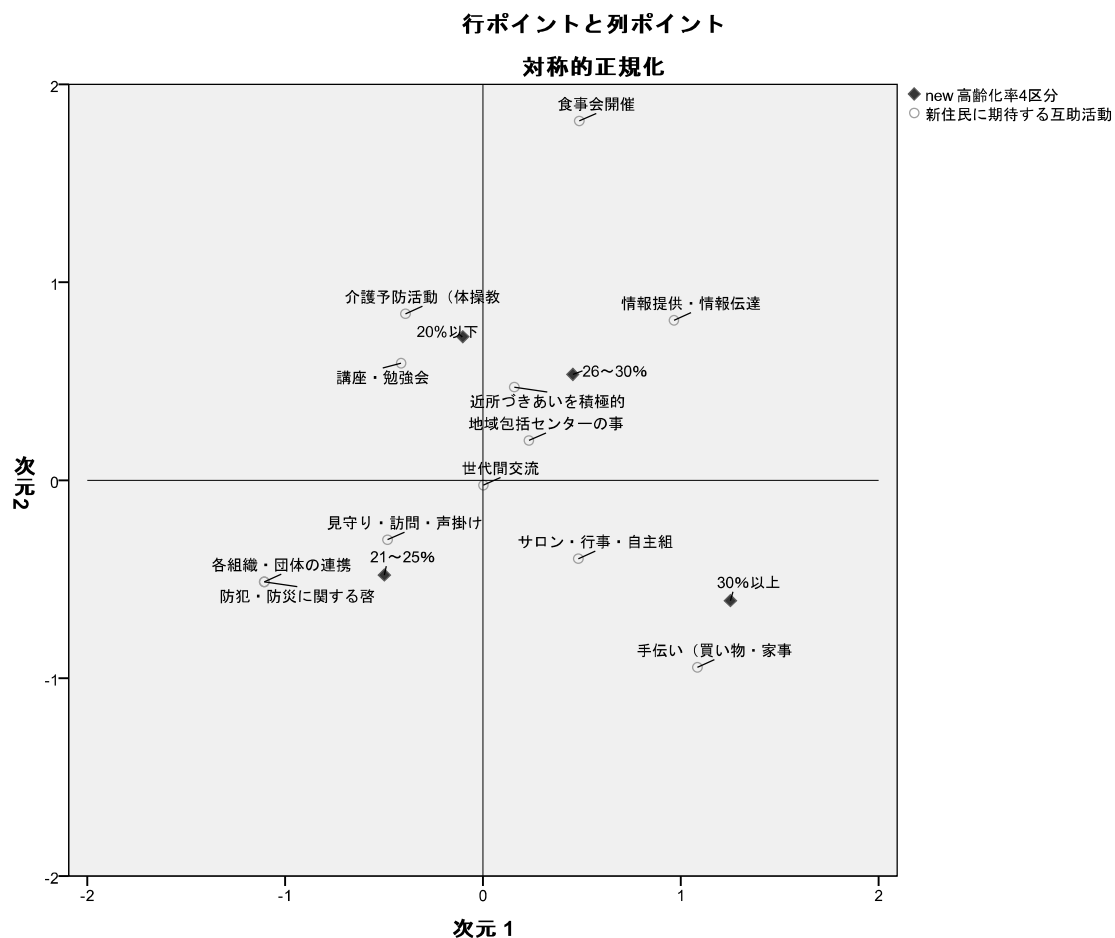


図 4 - 9 カテゴリースコアのプロット（高齢化率×互助役割期待）

④人口移動と住民の互助活動への役割期待

担当地域の人口の移動を転入出の視点で明らかにするために「転入が多い」、「転入がやや多い」、「拮抗している」、「転出がやや多い」、「転出が多い」の 5 段階で評価した結果と、期待する住民の互助」の役割についてコレスポネンズ分析を行った。つまり、地域包括支援センターが互助機能向上のための期待の地域特性による違いを検証したものである。

その結果を、表 4 - 13、図 4 - 10 に示した。

なお、分析の際には、回答が 2 回以下の 4 項目は特異値としてプロットされるために、次元を下げて計算量を減らしたうえでプロット図を作成した。

コレスポネンズ分析の結果、「転出が多い」地域は、「サロン・行事・自主活動への参加や立ち上げ」による互助機能の役割を期待しており、「やや転出が多い」地域は、「地域包括支援センター事業への参加」による互助機能の役割を期待している。「転入が多い」

地域では「見守り・訪問・声掛け活動やその組織育成」であり「転入がやや多い」地域では、「食事会開催」であった。また、転出、転入が「拮抗している」地域では、「世代間交流」に期待する傾向が明らかになった。

地域の凝集性や地域の力に影響を及ぼす転入転出での違いは、過疎が進む「転出が多い」地域ほど、事業参加の立ち上げや地域包括支援センター事業への参加への役割期待が大きく、反対に地縁の少ない地域人が転入してくる地域では、その地域の結束を強めるような見守りや食事会などの活動が増える特徴がある。また、転入と転出が拮抗する地域では、交流の場が必要であるとの認識があるようである。

表 4 - 13 分析に用いた項目の次元得点

カテゴリ	次元の得点	
	1	2
サロン・行事・自主組織の活動への参加や立ち上げ	. 230	. 747
見守り・訪問・声掛け活動やその組織育成	. 538	-. 643
食事会開催	-1. 894	-. 327
防犯・防災に関する啓発や活動	. 913	-. 199
各組織・団体の連携	. 163	-. 213
情報提供・情報伝達	-. 267	-. 742
介護予防活動（体操教室等）	1. 209	-. 481
近隣での手伝い（買い物・家事等）	-. 179	. 330
講座・勉強会	-. 699	. 353
世代間交流	. 315	-. 040
近所づきあいを積極的・近隣で見守り	-. 624	-. 765
地域包括センターの事業への参加	. 230	. 747

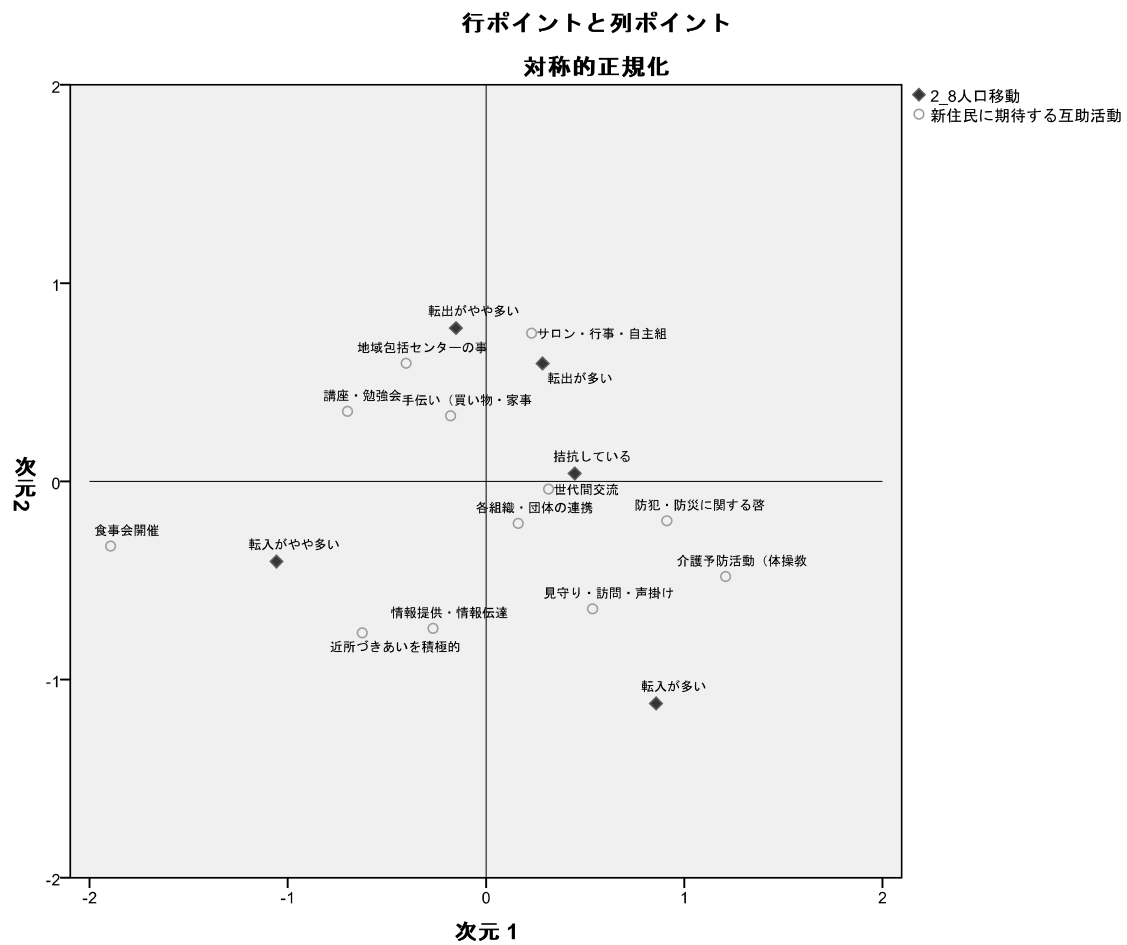


図 4 - 10 カテゴリースコアのプロット (人口移動×互助役割期待)

7) 地域包括支援センターの互助機能向上のために実施している活動（度数分布）

自由記述で「地域包括支援センターが互助機能向上のために実施していることは何か」を地域包括支援センターの職員に自由記述で回答を求めた。自由記述は、キーワード形式で記入するよう依頼し、その後研究者 2 名でカテゴリ化を行った。カテゴリ化には内容一致を条件とした。

659 件の回答者のうち 153 件記入があり分析対象とした。

表 4 - 14 地域包括支援センターの実施する互助機能向上のための活動

カテゴリ	度数	%
各種機関・団体との連携（会議に参加・事業開催等）	23	15.0
介護予防・虐待防止に関する知識・情報提供・啓発	21	13.7
講座・勉強会を開催・支援	17	11.1
地域の実態把握・住民との課題共有	15	9.8
見守り体制・組織作り	14	9.2
老人クラブ・サロン開催・支援	13	8.5
民生委員と連携	13	8.5
地域行事・地域活動への介入・支援	9	5.9
社会資源の情報提供	6	3.9
地域包括センター事業への参加（促進）	6	3.9
講座・勉強会への訪問・参加	4	2.6
認知症サポーター養成講座開催	3	2.0
その他	2	1.3
ミニデイサービス事業の開催	2	1.3
キャラバンメイト養成	2	1.3
脳の学び舎	1	.7
畑を活用した互助事業	1	.7
介護当事者への支援（交流会等）	1	.7

地域包括支援センターが実施する互助機能向上のために行っている活動は、「各種機関・団体との連携（会議に参加・事業開催等）」23 件（15%）で最も多く、次いで「介護予防・虐待防止に関する知識・情報提供・啓発」、「講座・勉強会を開催・支援」と続いた。地域包括支援センターの地域支援事業として実施される活動が多くあげられているが、課題の把握や共有、既存団体・組織の支援などの活動や連携に関する項目を地域の互助活動の向上として位置づけている地域包括支援センターもあった。

8) 地域包括支援センターが互助機能向上のために実施している活動の地域特性

つぎに、地域包括支援センターの所在する地域特性と、地域包括支援センターが地域の互助機能向上のために実施している活動の実態との関連を明らかにすることを目的にコレスポンデンス分析を行った。

類似度・関係性の強い要素同士は近くに、弱い要素同士は遠くにプロットされる。特徴がある項目は原点から遠くにプロットされる。各地域特性の近くにプロットされている項目は、その地域特性との関連が強いと解釈することができる。

①担当地域の人口増減傾向と地域包括支援センターの互助機能向上のための活動

担当地域の人口増減を「大きく増加傾向」から「大きく減少」までの 5 件法で評価した結果と、地域包括支援センターの互助活動の実施実態についてコレスポンデンス分析を行った。ここでは、人口の増減は、地域包括支援センターの活動に影響を及ぼすかを検証した。

その結果を、表 4 - 15、図 4 - 11 に示した。

なお、分析の際には、回答が 2 回以下の 5 項目と「その他」は特異値としてプロットされるために、次元を下げて計算量を減らしたうえでプロット図を作成した。

コレスポンデンスの結果、地域の人口が「大きく増加傾向」にある地域は、「認知症サポーター養成講座」を、「やや増加傾向」の場合は、「見守り体制・組織作り」、「講座・勉強会を開催」を実施している傾向が読み取れた。「ほぼ変化なし」は、「地域包括支援センター事業への参加促進」を行い、「やや減少」は「各種機関・団体との連携」、「大きく減少」している地域は、「民生委員との連携」を実施している傾向が読み取れた。

これらの結果から、人口が増加地域は、認知症や虐待をテーマにした学習会を開催したり、そのための組織づくりを準備的に行っていることが明らかになった。一方で、人口が減少しつつある地域では、人口減少の影響もあり、既存の組織や専門職との連携を進めている傾向が読み取れる。

表 4 - 15 分析に用いた項目の次元得点

カテゴリー	次元の得点	
	1	2
老人クラブ・サロン開催・支援	-. 652	. 605
見守り体制・組織作り	-. 344	-. 298
介護予防・虐待防止に関する知識・情報提供・啓発	-. 517	-. 134
各種機関・団体との連携（会議に参加・事業開催等）	. 133	. 153
地域の実態把握・住民との課題共有	. 315	. 606
社会資源の情報提供	1. 399	. 480
講座・勉強会への訪問・参加	-. 676	. 591

講座・勉強会を開催・支援	-.056	-.509
民生委員と連携	1.147	-.625
地域行事・地域活動への介入・支援	-.596	-1.103
認知症サポート養成講座開催	-.493	1.879
地域包括センター事業への参加（促進）	1.560	.225

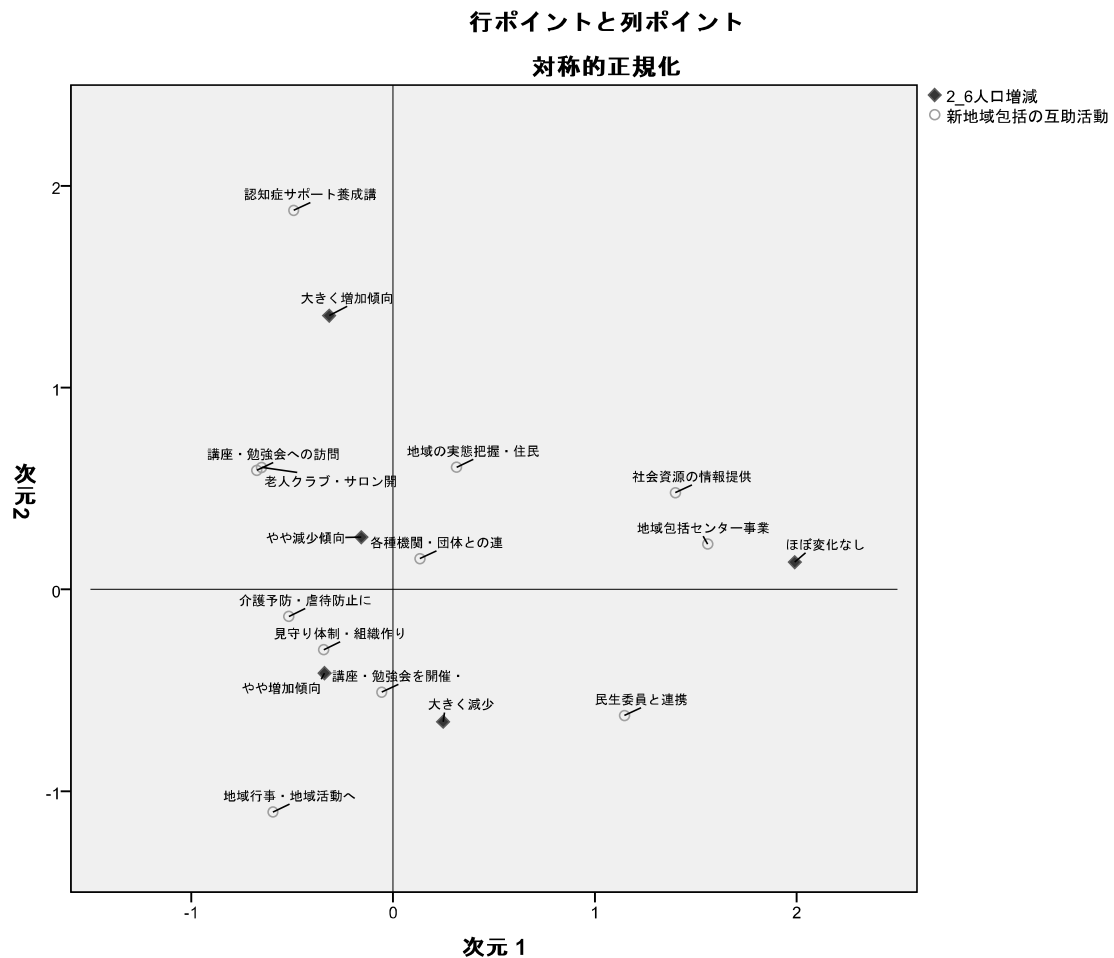


図 4 - 11 カテゴリースコアのプロット（人口増減×互助機能向上のための事業）

②担当地域の高齢者人口増減傾向と地域包括支援センターの互助機能向上のための活動

担当地域の高齢者人口増減を「大きく増加傾向」から「大きく減少」までの 5 件法で評価した結果と、地域包括支援センターの自助支援活動についてコレスポンド分析を行った。ここでは、人口の増減は、地域包括支援センターの活動に影響を及ぼすかを検証した。

その結果を、表 4 - 16、図 4 - 12 に示した。

なお、分析の際には、回答が 2 回以下の 5 項目と「その他」は特異値としてプロット

されるために、次元を下げて計算量を減らしたうえでプロット図を作成した。

コレスポンデンスの結果、地域の高齢者人口が「大きく増加傾向」にある地域は、「講座・勉強会への訪問・参加」、「講座・勉強会の開催・支援」を、「民生員との連携」を、「やや増加傾向」の地域は「老人クラブ、サロン開催・支援」を実施している傾向が読み取れた。「ほぼ変化なし」、「やや減少」、「大きく減少」は選択した地域が少なく分析対象外とした。

これらの結果から、高齢者人口が減少している地域はきわめて少なく、多くの地域は高齢者人口が増加傾向にある。そして、「大きく増加傾向」にある地域は、多様な活動を展開していることが読み取れる。「大きく増加傾向」の地域は、勉強会や講座を開催することや、住民が行う講座に講師を派遣したりという学びの場を通して活動を行っていることが明らかになった。また、高齢者人口が増える兆しを見せている地域については、既存の団体や組織への支援が中心であることが読み取れた。

表 4 - 16 分析に用いた項目の次元得点

カテゴリー	次元の得点	
	1	2
老人クラブ・サロン開催・支援	.132	-.001
見守り体制・組織作り	.084	.059
介護予防・虐待防止に関する知識・情報提供・啓発	.199	.941
各種機関・団体との連携（会議に参加・事業開催等）	.373	-.305
地域の実態把握・住民との課題共有	-.586	-.207
社会資源の情報提供	-2.435	-.376
講座・勉強会への訪問・参加	.332	-.253
講座・勉強会を開催・支援	.455	-.409
民生委員と連携	.410	-.352
地域行事・地域活動への介入・支援	.332	-.253
認知症サポート養成講座開催	-.533	.839
地域包括センター事業への参加（促進）	-1.801	.029

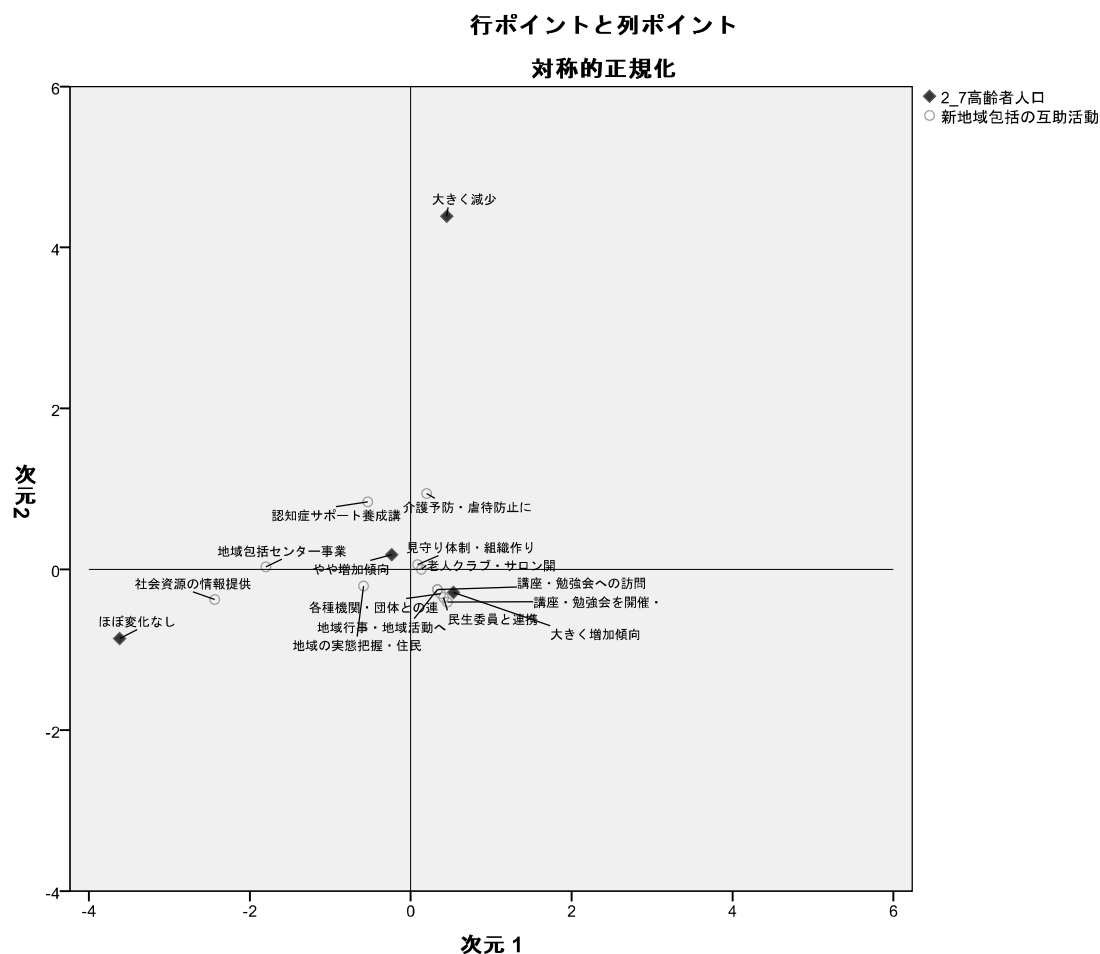


図 4 - 12 カテゴリースコアのプロット（高齢者人口×互助機能向上のための事業）

③高齢化率と地域包括支援センターの互助機能向上のための活動

担当地域の高齢化率を「20%以下」「21～25%」「26～30%」「30%以上」の4段階で評価した結果と、地域包括支援センターが行っている互助活動の役割についてコレスポネンデンス分析を行った。ここでは、高齢化率が、地域包括支援センターの活動にどのような影響を及ぼすかを検証した。

その結果を、表 4 - 17、図 4 - 13 に示した。

なお、分析の際には、回答が 2 回以下の 5 項目と「その他」は特異値としてプロットされるために、次元を下げて計算量を減らしたうえでプロット図を作成した。

コレスポネンデンス分析の結果、高齢化率「20%以下」、の高齢化率が最も低い地域は、「地域包括支援センター事業参加促進」を、「21～25%」の地域は、「介護予防・虐待防止に関する知識・情報提供・啓発」で互助活動を促進する傾向がうかがえる。高齢化率が高くなる「26～30%」の地域では、「老人クラブ・サロン開催や支援」を、

高い「30%以上」の地域は「各種機関・団体との連携」を行うことで互助を活発にしようとする活動を展開している傾向が読み取れる。

こうした傾向を概観すると高齢化率が低い地域は、地域包括支援センターが実施する既存の事業を展開することで互助を活発にすることができるものの、高齢化率が高くなるにつれて、地域包括支援センター単独での活動よりも、他団体や組織とのネットワークが重要になっていることが明らかになった。

表 4 - 17 分析に用いた項目の次元得点

カテゴリー	次元の得点	
	1	2
老人クラブ・サロン開催・支援	1.348	-.626
見守り体制・組織作り	-.147	-.783
介護予防・虐待防止に関する知識・情報提供・啓発	-.598	.246
各種機関・団体との連携（会議に参加・事業開催等）	-.318	-.280
地域の実態把握・住民との課題共有	-.129	.669
社会資源の情報提供	.137	.923
講座・勉強会への訪問・参加	-.091	.931
講座・勉強会を開催・支援	-.154	.054
民生委員と連携	-.361	-.758
地域行事・地域活動への介入・支援	1.335	.882
認知症サポーター養成講座開催	2.190	.852
地域包括センター事業への参加（促進）	.201	.084

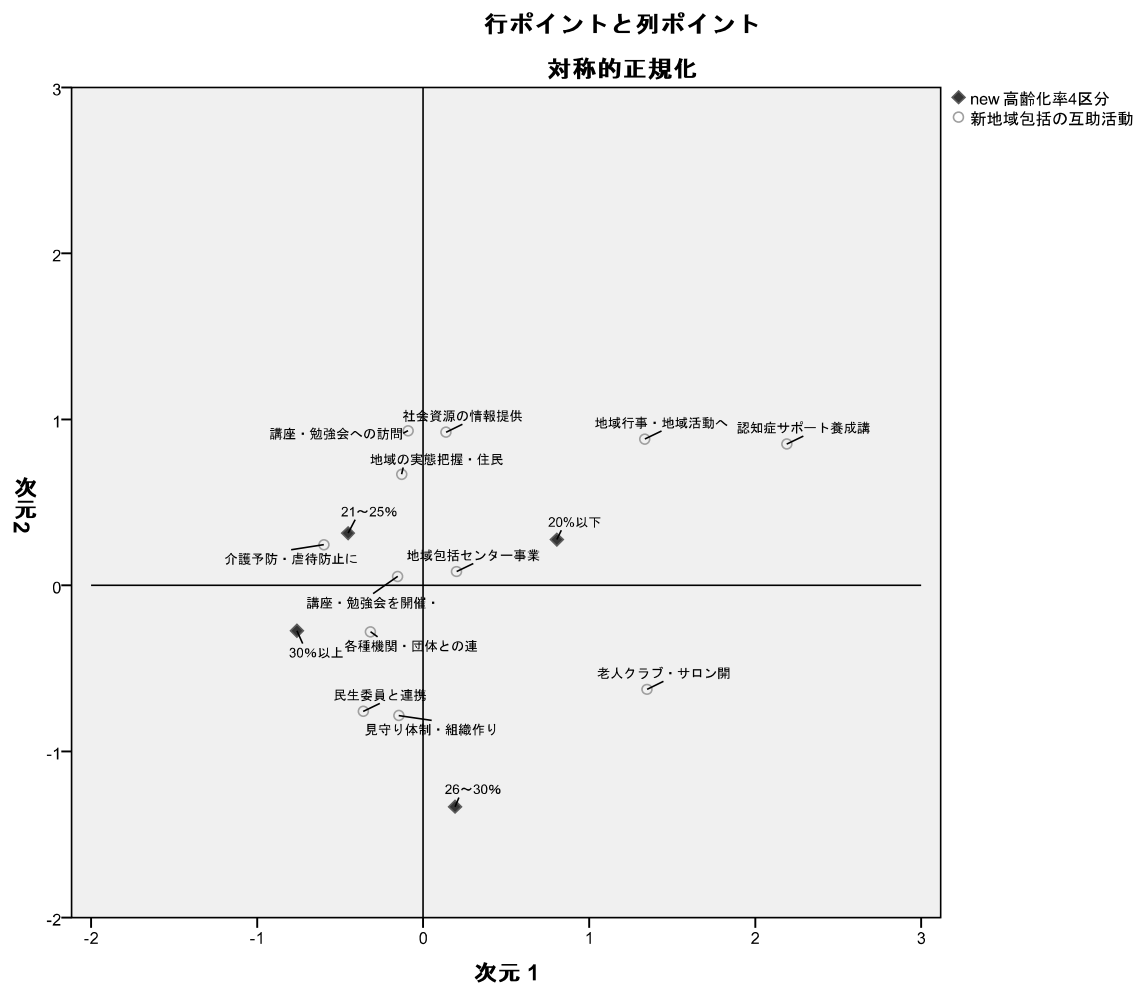


図 4 - 13 カテゴリースコアのプロット（高齢化率×互助機能向上のための事業）

④人口移動と地域包括支援センターの互助機能向上のための活動

担当地域の人口の移動を転入出の視点で明らかにするために「転入が多い」、「転入がやや多い」、「拮抗している」、「転出がやや多い」、「転出が多い」の 5 段階で評価した結果と、地域包括支援センターが行っている互助活動についてコレスポネンシ分析を行った。ここでは、高齢化率が、地域包括支援センターの活動にどのような影響を及ぼすかを検証した。

その結果を、表 4 - 18、図 4 - 14 に示した。

なお、分析の際には、回答が 2 回以下の 5 項目と「その他」は特異値としてプロットされるために、次元を下げて計算量を減らしたうえでプロット図を作成した。

コレスポネンシ分析の結果、「転出が多い」地域は、「講座・勉強会の開催・支援」を、「転出がやや多い」地域は、「地域包括支援センター事業への参加」による互助機能

の役割を期待している。「転入が多い」地域では、「老人クラブ・サロン開催・支援」を互助を活発にするために行っている傾向であった。「転入がやや多い」地域では、「介護予防・虐待防止に関する知識・情報提供・啓発」であり、また、転出、転入が「拮抗している」地域では、「社会資源の情報提供」、「講座・勉強会への訪問・参加」を互助機能を活発にするために行っている事業として行っている傾向がうかがえた。

地域の凝集性や地域の力に影響を及ぼす人口移動は、過疎が進む「転出が多い」地域と「転入がやや多い」地域は類似する傾向が見られ、どちらも学習に関する事業である。また、「転入が多い」地域と、「転出がやや多い」地域も類似する傾向であった。一方で拮抗する地域は、情報発信を積極的に行っていることが明らかになった。

その要因として、人口の出入りのある地域は、新たな情報が求められ、人口が出ていく地域は学びの場を、出ていかない地域は地縁団体の支援が中心になっているためであることが推測される。

表 4 - 18 分析に用いた項目の次元得点

カテゴリ	次元の得点	
	1	2
老人クラブ・サロン開催・支援	-.301	.470
見守り体制・組織作り	.186	-.853
介護予防・虐待防止に関する知識・情報提供・啓発	-.079	-.376
各種機関・団体との連携（会議に参加・事業開催等）	.089	.312
地域の実態把握・住民との課題共有	.423	-.149
社会資源の情報提供	1.018	.566
講座・勉強会への訪問・参加	.826	.591
講座・勉強会を開催・支援	-.776	-.565
民生委員と連携	.020	.022
地域行事・地域活動への介入・支援	-.166	-.125
認知症サポーター養成講座開催	-2.240	1.925
地域包括センター事業への参加（促進）	1.333	1.075

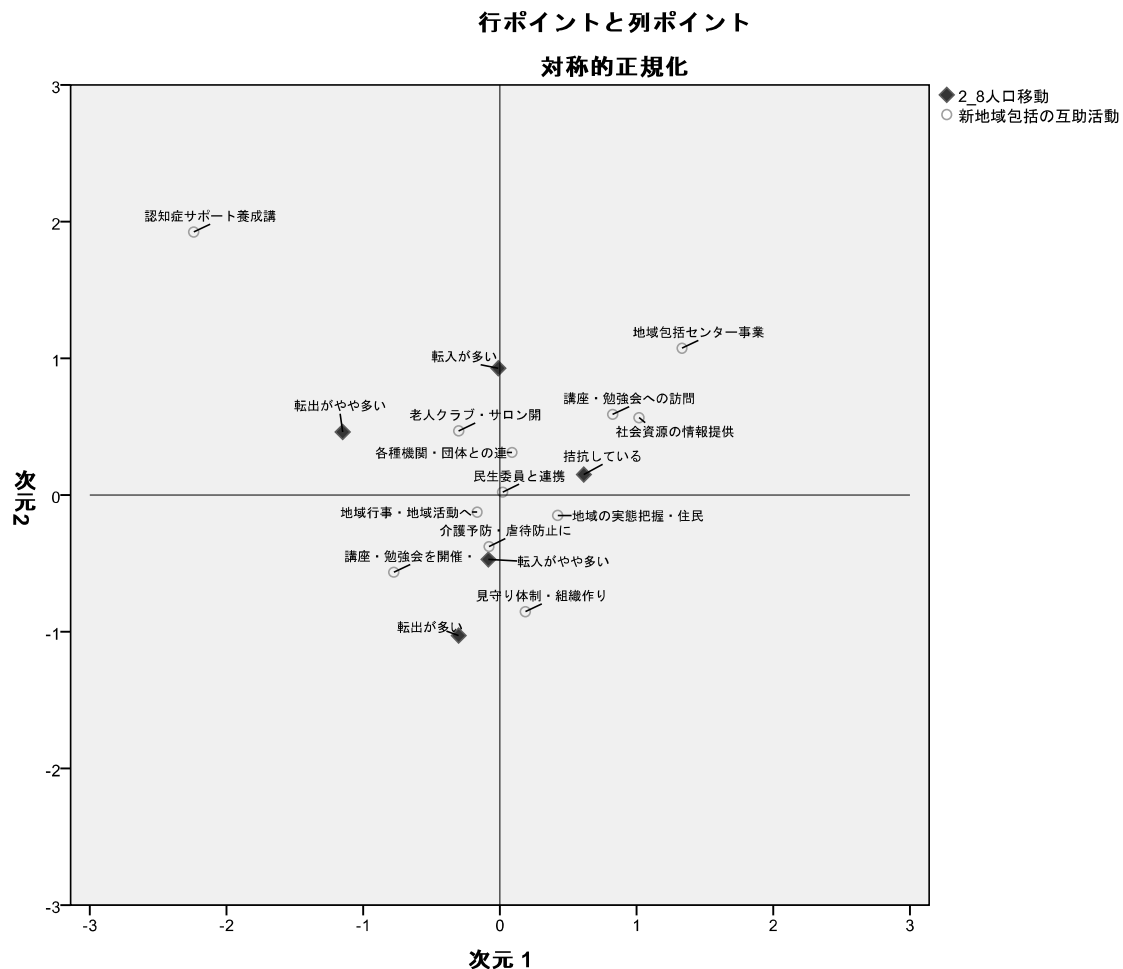


図 4 - 14 カテゴリースコアのプロット（人口移動×互助機能向上のための事業）

⑤老人クラブの活発さと地域包括支援センターの互助機能向上のための活動

担当地域の老人クラブの活発さとの活動実態の関連を明らかにするために「活発」、「両者の中間」、「不活発」、の3段階で評価した結果と、地域包括支援センターが行っている互助活動についてコレスポンデンス分析を行った。ここでは、老人クラブの活動実態が、地域包括支援センターの活動実態にどのような影響を及ぼしているかを検証した。

その結果を、表 4 - 19、図 4 - 15 に示した。

なお、分析の際には、回答が2回以下の5項目と「その他」は特異値としてプロットされるために、次元を下げて計算量を減らしたうえでプロット図を作成した。

コレスポンデンス分析の結果、老人クラブが「不活発」である地域は、「地域包括支援センター事業への参加（促進）」を行っており、「活発」である地域は「介護予防・虐待防止に関する知識・情報提供・啓発」を行っている傾向が示された。また、「両者の中間」である地域は、「見守り体制・組織作り」を実施している傾向が示された。

この結果から、老人クラブ自体の高齢化、加入率低下により弱体化している地域は、地域包括支援センターの実施する事業へと参加を促すことが効果的であることが示唆されている。一方、活発である地域は、その活動について専門的な視点の情報を伝えていく役割を地域包括支援センターが担っていることが明らかになった。

表 4 - 19 分析に用いた項目の次元得点

カテゴリー	次元の得点	
	1	2
老人クラブ・サロン開催・支援	-1.176	.450
見守り体制・組織作り	1.339	-.244
介護予防・虐待防止に関する知識・情報提供・啓発	-.347	.319
各種機関・団体との連携（会議に参加・事業開催等）	.018	.013
地域の実態把握・住民との課題共有	-.456	-.730
社会資源の情報提供	.313	-.013
講座・勉強会への訪問・参加	-.996	-.356
講座・勉強会を開催・支援	.036	-.446
民生委員と連携	.226	.161
地域行事・地域活動への介入・支援	.329	.392
認知症サポーター養成講座開催	-.240	-.880
地域包括センター事業への参加（促進）	.866	.853

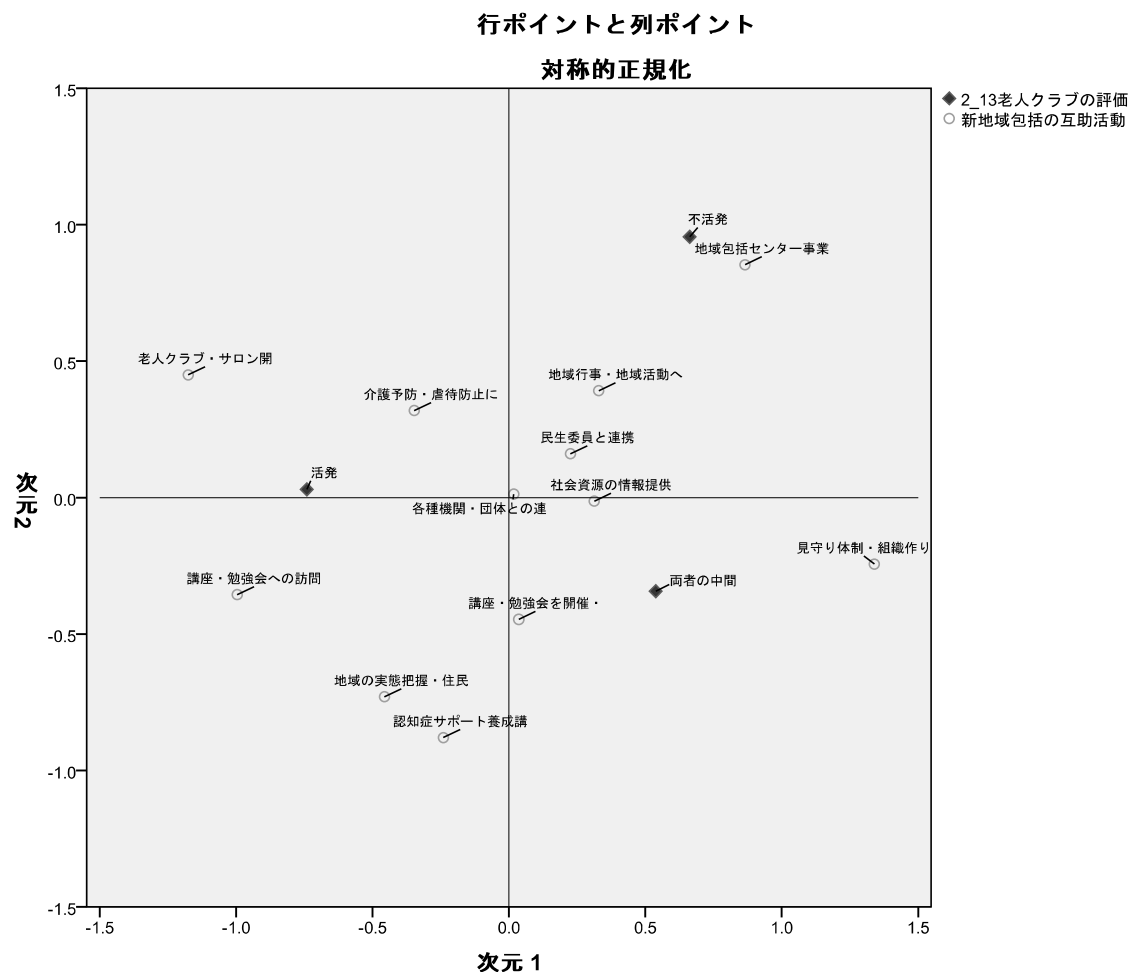


図 4 - 15 カテゴリースコアのプロット（老人クラブの活発さ×互助機能向上のための事業）

⑤老人クラブの活発さと地域包括支援センターの互助機能向上のための活動

担当地域の町内会の活発さとの互助活動実態の関連を明らかにするために「活発」、「両者の中間」、「不活発」、の3段階で評価した結果と、地域包括支援センターが行っている互助活動についてコレスポネンズ分析を行った。ここでは、町内会の活動実態が、地域包括支援センターの活動実態にどのような影響を及ぼしているかを検証した。

その結果を、表 4 - 20、図 4 - 16 に示した。

なお、分析の際には、回答が2回以下の5項目と「その他」は特異値としてプロットされるために、次元を下げて計算量を減らしたうえでプロット図を作成した。

コレスポネンズ分析の結果、町内会が「不活発」である地域は、「地域包括支援センター事業への参加（促進）」を行っており、「活発」である地域は「講座・勉強会への訪問・支援」、「老人クラブ・サロン開催・支援」を行っている傾向が示された。また、「両者の中間」である地域は、「講座・勉強会を開催支援」を実施している傾向が示さ

れた。

この結果から、町内会が不活発である地域は老人クラブが不活発地域と同様に、地域包括支援センターの実施する事業へと参加を促すことが効果的であることが示唆されている。一方、活発である地域は、地域の情報伝達経路として有効な手段である町内会に対し講師派遣や活動支援を行い、効率的に情報伝達を行っていることが示されている。

表 4 - 20 分析に用いた項目の次元得点

カテゴリー	次元の得点	
	1	2
老人クラブ・サロン開催・支援	1. 002	. 768
見守り体制・組織作り	-. 732	-. 603
介護予防・虐待防止に関する知識・情報提供・啓発	-. 328	. 548
各種機関・団体との連携（会議に参加・事業開催等）	-. 022	-. 305
地域の実態把握・住民との課題共有	. 435	-. 003
社会資源の情報提供	-1. 067	. 426
講座・勉強会への訪問・参加	. 657	. 711
講座・勉強会を開催・支援	-. 636	. 497
民生委員と連携	-. 732	-. 603
地域行事・地域活動への介入・支援	1. 215	-1. 004
認知症サポーター養成講座開催	-1. 067	. 426
地域包括センター事業への参加（促進）	. 640	-1. 099

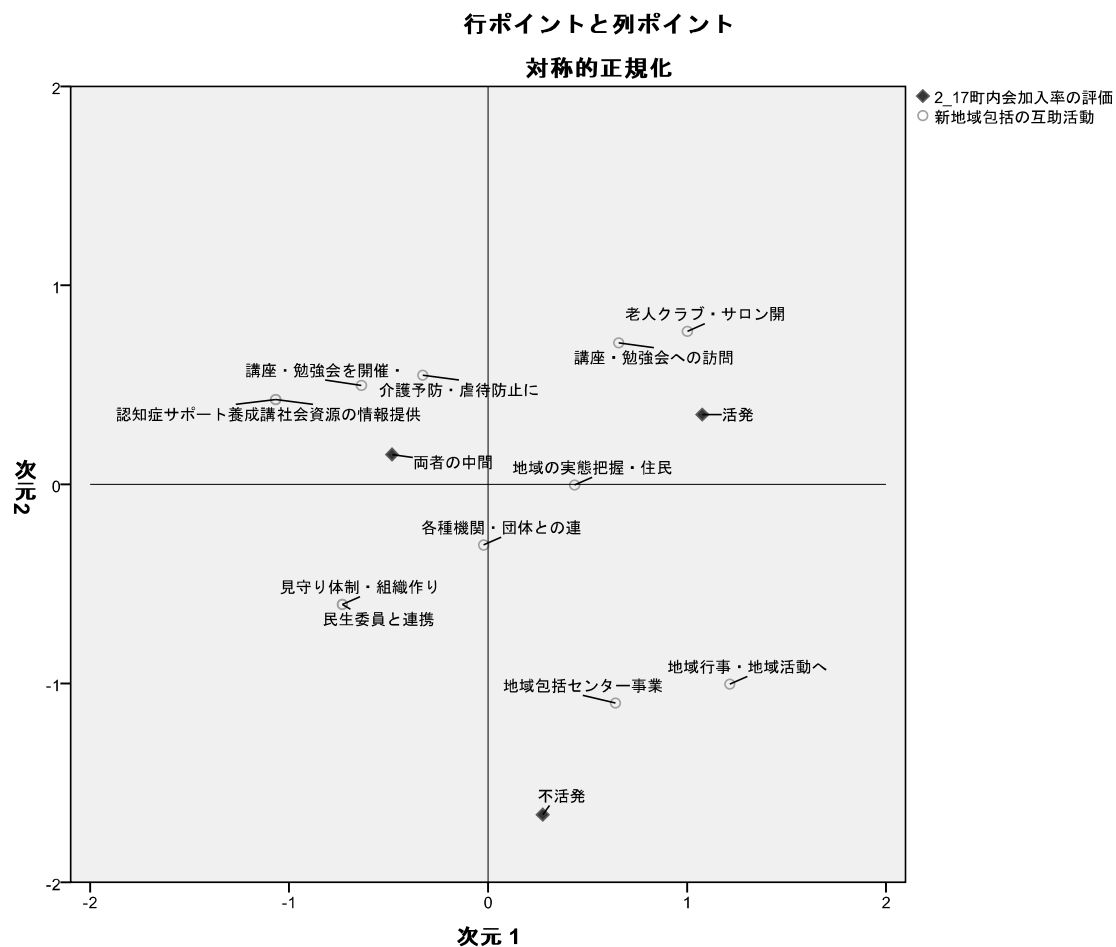


図4-16 カテゴリースコアのプロット（町内会の活発さ×互助機能向上のための事業）

4. 結果2 地域の、Strength（強み）、Weakness（弱み）と高齢化率の関連

1) 地域のアセスメントとSWOT分析

地域住民の自助と地域の互助にかかわりながら業務展開を行う必要がある地域包括支援センターは、地域を包括的にアセスメントし分析し、戦略的に計画を立てていく必要がある。

そのために役に立つのがSWOT分析である。SWOT分析とは、1960年代に考案された、組織のビジョンや戦略を企画立案する際に利用する現状を分析する手法の一つである。SWOTとは、Strength（強み）、Weakness（弱み）、Opportunity（機会）、Threat（脅威）の頭文字を取ったもので、さまざまな要素をS（強み）・W（弱み）・O（機会）・T（脅威）の四つに分類し、マトリクス表にまとめることにより、問題点が整理される仕組みになっている。その結果、解決策を見つけやすくなるという特徴がある。マトリクスに整理する過程で、その関係者が意見を出し合いながら、問題意識を共有化できる点もメリッ

トがあるといわれている。難しいところは、弱みと強みが混在しやすくどちらともとれることが多いということがある。

本調査の分析では、SWOT 分析を簡略化し、S（強み）と W（弱み）にのみ着目し以下の戦略を立てるための指標として、高齢化率との関連から分析した。

強みを生かす戦略	=	強みを活用し新たな事業展開する
弱みを克服する戦略	=	弱みを克服するために他団体や別の分野と協働する
		弱みを克服するための取り組み

2) 地域の強みと高齢化率

①自由記述のカテゴリ化の度数分布

表 4-21、図 4-17 は、対象地域の強みを自由記述で記入されたものをカテゴリ化し度数分布で示した結果である。

自地域の強みでは、「近所付き合い・互助・結び付きが強い」198 件（20.6%）、「老人クラブ・サロン・自治会・サークル・町内会が活発」137 件（14.2%）、「地縁・地元民が多い」130 件（13.5%）ということを経験としてあげているセンターが多かった。

表 4-21 地域包括支援センターからみた対象地域の強み（n=963）：自由記述をカテゴリ化

	度数	パーセント
近所付き合い・互助・結び付きあり	198	20.6
老人クラブ・サロン・自治会・サークル・町内会活発	137	14.2
地縁・地元民多い	130	13.5
民生員・見守り活動活発	92	9.6
ボランティア・地域活動活発	48	5.0
意識高い（福祉の意識）	40	4.2
機関の連携活発	35	3.6
事業所・社協・相談窓口充実	34	3.5
少ない・小さい	21	2.2
包括の立地条件良い（人口・地形等）	20	2.1
リーダーがいる	17	1.8
商店街・店活発	16	1.7
第一次産業・産業がある	15	1.6
地域ケア活動盛ん・組織あり	14	1.5
情報共有できる	13	1.3
伝統行事・祭りあり	12	1.2
血縁・親戚が近所	12	1.2
公園・公共施設あり	11	1.1
同居多い	9	.9
市街・住宅地あり	9	.9
自然豊か	8	.8
公民館活発	8	.8
病院あり	7	.7
交通の便良い	7	.7
高齢化率低	7	.7

若者多い	7	. 7
働き続ける	6	. 6
長寿	5	. 5
介護施設・高齢者施設あり	4	. 4
住民の特性（力のある人がいる）	4	. 4
危機管理・防犯防災等盛ん	3	. 3
経済的余裕	2	. 2
高学歴	2	. 2
別居家族のサポートあり	2	. 2
外部からの良い影響（転入者等）	2	. 2
介護予防盛ん	2	. 2
若者の転出	2	. 2
講座あり	1	. 1
各地域の個性がある	1	. 1
合計	963	100. 0

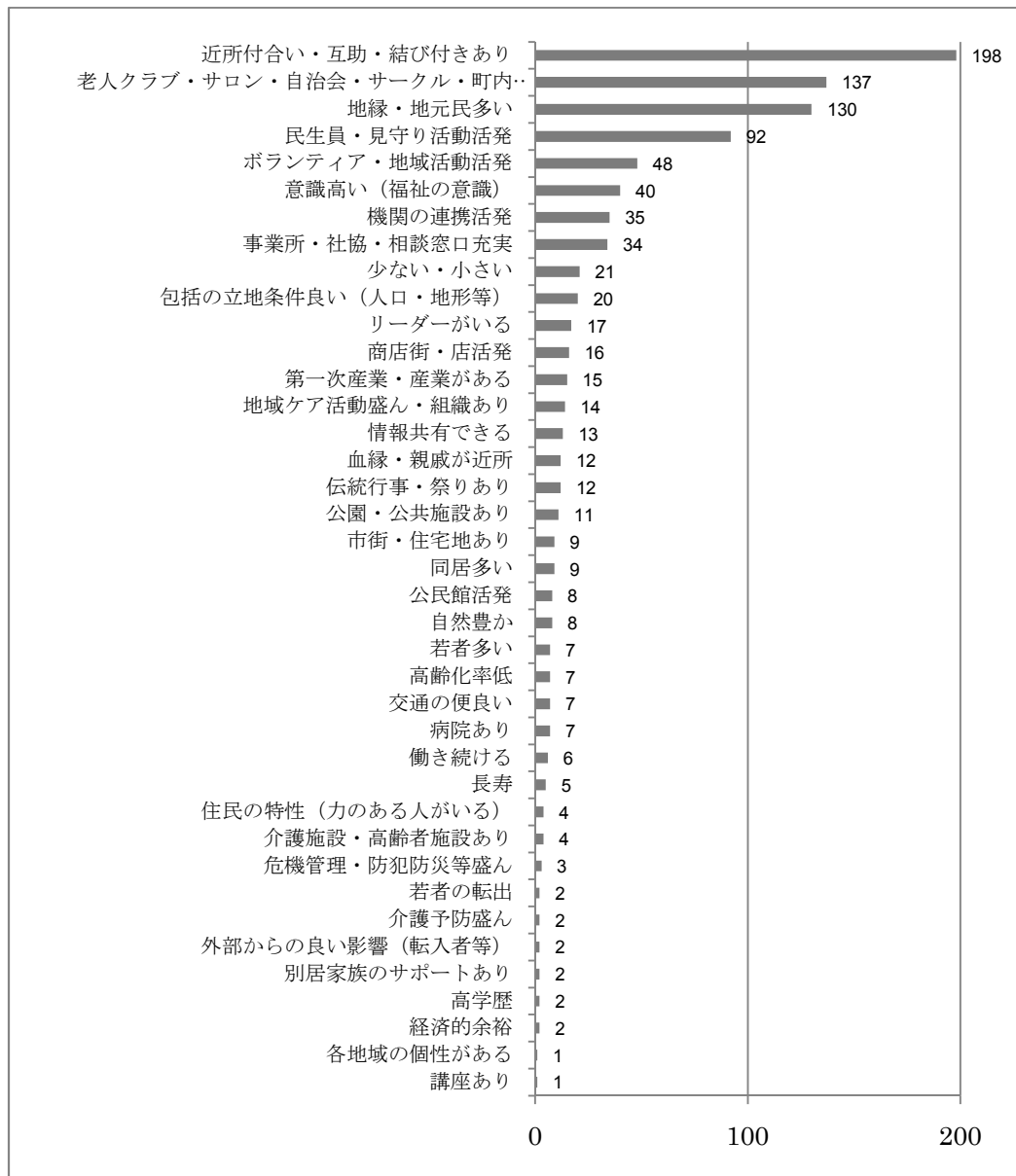


図 4-17 地域包括支援センターからみた対象地域の強み（n=963）：自由記述をカテゴリ化

②高齢化率と地域の強みの関連

担当地域の高齢化率を「20%以下」「21～25%」「26～30%」「30%以上」の4段階で評価した結果と、地域包括支援センターからみた、対象地域の強みについてコレスポンデンス分析を行った。ここでは、高齢化率の違いの視点から何を強みと感じ地域連携に活用している傾向を明らかにすることを試みた。

その結果を、表4-22、図4-18に示した。

なお、分析の際には、全31カテゴリ中、回答が10回以下の21項目は特異値としてプロットされるために、次元を下げて計算量を減らしたうえでプロット図を作成した。

コレスポンデンス分析の結果、高齢化率の最も低い「20%以下」である地域は、「事業所・社協・相談窓口充実」、「民生委員・見守り活動活発」を、「21～25%」である地域は、「地域包括支援センター立地条件が良い」、「老人クラブ・サロン・自治会・サークル・町内会活発」を強みであると感じる傾向を位置している。また、高齢化率が高くなる「26～30%」である地域は「第一次産業・産業がある」、「地縁・地元民が多い」ことが強みであり、最も高い「30%以上」である地域は、「近所付き合い・互助・結び付きあり」、人口が「少ない」、地域が「小さい」ことである傾向を示した。

これらの結果から、高齢化率の低い地域では、社会資源であるボランティアや団体、NPO等の支援を強みとして感じている傾向であり、その資源やネットワークも多くあることが示された。一方で、高齢化率が高い地域は強みとして利用する社会資源が少ないものの、地域規模の小ささ、第一次産業、近所付き合いの密接さ、地縁の強さなどがあげられていた。このことから、高齢化率の高い地域での強みとなる新たな社会資源の提示や開発が急務である。

表 4-22 分析に用いた項目の次元得点

	次元の得点	
	1	2
事業所・社協・相談窓口充実	-.888	-.052
公園・公共施設あり	-.642	-.169
商店街・店活発	-.579	-1.450
第一次産業・産業がある	1.256	-.861
老人クラブ・サロン・自治会・サークル・町内会活発	-.374	.155
ボランティア・地域活動活発	-.751	-.193
民生委員・見守り活動活発	-.614	.132
伝統行事・祭りあり	-.635	-.920
情報共有できる	-.519	.718
リーダーがいる	-.284	-.657
少ない・小さい	.729	.866

地縁・地元民多い	.453	-.197
血縁・親戚が近所	.569	-1.853
近所付き合い・互助・結び付きあり	.627	.180
機関の連携活発	-.154	.077
意識高い（福祉の意識）	-.162	-.077
地域ケア活動盛ん・組織あり	-.693	.849
包括の立地条件良い（人口・地形等）	-.296	.134

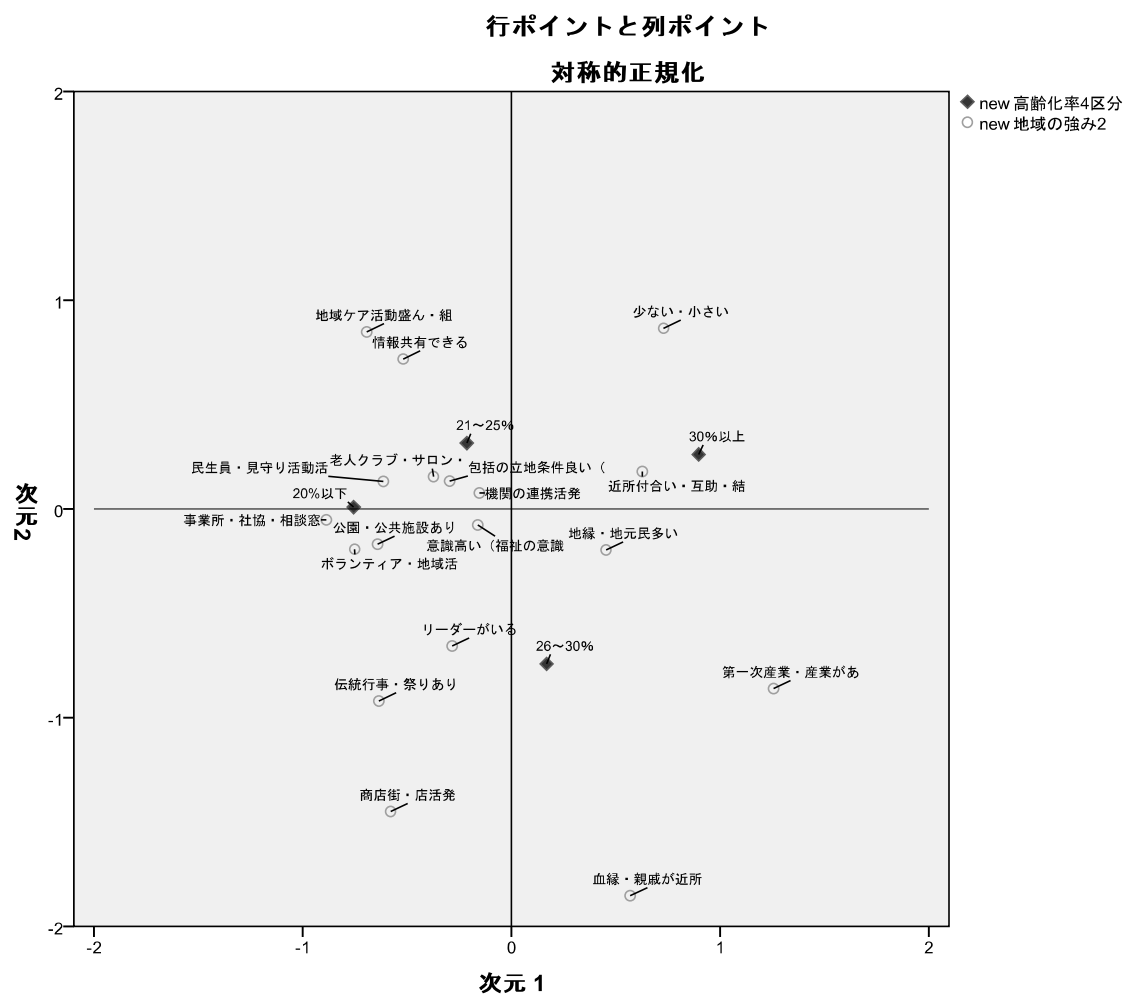


図4-18 カテゴリースコアのプロット（地域の強み×高齢化率）

3) 地域の弱みと高齢化率

①自由記述のカテゴリ化の度数分布

表 4-23、図 4-19 は、対象地域の弱みを自由記述で記入されたものをカテゴリ化し度数分布で示した結果である。

自地域の弱みでは、「高齢化率が高い」263 件（25.8%）で最も多く、次いで「互助機能不活、閉じこもりの」65 件（6.4%）、「独居多い、核家族化」64 件（6.3%）、を弱みとしてあげている地域包括支援センターが多かった。

表 4-23 地域包括支援センターからみた対象地域の弱み（n=1012）：自由記述をカテゴリ化

	度数	%
その他	74	7.2
包括の問題（認知不足・連携困難等）	12	1.2
社会資源少ない	10	1.0
商店街・店不活、なし	19	1.9
交通の便悪い	62	6.1
サロン・老人クラブ・サークル・自治会・町内会不活	56	5.5
ボランティア・地域活動不活	21	2.1
見守り活動・民生委員不活	11	1.1
地域格差・閉鎖地区あり	61	6.0
独居多い・核家族化	64	6.3
リーダー居ない	22	2.2
多い・大きい・広い	23	2.3
マンション・アパート多い・新興住宅地・公団増加（介入困難）	61	6.0
高齢化率高い	263	25.8
互助機能不活・閉じこもりの	65	6.4
新旧混在・兼ね合い困難・新人馴染みなし	62	6.1
低所得・生活困難	13	1.3
意識・関心低い（地域意識出来ない）	16	1.6
包括の立地条件悪い（気候・地形・〇〇がない、遠い等）	43	4.2
過疎化・転出・人口減少	35	3.4
若者少ない	19	1.9
合計	1012	99.1

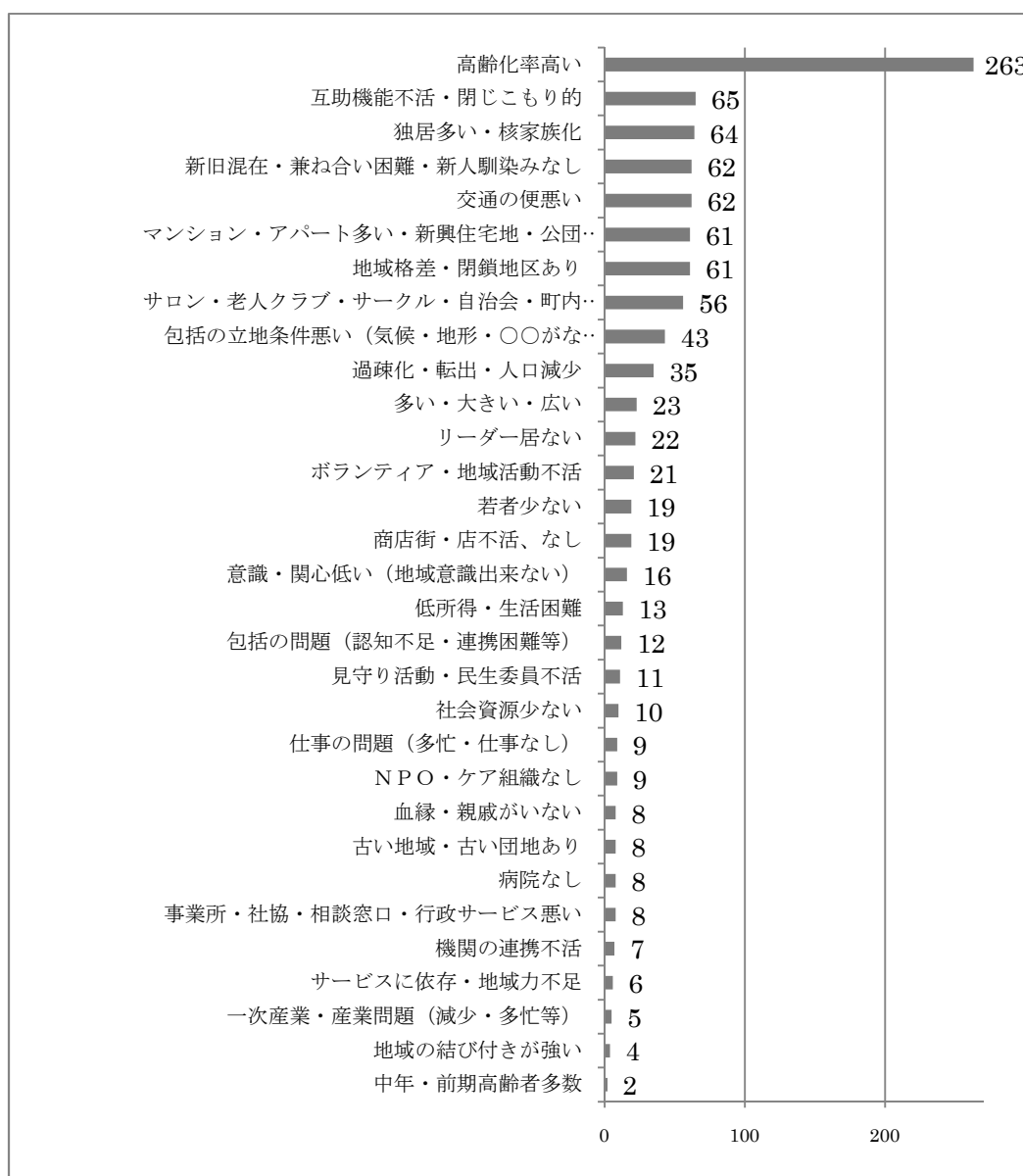


図 4-19 地域包括支援センターからみる対象地域の強み（n=1021）：自由記述をカテゴリ化

②高齢化率と地域の強みの関連

担当地域の高齢化率を「20%以下」「21～25%」「26～30%」「30%以上」の4段階で評価した結果と、地域包括支援センターからみた、対象地域の強みについてコレスポネンデンス分析を行った。ここでは、高齢化率の違いの視点から何を弱みと感じているかの傾向を明らかにすることを試みた。

その結果を、表4-24、図4-20に示した。

なお、分析の際には、全31カテゴリ中、回答が10回以下の11項目は特異値としてプロットされるために、次元を下げた計算量を減らしたうえでプロット図を作成した。コレスポネンデンス分析の結果、高齢化率の最も低い「20%以下」である地域は、「新旧混在・兼ね合い困難・新人馴染みなし」、「互助機能不活・閉じこもりの」を、「21～25%」である地域は、「見守り活動・民生委員不活」、「低所得・生活困難」を弱みであると感じる傾向を位置している。また、高齢化率が高くなる「26～30%」である地域は「意識・関心低い（地域意識出来ない）」、「交通の便悪い」を、「30%以上」である地域は、「過疎化・転出・人口減少」、「社会資源少ない」ことが弱みである傾向を示した。

これらの結果から、高齢化率が低い地域では、地域の高齢者問題把握の困難さや、低調な地域活動と要因としての経済格差問題があることが示唆された。一方で、高齢化率が高い地域では、今後より必要になる地域互助に対する意識の低さへの危機感、そして止めることが難しい過疎化問題があることが示唆された。

表4-24 分析に用いた項目の次元得点

	次元の得点	
	1	2
包括の問題（認知不足・連携困難等）	-.227	-.041
社会資源少ない	.690	.152
商店街・店不活、なし	.126	-1.473
交通の便悪い	.339	-.360
サロン・老人クラブ・サークル・自治会・町内会不活	-.424	-.043
ボランティア・地域活動不活	.297	-1.447
見守り活動・民生委員不活	-.419	.089
地域格差・閉鎖地区あり	-.423	.618
独居多い・核家族化	-.163	-.294
リーダー居ない	-.322	-.547
多い・大きい・広い	.005	-.318
マンション・アパート多い・新興住宅地・公団増加（介入困難）	-1.187	.357
高齢化率高い	.597	.168
互助機能不活・閉じこもりの	-1.060	-.082

新旧混在・兼ね合い困難・新人馴染みなし	-.769	-.069
低所得・生活困難	-.554	.515
意識・関心低い（地域意識出来ない）	.376	-.573
包括の立地条件悪い（気候・地形・〇〇がない、遠い等）	.294	.389
過疎化・転出・人口減少	1.256	.343
若者少ない	.533	.119

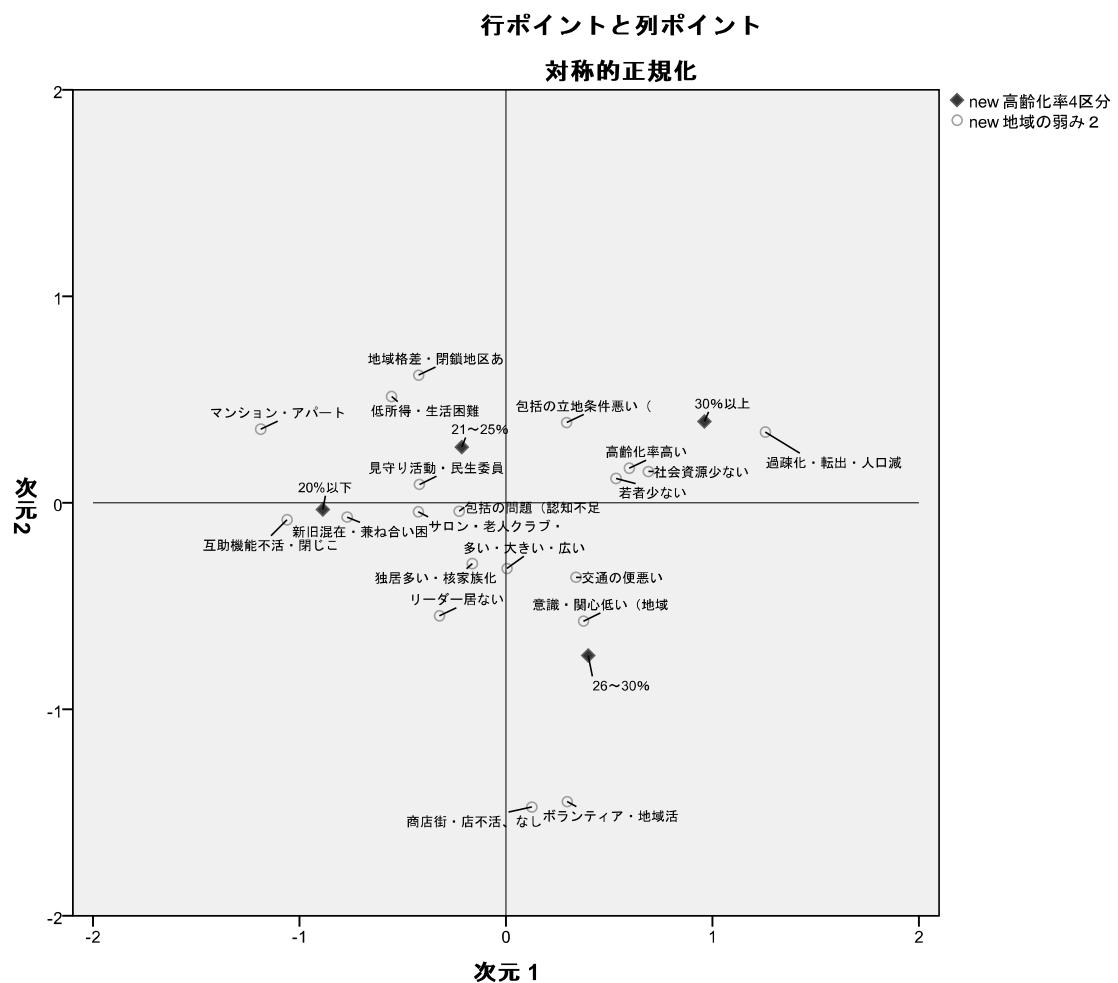


図 4 - 20 カテゴリースコアのプロット（地域の弱み×高齢化率）

5. まとめ

1) 住民が自助としてできること

人口減少地域、高齢者人口増加地域は、自助を地域全体として推進することは難しいが、個人レベルとして家族関係の維持を図ることが求められ、それが地域住民の役割と

して地域包括支援センターは期待している。一方で、高齢者人口が少なく、高齢化率も低い地域で、連携ネットワーク化などの選択肢は広がる傾向が示された。

2) 地域包括支援センターが自助のためにできること

高齢者人口が増加している地域や、高齢化率が 25%以上の地域は、「他団体との連携」や「サロンの設立」など新たなグループ化やネットワーク化を図る活動を実施し、人口増加がまだ顕著ではない地域は、「介護予防教室」や「講座の開催」などの集合型の事業が行われている傾向が示された。

3) 住民が互助機能向上のためにできること

人口が増加している地域は、その人的な利点を生かし行事やイベントへの参加を期待しており、減少傾向にある地域では、自らが学び身近な助け合いを期待している傾向が明らかになった。

また、高齢者人口や高齢化率が上がるほど、近隣での助け合いを組織化したり活発にすることが住民間でできることであり、高齢化率が低い地域では、より「講座」や「教室」などが互助として機能する可能性が示された。

そして、地域の凝集性や地域の力に影響を及ぼす転入転出での違いは、過疎が進む「転出が多い」地域ほど、サロン等の立ち上げや地域包括支援センター事業への参加への役割期待が大きく、反対に地縁の少ない人の転入が多い地域では、その地域の結束を強めるような見守りや食事会などの活動が増える特徴がある。また、転入と転出が拮抗する地域では、交流の場が必要であるとの認識があるようである。

4) 地域包括支援センターが互助機能向上のためにできること

人口が増加地域は、認知症や虐待をテーマにした学習会を開催したり、そのための組織づくりを準備的に行っていることが明らかになった。一方で、人口が減少しつつある地域では、人口減少の影響もあり、既存の組織や専門職との連携を進めている傾向が読み取れる。

また、高齢者人口が減少している地域はきわめて少なく、多くの地域は高齢者人口が増加傾向にある。そして、「大きく増加傾向」にある地域は、多様な活動を展開していることが読み取れる。「大きく増加傾向」の地域は、勉強会や講座を開催することや、住民が行う講座に講師を派遣したりという学びの場を通して活動を行っていることが明らかになった。また、高齢者人口が増える兆しを見せている地域については、既存の団体や組織への支援が中心であることが読み取れた。

高齢化率が低い地域は、地域包括支援センターが実施する既存の事業を展開することで互助を活発にすることができるものの、高齢化率が高くなるにつれて、地域包括支援センター単独での活動よりも、他団体や組織とのネットワークが重要になっていること

が明らかになった。

地域の凝集性や地域の力に影響を及ぼす人口移動では、過疎が進む「転出が多い」地域と「転入がやや多い」地域は類似する傾向が見られ、どちらも学習に関する事業である。また、「転入が多い」地域と、「転出がやや多い」地域も類似する傾向であった。一方で拮抗する地域は、情報発信を積極的に行っていることが明らかになった。

その要因として、人口の出入りのある地域は、新たな情報が求められ、人口が出ていく地域は学びの場を、出ていかない地域は地縁団体の支援が中心になっていることからであることが推測される。

町内会が不活発である地域は老人クラブが不活発地域と同様に、地域包括支援センターの実施する事業へと参加を促すことが効果的であることが示唆されている。一方、活発である地域は、地域の情報伝達経路として有効な手段である町内会に対し講師派遣や活動支援を行い、効率的に情報伝達を行っていることが示されている。

5) 高齢化率による計画策定の必要性

調査結果から、高齢化率の違いにより、その地域の強みと弱みの違いが明らかになった。その特徴を把握したうえで、その地域に即した計画策定を行うことによってより効率的に地域包括ケアに向けた計画策定を検討することができる。

各特徴ごとに以下表 4-25 にまとめた。

表 4-25 地域の Strength（強み）、Weakness（弱み）からみた計画の方向性

	強み	弱み	計画の方向性
高齢化率低い	「事業所・社協・相談窓口充実」、 「民生委員・見守り活動活発」 「地域包括支援センター立地条件が良い」 「老人クラブ・サロン・自治会・サークル・町内会活発」	「新旧混在・兼ね合い困難・新人馴染みなし」、 「互助機能不活・閉じこもりの」 「見守り活動・民生委員不活」 「低所得・生活困難」	・地域包括支援センターの積極的なアウトリーチ活動と、 住民間の協働の場づくり、 住民参画による事業策定 ・選択し交流できるプログラム
高齢化率高い	「第一次産業・産業がある」 「地縁・地元民が多い」 「近所付き合い・互助・結び付きあり」 人口が「少ない」 地域が「小さい」	「意識・関心低い（地域意識出ない）」 「交通の便悪い」 「過疎化・転出・人口減少」 「社会資源少ない」	・既存のネットワークの活用とより小地域での活動の開発 ・農業、漁業、林業など第一次産業を媒体とした関係づくり

高齢化率の低い地域では、社会資源であるボランティアや団体、NPO 等の支援を強みとして感じている傾向であり、その資源やネットワークも多くあることが示された。一方

で、高齢化率が高い地域は強みとして利用する社会資源が少ないものの、地域規模の小ささ、第一次産業、近所付き合いの密接さ、地縁の強さなどがあげられていた。このことから、高齢化率の高い地域での強みとなる新たな社会資源の提示や開発が急務である。

高齢化率が低い地域では、地域の高齢者問題把握の困難さや、低調な地域活動と要因としての経済格差問題があることが示唆された。一方で、高齢化率が高い地域では、今後より必要になる地域互助に対する意識の低さへの危機感、そして止めることが難しい過疎化問題があることが示唆された。

第5章 社会参加活動が健康に及ぼす影響

1. 目的

加齢が健康に及ぼす影響を調べるためには、同一集団を長期間にわたって追跡調査する縦断的調査研究が有効な方法であり、当センターではこれまでに気仙沼大島地区住民を対象に、加齢と健康に関する縦断研究を行ってきた。健康は、単に個人の努力によって維持されるものではなく、そこには対人関係や信頼関係、相互扶助関係などのソーシャルサポートも大きな役割を果たしていることが予想される。今回は、住民のライフスタイルや健康状態、対人交流や社会・地域活動参加状況に関する縦断的データを分析することによって社会参加活動や信頼関係が、個人の健康や生きがい、認知機能などにどのような影響を与えているのかを明らかにすることを目的に調査を行った。

2. 方法

2002年に55歳以上だった気仙沼大島地区在住で、現在63歳以上の住民581人を対象に、生活と健康に関する調査を行った。調査は、訪問面接調査であり、事前に調査協力依頼の文書を郵送し、その後電話連絡で訪問の確認をとり、訪問時に調査の趣旨と内容を説明し、同意の得られた人に対して調査を行った。調査は平成22年8月23日から11月28日の約3ヶ月間に行われた。

調査内容は、年齢、性別、家族構成などの基本属性と、ソーシャルキャピタル関連項目、対人交流、ライフスタイル、健康状態、主観的健康感、社会・地域活動状況などで構成されている。

3. 結果

調査協力が得られたのは、581 人中 427 人であり、そのうち有効回答は 424 人であった。協力が得られなかった人の理由は、死亡が 39 人と最も多く、調査辞退が 38 人であり、そのほかの理由は、訪問時不在、多忙、体調不良、入院などであった。

今回の調査結果は、2006 年、2008 年、2010 年の 3 回の調査に協力してくれた人で、3 回分の調査データがそろっている 424 人についての調査結果である。

1) 調査結果の概要

①対象者の属性

対象者 424 名の内訳は女性 266 名、男性 158 名であり、平均年齢 76.5 歳であった。また家族構成は二世帯が 32.3%と最も多く、次いで夫婦と答えた人が 31.9%であり、三世帯が 21.5%であった。

②対人交流

■家にいるときに一緒に過ごす相手

*6 割以上的人是家にいるときに配偶者と過ごしており、この傾向は年々増加している。

「家にいるときに主に一緒に過ごす相手」は、「夫または妻」という回答が最も多く 60.6%となっており、過半数が配偶者と主に一緒に過ごすことが明らかになった。次いで、「一人」と回答する人が多く、14.2%となっている。

時系列に見ると、夫または妻という回答が年々増加しており、2006 年～2010 年で 3.3 ポイント増加している。また、嫁という回答も増加しており、2.5 ポイント増加している。

■一緒に住んでいない子どもの有無

*約 9 割の人は一緒に住んでいない子どもがおり、過去 3 回の調査で 2010 年調査時がもっとも多い。

「一緒に住んでいない子どもはいる」と回答したのは 88.7%であり、9 割近くが「一緒に住んでいない子どもがいる」と回答している。

時系列別にみると、2008 年が一緒に住んでいない子どもがいると回答した人が減少したものの、2010 年では増加に転じ、過去 2 回の調査に比べて 2010 年が最も多い。

■同居していない子どもとの連絡頻度

*同居していない子どもとの連絡頻度は、月に 2～3 回がもっとも多く、2006 年調査時から年々増加している。

「同居していない子どもとの連絡頻度」で最も多いのは「月に 2～3 回」で 22.9%と最も多く、次いで「週に 2～3 回」で 18.1%となっている。

時系列別にみると、月に 2～3 回が 2006 年から徐々に増えていて、2010 年までに 5.7%

ポイント増加している。

■普段付き合いのある親戚の有無

*ほとんどの人は、普段付き合いのある親戚がおり、この割合は年々増加している。

「普段付き合いのある親戚の有無」で、「いる」と答えた人は97.6%でほとんどの人が「付き合いのある親戚はいる」と答えている。

時系列に見ると、普段の付き合いのある親戚は徐々に多くなっており、2006年から2010年までに1.1ポイント増加している。

■心配事や悩み事があった時に相談に乗ってくれる人の有無

*9割以上の人が心配事や悩み事があったときに相談に乗ってくれる人がおり、相談に乗ってくれる人は平均4人いる。この傾向は時系列的にみても安定している。

「心配事や悩み事があった時に相談に乗ってくれる人の有無」については、93.6%の人が「いる」と答えており、その平均人数は3.7人であった。

時系列に見ても同様の傾向であり、9割を超える人がいると答えている。平均人数についても2006年が3.5人、2008年が4.1人、2010人が3.7人となっており、大きな変化はない。

■ちょっとした用事や留守番などを頼める人の有無

*ちょっとした用事や留守番などを頼める相手が3人以上いる人は約7割であり、時系列的にみても安定している。

「ちょっとした用事や留守番などを頼める人の有無」について、「いる」と回答した人は72.9%で7割の人が「いる」と回答しており、その平均人数は3.4人であった。

時系列に見ると、いると回答した割合が低くなる傾向が見られ、2006年は74.6%、2008年は68.5%、2010年は72.9%となっている。平均人数は2006年、2008年がともに3.3人であり、2010年が3.4人となっている。

■緊急な用があった時にすぐに駆けつけてくれる人の有無

*ほとんどの人が緊急時に駆けつけてくれる人がおり、9割以上の人はその相手が2人以上である。

「緊急な用があった時に駆けつけてくれる人の有無」は、「いる」と答えた人は97.6%にのぼり、ほとんどの人が「いる」と答えている。

時系列に見ると、いると答える人は徐々に減っており、2006年から2010年の間に1ポイント減少している。

緊急時に駆けつけてくれる人数について、最も多く答えたのは4人以上であり、65.0%と最も多い、次いで2人～3人と続いている(24.4%)。

時系列に見ると4人以上と答える人が多くなる傾向にある。4人以上と答えた人は2006年では60.6%に対して、2008年では65.7%、2010年では65.0%となっている。一方2～3人と答える人は減少している。2～3人と答えた人は2006年が28.8%、2008年が29.1%、2010年が24.4%となっている。

■相談されたり、用事を頼まれることがあるか

＊7割近くの人が相談されたり用事を頼まれる相手がいる。

「相談されたり、用事を頼まれることがあるか」について、最も多いのが「よくある」であり、38.7%であった。次いで「ときどきある」で、29.5%である。両方で68.2%となり、7割近くの人が相談されたり、用事を頼まれることがあると答えている。

時系列でみると、調査年ごとに「よくある」と、「ときどきある」の割合を合わせると2006年が74.0%、2008年が69.8%、2010年が68.2%となっている。このことから相談されたり、用事を頼まれることが減っている傾向にある。

③ライフスタイル

■収入を伴う仕事の有無

＊8割程度の人は収入を伴う仕事をしていない。収入を伴う仕事をしていない人は、年々増えている。

「収入を伴う仕事はしていない」と答えた人が81.4%となっており、8割程度が収入を伴う仕事をしていないと答えている。

時系列に見ると、「していない」と答えた人は2006年が71.6%、2008年が76.8%、2010年が81.4%となっており、調査年を重ねるに従い仕事をしていない人が多くなる傾向があった。

■具体的な仕事の内容

＊収入を伴う仕事をしている人の半数以上は農林漁業に携わっている。また自営業の手伝いの割合は年々徐々に増えてきている。

収入を伴う仕事をしている人に、具体的な仕事の内容を尋ねたところ、最も多かったのが「農林漁業」で54.5%と半数以上が農林漁業に携わっている。次いで「自営業」が20.9%、「自営業の手伝い」が8.9%と続いている。

時系列に見ると、農林漁業において2006年が53.2%、2008年が58.2%、2010年が54.4%となっている。自営業の手伝いが2006年が3.2%、2008年が4.1%、2010年が8.9%となっており、徐々に増えてきている。

■家の仕事の有無および家の仕事の頻度

*9 割弱の人は家の仕事をしており、その多くは毎日家の仕事をしている。この傾向は時系列的にも安定しており、家の仕事を毎日している人も年々増えている。

「家の仕事の有無」は「している」と答えた人が多く 86.3%となっている。一方「していない」と答えた人は 13.7%となっており、ほとんどの人が家の仕事をしていると答えている。

時系列に見ると、している人は2006年が87.3%で、2008年が87.2%で、2010年が86.3%となっていて、調査年に寄らず同じ傾向であることがわかる。

家庭の仕事の頻度はほぼ毎日が最も多く 90.7%とほとんどが家庭の仕事を毎日行っている。次いで週に2~3回が6.3%となっている。

時系列に見ると、ほぼ毎日と答えた人が2006年が85.5%で2008年が89.8%で2010年が90.7%となっており、ほぼ毎日と答えた人が徐々に多くなっているが、それ以外の頻度は減少している。

■散歩や買い物を含めた1週間の外出頻度

*ほぼ毎日外出している人は6割以上であるが、時系列的には年々わずかに減少している。一方週2~3回の外出は年々増加傾向にある。

散歩や買い物を含めた1週間の外出頻度は「ほぼ毎日」が64.6%と最も多く、次いで「週2~3回」であり21.2%である。

時系列に見ると、ほぼ毎日が2006年が69.7%、2008年が68.1%、2010年が64.6%となっている。一方週2~3回は2006年が17.1%、2008年が17.7%、2010年が21.2%と増加していることがわかった。週1回程度、週1回以下はあまり変化がなかった。

■家の食事は「魚」「肉」「野菜」のうち何が中心になっているか

*6割程度の方は魚中心の食生活であり、3割以上の人は野菜中心の食事になっている。魚中心の食生活は、年々増加している。

家の食事は「魚」「肉」「野菜」のうち何が中心になっているかについて、「魚中心の食事」と答えた人は59.4%となっており、6割程度が魚中心の食事をしていることがわかる。次いで「野菜中心の食事」が32.3%となっている。

時系列に見ると、魚中心の食事は2006年が52.1%、2008年が53.0%、2010年が59.4%となっており、年々増加していることがわかる。2006年と比べて、2010年の方が7.3ポイント増加している。

■食事を楽しんでいるか

*95%の人は、食事を楽しんでおり、この傾向は時系列的に安定している。

「食事を楽しんでいるか」について、「はい」と答えた人は 95.0%にのぼり、ほとんどの人が食事を楽しんでいると答えた。

時系列に見ると、「はい」と答えた人は 2006 年が 95.1%、2008 年が 94.9%、2010 年が 95.0%となっており、調査年によって大きな差は見られなかった。

■家族や友人・職場の人など一緒に食事をする頻度

*7割以上の人は1日1回以上家族や友人・職場の人などと一緒に食事をしているが、一緒に食事をする回数で1日1回以下という人は1割以上であり、この傾向は年々増えている。

「家族や友人・職場の人など一緒に食事をする頻度」は、「毎回」と答えた人が最も多く 71.0%となっており、7割の人が毎回家族や友人・職場の人と一緒に食事をすると答えている。

時系列に見ると、毎回と答えた人は 2006 年が 74.0%、2008 年が 76.0%、2010 年が 71.0%であり、2010 年は過去 2 回の調査より低い。一方 1 日 1 回以下と回答した人は 2006 年が 8.6%、2008 年が 10.4%、2010 年が 12.0%と年々増加しており、2006 年と比べて 3.4%増加している。家族や友人・職場の人などと一緒に食事をするについて 1 日 1 回以下であるケースが増えている。

■おやつなどの間食の有無および頻度

*6割以上の人はほぼ毎日間食しており、毎日ではなくても間食する人をあわせると 85%以上の人が間食をとっている。間食をする人は年々増加傾向にある。

「おやつなどの間食の有無」は最も多いのは「ほぼ毎日」で 64.6%となっている。次いで「食べない」が多く 14.2%となっている。「頻度を問わず食べている」人は 85.4%となっており、多くの人はおやつ等の間食をしていることがわかる。

時系列に見ると、食べる人が増加する傾向があり、食べない人が減少する傾向がある。頻度を問わず食べている人は 2006 年が 81.3%、2008 年が 80.2%、2010 年が 85.4%となっている。食べない人は 2006 年が 18.7%で、2008 年が 19.4%で、2010 年が 14.2%となっている。

■飲酒状況

*17.5%の人は毎日飲酒しており、2割弱の人は習慣的に飲酒しているが、6割以上の人は飲酒の習慣がなく、この傾向は時系列的に大きな変化はない。

飲酒状況は「飲まない」と答えている人が最も多く 66.7%である。次いで、「ほぼ毎日」が 17.5%と続いている。

時系列に見ると、飲まないと答えた人は2006年が62.2%、2008年が66.0%、2010年が66.7%となっている。またほぼ毎日と答えた人は2006年が18.7%、2008年が15.3%、2010年が17.5%となっている。

■喫煙状況

＊7割以上の人は煙草を吸う習慣がなく、2割以上の人は途中で禁煙している。煙草を吸う人の割合は年々減少してきている。

喫煙状況は「吸わない」と答えた人が最も多く70.8%であり、7割の人が「吸わない」と答えている。次いで、「以前吸っていたがやめた」であり、21.7%である。

時系列に見ると、吸わないと答えた人が2006年が72.2%、2008年が76.2%、2010年が70.8%である。一方、吸うと回答した人は2006年が9.0%、2008年が8.1%、2010年が7.5%と2006年から起算して2010年は1.5ポイント減少している。

■昼寝の習慣の有無および頻度

＊7割弱の人たちには昼寝の習慣があり、そのうち8割の人はほぼ毎日昼寝をしている。この傾向はいずれも年々増加傾向にある。

「昼寝の習慣の有無」を尋ねたところ、「ある」と答えた人は66.7%であり、対象者の3分の2があると答えている。

時系列に見ると、年々「ある」と答える人が多くなる傾向にある。「ある」と答えている人は2006年では62.7%であり、2008年では61.5%であり、2010年では66.7%である。

昼寝の頻度は「ほぼ毎日」と回答した人が最も多く80.9%となっており、次いで週2～3回となっている。昼寝をしている人の多くは週2～3回以上となっている。

時系列に見ると週2～3回の人減少しており、2006年より2010年までに6.8ポイント減少している。一方「ほぼ毎日」は増加しており、2006年より2010年までに5.5ポイント増加している。

■趣味的な活動の有無および活動の頻度

＊7割以上の人は趣味的な活動をしており、このうち毎日趣味活動をしている人は6割弱である。これらの値は時系列的にも安定している。

「趣味的な活動の有無」は「している」と答えた人が73.6%となっており、7割を超える人が趣味的な活動をしていると答えている。

時系列に見ると、2006年が71.6%、2008年が70.6%、2010年が73.6%とあまり変化はない。

趣味的活動をしている人の中で、その頻度を尋ねたところ、「ほぼ毎日」が最も多く、59.0%となっている。次いで週に2～3回であり、16.3%となっている。

時系列に見ると、ほぼ毎日と答えている人は2006年が59.6%、2008年が54.5%、2010

年が 59.0%となっており、時系列による変化もあまりないと考えられる。

■趣味や余暇活動など一緒にやる人の有無と人数

*半数以上の人趣味活動を一緒にやる人いるが、趣味活動を一緒にやる相手がいない人は年々やや増加傾向にある。

「趣味や余暇活動など一緒にやる人の有無」について、「いる」と答えた人は 53.8%であり、「いない」と答えた人は 46.2%であった。「いる」と答えた人の方が、多いがその差はあまりない。

時系列に見ると、「いる」と答えた人は 2006 年が 56.8%、2008 年が 55.6%、2010 年が 53.8%であり、「いない」と答えた人は 2006 年が 43.2%、2008 年が 44.4%、2010 年が 46.2%となっており、「いる」と答える人が減少しており、「いない」と答える人が増加している傾向にある。

■身の回りや世の中の出来事を知るために利用している情報源

*9割以上の人テレビや新聞を情報源としている。また広報やチラシを情報源にする人も年々増加傾向にある。

「身の回りや世の中の出来事を知るために利用している情報源」を複数回答で答えてもらったところ、「テレビ」が 97.2%で、次いで「新聞」が 95.8 となっており、ほとんどの人がテレビや新聞を情報源と答えていた。その他には「広報」が 62.7%であり、以下「チラシ」55.0%、「ラジオ」45.0%と続いている。

時系列に見ると、「新聞」は 2006 年が 94.5%、2008 年が 90.0%、2010 年が 95.8%となっており、変化はあまりない。一方「チラシ」は 2006 年が 46.5%、2008 年が 41.5%、2010 年が 55.0%となっている。また、「広報」は 2006 年が 45.9%、2008 年が 42.3%、2010 年が 62.7%となっている。両者は年々増加傾向にある。

④健康状態

■病院にかかる病気の有無

*9割弱の人たちは病院にかかる病気を持っており、病気を有する人は年々増加傾向にある。

「病院にかかる病気の有無」について「ある」と答えた人は 86.1%で、「ない」と答えた人は 13.9%となっている。

時系列に見ると、「ある」と回答した人は 2006 年が 75.1%、2008 年が 77.7%、2010 年が 86.1%と増加している一方で、「ない」と答えた人が 2006 年が 24.9%、2008 年が 22.1%、2010 年が 13.9%と減少している。このことから、病院にかかる病気や症状は増加傾向にある。

■通院していないが病院で薬をもらって治療している病気の有無

*通院していないが病院で薬をもらって治療している人は3%に満たない。また薬だけもらって治療している人は年々減少傾向にある。

「通院していないが病院で薬をもらって治療している病気の有無」は「ない」と答えた人が97.6%とほとんどであり、通院していないが病院で薬をもらって治療をしている人は非常に少ないという結果であった。

時系列に見ると「ない」と、答えた人は2006年が91.6%、2008年が94.9%、2010年が97.6%となっており、通院していないが病院で薬をもらって治療しているケースは減少傾向にある。

■病院にかかっているが薬屋の薬を飲んでいない病気の有無

*市販薬を使って治療している人は7%未満であり、市販薬で治療している人は年々減少している。

「病院にかかっているが薬屋の薬を飲んでいない病気の有無」について「ない」と答えた人は93.6%で、ほとんどの人が病院にかかっているが薬屋の薬を飲んでいないと答えている。

時系列に見ると、「ない」と答えた人は2006年が90.8%、2008年が93.2%、2010年が93.6%となっており、増加している。このことから、病院にかかっているが薬屋の薬を飲んでいない病気の減少していることがうかがえる。

■過去に病院に入院するほどの大きな病気やけがの有無

*8割以上の人は過去に入院するほどのけがや大きな病気を経験しており、入院経験のある人は年々増加傾向にある。

「過去に病院に入院するほどの大きな病気やけがの有無」は、「ある」と答えた人は81.1%であり、「ない」と答えた人は18.9%となっている。多くの人は過去に病院に入院するほどの大きな病気やけがの経験があることが明らかとなった。

時系列に見ると、「ある」と回答した人は2006年が76.6%、2008年が78.3%、2010年が81.1%と増加しており、過去に病院に入院するほどの大きな病気やけがが年々増えている。

■普段の睡眠状態および眠れないときの症状

*半数の人は睡眠にまったく問題はなく、が、不眠傾向は年々増加傾向にあり、不眠の症状は約6割が浅眠である。

普段の睡眠状態は「よく眠れる」と答えた人は50.0%と半数はよく眠れると答えており、次いで「まあ眠れる」が26.9%となっている。

時系列に見ると、「よく眠れる」と答えた人が2006年が60.2%、2008年が60.2%、2010

年が 50.0%と回答しており、減少している傾向がある。一方で、「まあ眠れる」が 2006 年が 21.1%、2008 年が 19.6%、2010 年が 26.9%、であり、「あまり眠れない」が 2006 年が 14.5%、2008 年が 14.7%、2010 年が 19.8%と増加している傾向であることがわかった。

「あまり眠れない」、「なかなか眠れない」と答えた人のうち眠れない症状について複数回答で尋ねると、「眠りが浅い」と答えた人が 60.4%となっており、「寝つきが悪い」が 39.6%、「目覚めが早い」が 16.7%となっている。

時系列に見ると、「眠りが浅い」が 2006 年が 60.7%、2008 年が 53.8%、2010 年が 60.4%である。一方、「寝つきが悪い」は 2006 年が 51.6%、2008 年が 38.7%、2010 年が 39.6%となっており、「目覚めが悪い」は 2006 年が 27.0%、2008 年が 15.1%、2010 年が 16.7%となっており、いずれも減少している傾向がある。

■ 普段の排便状態

*5 割弱の人は排便状態が非常によく、「よい方」とあわせると、8 割以上の人は排便に問題はない。時系列的には「非常によい」がやや減少傾向、「よい」がやや増加傾向にあるが、両者を併せた結果はほとんど変化がなく、安定している。

普段の排便状態は最も高いのは「非常に良い」で 46.0%で、次いで「良い方」が 38.2%と続く。

時系列に見ると、「非常に良い方」が 2006 年が 53.8%、2008 年が 48.9%、2010 年が 46.0%と年々減少している一方で、「良い方」が 2006 年が 31.3%、2008 年が 35.1%、2010 年が 38.2%と上昇している。このことから、非常に良い方から良い方になる傾向があることがわかった。

■ 普段、健康のための「運動」の有無、頻度

*約半数の人たちは健康のために毎日運動しているが、時系列的に見ると運動していない人はやや増加傾向にある。

普段、健康のための「運動」の有無、頻度は「毎日している」と回答した人が 47.4%で最も多く、次いで、「していない」が 38.0%となっている。

時系列別にみると、毎日している人は 2006 年が 50.9%、2008 年が 48.7%、2010 年が 47.4%となっており、毎日運動をしている人は減少している。2006 年と比べて 2010 年は 3.5 ポイント減少している。「していない」は 2006 年が 35.8%、2008 年が 37.2%、2010 年が 38.0%となっており、運動をしていないと回答している人は徐々に増えており、2006 年と比べて 2010 年は 2.2 ポイント増加している。

■介護保険の要介護認定の有無

＊要介護認定を受けているのは 1 割以下であり、認定を受けている人は年々わずかに減少している。

「介護保険の要介護認定の有無」について、「受けていない」と答えた人は 91.0%であり、「受けている」と答えた人が 9.0%となっている。

時系列に見ると、「受けていない」と答えた人は 2006 年が 92.4%、2008 年が 91.7%、2010 年が 91.0%となっており、介護保険の要介護認定を受けている人はわずかではあるが減少していることがわかる。

■福祉・介護サービスの利用の有無

＊要介護認定を受けている人の約 7 割弱の人である。

「福祉・介護サービスの利用の有無」について、「利用している」と回答した人は、要介護認定を受けている人 38 人のうち 25 人（65.8%）であった。

■利用している具体的な福祉・介護サービス

＊サービス利用内容で 7 割以上の人が利用しているのは通所介護であり、時系列的にも最も多く利用されている。

介護保険の要介護認定を受けている人のうち「具体的な福祉・介護サービス」を複数回答で尋ねたところ、利用している福祉・介護サービスで最も多いのは「通所介護」72.0%であり、次いで「訪問介護」で 16.0%となっている。

時系列に見ると、「通所介護」が 2006 年が 72.4%、2008 年が 66.7%、2010 年が 72.0%と過去 4 年にわたっても最も多い選択肢となっている。その他、「訪問介護」は 2006 年が 27.6%、2008 年が 13.3%、2010 年が 16.0%、「短期入所生活介護」は 2006 年が 10.3%、2008 年が 20.0%、2010 年が 8.0%、「福祉用具」は 2006 年が 6.9%、2008 年が 16.7%、2010 年が 8.0%となっているがケースが少ないこともあり、その年によって利用するサービスは異っている。

■身体的な病気や認知症になり、介護が必要な状態になるという不安

＊約半数の人は病気や認知症で介護が必要になったときの不安を持っているが、時系列的に見るとこの傾向は年々減少している。

「身体的な病気や認知症になり、介護が必要な状態になるという不安」について尋ねたところ、「まったくない」と答えた人が 27.4%であった。次いで「ときどきある」と答えた人が 26.2%だった。「よくある」、「ときどきある」を合わせると 49.5%であり、「あまりない」、「まったくない」を合わせると 43.7%となっており、不安について「ある」と答える人が多いことがわかった。

時系列に見ると、「よくある」、「ときどきある」を合わせた数値は 2006 年が 55.0%、2008

年が 50.6%、2010 年が 49.5%であり、あると答える人は減少している。一方「あまりない」、「まったくない」を合わせると 2006 年が 40.1%、2008 年が 43.0%、2010 年が 43.7%となり、増加している。このことから身体的な病気や認知症になり、介護が必要な状態になるという不安は年々減少していることがわかる。

■身体的な病気や認知症になり、介護が必要な状態になる不安の程度

*病気や認知症になって介護が必要になったときの不安を感じている人の 4 分の 1 の人がやや強く感じている。強く感じている人は年々減少傾向にあるが、不安を感じている人は一定数存在している。

「身体的な病気や認知症になり、介護が必要な状態になるという不安」について、「よくある」、「ときどきある」、「あまりない」、と答えた人のうち、身体的な病気や認知症になり、介護が必要な状態になる不安の程度を聞いたところ、「やや弱く感じる」と答えた人が最も多く 29.0%であった。次いで「やや強く感じる」が 26.2%でと続いている。

時系列に見ると、強く感じている人は 2006 年が 31.8%、2008 年が 22.8%、2010 年が 18.6%と減少していることがわかる。また、やや強く感じる人が 2006 年が 21.7%、2008 年が 22.8%、2010 年が 26.2%、やや弱く感じる人が 2006 年が 19.6%、2008 年が 21.1%、2010 年が 29.0%、弱く感じる人が 2006 年が 23.3%、2008 年が 16.1%、2010 年が 25.4%となっており、増加傾向にある。このことから、身体的な病気や認知症になり、介護が必要な状態になる不安について強く感じている人は減少している一方で、不安を感じている人は一定数存在していることがうかがえる。

■家庭内の介護のことや認知症に伴う問題の相談先

*介護や認知症のことを相談する先を複数回答で聞くと、同居家族、別居している子ども、兄弟親戚の順で多く、時系列的にもそれぞれ増加している。また 4 分の 1 の人たちは、病院の医師と回答している。

「家庭内の介護のことや認知症に伴う問題の相談先」について複数回答で聞いたところ、最も多いのは「同居家族」であり 69.1%であった。次いで「別居している子ども」であり 54.0%、「兄弟親戚」が 45.0%となっている。

時系列に見ると、「同居家族」が 2006 年が 64.1%、2008 年が 64.5%、2010 年が 69.1%、「別居している子ども」が 2006 年が 38.7%、2008 年が 39.8%、2010 年が 54.0%、「兄弟親戚」が 2006 年が 34.4%、2008 年が 32.5%、2010 年が 45.0%となっており、これらは増加していることがわかる。特に「別居している子ども」、「兄弟親戚」は 2008 年よりも 2010 年の方がそれぞれ、14.4 ポイント、12.5 ポイント増加している。また、「病院医師」も 2006 年が 18.2%、2008 年が 16.8%、2010 年が 24.5%と 2008 年よりも 2010 年の方が 7.7 ポイント増加している。

■介護が必要な状態になった時の介護を受けたい場所

*自宅介護を受けたい人は6割を超えて最も多く、2割以上の人は施設を希望している。時系列的にみても、この両者は増加している。

「介護が必要な状態になった時の介護を受けたい場所」について最も高いのは「自宅」で61.6%である。次いで「老人ホーム等の施設」であり22.9%となっている。

時系列に見ると、「自宅」が2006年が55.7%、2008年が60.9%、2010年が61.6%となっており、自宅を希望する人が増加している。また、「老人ホーム等の施設」についても2006年が21.7%、2008年が20.6%、2010年が22.9%と増加している傾向となっている。

■介護が必要になった場合、誰に介護を受けたいか

*3分の1の人たちは、子どもに介護してもらうことを希望しており、配偶者を希望しているのは約4分の1であった。時系列的にみると、子ども、配偶者、ホームヘルパー・看護師は年々増加しているが、施設職員や医療従事者を希望する人は時系列的にやや減少している。

「介護が必要になった場合、誰に介護を受けたいか」について最も高いのは「子ども」であり33.3%となっている。次いで「配偶者」であり23.1%である。

時系列に見ると、子どもと答えている人が2006年が30.9%、2008年が33.0%、2010年が33.3%となっており増加している。また配偶者についても2006年が21.9%、2008年が21.9%、2010年が23.1%となっており増加している。さらにホームヘルパー・訪問看護師も増加しており、2006年が6.0%、2008年が7.9%、2010年が9.9%となっている。一方、施設の介護職員・医療従事者は減少しており、2006年が18.2%、2008年が17.7%、2010年が14.9%となっている。

⑤主観的健康感

■普段自分で健康だと感じるか

*自分で健康だと感じている人は約7割であり、全体の4分の1の人は「とても健康」と感じているが、時系列的に見ると健康を肯定的に感じている人は減少し、否定的にとらえる人は増加傾向にある。

「普段自分で健康だと感じるか」という質問に対し、「まあ健康な方」と回答した人が最も多く44.8%であり、次いで「とても健康」が24.5%と続いている。「とても健康」と「まあ健康な方」を合わせて69.3%が肯定的に健康と答えており、「健康ではない」、「あまり健康ではない」と合わせて30.7%が否定的に答えている。

時系列別にみると、「とても健康」が2006年が34.6%、2008年が35.5%、2010年が24.5%と減少しており、2006年よりも2010年が10.1ポイント減少している。一方、「あまり健康ではない」は2006年が16.7%、2008年が18.3%、2010年が21.9%で増加しており、2006年に比べ2010年は5.2ポイント増加している。「とても健康」、「まあ健康な方」を合わ

せた数値を見ても 2006 年が 76.6%、2008 年が 75.5%、2010 年が 69.3%となっており、肯定的に健康と答えている人は減少している。一方「健康ではない」、「あまり健康ではない」を合わせた数値を見ると 2006 年が 23.4%、2008 年が 24.3%、2010 年が 30.7%と健康について否定的な感じている人が増加している。

⑥社会・地域活動参加

■地域での活動の参加の有無

*半数以上の人は地域活動に参加しており、時系列的にも活動に参加する人は半数を超えている。

「地域での活動の参加」について「参加している」と答えた人が 55.2%であり、「参加していない」と答えた人が 44.8%であった。

時系列に見ると、参加している人は 2006 年が 53.2%、2008 年が 57.0%、2010 年が 55.2%となっており、参加していない人は 2006 年が 46.6%、2008 年が 42.8%、2010 年が 44.8%となっている。

■地域での活動における役職の有無

*地域活動に参加している人のうち約半数の人が何らかの役職についている。

地域での活動に参加していると答えた人のうち、「地域での活動における役職」について「役職がある」と答えた人は 45.7%であり、「役職がない」と答えた人は 54.3%となった。

時系列に見ると、「役職がある」と答えた人は 2006 年が 42.8%、2008 年が 35.8%、2008 年が 45.7%となった。「役職がない」と答えた人は 2006 年が 57.2%、2008 年が 64.2%、2010 年が 54.3%となっている。

■地域におけるすべての活動頻度

*8 割以上の人は、地域活動の活動頻度が週 1 回、あるいは週 1 回以下である。しかし、週 1 回以上活動している人は、年々増加している。

地域での活動に参加していると答えた人のうち、「地域におけるすべての活動頻度」について、最も多いのは「週 1 回以下」が 73.5%で最も多く、次いで「週 1 回程度」が 12.8%となっている。両者を合わせると 86.3%になり、8 割を超える人が週 1 回程度か週 1 回以下と答えている。

時系列に見ると、「週 1 回以下」と答えた人は 2006 年が 77.3%、2008 年が 79.5%、2008 年が 73.5%となっており、「週 1 回以下」の活動頻度は減少傾向となっている。一方、「週 2～3 回」、「週 1 回程度」を合わせると、2006 年が 17.5%、2008 年が 17.2%、2008 年が 21.8%となっており、増加傾向が見られる。

2) ソーシャルキャピタルとの関係

(ソーシャルキャピタル指数の作成)

今回の調査は、地域住民の信頼関係が、個人の健康や生きがい、認知機能などにどのような影響を与えるのかを明らかにすることを目的にしている。そこで今回は、2010 年に行った調査において、ソーシャルキャピタルに関連する質問の中の、「一般的に人は信用できると思いますか?」「見知らぬ土地に行ったとき出会った人は信頼できると思いますか?」の質問に対し、「ほとんどの人は信頼できる(9 点)」～「注意するに越したことはない(1 点)」を与える 9 件法の項目と、「何かあったとき(普段付き合いのある)近所の人は頼りにできますか?」「何かあったとき親戚の人は頼りになりますか?」「何かあったとき友人や知人は頼りになりますか?」の質問に対し、「大いに頼りになる(9 点)」～「まったく頼りにできない(1 点)」を与える 9 件法の項目を用いて検討した。

次にそれぞれの項目間の均衡をとるために、各個の項目で平均値が 0、標準偏差が 1 になるように標準化した後に、それぞれの単純平均をとったものを求め、これを「ソーシャルキャピタル指数」と呼ぶこととした。すなわち、ソーシャルキャピタル指数が正の値をとる場合、ソーシャルキャピタルに関する意見が肯定的(平均以上)であることを示し、負の値をとる場合には否定的(平均未満)であることを示す。

表 5-1 ソーシャルキャピタル指数に用いた項目 5 項目

*一般的に人は信用できると思いますか?

*見知らぬ土地に行ったとき出会った人は信頼できると思いますか?

これらに対し、「ほとんどの人は信頼できる(9 点)」～「注意するに越したことはない(1 点)」を与える 9 件法の項目

*何かあったとき(普段付き合いのある)近所の人は頼りにできますか?

*何かあったとき親戚の人は頼りになりますか?

*何かあったとき友人や知人は頼りになりますか?

これらに対し、「大いに頼りになる(9 点)」～「まったく頼りにできない(1 点)」を与える 9 件法の項目

ソーシャルキャピタルの構成要素の一つである「信頼」、「互酬性の規範」、「ネットワーク」の中から認知的ソーシャルキャピタルの主要素となる「信頼」の項目について、「信頼指数」として算出し分析に用いた。

次に信頼指数の値と、属性、対人交流、ライフスタイル、健康状態、主観的健康感、社会・地位活動参加、認知機能などのいくつかの項目との比較を行った。その結果を以下に示す。

①信頼指数と属性との関係

■性別

信頼指数を比較すると、男性の方が高く女性の方が低いが大きな差とは言えない。

■家族構成

家族構成については単身～三世代まで差はなく四世代については他よりも 0.200 程度高かった。大家族については特に信頼指数との関連性がうかがえる。

表 5-2 信頼指数と属性との関係

		件数(人)	指数平均
性別	女性	265	-0.039
	男性	158	0.062
家族構成	単身	38	-0.036
	夫婦	135	-0.021
	二世代	137	-0.002
	三世代	91	-0.022
	四世代	19	0.285
	その他	3	0.111

②信頼指数と対人交流との関係

■普段親戚付き合いのある親戚の有無

普段付き合いのある親戚が「いない」と回答した人は 6 人であったものの、指数を大きく下げている。親戚付き合いがない人は信頼指数が低くなることがうかがえる。

■ちょっとした用事や留守番などを頼める人の有無

家族以外でちょっとした用事や留守番などを頼めるような人の有無について尋ねたところ、「いない」と回答した人と「いる」と回答した人との間で 0.197 の差があり、いない人は信頼指数が低いことがわかった。

■緊急な用があった時にすぐに駆けつけてくれる人の有無

緊急な用があった時にすぐかけつけてくれる人の有無を尋ねたところ、「いない」と回答した人と「いる」と回答した人との間で 0.527 の差があり、「いない」と回答した人は信頼指数が低いことがわかった。

■緊急な用があった時にすぐに駆けつけてくれる人の人数

緊急な用があった時にすぐに駆けつけてくれる人が「いる」と回答した人のうち、その人数ごとに信頼指数を見たところ「一人」と回答した人は-0.336、「2～3人」と回答した人は-0.002、「4人以上」と回答した人は0.073であった。すぐにかけてくれる人が多いほど信頼指数は高いことがわかった。

■相談されたり、用事を頼まれることがあるか

ちょっとした用事や留守番などを頼めるような人から自分に相談されたり用事を頼まれたりするようなことがあるか、その頻度を聞いたところ「よくある」が最も高く(0.123)、「ときどきある」(-0.026)、「あまりない」(-0.031)、「ほとんどない」(-0.240)と漸次低くなる。信頼指数が高いほど相談されたり、用事を頼まれることがよくあるということがわかる。

表 5-3 信頼指数と対人交流との関係

		件数(人)	指数平均
普段親戚付合のある親戚	いない	6	-0.363
	いる	413	-0.002
ちょっとした用事や留守番等を頼める人	いない	115	-0.145
	いる	308	0.052
緊急な用があった時にすぐに駆けつけてくれる人	いない	10	-0.516
	いる	413	0.011
緊急な用があった時にすぐに駆けつけてくれる人の人数	1人	44	-0.336
	2人～3人	101	-0.002
	4人以上	268	0.073
相談されたり、用事を頼まれることがあるか	よくある	163	0.123
	ときどきある	125	-0.026
	あまりない	71	-0.031
	ほとんどない	64	-0.240

③信頼指数とライフスタイルとの関係

■食事を楽しんでいるか

「食事は楽しんでいますか」について「はい」と答えた人も「いいえ」と答えた人もともに信頼指数は 0.000 に近く、差はなかったと言える。

■家族や友人・職場の人など一緒に食事をする頻度

家族や友人・職場の人などと一緒に食事をするのはどのくらいか頻度を尋ねたところ「1日2回」が最も低く-0.197であった。次いで「1日1回」が-0.053と低い。

■食べ物の好き嫌い

食べ物の好き嫌いについて尋ねたところ「とても多い」が-0.251で最も低く、次いで「あまり多くない」が-0.025、「少しはあるがだいたい食べる」が 0.070 となっている。好き嫌が多いほど信頼指数が低い傾向にあることがうかがえる。

■喫煙状況

喫煙状況について、「吸う」と答えた人は-0.117、「以前吸っていたがやめた」と答えた人は 0.111、「吸わない」と答えた人は-0.024であった。吸うと答えた人よりも以前吸っていたがやめたと答えた人の方が信頼指数が高いことがわかった。

■趣味や余暇活動など一緒にやる人の有無

趣味や余暇活動など一緒にやる人はいるか尋ねたところ、「いる」と答えた人は 0.125であり、「いない」と答えた人は-0.070であった。趣味や余暇活動など一緒にやる相手がいる人は信頼指数が高いことがうかがえる。

■趣味や余暇活動など一緒にやる人の人数

趣味や余暇活動など一緒にやる人がいると答えた人のうち、何人ぐらいいるのか尋ねたところ「4人以上」が最も高く、0.165であった。次いで「1人」が 0.076、「2～3人」が 0.011と続く。

表 5-4 信頼指数とライフスタイルの関係

		件数(人)	指数平均
食事を楽しんでいるか	はい	402	-0.002
	いいえ	20	-0.017
家族や友人・職場の人など一緒に 食事をする頻度	毎回	301	0.037
	1日2回	50	-0.197
	1日1回	22	-0.053
	1日1回以下	50	-0.018
食べ物の好き嫌い	とても多い	20	-0.251
	あまり多くない	20	-0.025
	少しはあるが大体食べる	72	0.070
	ほとんどない	311	-0.001
喫煙状況	吸う	32	-0.117
	以前吸っていたがやめた	92	0.111
	吸わない	299	-0.024
趣味や余暇活動など一緒にやる 人の有無	いない	144	-0.070
	いる	168	0.125
趣味や余暇活動など一緒にやる 人の人数	1人	30	0.076
	2～3人	26	0.011
	4人以上	112	0.165

④信頼指数と健康状態との関係

■食欲

食欲について聞いたところ、「食欲は非常にある」が 0.069、次いで「食欲はある方」が-0.017、「食欲はあまりない」が-0.149、「食欲がない」は-0.651 となっている。「食欲は非常にある」が信頼指数が高く、以下、食欲がないまで漸次低くなっている傾向にあった。

■身体的な病気や認知症になり、介護が必要な状態になるという不安

今後、身体的な病気や認知症などになってしまい、介護が必要な状態になるのではないかという不安はあるかについて、「あまりない」が最も高く 0.156 であった。次いで「まったくない」が 0.032、「ときどきある」が-0.028、「よくある」が-0.164 となっている。不安がない人は信頼指数が高く、不安がある人は指数が低くなっている。

■身体的な病気や認知症になり、介護が必要な状態になる不安の程度

不安について「よくある」、「ときどきある」、「あまりない」と回答した人のうち、その不安の程度を聞いたところ、「弱く感じる」が最も高く 0.087、「やや弱く感じる」が 0.004、「やや強く感じる」が-0.116、「強く感じる」が-0.094 であった。感じる程度が弱いほど信頼指数は高く、感じる程度が高いほど指数は低くなる傾向があった。

表 5-5 信頼指数と健康状態の関係

		件数(人)	指数平均
食欲	食欲は非常にある	149	0.069
	食欲はある方	237	-0.017
	食欲はあまりない	34	-0.149
	食欲がない	3	-0.651
身体的な病気や認知症になり、 介護が必要な状態になるという 不安	よくある	99	-0.164
	ときどきある	111	-0.028
	あまりない	68	0.156
	まったくない	116	0.032
身体的な病気や認知症になり、 介護が必要な状態になるという 不安の程度	強く感じる	52	-0.094
	やや強く感じる	73	-0.116
	やや弱く感じる	80	0.004
	弱く感じる	71	0.087

⑤信頼指数と主観的健康感との関係

■普段自分で健康だと感じるか

普段自分で健康と感じているかについて「健康ではない」が最も低く-0.127であった。次いで「あまり健康ではない」が-0.016、「まあ健康な方」が0.028、「とても健康」が0.002となっており、健康ではないと答えた人が信頼指数が低い傾向であることがうかがえた。

■2年前と比べた現在の健康状態はどうか

前回(2年前)の調査の時と比べて、今の健康状態を尋ねたところ、「どちらかというところの方が健康」が0.150、次いで「今の方がとても健康」が0.088、「前と変わらない」が0.068、「前の方がとても健康」が-0.025、「どちらかというところの方が健康」が-0.081となった。今の方が健康と答えた人が前の方が健康と答えるよりも信頼指数が高いことがわかった。

■老性自覚

これまでに「自分が年をとった」と感じたことがあるか尋ねたところ、「ない」と答えた人の信頼指数は0.261であった。一方「ある」と答えた人の指数は-0.021であった。自分が年をとったと感じない方が信頼指数が高いことがわかった。

表 5-6 信頼指数と主観的健康観との関係

		件数(人)	指数平均
普段自分で健康だと感じるか	とても健康	104	0.002
	まあ健康な方	189	0.028
	あまり健康ではない	93	-0.016
	健康ではない	37	-0.127
2年前と比べた現在の健康状態はどうか	今の方がとても健康	11	0.088
	どちらかというところの方が健康	16	0.150
	どちらかというところの前の方が健康	167	-0.081
	前の方がとても健康	67	-0.025
	前と変わらない	162	0.068
老性自覚	ある	395	-0.021
	ない	27	0.261

⑥信頼指数と社会・地域活動参加との関係

■地域での活動の参加の有無

地域活動に参加しているかについて、「参加している」は 0.094 で信頼指数が高く、「参加していない」は -0.120 で指数が低い。参加している人は参加していない人よりも信頼指数が高い結果となっている。

■地域での活動における役職の有無

地域活動において何か役職についているかについて、「役職がある」と答えた人は 0.255 であり、「役職がない」と答えた人は -0.039 であった。役職がある人は特に信頼指数が高いことがうかがえる。

■地域におけるすべての活動頻度

地域活動の参加頻度を尋ねたところ、「ほとんど毎日」と答えた人が最も信頼指数が高く 0.386 であった。次いで「週 2～3 回」と続く。ほとんど参加している人は特に指数が高く、複数回参加している人は信頼指数が高い傾向にあることがわかる。

表 5-7 信頼指数と社会・地域活動参加との関係

		件数(人)	指数平均
地域での活動の参加の有無	参加している	233	0.094
	参加していない	190	-0.120
地域での活動における役職の有無	ある	106	0.255
	ない	127	-0.039
地域におけるすべての活動頻度	ほとんど毎日	10	0.386
	週 2～3 回	21	0.128
	週 1 回程度	30	0.040
	週 1 回以下	171	0.087

⑦信頼指数と認知機能との関係

■HDS-R(合計点)

HDS-R を 20 点以下、21 点以上と 2 群に分け比較したところ、20 点以下では-0.342、21 点以上は 0.020 であった。HDS-R の合計得点が低いと信頼指数が低いことがわかった。

表 5-8 信頼指数と認知機能との関係

		件数(人)	指数平均
HDS-R 合計点 (20 点以下、21 点以上)	20 点以下	32	-0.342
	21 点以上	379	0.020

⑧信頼指数と QOL との関係

■今の生活に満足していますか

今の生活に満足していますかと尋ねたところ、「どちらともいえない」が最も低く-0.314 であった。次いで、「いいえ」が-0.056 であり、はいが 0.047 である。

■ささいなことが気になって眠れないことがありますか

ささいなことが気になって眠れないことがあるか尋ねたところ、「どちらともいえない」が最も高く 0.125 であった。一方、最も低いのは「はい」と答えた人で-0.108 であった。

■若いころと同じように、興味ややる気がありますか

若いころと同じように興味ややる気があるか尋ねたところ、「いいえ」と回答した人の指数が最も低く-0.157 であり、「はい」、「どちらともいえない」はそれぞれ 0.040、0.034 であった。

■たとえ病気があっても自分なりの生活ができていますか

たとえ病気があっても自分なりの生活ができていますか尋ねたところ、「はい」が最も高く 0.041 であり、次いで、「いいえ」が-0.095、「どちらともいえない」が-0.177 であった。

■今、楽しく暮らしていますか

今、楽しく暮らしているか尋ねたところ、「いいえ」と答えた人の指数が特に低く-0.747 となった。「はい」が 0.028、「どちらともいえない」が-0.120 であった。

■何となく不安にかられることがありますか

何となく不安にかられることがあるか尋ねたところ、「どちらともいえない」が 0.045、「いいえ」が 0.013、「はい」が-0.039 であり、3 者とも変化はなかった。

■今までの生活にかなり満足していますか

今までの生活にかなり満足しているか尋ねたところ、「いいえ」が特に低く-0.360 であった。次いで、「どちらともいえない」が-0.091、「はい」が 0.051 と否定的な方がより満足していないことがわかった。

■興味や楽しみごとをもって生活していますか

興味や楽しみごとをもって生活しているか尋ねたところ、「はい」が 0.021、「どちらともいえない」が-0.060、「いいえ」が-0.104 となっており、指数が高いほど肯定的にとらえ、指数が低いほど否定的にとらえる傾向がみられた。

■自分の周囲に起きた問題は自分で解決するようにしているか

自分の周囲に起きた問題は自分で解決するようにしているか尋ねたところ、「どちらともいえない」が 0.052、「はい」が 0.004、「いいえ」が-0.229 であり、いいえと答えた人の指数は他よりも低い傾向がみられた。

■ささいな事でも気にするようになったか

ささいな事でも気にするようになったと思うか尋ねたところ、「どちらともいえない」が 0.118、「いいえ」が 0.005、「はい」が-0.083 であった。

■今、幸福だと思いますか

今、幸福だと思うか尋ねたところ、「はい」が 0.031、「どちらともいえない」が-0.124、「いいえ」が-0.360 となっており、肯定的であるほど指数は高く、否定的であるほど指数は低いことがわかった。

■気分の落ち込むことはありますか

気分の落ち込むことがあるか尋ねたところ、「どちらともいえない」が最も高く 0.230 であり、次いで、「いいえ」が 0.002、「はい」が-0.116 であった。

■何かするとき活力を持ってやっていますか

何かするとき活力を持ってやっているか尋ねたところ「どちらともいえない」が最も高く 0.117 であり、次いで「はい」が-0.004、「いいえ」が-0.124 であった。

■家族以外の周りの人とうまくやっていますか

家族以外の周りの人とうまくやっているか尋ねたところ、「はい」が 0.032、「どちらともいえない」が-0.443、「いいえ」が-0.699 であり、家族以外の周りの人とうまくやっているほど指数は高く、うまくやっていない人は指数が低いことがわかった。

■これから先、何か楽しいことが起こると思いますか。

これから先、何か楽しいことが起きるか尋ねたところ、「はい」が 0.074、「どちらともいえない」が-0.035、「いいえ」が-0.141 となり、肯定的なほど指数は高く、否定的になるにつれて漸次指数は低くなる傾向があった。

表 5-9 QOL と信頼指数との関係

		件数(人)	指数平均
①今の生活に満足していますか	はい	352	0.047
	どちらともいえない	54	-0.314
	いいえ	16	-0.056
②ささいなことが気になって寝れないことがありますか	はい	159	-0.108
	どちらともいえない	67	0.125
	いいえ	196	0.039
③若いころと同じように、興味ややる気がありますか	はい	248	0.040
	どちらともいえない	84	0.034
	いいえ	90	-0.157
④たとえ病気があっても、自分なりの生活ができていますか	はい	324	0.041
	どちらともいえない	65	-0.177
	いいえ	33	-0.095
⑤今、楽しくくらしていますか	はい	371	0.028
	どちらともいえない	42	-0.120
	いいえ	9	-0.747
⑥なんとなく不安にかられることがありますか	はい	173	-0.039
	どちらともいえない	72	0.045
	いいえ	177	0.013
⑦今までの生活にかなり満足していますか	はい	302	0.051
	どちらともいえない	98	-0.091
	いいえ	22	-0.360
⑧興味や楽しみごとをもって生活していますか	はい	323	0.021
	どちらともいえない	55	-0.060

	いいえ	44	-0.104
⑨自分の周囲に起きた問題は自分で解決するようにしていますか	はい	365	0.004
	どちらともいえない	39	0.032
	いいえ	18	-0.229
⑩ささいなことでも気にするようになったと思いますか	はい	128	-0.083
	どちらともいえない	70	0.118
	いいえ	224	0.005
⑪今、幸福だと思いますか	はい	350	0.031
	どちらともいえない	59	-0.124
	いいえ	13	-0.360
⑫気分の落ち込むことはありますか	はい	148	-0.116
	どちらともいえない	67	0.230
	いいえ	207	0.002
⑬何かするとき、活力を持ってやっていますか	はい	338	-0.004
	どちらともいえない	44	0.117
	いいえ	40	-0.124
⑭家族以外の周りの人とうまくやっていますか	はい	395	0.032
	どちらともいえない	20	-0.443
	いいえ	7	-0.699
⑮これから先、何か楽しいことが起こると思いますか	はい	197	0.074
	どちらともいえない	150	-0.035
	いいえ	75	-0.141

3) 社会参加との関係

(地域での活動数の基準)

今回の調査では、住民の社会参加活動が、個人の健康や生きがい、認知機能などにどのような影響を与えているのかを明らかにすることも目的としている。そこで今回は、住民の地域活動参加状況をもとに比較検討することにした。

2010 年調査において地域での社会活動数を聞いたところ、最も多い回答は 0 団体で、地域での活動には参加していない人が最も多かった(44.8%)。平均参加団体数は 0.93 団体であり、中央値は 1 である。2010 年調査の参加団体数において中央値をもとに 2 未満を下位群とし参加団体数 2 以上を上位群として両者の比較を行った。

①社会参加と対象者の属性との関係

■性別

*社会参加下位群は男性よりも女性が多いが、上位群では男女に差はない。この傾向は時系列的に見ても変わらない。

社会参加と性別の関係を見ると 2010 年において、参加団体数が 2 未満では女性が 66.6%であり、全体の 3 分の 2 を女性が占めている。一方、参加団体数が 2 以上では男性が 51.7%であり、女性の 48.3%とあまり変わらない。

時系列に見てもこれらの傾向に変わりはなく、参加団体数が少ないのは女性であり、参加団体数が多い場合は男女の割合が拮抗している。

■家族構成

*社会参加上位群は夫婦世帯が最も多く、次いで二世代の順になる。上位群を時系列に世代別に見ると、三世代は年々減少傾向があり、夫婦世帯は年々上昇傾向があるが、単身にはあまり変化がない。

2010 年において、参加団体数が 2 未満の場合、最も多い家族構成は二世代で 32.2%であり、次いで夫婦が 29.6%である。参加団体が 2 以上の場合、最も多い家族構成は夫婦で 40.4%であり、次いで二世代が 32.6%である。

時系列に見ると参加団体数が 2 未満の場合は三世代の割合が 29.9%(2006 年)、27.3%(2008 年)、21.8%(2010 年)と徐々に減っているのに対し、単身が 6.3%(2006 年)、7.6%(2008 年)、10.1%(2010 年)と徐々に増加している。

一方、参加団体数が 2 以上では三世代の割合が 27.0%(2006 年)、26.5%(2008 年)、20.2%(2010 年)と徐々に減っているのは同様であるが、単身はあまり変化がない(実施年ごとに 4.9%、7.1%、5.6%)が夫婦は徐々に増加しており、32.2%(2006 年)、37.8%(2008 年)、40.4%(2010 年)となっている。

②社会参加と対人交流との関係

■家にいるときに一緒に過ごす相手

＊社会参加上位群で家で一緒に過ごす相手をみると、配偶者が最も多いが、下位群も同様に配偶者が最も多い。時系列的に見ると、上位群で配偶者の割合が徐々に高くなる。

2010 年において、参加団体数が 2 未満の場合、最も多いのは「夫または妻」(58.5%)であり、次いで「一人」(14.6%)となっている。さらに、「子ども」と「嫁」の割合は 19.5%となっている。参加団体数が 2 以上の場合でも、最も多いのは「夫または妻」(68.5%)であり、次いで「一人」(12.4%)となっている。さらに、「子ども」と「嫁」の割合は 5.6%である。

参加団体数が多い人は夫または妻で過ごす割合が 10 ポイント高く、子ども、嫁と一緒に過ごしている割合が 14 ポイント程度低い。

時系列に見ると、両者ともに夫または妻の割合が徐々に高くなっているが、参加団体数が 2 未満の場合は子どもと嫁の割合が高くなっているのに対し(子どもと嫁の割合 13.4%、17.2%、19.5%)、参加団体数が 2 以上の場合は子どもと嫁の割合が低くなっている(子どもと嫁の割合、15.7%、11.2%、5.6%)。

■ちょっとした用事や留守番などを頼める人の有無

＊社会参加上位群は、下位群と比べるとちょっとした用事や留守番などを頼める相手がいる割合が高い。この傾向は、時系列的に見た場合も同様である。

2010 年において、同居の家族以外で、ちょっとした用事や留守番などを頼めるような人がいるか尋ねたところ、参加団体数が 2 未満では「いる」が 70.7%であり、「いない」は 29.3%であった。参加団体数が 2 以上では「いる」が 80.9%であり、「いない」は 19.1%であった。参加団体数が 2 以上の人が 10.2 ポイント「いる」と答えた割合が高かった。時系列に見ると「いる」という回答は約 67%から約 85%であり、参加団体数が 2 以上の人が「いる」と言う回答が高いことがわかった。

■相談されたり、用事を頼まれることがあるか

＊社会参加上位群では、相談されたり用事を頼まれることが多く、下位群では少ない傾向が見られる。この傾向は時系列的に見ても同様である。

2010 年において、参加団体数が 2 未満を見ると「よくある」は 35.2%で最も高く、次いで、「ときどきある」が 29.3%、「あまりない」が 18.2%、「ほとんどない」が 17.3%であった。参加団体数が 2 以上では「よくある」が 51.7%で最も高く、次いで、「ときどきある」が 30.3%、「あまりない」が 11.2%、「ほとんどない」が 6.7%であった。

「よくある」と、「ときどきある」を合計すると参加団体数が 2 未満は 64.5%、参加団体数が 2 以上は 82.0%であり、参加団体数が 2 以上の人が相談されたり、用事を頼まれることが多いと回答している。一方、「あまりない」と、「ほとんどない」を合計すると、

参加団体数が2未満は35.5%、参加団体数が2以上は17.9%であり、参加団体数が2未満の人が相談されたり、用事を頼まれることが少ないと回答している。

時系列に見ると同様の傾向がみられ、参加団体数が2以上は相談されたり、用事を頼まれることが多く、参加団体数が2未満は相談されたり、用事を頼まれることが少ない傾向となっている。

③社会参加とライフスタイルとの関係

■収入を伴う仕事の有無

*収入を伴う仕事をしている人は社会参加上位群の方が多く、3人に1人は収入を伴う仕事をしているが、下位群では7人に1人の割合である。収入を伴う仕事をしている人が上位群に多いのは時系列的に見ても同様である。

2010年において、参加団体数が2未満では「収入を伴う仕事をしていない」という回答が85.4%にのぼり、参加団体数が2以上では66.3%に留まる。一方、参加団体数が2以上では「仕事をしている」という回答は33.7%にのぼるが参加団体数が2未満では14.6%に留まる。

時系列に見ると、2010年と同様の傾向があり、2008年において参加団体数が2未満では「仕事をしていない」が80.6%、「している」が19.2%、参加団体数が2以上では「仕事をしていない」が60.2%、「している」が39.8%である。さらに、2006年において参加団体数が2未満では「仕事をしていない」が73.7%、「している」が26.3%、参加団体数が2以上では「仕事をしていない」が61.7%、「している」が38.3%となっている。

■散歩や買い物を含めた1週間の外出頻度

*ほぼ毎日外出している人は社会参加上位群に多く、7割を超えている。毎日外出するのが上位群に多いのは、時系列的に見ても同様である。

2010年において、参加団体数2未満では「ほぼ毎日」が62.7%であり、次いで「週2～3回」が21.8%となっている。参加団体数が2以上では「ほぼ毎日」が71.9%であり、次いで「週2～3回」となっている。参加団体数が2以上の人が「ほぼ毎日」と回答している人が9.2ポイント高く外出頻度が高いことがわかる。

時系列に見ると、2010年と同様に「ほぼ毎日」を比較すると参加団体数が2以上が2008年で15.3ポイント高く、2006年で11.4ポイント高い結果となっている。

■食べ物の好き嫌いの有無

*社会参加上位群は食べ物の好き嫌いがほとんどない人が8割近くであり、下位群よりも多い傾向にある。この傾向は時系列的に見ても同様である。

2010年において、参加団体数が2未満では「ほとんどない」が72.2%であり、次いで、「少しはあるが大体食べる」(17.6%)となっている。参加団体数が2以上では「ほとん

どない」が78.7%であり、次いで、「少しはあるが大体食べる」(14.6%)となっている。

時系列に見ると、同様の傾向がみられ、参加団体数が2以上の人が「ほとんどない」の割合が高くなっている。

■家族や友人・職場の人など一緒に食事をする頻度

*社会参加上位群では、社会参加下位群と比べて毎回、あるいは一日2回以上誰かと食事を一緒にする人が多く、この傾向は時系列的に見ても同様である。

2010年において、参加団体数が2未満では「毎回」が最も多く69.0%となっている。次いで「1日1回以下」(13.1%)、「1日2回」(12.2%)となっている。参加団体数が2以上では「毎回」が78.7%で最も多く、次いで「1日2回」(10.1%)となっている。

時系列に見ると総じて参加団体数が2以上の人が「毎回」と回答する割合が高い。

■おやつなどの間食の有無および頻度

*社会参加下位群は、上位群に比べて毎日間食する人が多い。

2010年において、参加団体数が2未満では「ほぼ毎日」が69.3%と最も多く、次いで「週2〜3回」が12.5%であり、「食べない」は11.0%である。参加団体数が2以上では「ほぼ毎日」が47.2%と最も高く、次いで「食べない」が25.8%、「週2〜3回」が18.0%となっている。参加団体数が2以上の人が食べない割合が高く、参加団体数が2未満の人がほぼ毎日の割合が高い。

時系列に見ると2008年は参加団体数の多寡による変化はないが2006年においては2010年と同様の傾向がみられる。

■風呂はどれくらいの割合で入っているか

*社会参加上位群では、ほとんどの人が毎日入浴しており、毎日入浴する人は下位群よりも多い。この傾向は時系列的に見ても同様である。

2010年において、参加団体数が2未満は「ほぼ毎日」が約90%に上り、「週2〜3回」が約8%となっている、参加団体数が2以上は「ほぼ毎日」が約98%となっており、「週2〜3回」が約2%にとどまっている。参加団体数が2以上の人がほぼ毎日風呂に入っている割合がより高くなっている。

時系列に見ると2010年の傾向と同様であり、参加団体数が2未満は「ほぼ毎日」が約87%から約92%であるのに対し、参加団体数が2以上は約98%となっており、参加団体数が2以上の人が風呂をよりほぼ毎日入っていることがわかった。

■飲酒状況

*両群とも飲酒をしない人が最も多いが、飲まない人は社会参加下位群に多い。一方毎日飲酒する人は上位群に多く、この傾向は時系列的に見ても同様である。

2010 年において、参加団体数が 2 未満では「飲まない」が最も多く、68.7%となっている。次いで、「ほぼ毎日」が 14.9%と続く。参加団体数が 2 以上では「飲まない」が最も多く 59.6%となっている、次いで、「ほぼ毎日」が 27.9%となっている。両者とも同様の傾向がみられるが、参加団体数 2 未満の人が飲まない割合が 9.1 ポイント高く、参加団体数が 2 以上の人がほぼ毎日の割合が 12.1%高い。

時系列に見ると同様の傾向が見られ、参加団体数が 2 未満は「飲まない」がより高い割合を示し、参加団体数が 2 以上は「ほぼ毎日」がより高い割合を示している。

■喫煙状況

*両群とも喫煙をしない人が最も多いが、喫煙しない人は社会参加下位群に多い。一方以前吸っていたがやめた人は上位群に多く、現在吸っている人も上位群に多い。時系列的に見ると、社会参加下位群はもともと吸わない人が多く、上位群はもともと吸う人や、途中でやめた人が多い。

2010 年において、参加団体数が 2 未満では「吸わない」が 74.3%であり、「以前吸っていたがやめた」が 19.1%と続く。参加団体数が 2 以上でも同様に「吸わない」が最も高く 57.3%であり、次いで、「以前吸っていたがやめた」が 31.5%となっている。

時系列に見ると同様の傾向がみられるが参加団体数が 2 未満は「吸わない」がどの実施年でも 7 割を超えている一方で、参加団体が 2 以上は 6 割ないし 5 割台である。また、「以前吸っていたがやめた」では、参加団体が 2 未満と比べて参加団体数が 2 以上でより高い割合を示しており、さらに、「吸う」でも参加団体が 2 以上で参加団体数が 2 未満と比較して高い割合を示している。

■趣味的な活動の有無

*趣味的活動をしているひとは、社会参加上位群に多く、時系列的にも同様の結果であるが、上位群で趣味活動をしている人は年々わずかに減少傾向にある。

2010 年において、参加団体数が 2 未満では「趣味的活動をしている」が 71.0%と 7 割がしていると回答した。参加団体数が 2 以上では 83.1%と 8 割強が趣味的活動をしていると回答した。時系列に見ると、参加団体数が 2 未満では 2006 年が 68.1%、2008 年が 67.1%と横ばい状態であるのに対し、参加団体数が 2 以上では 2006 年が 87.8%、2008 年が 85.7%と漸次減少している。

■趣味や余暇活動など一緒にやる人の有無

*社会参加上位群の 7 割近くの方は趣味活動と一緒にやる相手があり、下位群では 5 割程度である。この割合は時系列的に見ても変化がない。

2010 年において、参加団体数が 2 未満では「いない」が 50.8%で多く、参加団体数が 2 以上では「いる」が 68.9%と多くなっている。

時系列に見ると、参加団体数が2未満では2008年が「いる」52.8%、2006年が「いる」53.1%であり、趣味や余暇活動など一緒にやる人の有無は拮抗している。一方、参加団体数が2以上では2008年が65.5%、2006年が70.9%と7割近くが趣味や余暇活動など一緒にやる人がいると答えている。

■趣味や余暇活動など一緒にやる人の人数

*趣味を一緒にやる人数は、両群とも4人以上が最も多いが、4人以上いる人の割合は社会参加上位群に多い。この傾向は時系列的に見ても同様である。

2010年において、参加団体数が2未満では「4人以上」が61.5%と最も高い。参加団体数が2以上では「4人以上」が78.4%と最も高い。両者ともに最も高いのは「4人以上」であるが参加団体数が「2以上」の人が16.9ポイント高くなっている。

時系列に見ると、同様の傾向がみられ、「4人以上」では参加団体数が「2以上」の人が割合がより高く、参加団体数が2未満よりも10ポイント以上高くなっている。

④社会参加と健康状態との関係

■病院にかかる病気の有無

*病院にかかる病気を有している人は両群とも多いが、社会参加下位群の方が病院にかかる病気を有している人がより多く、この傾向は時系列的にみても同様である。

2010年において参加団体数が2未満では「ある」という回答は87.8%あり、参加団体数が2以上では79.8%となっていて参加団体数が2未満の人が病院にかかる病気の経験が多いことわかる。

時系列に見ると、参加団体数が2未満では2010年87.8%、2008年78.7%、2006年76.6%に対し、参加団体数が2以上では2010年79.8%、2008年73.5%、2006年67.8%となっており、実施年にかかわらず、参加団体数が2未満の人が病院にかかる病気の経験が高い。

■現在の食欲

*食欲がある人は、両群とも9割を超えており、この傾向は時系列的にみても同様である。しかし、食欲は非常にあると回答した人は、社会参加上位群により多く見られる。

2010年において、参加団体数が2未満では「食欲は非常にある」(32.5%)と「食欲はある方」(57.6%)と合わせて90.1%を占めており、参加団体数が2以上は「食欲は非常にある」(46.1%)、「食欲はある方」(49.4%)と合わせて、95.5%を占めている。

時系列に見ても2010年と同じ傾向であり、すべての実施年であっても食欲がある(食欲は非常にある、食欲はある方)と回答した割合は9割を超えている。

■前回(2年前)と比べた、今の食欲

*食欲が2年前と変わらないのは、両群とももともと多いが、社会参加上位群の方がより多く、この傾向は時系列的にみても同様である。

2010年において、参加団体数が2未満では「前と変わらない」が75.2%を占めている。参加団体数が2以上は「前と変わらない」が86.5%を占めている。

時系列に見ると同じ傾向がみられ、「前と変わらない」が最も高い。参加団体数で比較すると、参加団体数が2以上の人が参加団体数が2未満よりも「前と変わらない」と回答している人が多いことがわかる(参加団体数が2以上の「前と変わらない」は、2010年は86.5%、2008年は81.6%、2006年は90.4%、参加団体数が2未満の「前と変わらない」は、2010年は75.2%、2008年は82.9%、2006年は85.2%)。

■普段、健康のための「運動」の有無、頻度

*健康のために毎日運動している人は両群とも最も多いが、社会参加上位群の方がより多い。毎日運動している人は上位群で5割を超えており、下位群では5割を下回っている。この傾向は時系列的にみても同様である。

2010年において参加団体数が2未満では「毎日している」が46.3%と最も高く、次いで「していない」が38.8%と続く。参加団体数が2以上でも同様に「毎日している」が51.7%で最も高く、次いで、「していない」が34.8%となっている。

時系列に見ると同様の傾向がみられるが参加団体数が2以上では「毎日している」がどの実施年であっても5割を超えているが、参加団体数が2未満では「毎日している」が5割を下回っている。

■身体的な病気や認知症になり、介護が必要な状態になるという不安

*不安を感じている人は両群とも5割程度で最も多いが、不安のある人は社会参加下位群でわずかに多い。この傾向は時系列的にみても同様である。

2010年において参加団体数が2未満では「まったくない」が28.4%で最も多い、一方、参加団体数が2以上では「ときどきある」が29.2%で最も多い。不安がある(よくある、ときどきあるの合計)を比較すると、参加団体数が2未満では50.1%であり、参加団体数が2以上では47.2%である。

時系列に見ると、不安があるは、すべての実施年において、参加団体数が2未満の方が高く(2010年50.1%、2008年52.8%、2006年55.8%)、参加団体数が2以上の方が低い(2010年47.2%、2008年40.8%、2006年51.3%)。

■身体的な病気や認知症になり、介護が必要な状態になる不安の程度

*不安を強く感じる、あるいはやや強く感じる人は、社会参加下位群に多く、この傾向は時系列的にみても同様である。しかし両群とも不安を強く感じる割合は年々減ってきて

ており、不安の程度は穏やかになりつつある。

前設問で不安が「よくある」、「ときどきある」、「あまりない」と回答した人のうちどの程度不安であるかを尋ねたところ、2010 年において、参加団体数 2 未満では「やや弱く感じる」が最も高く 29.7%であり、参加団体数が 2 以上では「弱く感じる」が最も高く 34.3%であった。

「強く感じる」と「やや強く感じる」を合計した値を参加団体数で比較すると、参加団体数が 2 未満では参加団体数が 2 以上よりも強く感じる傾向にある(参加団体数 2 未満の 2010 年 46.7%、2008 年 47.9%、2006 年 54.1%、参加団体数が 2 以上の 2010 年 38.8%、2008 年 36.6%、2006 年 50.7%)。時系列でみると、参加団体数にかかわらず、漸次割合が低くなっており、不安の程度は穏やかになりつつあることがわかる。

⑤社会参加と主観的健康感との関係

■普段自分で健康だと感じるか

*社会参加上位群の 4 分の 3 の人たちは、普段自分で健康だと感じており、下位群に比べると多い。この傾向は時系列的にみても同様である。

2010 年において、参加団体数が 2 未満では「まあ健康な方」が 45.7%と最も高く、「とても健康」と合わせると、67.5%が健康であると回答している。参加団体数が 2 以上では「まあ健康な方」が 41.6%と最も高く、「とても健康」と合わせると 76.4%が健康であると回答している。

時系列に見ると同様の傾向がみられ、参加団体数が 2 以上は参加団体が 2 未満よりも「とても健康」、「まあ健康な方」を合計した値が高く、参加団体数が 2 以上の方がより健康であると認識している(参加団体数が 2 以上の「とても健康」、「まあ健康な方」の合計は 2010 年で 76.4%、2008 年で 79.6%、2006 年で 85.2%。参加団体数が 2 未満では 2010 年で 67.5%、74.5%、2006 年で 74.8%)。

■前回(2 年前)と比べた、今の健康状態

*社会参加上位群では、4 割以上の方が 2 年前と健康状態は変わらないと感じており、下位群では 4 割近くの方が前の方が健康と感じている。時系列的にみても、上位群では変わらないという回答が最も多く、下位群では前の方が健康という回答がもっとも多い。しかし両群とも前の方が健康という人は年々増加しており、変わらないという人は年々減少している。

2010 年において、参加団体数が 2 未満では「どちらかという前の方が健康」が 39.7%で最も高く、次いで、「前と変わらない」が 37.0%と続く。参加団体数が 2 以上では「前と変わらない」が 43.8%と最も高く、次いで、「どちらかという前の方が健康」が 38.2%と続く。

時系列に見ると両者ともに「どちらかという前の方が健康」は漸次増加し、「前と変

わらない」は漸次減少している傾向にある。

参加団体数の多寡で比較すると参加団体数が 2 以上は実施年にかかわらず前と変わらないがより高い割合となっており、参加団体数が 2 以上は参加団体が 2 未満よりも前と変わらないと回答する割合が高いと言える。

■老性自覚

*老性自覚は両群とも 9 割前後が感じているが、社会参加上位群で自覚している人が下位群よりわずかに少なく、この傾向は時系列的にみても同様である。

2010 年において、参加団体数が 2 未満では「自覚がある」と回答した割合は 94.3% であり、参加団体数が 2 以上では「自覚がある」と回答した割合は 89.9% であった。

時系列に見ると、同様に同じ傾向であり、9 割前後が自覚があると回答している。

⑥社会参加と社会・地域活動参加との関係

■地域での活動における役職の有無

*地域での活動において役職がある人は社会参加上位群で約 6 割であり、下位群では 4 割弱で、役職がある人は上位群に圧倒的に多い。この傾向は時系列的にみても同様である。

2010 年において、参加団体数が 2 未満では「役職がない」という回答は 62.8% にのぼる。一方参加団体数が 2 以上では「役職がある」という回答は 59.6% にのぼる。時系列に見ると、参加団体数が 2 未満では、「役職がない」という回答は 2008 年は 72.5%、2006 年は 70.0% となっている。一方、参加団体数が 2 以上では「役職がある」という回答は 2008 年は 53.1%、2006 年が 68.7% となっている。

■地域におけるすべての活動頻度

*社会参加上位群は、5 割弱の人が週 1 回以上活動に参加しているが、下位群では 9 割弱の人が週 1 回以下の参加頻度である。この傾向は時系列的にみても同様であり上位群の人の活動頻度は高い。

2010 年において、参加団体数が 2 未満では「週 1 回以下」で 85.5% となっており、ほとんどが週 1 回以下と回答している。参加団体数が 2 以上では「週 1 回以下」が 53.9% で、次いで、「週 1 回程度」(20.2%)、「週 2～3 回」(18.0)、「ほとんど毎日」(7.9%) と続く。

時系列に見ると、2010 年と同様の傾向がみられ、参加団体数(2 未満)では 2008 年が 85.3%、2006 年が 89.3% となっており、いずれも 85% を超えている。一方、参加団体数が 2 以上では、週 1 回以下が最も高く 2008 年 67.3%、2006 年が 53.0% となっているが、週 1 回以上(ほとんど毎日、週 2～3 回、週 1 回程度の合計)が 2008 年 32.7%、2006 年 47.0% と 1 週間に行われる活動が複数回にわたっている割合も多いことがわかる。

⑦社会参加と認知機能との関係

■HDS-R（合計得点）

*HDS-R の得点は、社会参加上位群の方が高得点群である割合がやや高く、この傾向は時系列的にみても同様である。

2010 年において参加団体数が 2 未満では 21 点以上が 88.4%であり、参加団体数が 2 以上では 21 点以上が 93.3%であり、参加団体が 2 以上の人が 21 点以上の割合が高い。

時系列に見ると、同様に同じ傾向であり、参加団体数が 2 以上で合計点が 21 点以上は 9 割を超えており、参加団体が 2 未満では 21 点以上が 9 割弱にとどまる。

4. まとめ

1) 調査結果概要のまとめ

気仙沼大島地区を対象とした「加齢と健康に関する縦断的研究」は、2002 年より 2 年ごとに行われており、今回の研究では、2006 年、2008 年、2010 年の調査データをもとに分析を行っている。今回の分析対象者は、424 名（女性 266 名、男性 158 名）で、平均年齢は 76.5 歳である。

（対人交流）

対人交流に関しては、家にいるときは夫婦で過ごす人が多く、同居していない子どもとも定期的に連絡を取り合っている。また親戚づきあいや友人関係も親密で、多くの人には相談や悩みを聞いてくれる人がおり、緊急時には駆けつけてくれる人も多いという、自助・互助機能の高い地域であることが再確認された。

（ライフスタイル）

ライフスタイルに関しては、年々収入を伴う仕事をしている人は減っているものの、9 割を超える人たちは家の仕事をしており、家の仕事を日課にしている人も年々増えている。

食に関しては、魚や野菜を中心とした伝統的な食生活を送っており、特に魚中心の食事が年々増えていて、家族や友人などと楽しみながら食事を摂っている人が非常に多い。また 6 割以上の人に飲酒の習慣がないのは時系列的に安定した結果であり、7 割以上の人には煙草を吸う習慣がなく、2 割の人たちは途中で禁煙しており、煙草を吸う人の割合は年々減ってきているなど、健康的なライフスタイルを送っているといえるだろう。趣味活動に関しては、7 割以上の人々が趣味を持ち、そのうち 6 割近い人が毎日趣味活動をしており、誰かと一緒に趣味活動に参加するという点は時系列的に見ても安定した結果である。さらに昼寝の習慣がある人は 7 割近くであり、毎日昼寝をする人が年々増加しているという結果は、活動だけではなく、休息することにも気を配っていることのあらわれであろう。

（健康状態）

高齢になると、多くの人々が複数の慢性疾患を持っているといわれるが、今回の調査結果でも、9 割弱の人たちが病院で治療を受けており、病気を有する人は年々増加する傾向にある。また 8 割以上の人たちは過去に入院するほどのけがや病気を経験しており、入院経験のある人も年々増加傾向にあるが、要介護認定を受けている人は 1 割未満である。

健康の指標の一つである睡眠と排便、運動を取り上げてみると、半数以上の人々は睡眠にまったく問題がないことが明らかとなった。しかし不眠傾向は年々増える傾向にあり、不眠の 6 割が浅眠である。排便に関しては、8 割以上の人に問題はなく、時系列的に見て

も安定している。健康のための運動に関しては、約半数の人が毎日運動しているが、時系列的にみると、運動していない人はやや増加傾向にある。

介護が必要になった時の不安を持っている人は約半数であり、不安を感じている人の4分の1の人は強い不安を持っているが、介護が必要になったときの不安を持っている人は年々減少しており、強い不安を抱く人も減少傾向にある。家庭内の介護や認知症のことを相談する相手としては、同居家族、別居している家族、兄弟親戚の順で多く、時系列的にみると医師と回答する人も増えており、今回は4分の1の人たちが医師と回答している。また自分が介護を受けるようになったときには自宅で介護を受けたい人が6割以上で、この傾向は年々増加している。一方施設を希望している人は2割にすぎない。誰に介護してほしいかという問題では、3分の1が子どもに介護してほしいと思っており、配偶者を希望しているのは約4分の1であった。しかし、施設職員や医療従事者を希望する人は年々減少傾向にある。介護に関しては、自助を中心に考えている人が多いという結果である。

（主観的健康感）

主観的健康感に関して、自分で健康だと感じている人は約7割であり、しかも全体の4分の1の人たちは「とても健康」と感じている。ただし、健康を肯定的にとらえる人は年々やや減少傾向にあることも事実である。

（社会・地域活動）

対象者の半数以上の人は地域活動に参加しており、参加している人の約半数は何らかの役職についている。また地域活動に参加する人は時系列的にみても常に半数を超えている。地域活動への参加頻度では、週1回～週1回程度の人が約8割を占めており、週1回以上活動する人は年々増えていることが明らかになった。

2) ソーシャルキャピタルとの関係のまとめ

ライフスタイルや対人交流、健康状態などがソーシャルキャピタルとどのように関係しているのかを明らかにすることも今回の研究の一つの目的になっている。今回は信頼指数をもとにいくつかの項目と比較している。

その結果、信頼指数と関連が深いのは、互助機能の高さや、役割を持った地域活動への積極的参加、心身の健康、不安の少なさ、認知機能の高さなどがあげられた。(表 5 - 10)

また QOL との関係で明らかになったのは次の点である。

(信頼指数の高さと関係している項目)

- ・趣味や楽しみごとをもって生活している (Yes)
- ・今幸福だと思う (Yes)
- ・家族以外の周りの人とうまくやっている (Yes)
- ・これから先何か楽しいことが起こると思う (Yes)

(信頼指数の低さと関係している項目)

- ・今までの生活に満足している (No)
- ・趣味や楽しみごとを持って生活している (No)
- ・今幸福だと思う (No)
- ・家族以外の周りの人とうまくやっている (No)

表 5-10 信頼指数の高さと関連する項目

(属性) ●家族構成が大家族である
(対人交流) ●ふだんつきあいのある親戚がいる ●ちょっとした用事や留守番を頼める人がいる ●緊急な用があったときにすぐに駆けつけてくれる人がいる ●すぐに駆けつけてくれる人の数が多い ●相談されたり、用事を頼まれることがよくある
(ライフスタイル) ●食べ物の好き嫌いが少ない ●以前たばこを吸っていてやめた ●趣味や余暇活動を一緒にやる人がいる ●趣味や余暇活動を一緒にやる人の数が多い

(健康状態) ●食欲がある ●病気や認知症で介護が必要になったときに関する不安が少ない ●介護が必要になったときの不安はあっても、不安の程度が低い
(主観的健康感) ●ふだん自分で健康だと感じる ●以前よりも今の方が健康と感じる ●自分が年をとったとあまり感じない
(社会・地域活動) ●地域活動に参加している ●地域活動において役職に就いている ●地域活動に週のうち複数回参加している
(認知機能) ●認知機能検査の得点が高い

3) 社会参加との関係のまとめ

今回の研究では、住民の社会参加活動が、個人の健康や生きがい、認知機能などにどのような影響を与えているのかを数多く社会参加している群（社会参加上位群）とあまり社会参加していない群（社会参加下位群）で比較検討した。

（属性）

社会参加下位群は、男性よりも女性が多いが、社会参加上位群では男女に差はなく、この傾向は時系列的に見ても変わらない。また上位群には夫婦世帯が最も多く、夫婦世帯が占める割合は、年々上昇傾向がある。

（対人交流）

普段家庭内で一緒に過ごす相手は配偶者が多いが、社会参加上位群では、配偶者の占める割合が年々増えている。

ちょっとした用事や留守番などを頼める人の有無に関しては、上位群は、下位群と比べるとちょっとした用事や留守番などを頼める相手がいる割合が高く、この傾向は時系列的に見た場合も同様である。また相談されたり、用事を頼まれることがあるかに関しては、上位群では、相談されたり用事を頼まれることが多く、下位群では少ない傾向が見られる。この傾向は時系列的に見ても同様である。このように社会参加を数多くしている人たちは、ちょっとした用事を人に頼むことが多く、逆に人から頼まれることも多い。この傾向は、前述した信頼指数との関係の結果とほぼ一致している。

（ライフスタイル）

収入を伴う仕事をしている人は社会参加上位群の方が多く、この傾向は時系列的にも変わらない。また外出頻度に関しても、ほぼ毎日外出している人は社会参加上位群に多く、7割を超えている。毎日外出するのが上位群に多いのは、時系列的に見ても同様である。この結果から、社会参加の頻度の高い人は、仕事も外出も積極的に行っていることが分かる。

食生活に関しては、社会参加上位群で、好き嫌いが少ない人が多いことや、食事を誰かと一緒にする人が多いことなどが明らかになり、この傾向は時系列的に見ても同様の結果である。この結果から社会参加の頻度が多い人は、食事の好き嫌いが少ないだけではなく、食事を他の人と一緒に楽しむという人との関わりの多い人でもあることが分かる。

飲酒・喫煙状況では、両群とも飲酒をしない人が最も多いが、飲まない人は社会参加下位群に多い。一方毎日飲酒する人は上位群に多く、この傾向は時系列的に見ても同様である。喫煙状況に関しても、両群とも喫煙をしない人が最も多いが、喫煙しない人は社会参加下位群に多い。一方以前吸っていたがやめた人は上位群に多く、現在吸っている人も上位群に多い。時系列的に見ると、社会参加下位群はもともと吸わない人が多く、

上位群はもともと吸う人や、途中でやめた人が多い。

入浴頻度に関しては、社会参加上位群のほとんどの人が毎日入浴しており、毎日入浴する人は下位群よりも多い。この傾向は時系列的に見ても同様である。

趣味的な活動の有無に関しては、趣味的活動をしている人は、社会参加上位群に多く、時系列的にも同様の結果であるが、上位群で趣味活動をしている人は年々わずかに減少傾向にある。趣味や余暇活動など一緒にやる人の有無に関しては、社会参加上位群の 7 割近くの方は趣味活動を一緒にやる相手があり、下位群では 5 割程度である。この割合は時系列的に見ても変化がない。趣味や余暇活動など一緒にやる人の人数に関しては、趣味を一緒にやる人数は、両群とも 4 人以上が最も多いが、4 人以上いる人の割合は社会参加上位群に多い。この傾向は時系列的に見ても同様である。

ライフスタイルに関して、社会参加上位群の方が食べ物の好き嫌いが少ないことや、趣味活動を一緒にやる人があり、しかもその人数が多いことなどは、信頼指数との比較の結果と一致している。

(健康状態)

病院にかかる病気を有している人は両群とも多いが、社会参加下位群の方が病院にかかる病気を有している人がより多く、この傾向は時系列的にみても同様である。このことは、社会参加の条件は健康と関連していることを示すものである。

食欲に関して、食欲がある人は、両群とも 9 割を超えており、この傾向は時系列的にみても同様である。しかし、食欲は非常にあると回答した人は、社会参加上位群により多く見られる。また前回(2 年前)と比べた、今の食欲に関しても、食欲が 2 年前と変わらないのは、両群とももっとも多いが、社会参加上位群の方がより多く、この傾向は時系列的にみても同様である。

健康のための運動習慣に関しては、健康のために毎日運動している人は両群とももっとも多いが、社会参加上位群の方がより多い。毎日運動している人は上位群で 5 割を超えており、下位群では 5 割を下回っている。この傾向は時系列的にみても同様である。

身体的な病気や認知症になり、介護が必要な状態になるという不安に関しては、不安を感じている人は両群とも 5 割程度でもっとも多いが、不安のある人は社会参加下位群でわずかに多い。この傾向は時系列的にみても同様である。しかし不安を強く感じる、あるいはやや強く感じる人は、社会参加下位群に多く、この傾向は時系列的にみても同様である。時系列的に見ると、両群とも不安を強く感じる割合は年々減ってきており、不安の程度は穏やかになりつつあるといえる。

健康状態に関して、社会参加上位群の方が食欲があることや、介護が必要になったときの不安が少ないこと、不安の程度が低いという点は、信頼指数との比較の結果と一致している。

(主観的健康感)

普段自分で健康だと感じるかについて、社会参加上位群の 4 分の 3 の人たちは、普段自分で健康だと感じており、下位群に比べると多い。この傾向は時系列的にみても同様である。また前回(2 年前)と比べた、今の健康状態に関しても、社会参加上位群では、4 割以上の人が 2 年前と健康状態は変わらないと感じており、下位群では 4 割近くの方が前の方が健康と感じている。時系列的にみても、上位群では変わらないという回答が最も多く、下位群では前の方が健康という回答がもっとも多い。しかし両群とも前の方が健康という人は年々増加しており、変わらないという人は年々減少している。

老性自覚に関しては、両群とも 9 割前後が感じているが、社会参加上位群で自覚している人が下位群よりわずかに少なく、この傾向は時系列的にみても同様である。

主観的健康感に関して、社会参加上位群の方が普段自分で健康だと感じる人が多いことは、信頼指数との比較の結果と一致している。

(社会・地域活動参加)

地域での活動において役職がある人は社会参加上位群で約 6 割であり、下位群では 4 割弱で、役職がある人は上位群に圧倒的に多い。この傾向は時系列的にみても同様である。また地域におけるすべての活動頻度で、社会参加上位群は、5 割弱の人が週 1 回以上活動に参加しているが、下位群では 9 割弱の人が週 1 回以下の参加頻度である。この傾向は時系列的にみても同様であり上位群の人の活動頻度は高い。

社会・地域活動参加において、社会参加上位群の方が役職に就いている人が多いことや、地域活動への参加頻度が高いという結果は、信頼指数との比較の結果と一致している。

(認知機能)

認知機能に関して、HDS-R の得点は、社会参加上位群の方が高得点群である割合がやや高く、この傾向は時系列的にみても同様である。この結果も信頼指数との比較結果と一致している。

第6章 ソーシャルキャピタル指標に基づくモデル的介入と事例収集

はじめに

本研究では、高齢者の社会参加活動が、地域における高齢者保健福祉施策の推進に及ぼす影響や効果を明らかにすることを目的として、その政策的指針となる地域包括ケア実現に向け地域包括支援センターの役割と住民への具体的なアプローチを調査および介入によって検討した。

調査については、すでに第3章～5章において、「自助・互助」について住民と地域包括支援センターそれぞれの役割分担とその効果を分析したところである。

本章においては、互助活動開発および提供の担い手であり、共助の推進役となる地域包括支援センターまたは行政担当課を対象として、住民に具体的に活動参加および参画を促すための介入を試験的にいくつかの地域で実践し検証することを目指した。あわせて、モデル地域を選定し住民調査を行い、ソーシャルキャピタルの観点で情報を収集したうえで、ソーシャルキャピタルの醸成と地域連携の関係を明らかにしようとした。

以上のような視点で、以下の点に注目し本章をまとめた。

1. ソーシャルキャピタル醸成を目指したモデル地域での介入
（介入プログラム 1）情報誌の作成
（介入プログラム 2）健康づくり講座企画・実践
2. 自助機能向上・互助機能を活用した住民連携に向けた事例収集

1. ソーシャルキャピタル醸成を目指したモデル地域での介入

1) 介入目的

対象地域は、高度成長期と産業化による人口増加の影響を鋭敏に受け、行政主導である種無計画に造成された地域である。そのあおりを受け、現在は都市部でありながら高齢化が急速に進行している地域で、わが国の住宅問題ならびに高齢化問題の様々な課題に直面するモデル的な地域である。こうした観点から、これまで研究機関と行政の協働による宮城県仙台市の「鶴ヶ谷プロジェクト」をはじめとする高齢者の健康づくりの取り組みが展開されてきた。鶴ヶ谷中央公園、鶴ヶ谷市民センター、鶴ヶ谷温水プールなど運動に適した施設も充実している。

しかしながら、これまでこの地域で行われてきた、各種プロジェクトは、研究機関を中心として企画されてきたために、その事業が終了した段階で継続的に評価されてこなかった経緯がある。ただし、これまでの事業が短期的事業で終了したのではなく、その後住民が主体的に継続して取り組んでいる事業は資源として残されている。

本研究においては、これらの地域資源を活用しながら、高齢になっても元気で安心し

て暮らしていくために、健康づくりとまちづくりをテーマに、行政、研究機関だけではなく、住民も含めた協働による、住民もまちも元気な「健康まちづくり」をキーワードとし、ソーシャルキャピタルを意識した取り組みと評価を行うことを目的として実施した。

2) 対象地域の属性と介入方法

(1) 対象地域の範囲

本調査は、宮城県仙台市にある宮城野区の協力のもとに実施されており、対象地域選定にあたっては、宮城野区が 2002 年度に実施した先行調査の対象地域と同様の地域を対象とした。対象地域は、仙台市が造成した「鶴ヶ谷団地」である仙台市宮城野区鶴ヶ谷 1 丁目～8 丁目までの区域である。

(2) 対象地域の概況

<位置>

仙台市東北部の丘陵地に位置し、仙台市街地より車で約 15 分、直線距離で 4.5Km に位置している。

<交通>

交通は、JR 等電車の便は悪く、公共の交通機関はバスが中心となっている。市営バスは一日平均 207 本が運行され、ピーク時には 1 時間に 36 本ある。このことから住民の交通の中心はバスもしくは自家用車である。

<開発>

昭和 42 年に仙台市が、丘陵地を切り開いての大団地として造成工事が開始され、昭和 45 年に整地完了。昭和 43 年には分譲が開始され、昭和 47 年には完売している。東北を代表する巨大ニュータウンのひとつと言われている。

<人口>

12,103 人であり、65 歳以上の高齢者は、4,338 人で高齢化率は 35.8%である（平成 21 年 10 月）。

<世帯数>

5,659 世帯（平成 21 年 10 月）

(3) 介入方法

介入に対して住民には、当該地域の所管担当課である、宮城野区まちづくり推進課の事業である「鶴ヶ谷地区健康まちづくり事業」と連携し実施した。まず、担当課が平成 21 年度から行っている事業を介入の基礎として企画した。

その事業概要は以下の通りであった。

<事前準備 平成 21 年度>

- ①住民組織「鶴ヶ谷地区健康まちづくり懇話会」の設置

②「鶴ケ谷地区健康まちづくり基本構想」作成のための事業展開

- ・住民アンケート ・活動団体ヒアリング ・ノルディックウォーキング講座
- ・脳の健康づくり講演会 ・健康まちづくりサポーター養成講座

③「鶴ケ谷地区健康まちづくり基本構想」の作成

<平成 22 年度>

①住民組織「鶴ケ谷地区健康まちづくり推進連絡会」の設置

i) 設置目的

既存の地域住民各種団体相互の情報交換を行い、自主活動組織と連携をとりながら、事業展開の支援や地域団体との連絡調整を行うことで長期的視野に立った継続的な鶴ケ谷地区の「健康まちづくり」を推進する。

ii) 委員構成

様々な分野で活動している地域団体及び活動団体（町内会、福祉、子ども、スポーツ、健康づくり、コミュニティ、市民センター関連の各分野）を構成員として組織する（20 名で構成）

iii) 特徴（図 6-1）

- ・行政の委託機関や他の団体の上部機関ではなく、メンバーが対等な立場で自由に意見交換をする場である。
- ・連絡会の円滑な運営、アドバイスを行うためのアドバイザー（学識経験者）を置く。
- ・必要に応じて部会等を設置できる。（現在、事業推進部会と情報発信部会を設置）
- ・メンバーは固定するものではなく、必要に応じて弾力的に増減できる。

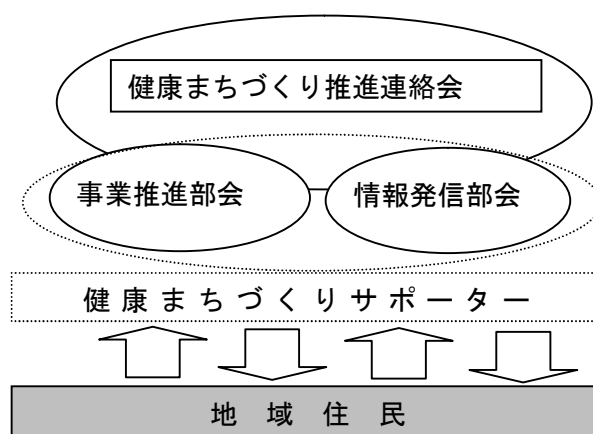


図 6-1 推進連絡会イメージ

- ②会議によって実施する住民主体による事業実践
 - ・健康づくりフェスティバル・健康づくり情報紙
 - ・健康まちづくり講座企画・実践（本研究で行った介入）

3) モデル地域介入の結果

(1) 健康づくりフェスティバルの実施（宮城野区主催事業）

①開催までの経緯

「鶴ヶ谷地区健康まちづくり基本構想」の基本方針『幅広い年代の住民の健康づくりを推進し「元気で暮らせるまち」にする』の実現に向けて、住民それぞれの生活や健康状態に合わせた活動ができるように、多様なメニューづくりと活動団体等の情報提供を進めることの必要性からフェスティバルを実施した。

②実施目的

自身の健康状態を知り、高齢者でも取り組めるスポーツの紹介や講座を通して、健康づくりの意識を高めるとともに、地域で活動している団体の情報提供を行うことにより、地域コミュニティの活性化も視野に入れた地域住民参画により健康づくりを目的とした。

③実施手続き

(i) 健康づくりフェスティバル実行委員会の設置

<委員会の目的>

住民が企画・運営に参画することにより、住民の意見やニーズが反映され、地域に密着した催事内容が期待でき、より多くの参加者も見込まれることから、住民主体の実行委員会を組織する。

<委員構成>

健康まちづくりサポーター養成講座受講者、地域各種団体代表者等 26 名で構成した。

<会議>

全 6 回開催した。会議内容は、事業内容の検討、参加依頼、プログラム検討、表示物・景品等準備であった。

<特徴>

- ・仙台市より健康づくりフェスティバルの事業を受託し、委託料を運営経費とする。
- ・実行委員会の円滑な運営やアドバイスを行うためのアドバイザー（学識経験者）を置く。

<広報>

市民センターだよりに掲載、開催チラシを町内会回覧をもって広報した。

④健康づくりフェスティバルの結果

(i) 実施日時と会場

<実施日時>

平成 22 年 6 月 25 日 (金) ～26 日 (土)

10:00～15:00 25 日は 13:00 開始

<会場>

鶴ヶ谷市民センター、鶴ヶ谷中央公園及び周辺道路

<主催>

健康づくりフェスティバル実行委員会、鶴ヶ谷市民センター、宮城野区

実行委員 26 人、スタッフ延べ 92 人、市民センター 2 人、宮城野区等 12 人

(ii) 参加者

鶴ヶ谷地区住民 25 日 250 人、26 日 300 人 (延べ 550 人)

(iii) 開催内容

<健康チェックコーナー>

- ・体脂肪・体幹筋肉量等の測定 (25 日 57 人、26 日 75 人)

握力、柔軟性の測定の実施

<体験コーナー>

- ・ニュースポーツ [バグー、輪投げ、カラーリング、フライングディスク、キャッチ・ザ・スティック] 体験
- ・ノルディックウォーキング体験 (25 日 1 人、26 日 8 人参加)
- ・健康遊具活用講座 (25 日 1 人、26 日 1 人参加)

<紹介・交流コーナー>

- ・サークル紹介及と活動体験

リフレッシュ倶楽部 2、ラジオ体操、サークル白鶴

リズムダンス、ルームウォーキング、フラサークルハイビスカス (延べ 157 名出演)

- ・地域包括支援センター、ぴあ☆はうすの事業紹介及び相談

(25 日展示のみ、26 日 3 人相談)

- ・防災グッズ展示 (非常食の試食と炊き出し)

<開会式>

- ・主催者あいさつ
- ・鶴谷中学校吹奏楽部の演奏 (31 名出演)

<お楽しみ企画>

- ・スタンプラリー抽選会
- ・「おくずかけ (郷土料理)」試食会

(2) 健康づくり情報紙作成 (介入プログラム 1)

①実施までの経緯

「鶴ヶ谷地区健康まちづくり基本構想」の基本方針である『幅広い年代の住民の健康づくりを推進し「元気で暮らせるまち」にする』ための具体策として、健康づくりを進める団体や場の情報を知りたいというニーズが高かったことから、情報紙を作成することとなった。

②介入の目的

自身の健康に目を向け、「健康」をキーワードとし、既存の地域住民団体の活性化とネットワーク構築を行うことで、ソーシャルキャピタルの醸成を図る。また、コミュニティの活性化や鶴ヶ谷の魅力を住民自身が検討し、認知的ネットワーク構築プロセスを体験することでソーシャルキャピタルの醸成を行うことを目的とする。

③手続き

- ・ワークショップ形式による情報紙作成した。実施の詳細は表 6 - 1 の通りであった。
- ・鶴ヶ谷地区健康まちづくり推進連絡会（情報発信部会）メンバー及び公募により参加者を募集した。

④「健康づくり情報紙作成ワークショップ」の実施

（i）日時、会場

平成 22 年 10 月 2 日・16 日・30 日、11 月 13 日、12 月 10 日 各 2 時間程度
鶴ヶ谷市民センター

（ii）参加者

鶴ヶ谷地区健康まちづくり推進連絡会（情報発信部会）及び公募の住民 13 名

（iii）作業内容及び講師

- 第 1 回 情報紙の役割 講師：東北大学大学院 教授 高橋 満
- ・情報の性質、情報紙に載せたい情報は何か、情報をどのように整理したらいいかについての講義とワーク
- 第 2 回 情報紙の作り方① 講師：小柳 明子
- ・情報紙のボリューム、ターゲット、必要な情報は何かについてのワーク
- 第 3 回 情報紙の作り方② 講師：同上
- ・必要な情報の精査、頁割付と記事担当、原稿作成とスケジュールのワーク
- 第 4 回 情報紙の編集① 講師：同上
- ・担当が集めた原稿でラフをつくるワーク
- 第 5 回 情報紙の編集② 講師：同上
- ・記事の割付、ボリュームの調整、加除訂正のワーク

⑤成果（資料参照/6 章最終頁に掲載）

<名称>

鶴ヶ谷健康情報紙「ぐるっと！まるっと！」

<内容>

健康チェック：自身の健康状態や健康を保つ秘訣を紹介

福祉サービス等の紹介：健康や生活全般に対する不安等に対応する地域の機関等を紹介

鶴ケ谷地区のマップ：健康づくり活動の場や鶴ケ谷の魅力を掲載

活動団体・サークル等紹介：健康づくりに役立つ活動を紹介

鶴ケ谷マメ知識：鶴ケ谷の郷土史やデータなど鶴ケ谷にまつわる事柄を紹介

簡単レシピ：単身者や高齢者の2人暮らし等でも簡単にできる料理を紹介

⑥健康づくり情報紙の体裁、作成部数

A3判2つ折 2枚重ね 8p カラー印刷 7,500部

⑦配布方法

鶴ケ谷地区町内会連合会の協力のもとに、全戸配布を実施

4) 健康づくり講座企画・実践（モデル介入2）

①経緯

行政、研究機関そして地域住民の共同参画によるモデルを示し、対象地域の鶴ケ谷地区住民の健康づくりの場や住民同士が交流したり、助け合ったり、支えあう場を住民自らが企画し、展開することが効果的であることから、実践のノウハウを習得する。

②目的

行政、研究機関そして地域住民の共同参画による高齢者の健康と生きがいづくりをソーシャルキャピタル醸成プロセスにあてはめ、そのモデルを示すことが目的である。

そのために、住民が持つ地域の問題意識と社会資源の見直し、そして計画づくりまでのスキルの習得を目指した。

③手順

- ・ワークショップ形式による情報紙作成
- ・鶴ケ谷地区健康まちづくり推進連絡会（事業推進部会）メンバー、推進連絡会からの推薦及び健康まちづくりサポーターへの声かけを行い人選をおこなった。

④結果

（i）「健康づくり情報紙作成ワークショップ」の実施

＜日時、会場＞

平成23年2月2日・9日・23日、3月2日 各2時間程度

鶴ケ谷市民センター

＜参加者＞

鶴ケ谷地区健康まちづくり推進連絡会（事業推進部会）及び推進連絡会からの推薦及び健康まちづくりサポーター 20名

＜作業内容及び講師＞

第1回 求められている講座 講師：東北大学大学院 教授 高橋 満

- ・講座の企画の仕方と健康まちづくりやコミュニティ活性化のために必要な講座を考える視点についての講義とワーク

第2回 実現できる講座① 講師：東北大学大学院 教授 高橋 満

- ・講座の目標と戦略を考えるための課題整理ワーク

第3回 実現できる講座② 講師：認知症介護研究・研修仙台センター
主任研修研究員 矢吹 知之

- ・参加しない（できない）人が事業に参加するために効果的な手法をさぐるワーク

第4回 講座の計画づくり 講師：鶴ヶ谷市民センター 館長 内海 健二

- ・講座を企画、実施するにあたり必要なことについての講義とワーク

(ii) 講座の企画・実施

今回の講座を受けた住民が「健康まちづくりサポーター」として、前掲した「健康づくりフェスティバル」のような事業の場を借りて、実践を試みることとする。将来的には、健康づくりを視野に入れた交流の場の創出に向けて、活動を展開する予定である。

5) ソーシャルキャピタルの視点から見たモデル介入の整理

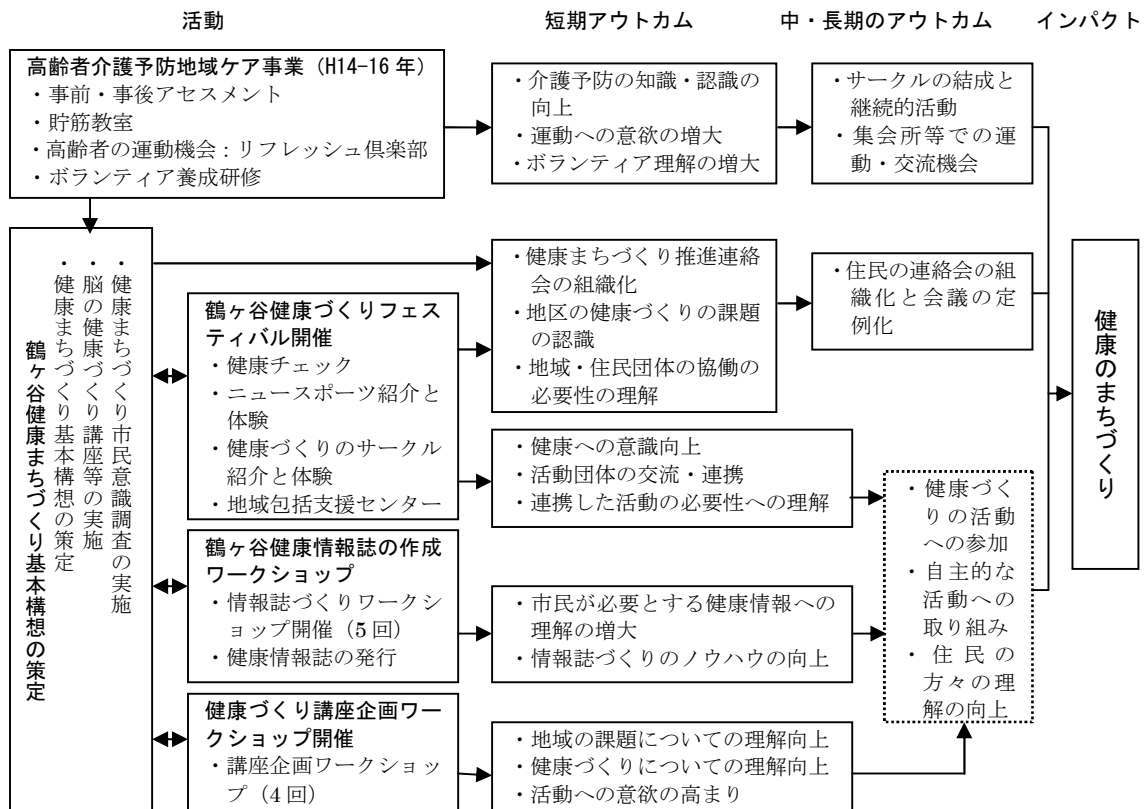


図6-2 ソーシャルキャピタル醸成モデル介入の整理

図 6-2 にみるように、平成 14 年から「鶴ヶ谷プロジェクト」がはじめられ、仙台市宮城野区障害高齢課、家庭健康課など複数の行政部局が連携して、かつ東北大学、東北文化学園大学などの協力も受けながら介護予防と、より広く健康のまちづくりをすすめていることがわかる。この講座をとおして結成された介護予防の運動サークルであるリフレッシュ倶楽部をはじめ、集会所など身近な施設で継続的に介護予防活動がおこなわれてきた。2009 年度からはじまるプロジェクトでは、まちづくり推進課が加わり、ここが中心となって「健康のまちづくり」に向け、それを住民主導で推進する組織体制の構築（健康まちづくり住民懇話会など）と、それを担う人材の育成のための事業（「情報誌づくり」「講座企画ワークショップ」）がすすめられている。

①第 1 回：問題を確認する

プログラムをつくるステップの第 1 は、問題分析である。地域の抱える問題を明らかにするとともに、その解決をめざすべき「目標」を明確化することが課題となる。

ここで会議の運営をすすめるスタッフが考えておくべきことは 2 つである。第 1 に、先に述べたように、「公共空間」をつくるということである。まず、立場の異なる関係者が一堂に会する機会をつくる。ロジック・モデルの方法論では、問題分析と目標設定にあたって関係する行政などの機関のスタッフ、町内会の役員、民生委員、住民の方たちが参加して協議をすすめることを提案している。当事者や住民たちは生活者の視点から、行政機関（保健師・行政職員など）あるいは社会福祉の専門職などは専門家の視点から、それぞれ会合に参加する。

第 2 に、自由闊達に意見が表明され、かつ、それが尊重されつつ合意が形成されるということである。みんなが対等な立場で参加し、意見を交換する中で問題は共有されるのである。とはいっても、会合で一般の市民の方々が、いわゆる政治力をもつ住民とか専門家を前にして自由に意見を表明することはそれほど容易なことではない。つまり、〈場〉における権力の問題がある。ここで社会教育の手法では、ポストイット法が使われる。つまり、あらかじめ短冊の用紙に自分の考えを記入して、これを順番に発表するという進め方である。影響力のある人が先に発言すると、次の人まで「同じです」と自分の意見を変えてしまうことは教室でもよくみられる。こうしたパワーをコントロールするのである。ワークショップでは、多様な意見が出るようにするファシリテーターの役割も重要である。

具体的な手順を紹介しよう。まず、参加者によく考えてもらうことが大切な点である。ここで鶴ヶ谷地区の基礎データを準備して提供している。

1 〈健康のまちづくり〉という視点で鶴ヶ谷地区をもういちどふり返る

- ☐ この鶴ヶ谷地区はどのような特徴をもっていますか
- ☐ 何が、この鶴ヶ谷地区の〈問題〉だと思いますか
- ☐ どんな鶴ヶ谷地区にしたいと思いますか

次の段階が KJ 法（あるいはカードトークということもある）によるワークショップである。参加者に配布した文書を掲載してみよう

2 鶴ヶ谷地区の〈健康をめぐる問題〉とは何か、を考えてみましょう

- ☐ まず、グループのなかで「整理の係」と「報告する係」の人を決めてください
- ☐ 各自シートに鶴ヶ谷地区の〈問題〉と思うことを文章として書いてみてください
4 枚ほど書いてください
- ☐ 4 枚のなかから 3 枚だけを選んで、一人ずつ順番に「皿」の上に読みながら出していきます（分からないことがあれば、質問をしてみてください）。メンバーの方たちのなかで同じようなことを書いている方は、そのシートを同じ「皿」の上に並べてください。

3 〈問題〉の相互の関連を考えてみましょう。

- ☐ この「皿」のつながりを考えながら模造紙に配置してください。〈関係〉を矢印等でつないでみてください。関係の意味をメモとして書いてもわかりやすくなります。
- ☐ 〈問題〉の原因となることを考えてみてください。グループで良い意見だということになったら、それも模造紙に書き込んでください。

4 成果を共有してみよう。

- ☐ 各グループの発表してください。

質問や補足の説明をしていただいても結構である。最後に、今日の感想を出していただき終了である。

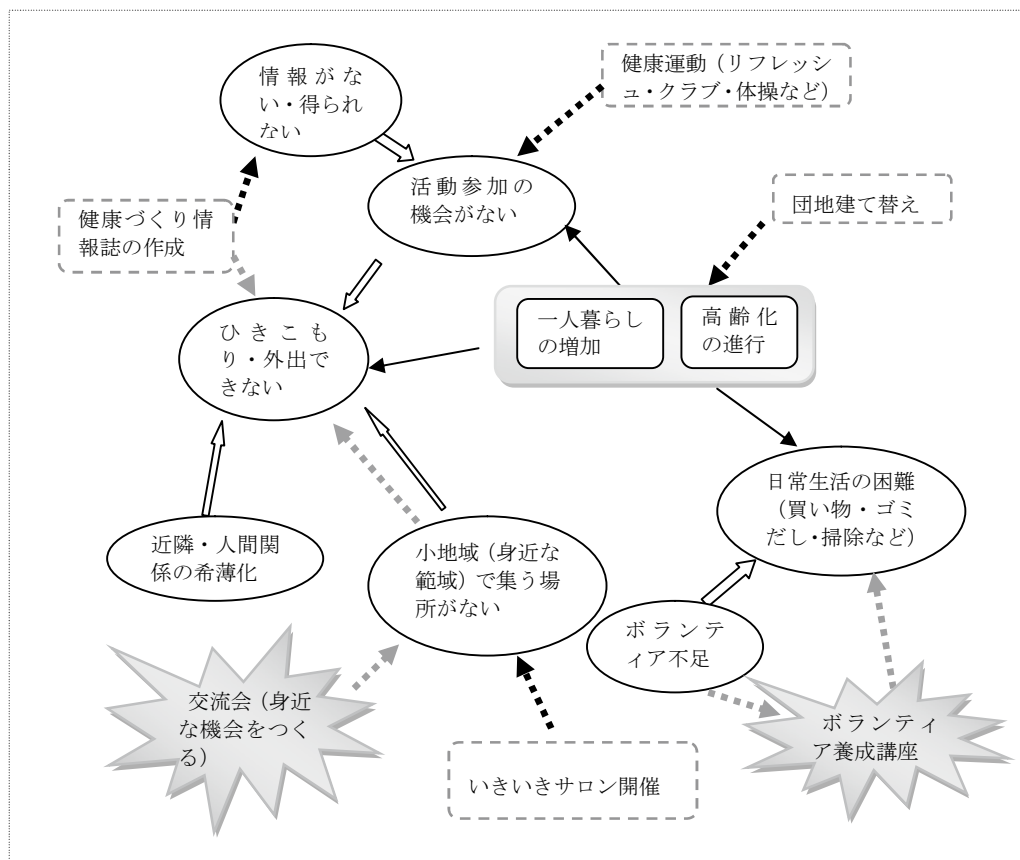


図 6 - 3 鶴ヶ谷地区の健康づくりの課題概念図

こうしたワークショップを経て、図 6-3 のように「健康のまちづくりの課題」がまとめられた。このうち、「ひとり暮らし高齢者の増加」「高齢化の進行」は、この地区の構造的な変化である。それ自体は地域の成熟化という側面をもつが、世代構成のゆがみや高齢化の進行によって〈健康づくり〉という視点から見て、いくつかの問題が惹起していると考えられている。

それらの問題を整理すると、生活問題そのものは、①「ひきこもり・外出できない」、②「日常生活の困難」な人たちの存在である。こうした問題が生じる原因としてあげられた課題が、「情報が無い・得られない」、「活動参加の機会がない」、「近隣・人間関係の希薄化」、「小地域で集う場所がない」、そして「ボランティア不足」という関係としてとらえられる。

運営をするうえで大切な点は、参加者の一人ひとりが自分の意見をはっきりと表明すること、それに対応して、他の参加者が「傾聴する」ことである。これによって参加者たちの間に相互承認と相互理解が育まれる。

②第2回：目標を共有する

第2のステップは、この問題を解決することによって、どのような健康のまちをつくるのか、その「目標」をつくるという課題である。

「目標」を考えるときに、前回だされた問題状況に即して考えることがポイントである。そもそも「問題」とはどういうことだろうか。一般的に言うと、「問題」とは「目標」とする理想と「現実」との乖離ととらえられるから、「目標」は先に共有された「問題」の内容から抽出することができる。したがって、あまりにマニュアル化されるべきではないが、「問題状況」を反転させることにより「目標」を考えることができる。

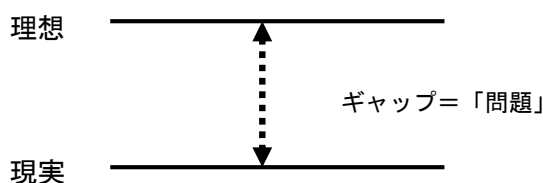


図6-4 「目標」の考え方

「健康づくり」であるから、まず、「身体的に病気でないこと」と考えることができよう。しかし、それだけではない。前回のワークショップでだされた問題認識からすれば、いわゆる医学的な側面だけではない。「それだけではない」とすれば、何が健康づくりの要素となるだろうか。こう考えて出てきた意見を列挙すると以下のように整理できる。

1. スポーツや文化活動など社会的活動に参加すること。
2. 友人や近隣の住民たちとの交流があること。
3. 精神的に安定して、充実した生活が送れること。
4. 日常生活を送ることができること。

つまり、先にみた鶴ヶ谷地区の健康づくりの課題を解決することが「目標」に近づくことに直接結びついている。そして、参加者みんなでつくりあげた、この「健康のまちづくり」の「目標」は、WHO（世界保健機関）の健康の定義そのものでもあることが確認できる。WHOの定義は以下のようなものである。

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

（健康とは、完全に、身体、精神、及び社会的に〈よくあること〉を意味し、単に病気でないとか、虚弱でないということではない。）

つまり、健康であるということは、単に医学的意味で病気や虚弱でないというだけで

はない。身体の体力値が高く、知的には適切な教育を受け、社会的（家族、地域社会、職場）には豊かな人間関係があり、精神的にも安定している状態（精神的健康・社会的健康・身体的健康のバランスが取れた状態）なのである。さらにいえば、健康という問題は、個人的なものとしてとらえられやすいが、実は、彼らと私たちとの関係の問題であり、かつ、私たち自身の地域生活のあり方をめぐる問題という視点からとらえ直される。

したがって〈健康のまち〉をつくるための事業としては、多様な切り口が考えられるということにもなる。これを絞り込むのが次の段階である。

③焦点を定める

次のステップは、「目標」を実現するために何をするのか、という戦略の選択である。多様な可能性が存在するが、そのなかから選択する段階である。この選択に当たってカギとなるのは、以下のような一連の基準である。

1. **重要性**：その問題にねらいを定めることが、あなたの機関の使命に合致しているか。
2. **変革可能性**：先行する諸条件は、変えうる可能性をもっているのか。
3. **妥当性**：あなたが選択した戦略は、「目標」を実現するうえで十分な根拠をもっているものか。
4. **実行可能性**：あなたが利用できる資源で実現可能かどうか。

鶴ヶ谷地区の事例では、まず、地区が抱える問題の解決のためにすでに実践されている事業を確認することからはじめてきた。つまり、あまりに重複することのないように、既存の実践をふまえて選択することが必要となる。確認されたのは、既にたくさんの事業が行われていることである。例えば、介護予防の事業としてはじめられたリフレッシュ倶楽部の活動が集会所を会場に7ヶ所で定期的にすでに実施されている。「情報が無い」という面でも、2010年の10月から12月にかけて「健康づくり情報誌」の作成がすすめられ、さまざまな機関や活動クラブの情報も含めて発行されようとしている。「身近な交流の場所がない」でも社会福祉協議会の支援で「いきいきサロン」が行われているなど多様な活動がすでに存在している。

こうした状況を確認しつつ、求められている活動が何かを考えていく。このように多様な事業が開催され、参加の機会があるものの、一人暮らしで、しかも引きこもりがちの高齢者が少なくないことから、参加していない・できにくい高齢者の方たちをどう交流の機会をつくるのか、ということにねらいを定めて「活動」を組み立てることに合意することになる。いわば、参加の困難な人たちをどうつなぐのか、というむづかしい課題に取り組むことになる。

④第3回：働きかけ方を考える

前回までのワークショップで、事業のターゲットは次のように確認された。「一人暮らしで、しかも引きこもりがちな高齢者」、「参加していない・できない高齢者の方たち」との交流の機会をどうつくるのか、ということを考えることになる。

第3回目では、まず、「孤独になる理由」、「閉じこもりがちになる理由」を、認知症の進行から考えていく。病的な物忘れの時期の身近な人たちによる何気ない、しかし、本人たちにとっては自信と自尊心を傷つけるような対応により、「外出が嫌いに、つき合いが嫌いに、買い物が嫌いに」なるプロセスがあること、こうして閉じこもりがちになる。また、社会疫学の知見によれば、家族、地域の人びととの関係を含む社会関係のあり方が健康の決定因子になるということを確認している。もちろん、運動や栄養に気をつけることが大切なことは論を待たないのであるが、まずは、こうした排除された人たちとの絆を回復することが大切である。

こうした確認をした上で、彼らにどう働きかけたらいいのか、これをワークショップで考えていく。ここでも2つのグループに分かれて作業をすすめる。①参加しない理由を考える、②どうしたらいいかを考える、③具体的方法を考える、という3つのワークである。

表6-1 対象者にどう働きかけるか

①参加しない・できない理由	②どうしたらいいか	③具体的方法
身体が不自由/友達がいない/面倒くさい/距離が遠い/興味が無い/他にやることある/人見知りだ/時間がない/お金がない/恥ずかしがり屋だ/家族の反対/一人でいたほうがいい/会いたくない人がいる/役をたのまれる/人前で話すのがきらい/メリットがない/いやな思いをする/関心ない/だまされる/入りにくい	・声かけをする（あなたへのメッセージ）。 ・参加してみたい内容にする。 ・健康に有益だということをPRする。	・「あなた」への声かけ。 ・茶話会など気軽に参加できる企画にする。 ・検診などをいれて健康啓発をする。

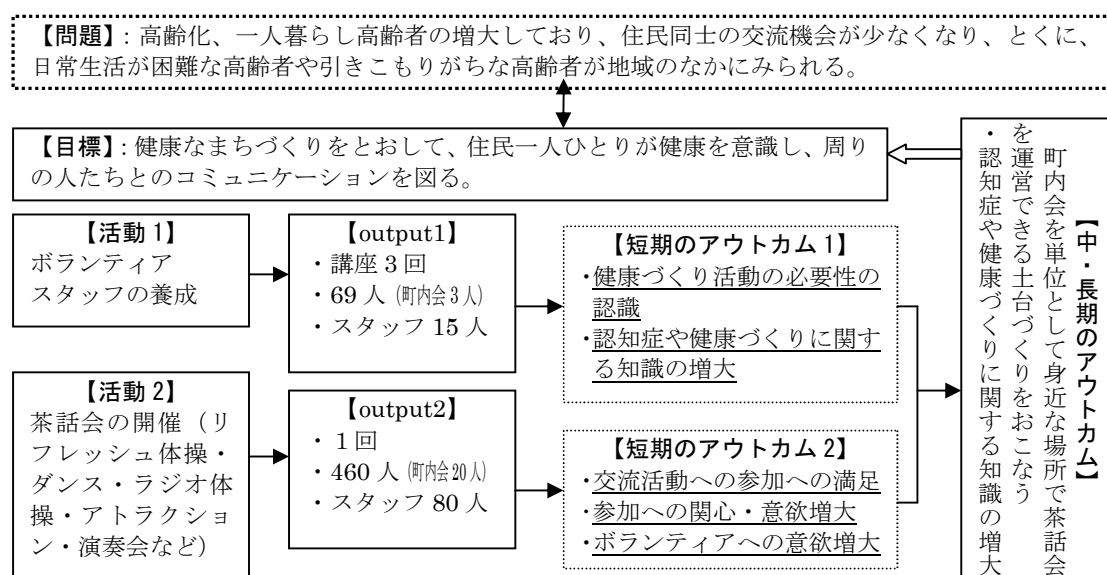
運営していく上で大切な点は、グループでの対話をすすめる際に、参加者が運営を主導していくことである。司会、報告など、できるだけ平等な機会となるように心がけることも大切な点だ。スタッフの役割はファシリテーター（促進者）である。こうして新しいコンセプトとして、①さりげなく参加できる企画、②一人ひとりを大切にしたい働きかけ、③参加することが健康に寄与することがわかるような企画がめざされる。

⑤第4回：プログラムをつくる

最終回の第4回は、具体的なプログラムをつくるワークショップである。これまでのワークショップで確認された健康づくりの視点からみた地域の課題状況、目標、焦点化を踏まえつつ、プログラムの構成要素である、①講座の目的・主な内容・講座名、②共催・連携先、③対象者と対象地域、④開催時期・回数、⑤講師の選定、⑥広報手段・受付方法、⑦予算、そして⑧評価計画の具体的内容をつくっていく。

既に3回のワークショップで課題が明確化されているので、約40分ほどでプログラムができあがった。その内容をロジック・モデルにおとして整理すると、以下のようである。

図6-5 鶴ヶ谷地区健康づくり講座企画書（案）



この図のうち、筆者が後から入れたところには下線が引いてある。主に、短期のアウトカムが、やがて中・長期のアウトカムへ結びついていくという関係を仮定する部分である。「活動2」の茶話会の開催は前回のワークショップでも出ていたが、「活動1」の「ボランティア養成」という課題がすぐ出てくるわけではない。ファシリテーターとしての働きかけは、「茶話会を運営する人はどうしますか」と、課題が存在することを示唆するだけである。これを受けて、地域包括支援センターなどの協力を得てボランティア養成の講座をもつことが構想される。講座の内容としては、認知症への理解や、高齢者への声かけ、働きかけなどの理解とともに、運営のノウハウを学ぶ必要があるなどアイディアが交換されている。

自由で楽しい会話であるが、すでに問題状況や活動の課題についての共通認識がしっかりつくられているので、地区の状況に即した適切な内容がつけられたといえよう。「町内会から3人ずつ出してもらえばいい」など、行政や私達研究者の立場からはとても言えるものではない。自治会活動にも参加している住民の方たちの大胆で、実現性をもつ

「提案」である。どこに資源があるのか、それをどう動員するのか、それを明らかにする際に、市民参加のメリットの一つが十分に活かしている。

⑥ワークショップの事業を評価する

最後に、このワークショップの事業の評価である。詳しい評価の方法については、後に説明するので、ここでは最終回におこなった簡単なアンケートの結果を示しておきたい。講座のめざす「アウトカム」は2つ、①講座の企画のつくりかたについての知識・技術を身につけること、②講座づくりワークショップへの参加をととして活動への興味・意欲を高めること、である。

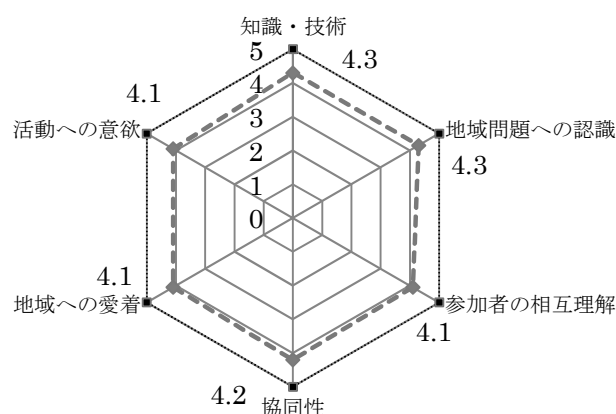


図 6-6 ワークショップの評価

以下は、CCB（community capacity building）の視点をも加味しつつ、ワークショップへの参加によって参加者にどのような「変化」があったのかをいくつかの側面から確認している。関係者がこの評価をめぐり気軽に議論できるようにグラフィック（spider web graph）で示している。①「企画のつくり方についての知識・技術」、②「地域の状況や問題点への理解」、③「参加者相互の理解」、④「議論の空間の協同性」、⑤「地域への愛着」（CCP（community capacity）のコミュニティ意識）、⑥「今後の活動への意欲の高まり」（CCPのコミットメント）である。回答を5点満点で集計している。各項目、バランスよく、かつ、肯定的に評価されていることがわかるであろう。もちろん、このワークショップだけで、この積極的な効果が定着するわけではないが、「短期的なアウトカム」という点では、十分な成果をあげたといえよう。

2. 自助機能向上・互助機能を活用した住民連携に向けた事例収集

1) 事例収集の目的

地域住民が社会参加することにより多くの有益な効果をもたらす。社会参加は、居住する土地としての地域の中で、そこに居住する人々が集い、学ぶ、遊ぶ、共に過ごすことにより地域自体にとって前向きな効果をもたらすことが知られていることである。この考え方は、本研究の目的の一つでもある、ソーシャルキャピタル概念の中で言われる、水平的な組織によるボンディングネットワークを育み、その地域の結束力を高め、幅を広げていくことにつながる。しかし、わが国の多くの地域では、少子高齢化が進み、労働対価と合わない第一次産業が敬遠され、都市化の進行の影響から年齢の偏りのある地域が増大している。その結果、全国 1,724 市町村中、774 市町村で過疎化が進んでいる。さらに市町村合併で目立たなくなってしまった小地域の単位でみると限界集落といわれる地域や近い将来消滅してしまうであろうと考えられる集落はさらに多くなっている現状がある。

こうした地域の中での社会参加の状況は高い傾向にある。地域内での社会参加は、その地域の愛着の表れであり、互酬性の規範の具体的表出であると考えられているからである。

しかし、高齢化および人口の減少からこうした行動を行うこと自体が困難な状況なりつつある地域が増加している。

そこで、高齢化した地域において、衰退しつつある地域住民の社会参加活動を継続し促進することにより、高齢者の精神的健康と相関する身体的健康を維持し、要介護状態を予防し、いつまでも地域で安心して暮らし続けるための何らかの介入が必要とされている。

その一翼を担う公的な介入機関が地域包括支援センターである。地域の介入にあたっては、多くの先行事例を収集したうえで、他地域で試行的に取り組むことで全国的な広がりを見せていくことがある。

ここでは、具体的介入方法について、先駆的事例を収集し、試行的にいくつかの地域で実施を依頼し、当センターが助言をしながら進めたうえでヒアリング調査を行った。

2) 方法

(事例収集)

事例収集の期間は、平成 22 年 11 月～平成 23 年 2 月の期間に提出を依頼した。手続きは平成 22 年 10 月 4 日に、「地域包括支援センターにおけるソーシャルキャピタル育成に向けた研修会」を開催し、その中でソーシャルキャピタルの概念とその醸成、評価方法を説明したうえで、関連する事例を有する地域包括支援センターならびに関連機関に依頼した。

なお、事例は、パットナムが示すソーシャルキャピタルの構成概念である「信頼」、「ネットワーク」、「互酬性の規範」の観点でまとめていくこととした。

研修会の参加者は、44 名でありうち 12 名から事例提供をいただいた。
(試行的モデル実施)

平成 22 年 11 月～平成 23 年 3 月上旬までの期間に、新たに実践を行いその経過を事例として提出を依頼した。手続きは、平成 22 年 10 月 4 日に、「地域包括支援センターにおけるソーシャルキャピタル育成に向けた研修会」を開催し、その中でソーシャルキャピタルの概念とその醸成、評価方法を説明したうえで、その観点で試行的な実践を行う旨を説明した。事業所全体の同意が得られた 6 か所が実施をした。また、実践課程において、当センターから調査員 2 名がそれぞれに訪問し、経過報告ならびに実施に対するヒアリングを実施担当者に行った。

3. 事例収集の結果

ソーシャルキャピタルを醸成するために必要な事例収集を行い、成果物として事例集「地域づくりとソーシャルキャピタル」を作成した（全 215 頁）。それぞれの事例提出にあたっての項目としては、地域属性、1. 地域概要、2. 事業の発意、3. 開催の契機、4. 事業内容について、5. 活動内容、6. 現在の課題と今後の展開、7. 地域包括支援センターの地域の団体への働きかけについて、8. 今回の事例の SWOT 分析と解説であり、収集後ソーシャルキャピタルの構成概念にあてはめて整理した。

掲載した事例は以下の通りであった（表 6-2）。

表 6-2 収集した事例と内容整理

地域連携に向けたネットワークづくり：ネットワークづくり	
事例 1	地域の見守り体制構築を目指して 青森県 弘前市第三地域包括支援センター
事例 2	「高齢になっても住み慣れた地域で安心して生活できる地域づくり」の一環として開催した認知症サポーター養成講座 山形県 篠田好生会さくら地域包括支援センター
事例 3	地区社協による「あんしん見守りネットワーク事業」 岐阜県 地域包括支援センター大垣市社会福祉協議会
住民の主体性向上にむけた活動支援方法：信頼関係づくり	
事例 4	せつついきいき健康づくりグループおよびグループ交流会 大阪府 摂津市地域包括支援センター
事例 5	町内会の交流活性化を図る活動 宮城県 介護老人保健施設せんだんの丘ぷらす
事例 6	老いかた塾 広島県 福山市西南部地域包括支援センター

住民の主体性向上に向けた働きかけ：住民の学びの場構築と互酬性	
事例 7	「弓浜助け合いネットワークの会」を通じた地域包括ケアシステムづくり 鳥取県 米子市弓浜地域包括支援センター
事例 8	ボランティア活動の活性化から始まった「ふれあいサロン事業」 佐賀県 みやき町地域包括支援センター
住民参画による介護予防事業の継続的支援：ネットワークづくり	
事例 9	介護予防事業としての「絵手紙教室」から広がった地域のつながり 広島県 安芸太田町地域包括支援センター
事例 10	介護予防事業を自主活動にかえた住民のパワー 徳島県 北島町地域包括支援センター
今ある場所を活用した住民連携：信頼関係づくり	
事例 11	地域の拠点を生かした介護予防口座の開催 山口県 社会福祉法人平生町社会福祉協議会
事例 12	高専貸住宅会議室を活用した地域高齢者サロン 宮崎県 宮崎市中央東・櫛北地区地域包括支援センター

様式は次の通りであった

ソーシャル・キャピタル育成に向けたモデル事例記入用紙			
※モデル事業、事例提供共通			
事例タイトル			
市区町村人口	人	対象地域の人口	
近年の人口増減 *当てはまる番号に○	1. 大きく増加傾向 2. やや増加傾向 3. ほぼ変化なし 4. やや減少傾向 5. 大きく減少		
近年の高齢者人口 *当てはまる番号に○	1. 大きく増加傾向 2. やや増加傾向 3. ほぼ変化なし 4. やや減少傾向 5. 大きく減少		
高齢者人口（高齢化率）	（ % ）	人口密度	人（1 k m 四方あたり）
担当地域の NP0 数		サロン数	
町内会加入率		老人クラブ会員数	
1. 地域の概要（担当する地域の概要を記載してください）			
1. 事業所名			
2. 事業名			
3. 主な実施場所			
ネットワーク図（この事業に関わっている機関、団体、施設、事業所）			
7. その他の事業（今回の事例以外で行っている地域づくりに関する事業を簡単に記載してください。）			
2. 事業の発意 ※あてはまる項目にチェックをして詳細をご記入ください ☐ 地縁団体や住民（老人クラブ、自治会、町内会等）からの要望 ☐ NPO（ボランティア団体等）からの要望 ☐ 地縁・NPO 共同の要望 ☐ 地域包括支援センターの問題意識 ☐ 行政からの支持・指導 その詳細（箇条書き）			
3. 開催の契機を教えてください ※あてはまる項目にチェックをして詳細をご記入ください ☐ 地域に潜在的にある要因（例：侵略の歴史、学歴が低い地域、貧困者が多い地域等） ☐ 地域を覆い始めたある種の危機感（急速な高齢化、過疎化、シャッター通り等） ☐ 過去に地域に大きな（困難な）出来事（問題）が起こったこと（地震、台風、火災、大きなイベントがあった） その詳細（箇条書き）			
4. 事業内容について 5. 活動内容（具体的な内容をご記入ください） 6. 現在の課題と今後の展開 7. 地域包括支援センターの地域の団体への働きかけについて 8. 今回の事例の SWOT 分析と解説（短い単語で書いてください）			
	好影響（強み）	悪影響（弱み）	
地域内			
地域外			
解説			

図 6 - 7 事例記入様式（詳細は成果物参照）

4. 試行的モデル実施と事例

1) 事例収集

ソーシャルキャピタルの概念とその醸成、評価方法を説明したうえで、その観点で試行的な実践を行う旨を説明し、事業所全体の同意が得られた 6 か所が実施をした。平成 22 年 11 月～平成 23 年 3 月までの 5 カ月間実践を行いその経過を事例として提出を依頼した。

事例提出にあたっての項目としては、地域属性、1. 地域概要、2. 事業の発意、3. 開催の契機、4. 事業内容について、5. 活動内容、6. 現在の課題と今後の展開、7. 地域包括支援センターの地域の団体への働きかけについて、8. 今回の事例の SWOT 分析と解説であった。

実施経過と事例の提出は、以下の通りであった（表 6-3）。詳細は成果物

表 6-3 試行的モデル事例の収集

事例 1	住民参加の介護予防活動の展開 山梨県 韮崎市地域包括支援センター
事例 2	介護予防コミュニティモデル事業 香川県 丸亀市地域包括支援センター
事例 3	多様な社会資源連携による健康増進事業～地域活性化と住民のつながり～ 宮崎県 都城市妻ヶ丘・小松原地区地域包括支援センター
事例 4	認知症の人を地域で支えるための地域参画型ネットワークづくりの第一歩 鹿児島県 霧島市地域包括支援センター
事例 5	団地の独居世帯のゴミ出しの取り組み 石川県 金沢市お年寄り地域福祉支援センターきたづか

2) ヒアリング調査

モデル実施から事例をまとめるための期間に、当センターならびに本研究検討委員会の委員が、実施機関に出向き、ソーシャルキャピタル概念にあてはめ、その内容と課題についてヒアリング調査並びに、助言を行った。

その結果は以下のとおりである。

(1) 対象地域：愛媛県八幡浜市地域包括支援センター

ヒアリング対象者：地域包括支援センター、保健センター職員 3 名

ヒアリング実施者：矢吹知之

ヒアリング実施日：平成 23 年 2 月 7 日

事業の概要

昨年作成したマップを住民自身の目で実使用に耐えうるか確認する。

ねらい・目的

昨年作成したマップを住民自身の目で実使用に耐えうるか確認、情報の共有、広めてもらう。住民自身が地域のことを考える力を引き出し、行政はそのサポートをする。

信頼関係の構築

住民、見守り、民生委員の間でも関わりの有った人同志での繋がりが強くなり、繋がっていることで共有するものがあることでネットワークが強くなる実感がある。繋がっていることでネットワークが活きてくる。

包括職員が積極的に関わった事がきっかけで情報提供があり、連絡しやすくなったとの意見もあった。住民側から見れば市役所も保険センターも同じ行政であり、担当違いであっても橋渡しになり繋ぐことが信頼関係に繋がった。

地域・住民との連携の現状及び課題

自助・共助・公助で自らやらないといけないという意識が強い地域がある一方で、町中やマンションでは弱いと感じる。

社協と保険センターの連携で介護予防 10 カ条を作り、普及・啓発と体操の普及をサロンと老人クラブといった組織を使って行っているが、広く普及出来なかった。また、マップを公の場への設置は容易だったがそれ以外への設置が出来なかった。

中期的目標としては、現在はどちらかと言うと高齢者のみのサロンであり、家族を巻き込んでの広がりを見せたい。

長期的な狙いは、地域住民が自ら考え環境整備も含め進めることが出来ればよい。行政はそれをサポートしていきたい。

(2) 対象地域：石川県金沢市お年寄り地域福祉支援センターきたづか

ヒアリング対象者：地域包括支援センター職員 2 名

ヒアリング実施者：高橋満

ヒアリング実施日：平成 22 年 12 月 22 日

事業の概要

高齢化が進む団地内での孤独死、ゴミ問題とネットワークの構築

ねらい・目的

高齢化が進む団地内で独居高齢者の孤立、地域住民同士の関係性の希薄化、見守り環境が無いことから、最終的には自治会を中心に見守り活動をする組織と人の活動、ネットワークの形成を目指す。

信頼関係の構築

地域包括支援センターと民生委員、推進委員とのネットワークの構築、地域包括支援センターと介護保険を使っている人とは信頼関係が出来ている。

地域・住民との連携の現状及び課題

地域包括支援センターの人員での限界を感じる。加えて、連合会の協力が得られない、高齢化が進む、協力者も高齢化し体制維持が難しい等の問題がある。

ネットワークの構築と孤独死、ゴミ問題は別のものと考え、取り組むこととした。

短期目標としては、各団体から見た問題点がどのように映っているかを洗い出し、取り組みの必要性を自覚してもらう。それらを踏まえて最終的には、地域住民同志の信頼関係における支え合いがあり、独り暮らしの高齢者が孤立しない地域を目指す。

(3) 対象地域：宮崎県都城市妻ヶ丘・小松原地区地域包括支援センター

ヒアリング対象者：地域包括支援センター職員 2名

ヒアリング実施者：高橋満、矢吹知之

ヒアリング実施日：平成23年1月18日

事業の概要

既存の団体、活動を活かして見守りネット、福祉ネットを充実させたい

ねらい・目的

既存の団体、活動から外れた人を救済し閉じこもりを予防する。心の健康を保ち介護予防につなげるとして南九州大学と連携しての取り組み、自主的に活動している団体の子育てサロンと繋がろうとする取り組みをもとに地域の絆を深め、地域全体にネットワークを広げたい。

信頼関係の構築

地域包括支援センターと住民の間では、サービス提供や相談を受けた方のみのつながりであり、社会福祉協議会と地域包括支援センターではお互いに良い所を出し合い協力している。民生委員とは定例会に毎回出席することを契機に、一昨年くらいから信頼関係を構築できている。

地域・住民との連携の現状及び課題

地域包括支援センターでサービスまたは相談を受けた方以外は把握しきれていない。介護が必要な状況であっても困難事例になってから相談を受けることがある。

一方で、高齢者クラブと南九州大学の活動や子育てサロンと繋がろうという動きも出てきた。高齢者クラブでは地域で抱える問題として孤独死、地域の絆が薄れていることを踏まえての取り組みをしており、災害時には情報集約をして民生委員と共有している。

また、それらのつながりの中から外れた人をどのように取り込むかも課題である。

さらに、地域包括支援センターが手を加えるのではなく地域の住民から声があがって繋がるようにサポート役として関わっていききたい。

(4) 対象地域：山梨県韮崎市地域包括支援センター

ヒアリング対象者：地域包括支援センター職員 2名

ヒアリング実施者：高橋満

ヒアリング実施日：平成23年1月12日

事業の概要

介護予防座談会の開催

ねらい・目的

多くの人達が元気なうちから介護予防に取り組むことを、住民の自主的な活動として定着させたい。

信頼関係の構築

無尽が根付いている地域であり、信頼関係は構築されている。

地域・住民との連携の現状及び課題

「無尽」が根付いているため、独居が分からなかった、見守りが出来ないといったことは無く、信頼関係もある。

介護予防を住民の自主的な活動としていかに定着させるかということが行政側の課題である。

短期的目標としては、座談会開催をすることによって各団体との状況を共有し、次の開催につなげる。中期的目標としては、座談会で共通認識が出来た後にマップのような形になるとよい。

防災マップに独居の方を入れ込む、公共施設を入れ込む等の意見があったが、ポイントが絞り切れていなかった。座談会の開催を重ねて絞り込んでいきたい。

(5) 対象地域：香川県丸亀市地域包括支援センター

ヒアリング対象者：地域包括支援センター職員 2名

ヒアリング実施者：高橋満、福嶋美奈子

ヒアリング実施日：平成23年1月25日

事業の概要

認知症を切り口にした地域づくり。地域の皆が認知症の理解を深め、予防することはもちろん認知症になったとしても住み慣れた地域の中で安心して自分らしく暮らせるように、住民の自主的な活動として地域ぐるみの介護予防を推進する。

ねらい・目的

市民と市の共同計画による町づくり、地域コミュニティ自らによる町づくり。コミュニティを基盤に展開し、介護予防の取り組みと介護予防をひとつの手段として地域の力を引き出す。

信頼関係の構築

地域にはコミュニティが確立している。モデル事業を行っているコミュニティと

は常に行き来があり顔が見え、連携がとれている。市の担当課同志の連携を深めて長期的に取り組みたい。

地域・住民との連携の現状及び課題

小学校区単位のコミュニティがあり、そのコミュニティによって運営方法、組織、加入率が異なる。

モデル事業を行っているコミュニティでは一年をかけてグループワークを行い、課題を見つけ出してくる中で、自分達で問題意識を持つように変わった。今後は、次世代の育成と積極的に関わっていない人の取り込みが課題であると住民自身感じている。

短期目標 1 年目はコミュニティにおいて認知症の課題を認識して町づくりの中で認知症の予防とケアに取り組むことを考え、コミュニティの中に事業を進める上での核となるリーダー育成に重点を置く。3 年目にはリーダー中心にコミュニティの自主的な活動が充実していき、地域のネットワークが出来、コミュニティが活動的になるという目標をあげた。事業効果としては認知症の早期発見、早期対応をベースとして地域の理解と見守りネットワーク、介護者支援体制への活動・波及効果を期待している。

それぞれの担当課（生活課、福祉課、健康課、括支援センター）が、この 10 年間連携をしながら事業を進めたい。

地域の中で生活している各世代をライフサイクルで捉えて、生活習慣病予防が認知症予防にもなると長期的に考え、地域での健康づくりを考えて行く中で一緒にやっていくことが出来たらより効果的であり、行政側としてはうまく流れるように支援することを最終的に目指したい。

(6) 対象地域：山口県長門市

ヒアリング対象者：地域包括支援センター職員 3 名

ヒアリング実施者：高橋満、土岐浩一郎

ヒアリング実施日：平成 23 年 1 月 26 日

事業の概要

見守りネットワークの構築。

ねらい・目的

モデル地区を作り確実に動くネットワークを作る。行政主体というよりは住民主体で意見があがってくるように持っていきたい。認知症に対する理解も含めた見守りと、その対応・対策も地域で考える体制、ネットワークができるとよい。

信頼関係の構築

公民館活動の意見交換会である「地域の交流会」、行政区対抗運動会が活発に行われている歴史がある。個々で見守る体制はあり、それを活かし体系化したい。

地域・住民との連携の現状及び課題

高齢化率が高くなり活気が無い。市でも認知症対策の取り組みについて議論が進まない。住民は相談に行くところが分からず症状が進んでからの相談になることがあった。

地域の特性として行政依存、社会福祉協議会も行政追随型であり、独自の活動が見られないため地域住民から意見を出してもらうことが難しい。

既存の地域の交流会、行政区対抗運動会の交流を土台にして、行政がきっかけづくりをしていきたい。公民館に、福祉分野である認知症見守りネットワークのテーマを持ちかけ、地域づくりであることを話し理解者を増やしてきた。公民館での社会教育面、生涯学習面に福祉分野を入れ住民の生活全体をとらえて事業を進めて行きたい。

くさっと! 笑まるっと!



「鶴ヶ谷」の由来

鶴ヶ谷に人が住むようになったのは、団地の北側にある佐野原（現在の六丁目北側）の一角であつたらしい。大昔は佐野原一帯は湿地帯で、シベリア方面から大挙して渡来した鶴の群れで賑やかだったと想像され、そのことから「鶴ヶ谷」という地名が誕生したとも考えられる。一方では、この地の北側に天正年間（1573～1592年）に、笹森城があり城主に鶴谷次郎が居城していたことから、鶴ヶ谷という名が付いたとも言われている。

湿地帯は小さい沢を水源として集まった水が枯れることなく流れて、その裾に蒲や葦などが生え茂っていた。現在、団地になつてゐる所は、昭和30年代まではうっそうとした国有林の丘陵地帯で、深い谷が幾筋か走つていて、野生動物のタヌキやキツネ、イタチ、野鳥などの宝庫だったらしい。

大堤

鶴ヶ谷中央公園にある沼の歴史は非常に古く、宮城郡岩切村だった当時は、水田の水田として、水田耕作の役割を果たしてきた。冬期間は白鳥をはじめ数多くの水鳥が遊泳する様子を団地内で見ることが出来る。また、春には枝垂れ桜が、秋には紅葉がとても美しい。通称「ひょうたん沼」と言われ親しまれている。



健康生活していますか？

体をあまり動かさないような生活をしていると、筋肉も骨もどんどん衰えてしまいます。階段を使ったり、よく歩いて鍛えましょう！



家の中でつまづいたり、よく転んだりする。

片足立ちで靴下がはけない。



15分位続けて歩けない。
※40代は30分



階段を上るのに手すりを使う。

ロコモティブシンドロームとは？

関節や筋肉などの障害から介護が必要になったり、寝たきりになったりする危険性が高いことを「ロコモティブシンドローム（運動器症候群、通称ロコモ）」といいます。

これらの設問に、一つでも当てはまれば、ロコモの可能性ががあります。新聞の記事によると、20代〜70代を対象にした調査（整形外科学会ネット調査）では、これらの設問に全体の5割弱が1つ以上当てはまる、またはやや当てはまると回答していて、20代の女性でも4割以上が当てはまる、またはやや当てはまると回答しているようです。あなたは大丈夫ですか？チェックしてみましょう。

横断歩道を青信号で渡りきれない。



2kg程度の買物した荷物を持ち帰るのが困難。



家のやや重い仕事が困難。
※布団の上げ下ろしなど。

鶴ヶ谷の健康づくり情報紙 “ぐるっと!まるっと!”ができました♪

鶴ヶ谷地区一円（ぐるっと）が、人もまちもまるごと（まるっと）元気になるように、という思いをこめて、健康づくり情報紙を作成しました。鶴ヶ谷の“元気”をお届けします。

鶴ヶ谷情報

■ 鶴ヶ谷地区はバスが便利です。平日は仙台駅方面に向かうバスが1日に207本、ピーク時は1時間に36本と市内でもトップクラスの本数の多さです。バス路線図・時刻表は、交通局の営業所のほか、旭ヶ丘バスプール等で入手できます。

① 鶴のひとことメモ

運動を長続きさせるコツ

運動は強いほど効果があると思っていませんか？運動を効果的に長続きさせるコツは「自分の体力にあった」＝「ややきつと感じる」運動をすることです。具体的に言うと「チョット息が弾むけれど笑顔でいられる」状態が目安です。これから運動を始める方は「かなり楽」から始め、だんだん強さを上げて、「笑顔で、ややきつい」を目指しましょう。

② 鶴のひとことメモ

生活習慣を見直しましょう

- ① 1日3食、出来るだけ同じ時間に腹8分目を目安に食べましょう（バランスよく!）
- ② 1日に1回は快便に努めましょう
- ③ 1日の疲れを明日に残さないように十分な睡眠を取りましょう
- ④ 1日1回は軽い体操と15分の歩行を心がけましょう（ラジオ体操はいかがですか?）
- ⑤ 1日1回は笑いましょう

体重、体温、血圧に気をつけて体調をチェックしましょう。1年に1回は健康診査を心がけましょう。

サロンへどうぞ。

地域には様々な 交流の場があります。



鶴ヶ谷地区社会福祉協議会 「ふれあいサロン」



毎月第1・第3木曜日
時間／13:00～15:00
場所／鶴ヶ谷市民センター

お茶を飲みながら、楽しく
交流しています。
どうぞ、お出かけください。

鶴ヶ谷東地区民生委員 児童委員協議会 「子育てサロン 鶴ヶ谷」

第1・第3水曜日
時間／10:30～12:00
場所／鶴ヶ谷東コミュニティ・センター

親子(乳幼児)で楽しむ
体操や小物づくりを通して、
交流します。



町内会単位で開催している 「ふれあいいきいきサロン」

◎一丁目東区
「鶴一東きずなサロン」
第1・第3木曜日
時間／13:00～15:00
場所／一丁目東区集会所

◎三丁目町内会
「三丁目ふれあいサロン」
第2火曜日・第3日曜日
時間／13:00～15:00
場所／三丁目集会所

◎五丁目公団「お誘いの会」
第1・第3水曜日
時間／10:00～12:30
場所／五丁目公団集会所

◎六丁目北「虹の会」
第4日曜日
時間／12:00～16:00
場所／第三集会所

◎六丁目睦会「サロンむつみ」
第3木曜日
時間／10:00～12:00
場所／睦会集会所



◎六丁目中央町内会
「ふれあい中央若葉会」
隔月第4金曜日
時間／14:00～15:30
場所／六丁目第二集会所

◎七丁目南
「友愛サロン(サザンカの会)」
隔月随時
時間／10:30～13:00
場所／鶴ヶ谷東コミュニティ・センター

※詳しくは、町内会の回覧などでお知らせしています。

つるがや あいあいくらぶ



第3水曜日
時間／10:00～11:30
場所／むつみ集会所(鶴ヶ谷五丁目)

体を動かし、脳を動かし、一緒にお茶を
飲んだりしながら人と人がつながり、
支えあう地域の居場所をつくります。

※他にもサロンを開催しているところがあります。

鶴ヶ谷情報

■鶴ヶ谷＜鶴ヶ谷地区町内会連合
会エリア＞ H22.4.1現在
世帯数:7,167世帯／人口:15,654
人／高齢化率:33.84%(仙台市全
体高齢化率:18.64%)
*高齢化率とは人口全体に占める
65歳以上の方の割合
[参考]平成21年度当初、鶴ヶ谷中
学校区での要介護支援認定者率
(65歳以上の人口における認定者
の割合)は15.2%と仙台市全体の
16.9%と比べても低くなっていま
す。鶴ヶ谷は高齢であっても元気な
方が多いようです。



鶴ヶ谷市民センターへ 行ってみよう

場所／宮城野区鶴ヶ谷8-19-1
電話／251-1562
開館／9:00～21:00
月曜、祝日の翌日休館

市民センターは若い方から
高齢者まで、すべての世代を
対象とした生涯学習施設で各
種講座を実施しています。ボ
ランティアやサークル活動で
の利用も盛んです。夜は21
時まで開館しているので、仕
事をしている方も利用できま
す。詳しくは、町内会から回
覧される市民センターだより
をご覧ください。

鶴ヶ谷を元気なまちへ

◎つるがや元気会

活動／つるがや元気まつり開催、コミュニティサロン
設置活動、コミュニティバス運行の試算ほか講座等

ついつい家に引きこもりがちになるご高
齢の方も、外に出やすくなる、出たくなる
仕組みを地域で考え、企画立案、行動実
践を行うことにより鶴ヶ谷地区を活性化し、
明るく元気なまちにすることを目的とした
会です。設立は平成21年8月25日で、現
在会員数107名。多くの皆様のご参加を
お願いいたします。

ホームページ <http://genkikai.da-te.jp>

鶴ヶ谷地区 くまるとまるっと! 地図

-  眺望良好ポイント
 -  ラジオ体操実施ポイント
 - ★ 少年野球グラウンド、テニスコート
 - 町内会集会所
 - ▲ コミュニティ・センター(コミセン)
 -  市民センター
 -  公衆トイレ
 -  公園
- *小学校、中学校は指定避難所



木蓮通りをはじめ、鶴ヶ谷地区には多くの樹木が植えられ、緑豊かで閑静な住宅地を演出しています。

小松島地域包括支援センター担当区域



小松島地域包括支援センター (青葉区小松島新堤7-1)	☎233-6954
燕沢地域包括支援センター (宮城野区燕沢東3-8-10)	☎388-3690
岩切地域包括支援センター (宮城野区岩切字稲荷14)	☎255-2524
「びあ☆はうす」(宮城野区鶴ヶ谷3-3-5)	☎388-4388
鶴ヶ谷交番 (宮城野区鶴ヶ谷8-19-2)	地図記号 X ☎251-7242
宮城野消防署鶴谷出張所 (宮城野区鶴ヶ谷8-19-14)	地図記号 Y ☎251-1563

(保存版)

自分に必要な情報を書き加えて、オリジナルの地図としてご活用ください。

平成23年3月現在
仙台市発行「都市計画基本図」を使用

岩手県内各地方を支援するボランティア活動の中心となる「ボランティアセンター」の担当区域

鶴ヶ谷中央公園は、春には桜が、冬には白鳥が飛来し、四季を通して散策が楽しめます。健康遊具が設置され、ラジオ体操やノルディックウォーキングなど運動の場としても親しまれています。



健康遊具

小
谷コミセン

文
鶴谷中

櫟並木

健康遊具

健康遊具

鶴ヶ谷
市民センター

とう楓並木

健康遊具

鶴ヶ谷八丁目

鶴ヶ谷一丁目

燕沢地域包括支援
センター担当区域

鶴ヶ谷六丁目

鶴ヶ谷東コミセン

鶴ヶ谷七丁目

ベンチがあり朝日が楽しめます。



※——鶴ヶ谷地区町内会連合会の範囲

※——町名境

地域には様々な支援と相談の窓口があります。

こんなときはご相談ください！

身の回りのことを
手伝ってほしい。
介護保険を
利用したい。
施設に入りたい。



地域包括支援センターをご存知ですか？

地域包括支援センターは、地域の高齢の方に介護・健康・福祉・医療などさまざまな支援を総合的に提供するために平成18年4月に設置されました。地域包括支援センターは、仙台市から委託を受けた公的機関で、地域のみなさまの相談窓口です。

お住まいの地域包括支援センター
担当エリア

※P4～P5の地図参照

相談受付時間

月曜日～金曜日

8:30～17:00

◎小松島地域包括支援センター

概ね鶴ヶ谷一丁目西部、鶴ヶ谷二丁目、鶴ヶ谷三丁目、安養寺一丁目西部、自由ヶ丘
電話／233-6954

◎燕沢地域包括支援センター

概ね鶴ヶ谷一丁目東部、鶴ヶ谷六丁目東部、鶴ヶ谷七丁目、鶴ヶ谷八丁目、安養寺一丁目東部
電話／388-3690

◎岩切地域包括支援センター

概ね鶴ヶ谷四丁目、鶴ヶ谷五丁目、鶴ヶ谷六丁目、鶴ヶ谷七丁目、鶴ヶ谷八丁目、安養寺一丁目東部
電話／255-2524



鶴ヶ谷情報

◎鶴ヶ谷地区の良いところ

- 第1位 緑が多い
- 第2位 静かな住環境
- 第3位 道路が広い

H22実施
住民アンケートより



みなさんを支えます。
民生委員児童委員、
主任児童委員

家族の問題、経済的な問題、悩みなどを気軽に相談ください。民生委員児童委員は、みなさんの近くで、みなさんを支えます。特に子育ての問題で悩んでいる方は、主任児童委員に相談しましょう。

委員は受持区域が決まっていますので、担当委員の連絡先等詳しくは

宮城野区保健福祉センター管理課

電話／291-2111

にお問い合わせください。

◎鶴ヶ谷東地区民生委員児童委員協議会

[委員数 19 名、主任児童委員 2 名]
担当エリア／鶴ヶ谷六丁目～鶴ヶ谷八丁目

◎鶴ヶ谷西地区民生委員児童委員協議会

[委員数 18 名、主任児童委員 2 名]
担当エリア／鶴ヶ谷一丁目～鶴ヶ谷五丁目、鶴ヶ谷六丁目～鶴ヶ谷八丁目

◎幸町地区民生委員児童委員協議会

[委員数 31 名、主任児童委員 2 名]
担当エリア／自由ヶ丘、安養寺一丁目

※以上 H22.12.1 現在

なんでもお気軽にご相談ください。



悩みは1人で抱え込まず、話すことで楽になります。
解決方法も見つかります。
相談窓口はいろいろありますが、まずは自分が一番相談しやすいところへご連絡ください。



ご利用ください



心配ごとや生活のあれこれ、
どうぞお気軽にお電話ください。

◎NPO法人 つるがや地域生活支援センター ぴあ☆はうす[無休]

電話／388-4388

場所／宮城野区鶴ヶ谷3-3-5

〈相談〉[電話、来所、訪問]

時間／9:00～17:00

障害のある方や高齢の方ご本人、ご家族等の相談に応じます。

〈サロン〉

建物の1階を交流の場としています。

どなたでもご利用いただけます。

時間／10:00～17:00

〈ボランティア・コーディネート〉[有料]

ちょっとしたお手伝いをしたい方と、
お手伝いを必要とする方をおつなぎします。



※まずは電話でご連絡下さい。

◎休日当番医

新聞、市政だより、仙台市ホームページ (<http://www.city.sendai.jp>) に掲載または、電話／216-9960

◎東部休日診療所

電話／291-5566

宮城野区東仙台4-1-1

◎仙台オープン病院

休日、夜間の重症救急

電話／252-1111

宮城野区鶴ヶ谷5-22-1

みんなで元気に活動。 あなたも仲間に!



平成22年6月実施の「健康づくりフェスティバル」参加団体を掲載しています。
団体への問い合わせ先等については、鶴ヶ谷市民センター【電話／251-1562】までお尋ねください。

鶴ヶ谷中央公園 ラジオ体操クラブ



活動 鶴ヶ谷中央公園西側

6:30~

ラジオ体操は昭和3年11月1日に始まってから、82年の歴史を持つ世界的にも貴重な体操として認識されています。

鶴ヶ谷中央公園には午前6時になると、会員の皆さんが集まってきます。

ここには4種類の健康遊具があるので、ラジオ体操が始まるまで遊具を使ったり、ウォーキングをしたりして、楽しんでおります。春には花見のレクリエーションも行います。

※ラジオ体操は、上記のほかにも四丁目東公園や四丁目公園でも実施しています。



つるがやりフレッシュ倶楽部



つるがやりフレッシュ倶楽部は、平成17年1月にスタートした健康づくりのための教室です。鶴ヶ谷オリジナルの「つるがやりフレッシュ体操」を中心に簡単な脳トレやリズム体操などを取り入れて、楽しく健康づくりができるプログラムになっています。一度のぞいてみませんか? 体験歓迎です!



活動

一丁目西集会所→第1・第3金曜日

二丁目第2集会所→第1・第3金曜日

鶴ヶ谷コミュニティ・センター(火)
→第2・第4火曜日

鶴ヶ谷コミュニティ・センター(木)
→第2・第4木曜日

むつみ集会所(五丁目)
→第2・第4水曜日

六丁目第3集会所→第1・第3火曜日

鶴ヶ谷東コミュニティ・センター
→第2・第4月曜日

時間 各会場10:00開始

健康遊具

健康づくりを主な利用目的とした大人用の公園遊具で、鶴ヶ谷地区には5箇所に10種類19基設置されています。※P4~P5の地図参照



健康づくり料理レシピ

けんちんうーめん



●材料(2人分)
鶏もも肉…50g
大根…80g
人参…20g
ごぼう…30g
さやいんげん…20g
干しいたけ…1枚
油揚げ…1/4枚
ねぎ…3cm
うーめん…1把
だし汁…3カップ
(水3.5カップ)
削りかつお…10g
七味唐辛子…適量
しょうゆ…大さじ1
みりん…大さじ1/2
酒…大さじ1
塩…少々

バランスのとれたお腹にやさしい料理です。基本の材料以外でも、ご家庭にある残り野菜を使ったり、だし入り醤油やめんつゆを利用したり、みそ仕立てにするなど、いろいろと工夫ができそうです。【情報提供:鶴ヶ谷メンズクッキング】

1

濃いだしをとる

分量の水を沸騰させ、削りかつおを一度に入れる。再沸騰したら火を弱め、アクをとりながら、2分ほど煮出して火を止める。細かい目のざるでこす。

2

下ごしらえ

鶏もも肉(1cm角に切る) 大根、人参(2mm厚さのいちょう切りにする) ごぼう(さがきにし、水にさらす) さやいんげん(筋を取り、1cmに切る) 干しいたけ(100mlの水でもどしてから汁をしぼり、軸を取って薄切りにする。もどし汁はとりおく) 油揚げ(熱湯をかけ油抜きして縦4つに切り、細切にする) ねぎ(小口切りにする) うーめん(たっぷりの湯で茹でて水洗いし、水気をきる)

3

仕上げ

① 鍋に、ねぎ、うーめん以外の具とだし(干しいたけのもどし汁も加える)を入れ、やわらかくなるまで煮る。② ④の調味料で味付けする。③ 器にうーめんを入れ、②をかける。ねぎをのせ七味唐辛子をふる。



みんなで元気に活動。あなたも仲間に!

団体への問い合わせ先等については、鶴ヶ谷市民センター[電話/251-1562]までお尋ねください。



ハイビスカス
フラダンスサークル鶴ヶ谷

活動 鶴ヶ谷市民センター

第2・第4火曜日/13:00~15:00

「健康のため、楽しくフラダンスを踊りましょう」をモットーに練習をしています。練習したフラを社会に役立たせようと地域のイベントへ参加したり、病院や介護施設でフラを踊るボランティアをしています。女性の参加をお待ちしています。



リズムダンス同好会

活動 鶴ヶ谷市民センター

第2・第4木曜日/10:00~12:00

レクリエーションダンスをいろんなリズムで楽しく踊ります。音楽を聴きながらリズムに合わせて体を動かすことは素晴らしい健康法です。毎回、先生のご指導とおりに動いていろんなリズムの様々なダンスが楽しめます。教えられたことを次回には忘れていても全く支障がありません。気軽にダンスを楽しめるから私達はいつても明るく元気です。いつからでも、どなたでも参加できます。



鶴ヶ谷フォークダンス

活動 鶴ヶ谷市民センター

毎週水曜日/13:00~15:00

会員相互の親睦をはかり、フォークダンスを通して健康で豊かな生活をめざすことを目的として、柴崎や桑先生のご指導のもと、音楽に合わせて楽しく踊っています。笑顔のたえないサークルです。毎年6月には初心者講習会があります。



ノルディックウォーキングサークル

活動 鶴ヶ谷中央公園界隈

毎週水曜日/10:00~12:00

健康は無理なく歩くことから...2本のポールを使って膝や腰への負担を軽減するウォーキングをしています。転びやすくなったと感じる方や高齢者にも、安全で無理なく、しかも姿勢よく歩くことができるようになります。月に一回は水の森公園や台原森林公園、県民の森などに遠出しています。いっしょに歩いてみませんか。

編集後記

鶴ヶ谷地区での健康づくり活動等に関する情報をお持ちの方は、事務局までお寄せください。

編集・発行 鶴ヶ谷地区健康まちづくり推進連絡会(事務局:宮城野区まちづくり推進課 299-1211)

高齢者に限らず、子育て中のママ達や仕事ばかりの現役世代のみなさん、この鶴ヶ谷で楽しく元気に過ごしていたきたいの思いから、この情報紙を作成しました。はじめの一步ですが、少しでもみなさんの健康づくりに役立てば、幸いです。

③ 鶴のひとことメモ

運動だけではないんです。

健康づくりという「運動」に目がいきがちですが、趣味を楽しむことやおしゃべりすることも健康づくりにはとても効果的です。

例えば、音楽を聴く、ピアノを弾く、歌う、絵を描く、写真を撮るなど好きなことをしたり、お友達とおしゃべりするとウキウキと心が軽くなり脳も活性化されます。

また、「笑う」ことが心と体にとってもいいのです。1日1回は声を出して笑いましょう。「笑いに勝る良薬なし」とも言われ、免疫力がアップして病気に負けない体になります。

第7章 ソーシャルキャピタルの視点からみた地域住民連携活動の計画・評価方法

はじめに

この章では、実践のプログラムをいかに計画し、そして評価するのか、その具体的なすすめ方について論述したい。

社会福祉や社会教育に限らず、行政の施策をすすめるにあたって、いまほど計画と評価が求められる時代はない。しかしながら、企画書をつくっても「計画」として最低限必要な要件を備えていないもの、「思いつき」程度のプログラムも少なくない。そもそも地域福祉論やコミュニティワーク論だけでなく、社会福祉計画論の教科書等をみても、自治体レベル（あるいは地区レベル）の地域福祉計画の策定の手順や必要とされる視点などを扱っているものの、事業レベルでの計画をどうつくるのか、その具体的手法を紹介しているものはほとんどない。

周知のように、地域福祉論では、計画策定における住民参加がとりわけ重視されている。また、計画づくりが、その住民の福祉力を高めるものであることが大切であるともくり返し強調されている。それは「住民自治の学校」であるともいわれるが（武川 2006）、計画づくりを学びの場とするために、計画と評価づくりへの市民参加がどのようにあるべきなのか、具体的なすすめ方については明らかではない。

計画・評価のつくり方にもいくつかの考え方があるが、以下ではロジック・モデルという手法を使った計画と評価のすすめ方について説明し、学びとしての計画・評価づくりプロセスとして、このモデルを適用した具体的な実践の試みを提案する。

1. 地域住民連携活動の計画と評価 ―ロジック・モデルの適用の試み―

1) 計画・評価と市民参加

(1) 評価の時代

政策や施策の推進において計画と評価の必要性が強調されている。いうまでもなく、地方分権の推進にともなって、あるいは財政危機もあって、行政の政策形成能力の向上や市民に対する説明責任が求められていることが、その背景になっている。さらにいえば、NPM（New Public Management）の日本への紹介と受容がすすめられ、「結果重視」、「顧客志向」、「コスト意識の重視」を強調する評価が求められていることが現代の特徴の一つでもある。

計画づくりや評価では、いくつか問われるべきことがあるが、もっとも重要なものは、だれが、どのような目的のために評価するのかという論点である。

第1に、「だれが」、という主体論をめぐる点でいうと、委託事業の制度設計では、具体的な事業を計画・実施するのは民間で、これを行政が評価して質を管理するという関

係となっている。この図式では、計画するものと評価する機関とは別々であり、しかも、結果として行政の権力を強化する構図が浮かび上がる。

第2に、「どのような目的」で評価するのか、という目的論である。NPM 型の評価では、結果重視の評価と管理がすすめられる。その評価によって、予算や資源が配分されることになる。あるいは、事業を継続するか、中断するかが決められる。これは「いい試合をするよりも、何をしてもいいから勝て」というような強制として機能することを意味する。これこそが「行政権力の強化」の基盤でもあることはいうまでもない。

これらの評価をめぐる現代の特徴と、〈福祉のまち〉をつくる実践とを関連させて考えてみよう。計画と評価のなかで市民は、どのような位置を占めるべきなのだろうか。事業に参加はするが、その活動を評価される対象になるのだろうか。それとも、「事業仕分け」の最終的な権力的判定者になるべきなのだろうか。結論からいえば、そのどちらでもない。

まず、事業の特質を考えてみる必要がある。〈福祉のまち〉をつくる活動は、行政だけでなく、民間事業者や、なによりも市民とのコラボレーションが不可欠であろう。財政的に支援する者（行政や民間助成財団など）、事業を実施する者、そして受益者でもある市民が協力し合わないとならない性格をもっている。ここに施設を管理するだけの委託事業の評価のようにビジネス・モデルがなじまない社会福祉、社会教育事業評価の特殊性があるといえる。行政だけが、最終的な判定者になることは許されない。

もうひとつ、結果重視の評価という点である。これまたビジネス・モデルの特徴であるが、効率性をみるべく費用対効果の検討（費用・便益分析）がもっとも大切な点検の課題となる。ここで評価論の基本を確認することが大切である。つまり、評価には、①プログラムの進行を管理し、それを改善するという役割と、②委託者・利用者・市民に対して説明責任を果たすという 2 つの役割がある。事業を実施する実践者や市民の立場からいえば、「結果」も大切だが、プロセスがより大切である。なぜなら、関係者の信頼関係を育み、よりよい事業をつくりながら、継続的に取り組みをつづけるのが〈福祉のまち〉づくりの課題だからである。

参画型の計画づくりでは、参加のなかで市民は行政職員や専門機関の職員と同じ権利と責任を分かち持つことが大切な点である。つまり、PDCA（Plan→ Do →Check →Action）のすべての段階で権利と責任を果たすことが求められる。むつかしくいうと、アクティブ・シティズンシップを育む実践でなければならない。コラボレーションという実行段階だけがクローズアップされるが、大切なのは、協同のプロセスとして計画と評価が組みまれ、実施されることなのである。

（2）創発的協同の条件―「公共空間」をつくる

先に、より生産的な協同を「創発的協同」と呼び、以下の条件が必要であると説明してきた（高橋 2009）。

- ①局所的な正誤判断をすることがむづかしい課題であること。つまり、「真」なる問いを追求すること、
- ②協同行為に参加したすべての人たちにとって、その活動のプロセスが相互に見えやすいということ。
- ③参加者の相互関係が多様性をもち、かつ平等で、開放的な関係であること。

ここから、計画づくりや評価をすすめる際の基本的な視点が浮かび上がってくる。留意すべきこととしてまとめると、まず、創発的協同の視点からいうと、計画と評価をめぐる議論の場が、その活動の実施に利害をもつすべての人びと（ステークホルダーといえます）、できるだけ多様な関係者が自由に意見を交わすことのできる「公共空間」とならねばならない。この点は、いうまでもなく、だれが計画をつくり、評価をするのかという論点に対する回答である。

ところで、「公共空間」とは、どういうことだろうか。かつて、「公共空間」を次のように定義したことがある。

公共空間とは、私たちの社会生活のなかで公私の境界をめぐる複数の価値や意見の間に生成する「言説の政治」が行われる空間をいう。その特徴は、①すべての市民がアクセスしうること、②複数の、異なる価値や意見が生成しうること、③人びとの間にある事柄、人びとの間に生じうる出来事への関心がこの空間をつくるということである。それは制度や組織ではなくて、絶えず創造され、流動し、ときに消滅するゆえに、関係概念としてとらえることができる。

つまり、共通の問題関心で集まった人たちが、自由闊達に、かつ多様な意見を交換することのできる〈言説の空間〉ということである。この点でいうと、自治体レベルの計画をつくる審議会への市民参加は重要ではあるが、いかに限定されたものであるかがわかるであろう。そこでは市民が検討委員会や協議会に参加して委員として意見を反映させるということが市民参加の一般的形態として想定される。それは重要な参加の形態ではあるが、しかし、一部の実践を除いて、S. アーンスタイン（Arnstein 1969）のいう、形式的参加の段階にとどまっているといえるのではないか。だからこそ、より実質的な参加のすすめ方が模索されているのである（平野 2008、高橋 2003）。

審議会という参加の機会の重要性を認めるにしても、その限界を認識し、より市民に開かれた参加機会をつくる必要がある。そのための構想として、自治体レベルの計画を論じるだけでなく、個別の実践プログラムへの参画から、地区レベルの計画への参画、そして、自治体レベルの計画へと積み上げる重層的な参加の仕組みが考えられるべきである。なぜなら、参加をすすめる上でもっとも大切なのは、その機会へのアクセスだけ

らである。一部の専門家、一部の住民だけが参加することを当然視しているようでは、福祉に対する市民的理解を育むことはできない。身近な参加の機会をとおして、市民も計画づくりへの主体的参加のリテラシー（能力）を育むことが可能となるからである。この点は、学びとしての計画への参加を論じる際に大切な点である。個別のプログラムへの市民の参加は重要な学びの重要な機会である。

しかし、この空間をつくることは、それほど容易いことではない。先のフレーズにつづけて、わたくしは「公共空間」論をめぐる H. アーレントや J. ハバーマスの議論の限界として、次のようにつけ加えている。

こうした公共空間論を学習論と接合させることも可能であろう。しかし、次の点に留意する必要がある。①両者の空間論では、討議する主体はすでにそこにあるものであり、参加への意思をもつこと、参加のなかでの学びをとらえるものではないこと、②社会的、文化的、言語的資源の不平等が理論的に捨象されており、人びとは平等・水平的関係のなかで「話すこと」「耳を傾けること」＝学ぶことが想定されていること、③公共空間を国家や資本などの外部に置き、それらの権力や支配的言説に対抗する公共空間の意義を十分とらえられていない、ということである。公共空間は、「公私の境界」をめぐる政治的交渉の場であり、そこに学びを育む空間としての意義がある。

このように、実践では、いかに参加の意志を育むのか、参加者間のパワーの不均衡があるなかで、自由闊達な意見の交換がおこなわれる熟議の「空間」の場をどのようにつくるのかが問われ、また、協同の空間として運営することのできる専門的な支援が必要とされるのである。

（３）実践への参加としての学び

市民の参加への意志や意欲を育み、かつ、それへの参加を学びとするためには、それが「実践の空間」でもなければならない。つまり、ただ議論をするだけではなく計画・評価の全体のプロセスが協同の実践となるような運営をすすめる必要がある。これは学習論でいうと、実践コミュニティへの参加となるような運営である。この理論からいえば、協同行為は、課題の設定、目標の合意、行動計画の策定、実行、その評価という諸階梯をたどるのであるが、この課題の解決へ向けた「正統的周辺参加」をとおして、わたくしたちは知識や技術とともに、実践への関心や意欲、そして責任意識を育むのである。そして、その学びを支援する職員の役割も大切であるということも忘れてはならない点である（高橋 2009）。

それは、学校型の学習、つまり、ただ計画化のプロセスで専門家の講義を聞くとか、計画論や評価論など専門書を読むというような形式化された学びではない。こだわっていえば、学習者をディス・エンパワーメントするいまの「学校」ではないのである。

ここでは詳しく触れないが、学習観の転換が求められる。ノンフォーマル・エデュケーション、あるいはインフォーマル・エデュケーションとして、計画をつくるプロセス自体がP. フレイレの課題提起型の学びとすることがめざされる。

2) ロジック・モデルとは何か―〈変化の理論〉とプログラム・モデル

(1) ロジック・モデルの利点

なぜ、ロジック・モデルに注目するのか、ということを先の計画・評価をめぐる論点と関連させて整理をしておこう。

第 1 に、ロジック・モデルは、参加者の議論の結果を図によって示す方法をとる。グラフィック・プレゼンテーションである。事業の計画や進行管理から評価までの一連のプロセスをめぐる選択（決定）を支援し、また、すべての関係者がアクセスすることを可能とするツールである。

第 2 に、計画の妥当性と実行可能性を検討する際に重要となるポイントを明示化する。例えば、ロジック・モデルの中心には〈変化の理論〉があるが、その根拠となる調査研究、理論等の存在を意識化して検討をすることをおして、目標実現に向けての活動の妥当性を高めることが容易となる。そのポイントが SMART 基準と FIT 基準である。

第 3 に、ロジック・モデルは、積極的な参画型の学習機会を提供するツールでもある。このツールを使うことによって、わたくしたちを取り巻く状況、解決すべき問題を意識化するとともに、その実践に責任をもち、これに参加することをおして学びを深めるプロセスをつくる。とくに、実践や、実践の前提自体を批判的に省察するときダブル・ループの学習に結びつく。

第 4 に、それは協同の実践であり、かつ協同の学習のプロセスをつくるが、これによって関係者間の信頼関係を育む契機となる。つまり、計画・評価のプロセス自体が、わたくしたちの社会関係資本を豊かにする実践ともなるのである。

(2) 〈変化の理論〉の構成

ロジック・モデルでは、2つのロジックを描く。〈変化の理論〉モデルとプログラム・ロジック・モデル（以下、プログラム・モデルという）である。〈変化の理論〉は概念的であり、プログラム・モデルは操作的と言われる。比喩的にいうと、〈変化の理論〉はプログラムの骨格をつくるものであり、プログラム・モデルは、この骨格に筋肉や血管などの細部を積み上げて全体をつくりあげるものである。まず、〈変化の理論〉モデルについて少し説明をしていこう。

この〈変化の理論〉モデルをもっとも単純に図示すると、次のように表現できよう。

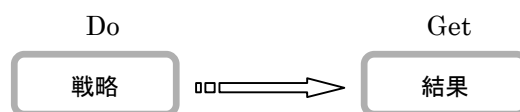


図 7-1 〈変化の理論〉モデル

この図は、意図する「結果」（目標＝インパクト）を実現するために、どのような「戦略」を選択するのかという関係を示している。「戦略」とは、意図した「結果」を実現するために最適な活動が何かを選択することを意味するが、それが「戦略」といわれるのは、選択が何らかの根拠にもとづいてなされるからである。つまり、何を実践するのか、どういう目標であるのかということを記述する。これに対して「結果」は、「戦略」による効果を表現するものである。つまり、わたくしたちが「行うこと」から「えられるもの」である。

ほとんどのプログラムは、実際には、より複雑な構成をもつ。いくつかの「戦略」が特定の順序で行われ、それらが相互に結びつきつつ「結果」をうみだしていく。例えば、健康づくりのプログラムでは、次のような〈変化の理論〉が描かれるだろう。つまり、健康づくりには「運動」が必要であり、それだけではなく「栄養改善」とか、「ストレスの低減」などが効果的だと考えられる。

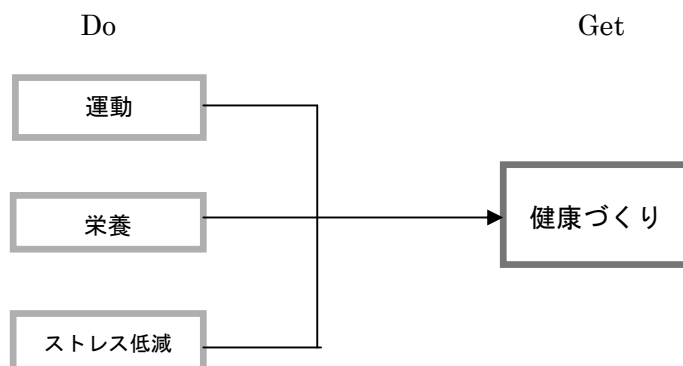


図 7-2 健康改善の〈変化の理論〉

（3）〈変化の理論〉と仮定

このように「戦略」を選択する際に、わたくしたちは、自分たちが「そうだ」と信じていることにもとづいて判断をしていることに留意することが大切である。つまり、「仮定」しているわけである。〈変化の理論〉をつくり、それを改善するうえで、どのような「仮定」にもとづいているのかということに自覚的である必要がある。しかし、この存在を意識することなく、慣習的に前例が踏襲されつづけることが少なくないだろう。その結果として、ドグマとはいわないまでも、希望的観測にもとづいて選択することによって、効果の薄いプログラムになってしまったり、方向を誤る危険が存在

している。逆に言うと、妥当性や実行可能性を高めるためには、自分たちがどのような「仮定」にもとづいて選択をしているのかを批判的に吟味してみることがポイントである。次のような図をつくって検討することが妥当性を高めることに結びつく。

あなたが「目標」の実現のために選択した「戦略」は妥当なものでしょうか。どのような根拠にもとづいているのか。あなたの「戦略」の選択は「調査研究」にもとづくものなのか、あるいは「先進事例」があつて、すでに確かめられている実践なのか。「理論」によるものであるか。ロジック・モデルでは、こうした検討の必要性が強調されている。

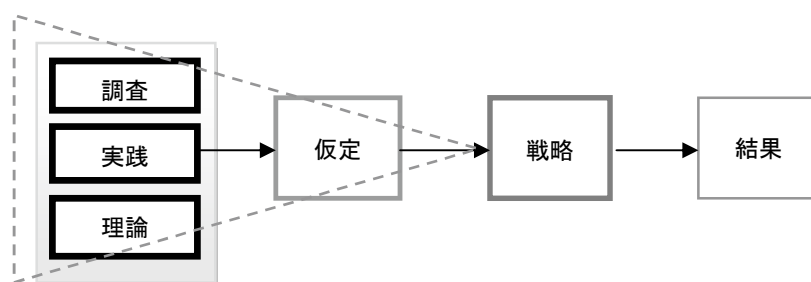


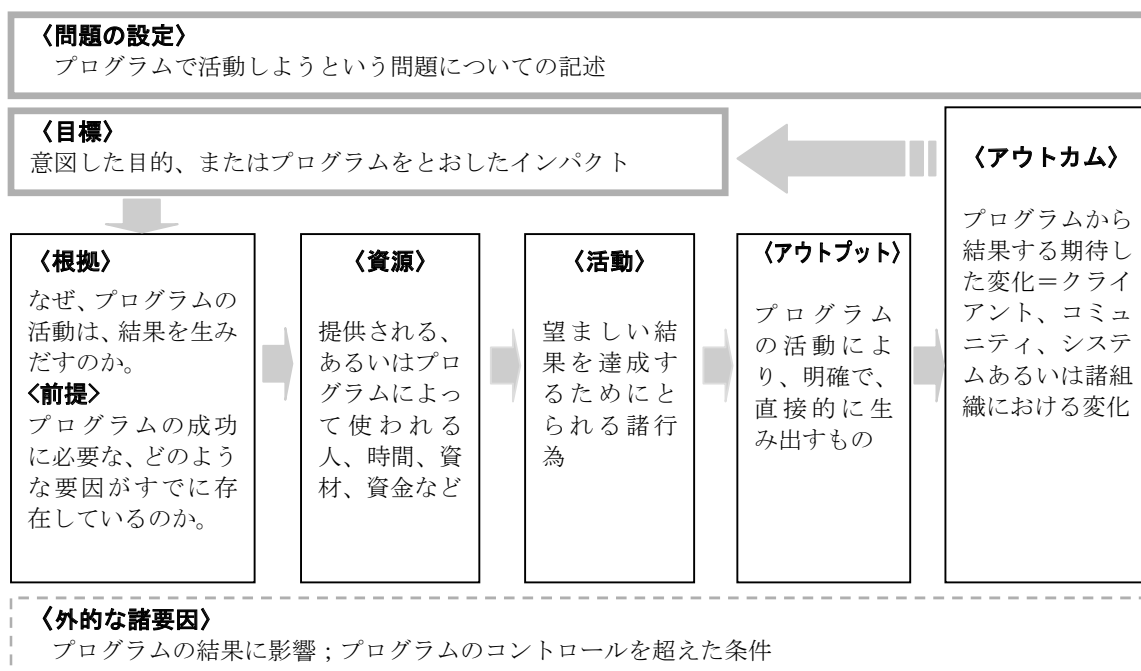
図 7-3 「変化の理論」と「仮定」

市民参加や市民が中心に計画づくりをすすめる場合に、この「仮定」の検討の段階で専門的な知見にもとづくアドバイスを受けることが望ましい。コミュニティワークを実践する専門職の力量として、すぐれた実践事例の情報によく精通し、調査研究報告や理論をしっかり学ぶことが大切な理由はここにある。後の実践でも紹介されるように、健康づくりの実践であれば、保健師などの専門職の方々の社会疫学の知識が重要な情報源として活用できる。

(4) プログラム・モデルとは何か

次に、プログラム・モデルとはどのようなものかを示してみよう。ロジック・モデルでは、プログラムの詳細を図 7-4 のように図によってわかりやすく示す。

図 7-4 プログラム・ロジック・モデルの諸要素



このようにプログラム・モデルとは、実践プログラムの具体的な内容を示したものである。〈変化の理論〉が、「戦略」と「結果」の基本的関係を示すとすれば、プログラム・モデルはより操作的に、どのような「資源」を使い、どのような「活動」を、いかなる条件のもとで遂行し、何を「結果」として獲得するのかを示す。それらは、「資源」、「アウトプット」「アウトカム」（短期・中期・長期のアウトカム）、「インパクト」などの諸要素により構成されている。

図 7-5 は、〈変化の理論〉モデルとプログラム・モデルの基本要素との関連を説明している。〈変化の理論〉ロジック・モデルは、プログラム・モデルの文字通り基礎である。それが妥当性をもつことにより、プログラム・モデルの知的な厳格さが確保される。

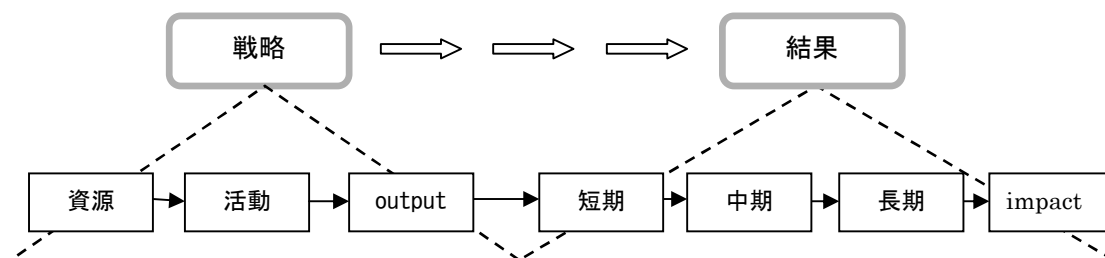


図 7-5 プログラムと〈変化の理論〉との関係

「戦略」は、「結果」を達成するために必要な「資源」、「活動」そして「アウトプット」を反映する。「結果」は、「インパクト」をとおした長期にわたる「アウトカム」の連鎖を表現するものである。このうち、「アウトカム」は（個人にとっては）、ターゲットとする対象者たちの認知、知識、スキルあるいは行動の前進的な変化における一般のプロセスであり、また、組織やシステムのアウトカムが考えられる必要がある。ここで注記したいのは、〈福祉のまち〉づくりにおける「インパクト」は長期にわたる継続的な事業であり、2, 3 年という実施期間で地域社会レベルでの変化を実現することはむづかしい。

短期のアウトカムが中期のアウトカムをもたらし、その実現がやがては「インパクト」の方向へと結びつく関連についての理解が関係者たちに共有されていることなのである。

（５）「仮定」と「投下量」

〈変化の理論〉が全体像の概略を示すのに対して、プログラム・モデルは、より綿密で、より詳細な操作可能なレベルへと具体化をすすめていく。つまり、どのような「資源」を使い、どのような「活動」を、どのくらいするのか、それが何を産みだすのかを具体的に特定する。

ここで重要なことが３つある。第１に、「戦略」は具体的な「活動」として計画されるが、既述のように、明示化されていないにしても、そこには「仮定」が含まれているということである。この関係をくり返し吟味することが効果的なプログラムをつくるうえで欠かせない。

第２に、〈変化の理論〉で示された各戦略は、活動のレベルにまで具体化される。例えば、戦略として「運動」が選択されるとすれば、「活動」としては「身体運動（体力・持久力を高める）」、「教育プログラム」そして「アセスメント」から構成される。例えば、介護予防であれば、まず、事前と事後のアセスメントをしておくことが効果を確認するうえで不可欠だろう。また、基本的なレクチャーもなく闇雲に「運動」をすればいいわけでもない。〈変化の理論〉では、この他に「栄養管理」や「ストレス低減」などが含まれていたが、これらがさらに操作化され、それらから構成される包括的なプログラムがつくられる。

第３に、プログラム・モデルでは、「投下量」（回数・タイプ・強度や期間など）や「質」も特定化されねばならない。この投下量は、プログラムの効果という点からみて重要な概念である。すぐわかるように、たった１回の運動で健康が維持できるわけではない。投下量が少ないと、まったくといってよいほどインパクトをもたないという結果になりかねない。短時間であっても、ある程度の負荷を持つ運動を継続することが体力の維持には必要とされることは「調査研究」から明らかである。要は、意図し

たアウトカムを実現するのに十分な量の活動をするようなプログラムをデザインすることである。

(6) 計画づくりの手順

前述の通り、プログラム・デザインのサイクルを次のように確認した。①問題の明示化と認識の共有、②めざすべき目標の確認、③手段の選択＝戦略の立案、④事業の実施と評価である。これはロジック・モデルの手順の一つの考え方である ATM アプローチと同じである (Reger et al, 2002, 2006)。ATM アプローチでは、①計画をつくる前に「先行条件」(Antecedent Condition)、つまり、対象となる問題とその原因を明らかにする段階、②対象と戦略を絞り込む (Targeting) 段階、③結果としてえられる成果を評価する (Measurement) 段階という 3 つの階梯をとおして計画化をすすめることを提唱している。

ATM アプローチの 2 つの段階、すなわち、問題の明示化と目標の共有、そして、評価のすすめ方の具体的な手順は後に詳しく説明するので、ここではロジック・モデルの中核的な 2 つのモデルのつくり方を確認しておきたいと思う。これについても、いろいろな主張があるが、ここでは標準的な手順をみてみよう。Knowlton たちは (Knowlton & Cynthia 2009)、プログラム・モデルをつくるステップを図 7-6 のように示している。

実際の実践の手順とは逆に、結果からさかのぼってプログラムの構成要素を確定していく。この図では、まず、考えるべきは「インパクト」である (Step 1)。次に、この最終的な「インパクト」に結びつく「アウトカム」をそれぞれ時間的な流れに沿って考えていく (Step 2)。通常、「短期のアウトカム」は参加した人たちの知識や技術の向上、参加への満足感などがめざすべきものとなる。この「短期のアウトカム」があれば、次には「中期のアウトカム」に結びつくものは何かを考えていく。例えば、参加する人が増大するなど、具体的な行動になって表れるものがめざされる。そして次に、自主的に市民が推進する体制の確立などシステムの成果が「長期のアウトカム」となるであろう。

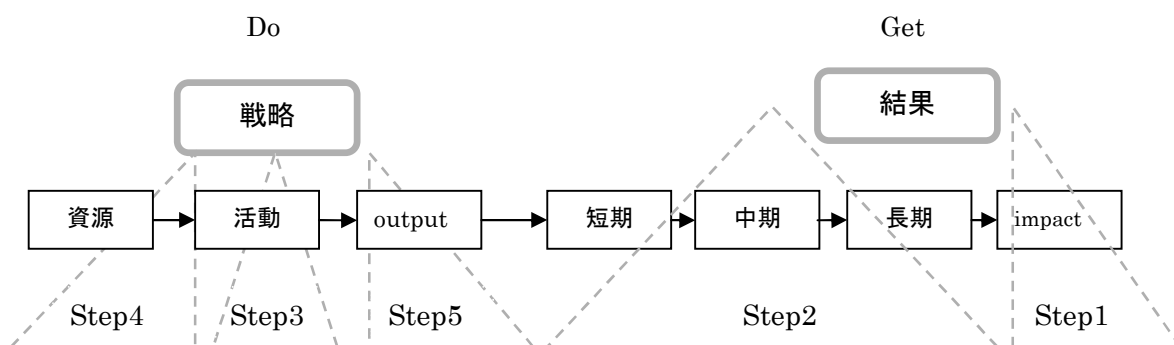


図 7-6 プログラム・ロジック・モデルをつくる諸段階

次に考えるべきは「戦略」の操作化である。まず、どのような「活動」をするのが確定される (Step 3)。先に記したように、ここで考慮すべきことは、〈変化の理論〉として妥当性があるものかどうかということである。それらは「調査研究」、「先進的実践事例」あるいは「理論」にもとづくものであるかどうか、専門的知見を含め検討することが必要となる。次に、その「活動」を実現するために必要な「資源」である (Step 4)。このプログラムにどのような人的資源、資金、施設などが活用できるのか。必要であれば、新たなネットワーク化を図るなど、資源を開発することも考えることになる。そして最後にくるのが「アウトプット」である (Step 5)。これは講座であれば、何回の開催数となるのか、だれが、どのくらいの人の参加を見込むのか。広報であれば、チラシを何部くらい発行して配布するのか、こうした詳細を確認していくことになる。これは、後にみる FIT 基準により確認される。

2. 地域住民連携活動実践の検証と改善

1) SMART 基準

プログラムは、妥当性と実行可能性という 2 つの視点から検討され、改善される必要がある。「妥当性」では、「活動が正しいものであるのか」、〈変化の理論〉で述べたような根拠をもつものかどうか問われる。「実行可能性」では、その活動によって「目標」とするアウトカムが得られるかどうか確認される。それぞれ SMART 基準と FIT 基準を適用してみることで基本的な検討をすることができる。

SMART 基準では、計画の妥当性に焦点がおかれるが、そこでは 5 つの視点で検討をすることになる。

- ◆ 特殊性 (Specific) : すべきことは何か。行為するのに十分明確であり、アウトカムと結びついています。
- ◆ 測定可能性 (Measurable) : 内容は量的でも質的でもあります。
- ◆ 行為志向性 (Action-oriented) : 内容は、認知、知識、スキルそして行動における変化を引き起こすように選択されています。
- ◆ 現実性 (Realistic) : 内容は妥当性があり、実行可能性もあります。
- ◆ 適時性 (Timed) : 内容は期間を特定しており、結果に向けての進歩のためにアウトカムの時間による順序を説明しています。

2) FIT 基準

テストする第 2 の方法は、モデルの質を探るための FIT 基準での検討である。FIT も英語の頭文字を使っており、それは次のようなことを検討することである。

- ◆ 頻度 (Frequency) : 発生の頻度。
- ◆ 強度 (Intensity) : 所与のエフォートの程度または強度。
- ◆ 狙い (Targeted) : 特定のマーケットまたは対象者にねらいを定めること。

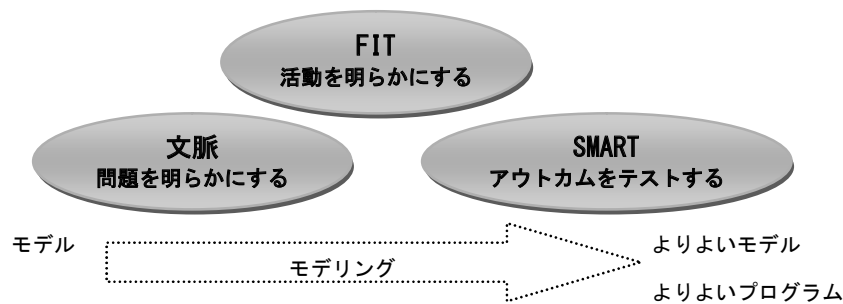


図 7-12 質の検討としてのモデリング

つまり、FIT 基準は、意図した結果をえられるほどの投下量が適切であるかどうかを確認することである。すぐわかるように、量が少なかったり、弱いものであればインパクトをもつことはできない。事業では、わたくしたちが正しい活動を選択しているだけではなくて、介入が適切な深さをもつものであることが大切な点である。したがって、資源が十分確保できること、また目標をはっきりさせて焦点づけることが不可欠である。

3) 実践の評価をどうデザインするか

(1) 2つの評価—形成的评价と総括的评价

プログラムの実践をどう評価するのか、ということを説明する。どのようにプログラムをつくるのかという解説は多いが、いかに評価するのか、職員や、ましてや市民が使えるガイドはほとんど見当たらない。この点で、ロジック・モデルのすぐれているのは、プログラムの計画とともに評価を支援するツールとなる点にある。計画がしっかりつくられれば、自ずから評価は容易につくることができる。

ところで、評価計画とは、だれが、何のために、なにを、いつ、どのように評価するのかを明確にする。これらの諸点をめぐり、以下では、もっとも一般的なレベルでの評価の方法について説明したい。

まず、2つの評価を区別することが大切である。もっとも基本的なタイプとして、形成的评价 (formative evaluation) と総括評価 (summative evaluation) があることをおさえておきたい。比喩的に表現すれば、料理をつくるときに、料理人が途中で味見をすることが形成的评价であり、お客が料理を食べて味を吟味することが総括評価である。料理人が味をみるのは、それによって味を調整してより美味しいものをつくることであり、お客はそれを食べて楽しむ (判定する) わけである。

総括評価は、典型的には、アカウンタビリティのために行われ、意図した結果が達成されたかどうかを決定する。一般に、「わたしたちは、どのような変化や違いをつくったのだろうか」という質問に対応する。したがって、総括評価では、プログラム・ロジック・モデルの「アウトカム」ないしは「インパクト」に焦点をおいて検討することになる。学校教育であれば、学生たちの学業成績や学力が向上したかが問題となる。これは単純だが、社会教育や地域福祉の実践は目標そのものが多義的であるからより複雑な判断が必要となる。したがって、プログラムをつくる時に、「アウトカム」をどれだけ明確化しているのか、それが関係者に共有されているのかが大切な点である。

これに対して、形成的評価はプログラムを改善することを目的に使われる評価である。一般に、「どうしたら、より効果的であったのか」という質問に対応する。この形成的評価では、まず「活動」と「結果」との両面の関係をみることによって、将来的な改善の方向を探ることにねらいがおかれる。料理人が味見をして、それにもとづいて塩や胡椒を加えて味を調整するのと同じように、プログラムでも成果がどうなのか、それを達成するための働きかけが適切であったのかが批判的に検討される。学校であれば、教師の教え方やカリキュラムが適切であったのか、学生も一生懸命に勉強したかが問われるだろう。したがって、形成的評価では、まず、アウトプットを確認することからはじめるが、それだけではなく、実践のプロセスがどうであったのか、ということが吟味される。

（２）評価計画のつくり方

実践にとって意味ある評価にするために、２つのことを提案したい。第１に、プログラムをデザインする際に、同時に、評価の計画を立てておくことである。第２に、その評価の計画について関係者たちの合意をあらかじめつくりあげておくことである。それぞれ大変なことのようであるが、ロジック・モデルは、これら２つの課題を比較的容易にすすめるツールでもある。

図 11 は、評価デザインの基本要素を示している。評価のデザインでは、まず、評価の目的を特定する必要がある。目的では、使用する意図と、だれが使うのかということが明確にされる。すでに述べたように、形成的評価はプログラムの改善に、総括評価はアカウンタビリティの目的に役立つというように、それぞれ異なる目的をもつのだが、しかしながら、見るように、両タイプの評価は同じデザインの要素をもっている。次に、評価の目的を達成するために必要とされる情報を明らかにする。最後に、その情報ととらえる指標の詳細を考えていく。その指標から、適切な分析のタイプと方法の範囲が決定される。指標の具体的な考え方については後に触れることにしよう。

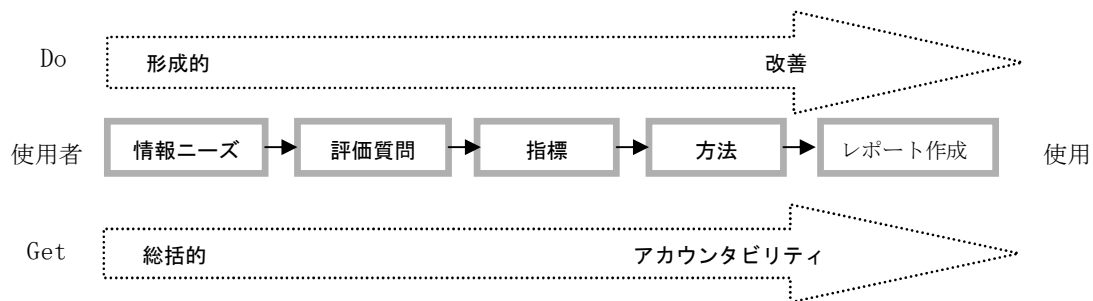


図 7-13 評価デザインの要素

(3) 評価のポイント

実践の評価でもっとも大切なポイントとして、まず〈変化の理論〉をめぐる問いである。例えば、国からいろいろと介護予防のモデルが示さるが、「それは本当に正しいの」という問である。

「正しいこと」に焦点をおくことは、2つのことを検討することを意味する。第1に、目標自体が、背景となっている問題からみて適切なものかどうかを検討する。いわば前提自体を疑ってみるということである。第2に、わたくしたちが選択した活動が、めざすべき目標を達成するために最良のものなのか、ということの検討である。つまり、他の活動の可能性を含めて改めて批判的に再検討することである。前提自体を批判的に問うダブル・ループの学習のプロセスである。

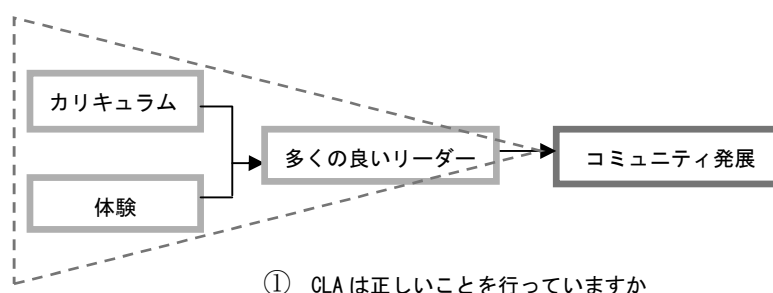


図 7-14 CLAの〈変化の理論〉の問い

では、次に、プログラムそのものの評価のポイントを考えてみよう。わたくしたちはプログラム・モデルで「資源」から「インパクト」までの仮定された関係をつくりあげてきた。この図に、評価のポイントとなる質問を配置してみたのが図 7-15 である。これはコミュニティ・リーダー・アカデミー (CLA という) という事業の事例である。つまり、どこで、どのような評価情報を収集するのかというポイントを示している。

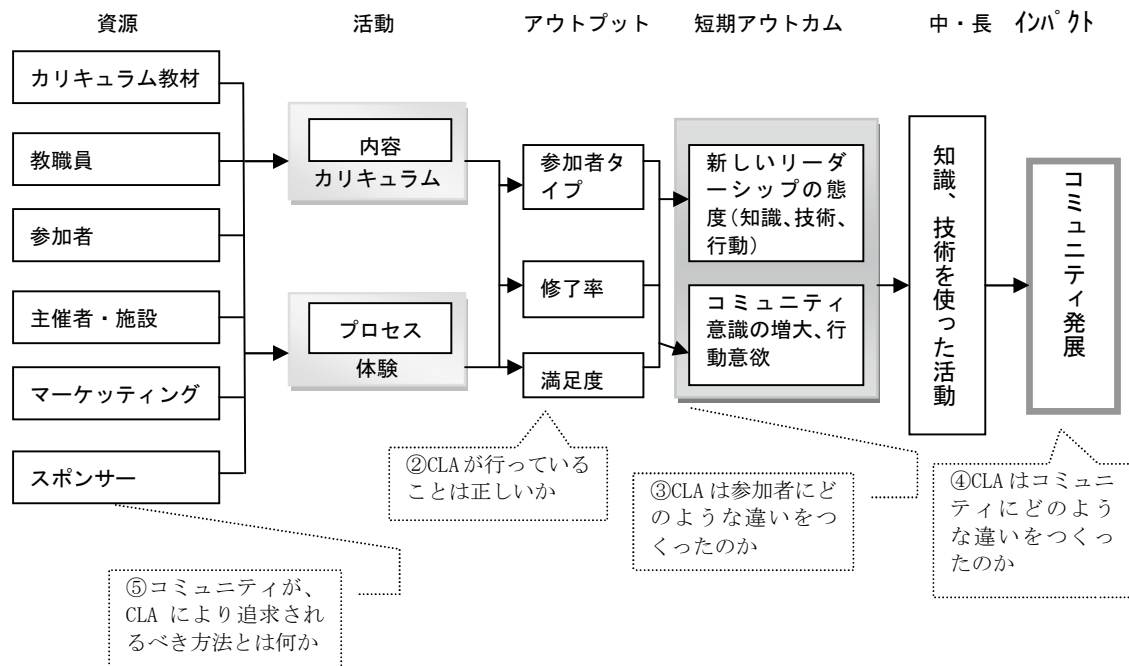


図 7-15 CLA プログラム・ロジック・モデル

- ① 「CLA は正しいことを行っていますか」という質問は、活動の妥当性を吟味することである。
- ② 「CLA が行っていることは正しいであるか」では、FIT の基準からみて実行したプログラムの「活動」が質的に適切であったかどうかを検討する。
- ③ 「CLA は参加者にどのような違いをつくったのか」では、プログラムに参加した人たちの知識や意識における肯定的な変化に焦点をあてている。
- ④ 「CLA は、コミュニティにどのような違いをつくったのか」では、プログラムの中心にあるコミュニティの変化である。
- ⑤ は、この介入とは異なるアプローチがないかどうかを再度検討することである。

これらは、典型的なものだが、社会福祉だけでなく、社会教育やまちづくりの実践など、さまざまな領域のプログラムに適用可能なポイントである。つまり、汎用性のあるものであり、かつ、より詳細で、より正確な探求の基礎として役立つモデルとなる。

ここは大切なので、再度くり返すが、意図された目標＝インパクトの内容についてしっかりと共通理解をつくることが求められる。例えば、コミュニティの発展が何を意味するのか、もしプログラムが成功だとすると、それはどのように見えるのか、ということについての共通理解である。コミュニティ発展とは完全雇用を実現することなのか、芸術文化の発展なのか。効果的な学校なのか、それとも、これらすべてのことなのか。同様に、「健康のまち」とは何か。わたくしたちのワークショップの理解では、たん

に病気でない状態というだけではなくて、高齢期にあっても多様な社会的活動や交流に参加し、社会的にも精神的にも豊かな状態ということになる。

(4) 指標 (indicators)

評価デザインで問題となるのは、どのように指標をつくるのかということである。それは形式的に表現すれば、「戦略」から「結果」への進歩を「指示す」ことができる証拠をどう表現するのかということである。つまり、実践によって目標に近づいたということをどのように示すことができるだろうか。

評価に2つの種類があるのと同様に、指標にも2つの指標がある。それらは「アウトプット」と「アウトカム」に関する「進歩」をみる。プロセス指標は、アウトプットに対して、「進歩」を尺度化するために選ばれた指標であり、何を「行った」のかを示すために集められた証拠である。これに対して、「結果」(アウトカムやインパクトを含む)に向けての「進歩」を示すものがアウトカム指標である。アウトカム指標は、あなたが何を得たのかを示すために集める証拠ということになる。

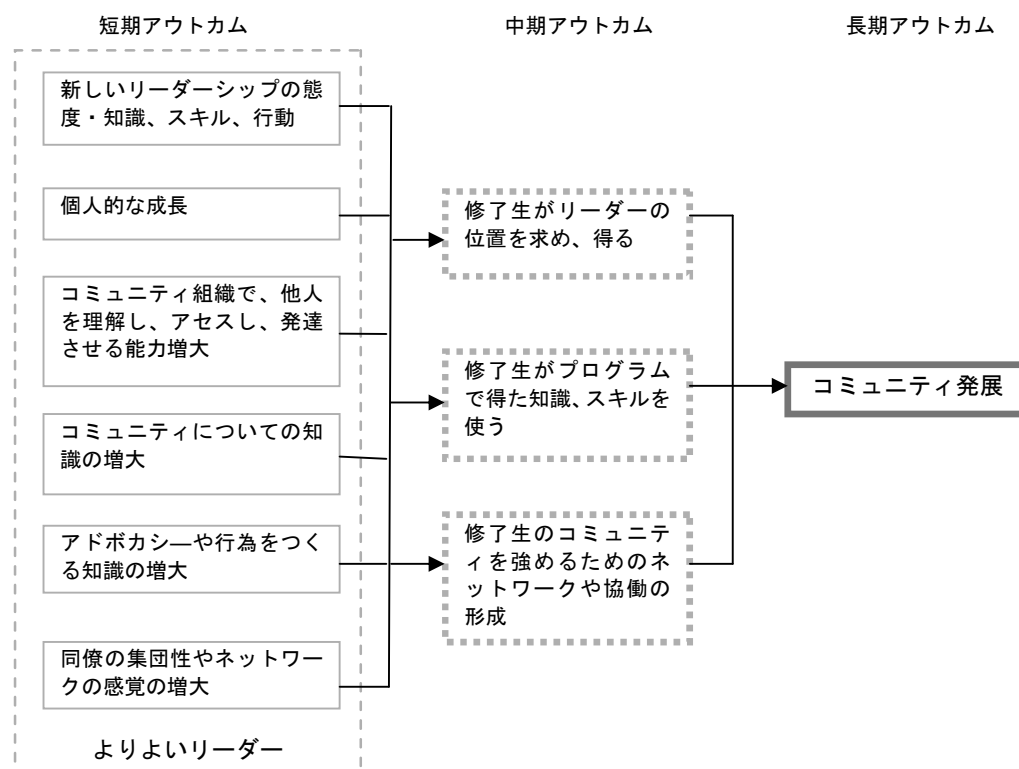


図 7-16 CLA のアウトカム指標

プログラム・モデルでは、「アウトプット」は活動が意図したように起こったかどうかの指標として役立つが、意図した結果を達成するためには重要なのは「投下量」の概念である。なぜなら、それはプログラムの改善や可能性に直接的な影響をもっているから

である。だが、どれだけ参加しているのか、どのような期間つづくのか、それぞれの活動がどのくらい「よい」のか—これらすべてのことが、意図した「アウトカム」や「インパクト」に向けてプログラムを実現するうえで、大きな役割を果たすことになる。したがって、FIT 基準を適用して検討がなされる。

これに対して、意図した結果に向けての前進を示すのがアウトカム指標である。ここで繰り返し確認したいことは、地域の状況というのはなかなか一度には変化しないということである。しかし、プログラムを実践することによって着実に、小さな歩みであっても前進をしていくということ、それがやがては（長期には）必ず目標＝インパクトに結びつくことを確認することが大切である。したがって、通常、評価指標としては「短期アウトカム」と「中期アウトカム」だけが明確化される。個人の場合には、認知、スキル、知識の変化である。それがやがて行動やシステムにおける変化へと結びつく。

CLA の例では、評価ロジック・モデルには、当然、データ収集方法を含まれてはいない。一般的には、文書の検討、調査、インタビュー、フォーカスグループの観察などの方法があるが、要は、評価をデザインするときにロジック・モデルの図式をみながら関係者で深く議論をすすめ、どのような指標をみるのか、どのように情報を収集するのかについても合意をしておくことである。評価のために力を使い果たすことは愚行でしかない。どこまでデータを収集するのかは、評価の目的とともにコストの問題と関係するからである。

3. まとめ

この章では、ロジック・モデルとは何か、それが評価の時代において計画と評価づくりを支援するツールとしてどのようなメリットがあるのかを説明し、具体的な例として、仙台市鶴ヶ谷地区で筆者らが関与し、かつロジック・モデルの適用を試みた「健康づくりの講座の企画ワークショップ」のプロセスを詳しく紹介してきた。ロジック・モデルの説明はここではくり返さない。付記した「ツール」を参照していただきたい。要は、計画と評価に実践的にこのツールをくり返し使うことによって、それに習熟することが大切である。

ここではワークショップをすすめる上で留意したことを再度まとめておきたい。

1. 説明では「公共空間」とやや抽象的なことばを使ってきたが、要は、多様な市民が参加して、しかも、ワークショップに参加したすべての市民が積極的に議論に参加して、意見を述べること、述べたことが傾聴されること・傾聴すること、つまり、尊重されるような運営をはかることである。
2. 抽象的には、創発的協同の条件となるが、議論のすべてのプロセスがすべての参加者に理解してもらえるように、図示しながらすすめること。こうした議論のプロセスを経てつくられた計画は、いわば「協同の知の創造」のプロセスであり、これを

共有することが大切である。とくに、問題及び目標の共有はコラボレーションの形成にとっての〈要〉である。

3. 「戦略」における「活動」を選択するとき、地区担当の保健師の方や専門家のアドバイスを受けることが妥当性を高めること。市民は社会疫学の知識を学ぶことになり、同時に、汎用性のある「戦略」と「目標」との基本的な関係をつくることにもなる。
4. 事業の計画は目的であり、そして手段である。手段というのは、このワークショップをすすめる協同のプロセスをとおして、市民の実践の力量を高めるとともに、まちづくり推進課、高齢福祉課、住民懇話会、大学関係者（東北大学、認知症介護研究・研修仙台センター）との相互の信頼関係を築くこと。これこそ福祉の力、地域の力を高める手法でもある。

ロジック・モデルは、この実践を支えるツールとして有用なものである。いずれにしても、この報告はまだ事業の途中経過である。この事業は、つづいて講座を実際に実施し、それを評価することによって一つのサイクルが終わることになる。しかし、講座の企画書をつくることは一つの目標であるが（短期のアウトカム）、この講座の目標は「自主的に活動する市民を育成する」におかれている。

参考文献一覧

安藤丈弘・坂田周一・小林良二編、『社会福祉計画』有斐閣、1996年。

平野隆之、『地域福祉推進の理論と方法』有斐閣、2008年。

高橋満、『社会教育の現代的実践』創風社、2003年。

高橋満、『NPOの公共性と生涯学習のガバナンス』東信堂、2009年。

武川正吾、『地域福祉の主流化：福祉国家と市民社会Ⅲ』法律文化社、2006年。

Knowlton, Lisa Wyatt & Cynthia C. Phillips, The Logic Model Guidebook: Better Strategies for Great Results, 2009.

Renger, Ralph, Carolyn Hurley, From theory to practice: Lessons learned in the application of the ATM approach to developing logic models, Evaluation and Program Planning 29, 106-119, 2006.

Renger, Ralph, Allison Titcomb, A Three-Step Approach to Teaching Logic Models, American Journal of Evaluation, Vol.23, No.4, 493-503, 2002.

第8章 地域包括支援センターにおけるソーシャルキャピタルに関する指標の開発

はじめに

ソーシャルキャピタルは、単に生産活動や経済活動、消費活動をするための社会資源であつたり、医療、保健、福祉に関する施設や機関、サービスがどの程度整っているかという量的な指標ではない。こうした項目を客観的に明らかにするため測定することは、その数をカウントしていくことで可能である。

ソーシャルキャピタルの豊かさの測定は、あくまで、そこに住む地域住民がそれぞれの人や地域をどのように思っているのかという「信頼」や、近所との付き合いの頻度や付き合いの人数である「ネットワーク」、そして地縁活動への参加やボランティア活動への参加頻度や態度からなる「互酬性の規範」などで構成されておりきわめて質的な要素の高い内容である。このような数字では表すことが難しい質的内容を測定することは容易ではなく、仮に測定したとしてもそれがどのような意味があるのかという議論は繰り返し行われ一致を得ていない。

しかし、私たちはこれまで様々なサービス対する満足度や、教育に対する評価などの主観的な感情を測定し、その数字を向上させるために試行錯誤し、改善を繰り返し、より良いものへと作り上げてきた。

このようなことから、子どもから高齢者まで、そして認知症になっても障害を負っても本当に住みやすい地域とは何か、さらには2011年3月11日に東日本を襲った大規模な地震のようなことが起こっても、本当に住みやすい地域とは何かを考えていくうえでは、改めてソーシャルキャピタルの測定を試みる意義はあると思われる。

本研究において対象としたのは、地域のソーシャルキャピタルを醸成するために必要である、ネットワーク形成や、住民相互の交流促進や地縁団体の支援などを行う役割を担っている地域包括支援センターの職員を対象として実施する。つまり、地域のソーシャルキャピタルを醸成するための拠点的作用を地域包括支援センターがどの程度担っているかを自己評価するための指標となることを期待している。

本章で作成した指標は、地域包括支援センターが実施する地域支援事業の効果的かつ効率的に地域に浸透するための基盤的整備、ならびに地域包括ケア体制構築にむけた基盤となるための計画策定に役立つ指標作成を目的としている。

その視点において、これまで測定されてきた指標を改めて以下に整理したうえで、地域包括支援センターにおいて活用できる指標の検討を試みた。

1. ソーシャルキャピタルの測定方法の整理

1) パットナムが用いた指標

パットナムは、いくつかの指標を合成した指標を作成してソーシャル・キャピタルを測定した。国民投票への参加度、新聞購読率、結社数の指標に基づく「市民共同体」合成指数や、社会的信頼および市民活動や政治活動への参加を代表する14指標から成るソーシャル・キャピタル・インデックスという合成指標である。

表8-1 ソーシャルキャピタル・インデックス（パットナム）

コミュニティ／共同体の組織的生活の測定
・ 昨年の地元組織の委員を務めた割合 ・ 昨年のクラブや組織の職員を務めた割合 ・ 人口1000人当たりの市民団体・社会団体数 ・ 昨年におけるクラブ会議への出席数 ・ グループのメンバー数
公共問題への関与の関心
・ 1988年と1992年の大統領選挙投票数 ・ 昨年のまちや学校の行事への参加
コミュニティ／共同体におけるボランティア活動の測定
・ 人口1000人当たりのNPO数 ・ 昨年の地域協働プロジェクトでのメンバーの労働時間 ・ 昨年のボランティア活動でのメンバーの労働時間
非公式な社交性の測定
・ 「友人と共に過ごす時間が長い」ことに同意する ・ 昨年のホームパーティへの参加数の平均値
信頼の測定
・ 「ほとんどの人は信頼できる」ことに同意する ・ 「ほとんどの人は正直である」ことに同意する

2) 内閣府が用いた指標

内閣府が行った委託調査「ソーシャルキャピタル：豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて」（2003）は、我が国ではじめて本格的にソーシャルキャピタルを定量的に捉えようとしたものであり、我が国におけるソーシャルキャピタルを都道府県別に測定する試みがなされている。具体的には、パットナムによって示された「ネットワーク」「信頼」「規範」の3つの切り口に着目し、以下の項目としてとらえた（表8-2）。

表8-2 パットナムの構成要素の内閣府の読み替え

パットナムの構成要素	内閣府調査の解釈
ネットワーク	「つきあい・交流」 近隣でのつきあいや社会的な交流を捉えた
信頼	「信頼」 他人に対する一般的な信頼と特定の人を対象とした相互信頼・相互補助を捉えた
互酬性の規範	「社会参加」 「規範」のうち互酬性の規範のあらわれとして社会活動への参加を捉えた

内閣府（2003）では、ソーシャルキャピタルの時系列分析を行うために、アンケート調査の項目に関連した既存調査を用いている。具体的には、NHK 放送文化研究所が1978年と1996年に実施した「全国県民意識調査」と、総務省（旧総務庁）が5年ごとに実施している「社会生活基本調査」から、ソーシャルキャピタルの構成要素である「交流・つきあい」「信頼」「社会参加」について、それぞれ表8-3のようなデータを用いている。

表8-3 ソーシャルキャピタルの各要素と指標

つきあい・交流（ネットワーク）
・「お宅では、隣近所の人とのつきあいは多いですか」の「はい」と回答した人の割合（全国県民意識調査） ・「お宅では日頃つきあっている親せきは多いですか」の「はい」と回答した人の割合（全国県民意識調査） ・「職場や仕事でつきあっている人と、仕事以外のことでもつきあうことが多いですか」の「はい」と回答した人の割合（全国県民意識調査） ・「隣近所の人には信頼できる人が多いですか」の「はい」と回答した人の割合（全国県民意識調査）
信頼（信頼）
・「親戚には信頼できる人が多いですか」の「はい」と回答した人の割合（全国県民意識調査） ・「職場や仕事でつきあっている人には信頼できる人が多いですか」の「はい」と回答した人の割合（全国県民意識調査）
社会参加（互酬性の規範）
・「あなたは地元の用事や祭りには積極的に参加したいと思いますか」の「はい」と回答した人の割合（全国県民意識調査） ・ボランティア活動行動者率（社会生活基本調査）

3）AGES（近藤ら）が用いた指標

社会疫学や公衆衛生の分野で縦断的に調査を行った研究では、近藤らの研究グループ AGESの研究がある。1999年から愛知県を中心とした地域を対象に社会関係が健康にどのような影響を与えるのかを多分野の専門化によって多角的に調査されている。

表8-4はこの研究で用いられているソーシャルキャピタルの指標であり最もシンプルな内容である。

表8-4 近藤らのグループが用いた指標

一般的信頼感
一般的に人は信用できると思いますか (1. はい 2. いいえ 3. 場合による) 「はい」と回答した人の割合
互酬性の規範
多くの場合、人は他の人の役に立とうとしますか (1. はい 2. いいえ 3. 場合による) 「はい」と回答した人の割合
水平的組織 (ネットワーク)
あなたは次にあげる会や組織に入っていますか (ボランティア／市民運動／スポーツ関係のクラブ・サークル／趣味の会)

この指標は、近藤らのグループの研究においても用いる指標が若干違う場合があるので、現在もその妥当性を検討している項目であろうと思われる。

以上のように、ソーシャルキャピタルの概念が抽象的であり、さらに機能的な定義にしても「信頼」「規範」「ネットワーク」といった異なる次元の要素を持つ規定となっているため、その定量的な測定は、非常に難しく、その手法が確立しているわけではないために今後も研究の動向を注視していく必要がある。

2. 地域包括支援センターにおけるソーシャルキャピタル醸成自己評価指標の開発

1) 目的

前掲した、パットナム研究、内閣調査のようにソーシャルキャピタルの測定は、ソーシャルキャピタルの主体である、住民の意識や態度を評価する指標であった。本研究において対象としたのは、地域のソーシャルキャピタルを醸成するために必要である、ネットワーク形成や、住民相互の交流促進や地縁団体の支援などを行う役割を担っている地域包括支援センターの職員を対象として実施する。つまり、地域のソーシャルキャピタルを醸成するための拠点的作用を地域包括支援センターがどの程度担っているかを自己評価するための指標となることを期待している。

本研究は、地域包括支援センターが実施する地域支援事業の効果的かつ効率的に地域に浸透するための基盤的整備、ならびに地域包括ケア体制構築にむけた基盤となるための計画策定に役立つ指標作成を目的としている。

そこで、本節においては、当センターが昨年試案として作成した、指標の再検討を行い、新たな同数程度のサンプルを用い確認的に因子分析を行いその信頼性と妥当性を検討した。

2) 方法

(1) 期間

2011 年 11 月～12 月

(2) 調査協力者と回収率

調査協力者の抽出は、下記の手順による 2 層抽出法によった。

全国の地域包括支援センターを、都道府県のホームページもしくは福祉医療機構のホームページを利用して、都道府県ごとの地域包括支援センターを抽出した。その数は、4274 件であった。この 4274 件から、都道府県別による層化無作為抽出により 2000 件を抽出し調査協力対象とした。

調査回答は原則として社会福祉士の回答を求めた。

調査回収数は 661 件、調査回収率は 33.0%であった。調査項目のうち、基本属性となる所在地特性等の項目に欠損のあるものを除外した 659 件を有効回答数とした。有効回答率は 33%であった（第 3 章調査と同様である）。

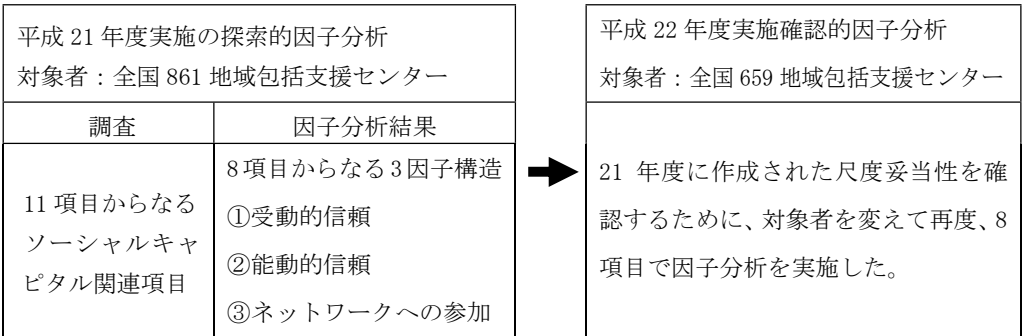
(3) 調査手続き

郵送法によるアンケート調査を実施した。調査用紙は、回答後の同封の返信用封筒にて郵送による返送を依頼し回収した。

(4) 尺度項目の作成と選択

尺度作成に当たっては、平成 21 年度研究で実施したプロセスを経て、第 3 章で示す調査内の尺度を用いて分析を実施した。そのプロセスを以下に示す（表 8 - 5）。

表 8-5 尺度選定のプロセス



①平成 21 年度に実施した調査項目の選定

調査項目第 3 章の調査と同様であり、そのうち、地域におけるソーシャルキャピタル（社会資源）の活用、連携に関して、パットナムが提唱し、先行研究でも最も多くの支持を受けている社会的信頼、社会参加、ネットワークの観点から、9 段階評価にて回答を求めた。

昨年度は、尺度項目の選定は、イギリス国立統計局の調査マトリックス、統計数理研究所の「日本人の国民性調査」、電通総研等の「世界価値観調査」などの指標をもとに 11 項目を選定した。

その項目は以下のとおりである。

〔社会的信頼（信頼）〕

1. 自分の事業所が、どの程度、地域住民に信頼されていると思いますか？
2. 自分の事業所が、どの程度、地域の団体に信頼されていると思いますか？
3. 自分の事業所は、どの程度、地域の団体や組織を信頼していますか？
4. 自分の事業所は、どの程度、地域住民を信頼していますか？
5. 自分の事業所は、どの程度、地域の団体（NP0 法人、自治会・町会、老人クラブ等）に期待していますか？

〔社会参加（互酬性の規範）〕

6. 「地域行事に必ず参加すべきである」ということに、自分の事業所はどの程度賛同できると思いますか？
7. 自分の事業所が、現在実働（役員などの仕事など）として所属している団体はどのくらいありますか？
8. 事業所として過去 6 ヶ月で地域行事（町内会や地域活動）にどのくらい参加しましたか？

〔ネットワーク（付き合い交流）〕

9. 業務上、過去 3 ヶ月に地域住民の人と介護や福祉の相談に関する関わりはありましたか？
10. 業務上、過去 3 ヶ月に他団体や他組織の人と一緒に仕事をしたり関わる機会はありましたか？
11. あなたのセンターの仕事上重要な外部の団体や組織はどの程度ありますか？

選択肢は、それぞれ質問に応じて 9 段階で回答を求め 9 点から 1 点を配点して数量的な分析を行った。

結果を探索的因子分析を行い、因子の所属が明確ではない 3 項目を除いた 8 項目について、再度因子分析を実施した。結果、「能動的信頼（ $\alpha = 0.863$ ）」、「受動的信頼（ $\alpha = 0.871$ ）」、「ネットワーク参加（ $\alpha = 0.762$ ）」の 3 因子構造であることが明らかになった（累積寄与率 65.86%）。その結果を表 8 - 6 に示した。

表 8 - 6 21 年度実施の尺度項目と探索的因子分析（1 回目）の結果（ $n = 889$ ）

	因子 1	因子 2	因子 3
自分の事業所はどの程度、地域の団体や組織を信頼していますか	0.8864	0.0822	0.2187
自分の事業所はどの程度、地域住民を信頼していますか	0.8352	0.0722	0.2400
自分の事業所はどの程度、地域の団体（NP0 法人、自治会・町会、老人クラブ等）に期待していますか	0.6139	0.1666	0.0756
業務上、過去 3 ヶ月に他団体や他組織の人と一緒に仕事をしたり関わる機会はありましたか	0.0309	0.8847	0.1034
業務上、過去 3 ヶ月に地域住民の人と介護や福祉の相談に関する関わりはありましたか	0.1368	0.6774	0.0969
あなたのセンターの仕事上重要な外部の団体や組織はどの程度ありますか	0.1181	0.6225	0.0641
自分の事業所がどの程度、地域住民に信頼されていると思いますか	0.1671	0.1043	0.9324
自分の事業所がどの程度、地域団体に信頼されていると思いますか	0.2701	0.1486	0.7536

（バリマックス回転後の因子パターン）

(本研究で用いた尺度項目)

【受動的信頼】2 項目

1. 自分の事業所が、どの程度、地域住民に信頼されていると思いますか？
2. 自分の事業所が、どの程度、地域の団体に信頼されていると思いますか？

【能動的信頼】3 項目

3. 自分の事業所は、どの程度、地域の団体や組織を信頼していますか？
4. 自分の事業所は、どの程度、地域住民を信頼していますか？
5. 自分の事業所は、どの程度、地域の団体(NPO 法人, 自治会・町会, 老人クラブ等)に期待していますか？

【ネットワークへの参加】3 項目

6. 業務上、過去 3 ケ月に地域住民の人と介護や福祉の相談に関する関わりはありましたか？
7. 業務上、過去 3 ケ月に他団体や他組織の人と一緒に仕事をしたり関わる機会はありましたか？
8. あなたのセンターの仕事上重要な外部の団体や組織はどの程度ありますか？

3) 結果

(1) 尺度の信頼性を確認するための因子分析

表 8-8 に、因子分析を行った項目の平均値と標準偏差を示した。

既に作成された、ソーシャルキャピタルへの醸成貢献度を自己評価尺度は、8 項目、「能動的信頼」、「受動的信頼」、「ネットワークへの参加」の 3 因子構造であるということが明らかになった。その尺度の信頼性を計測するために、再度地域包括支援センター職員を対象に同様の調査を実施し、因子分析後それぞれの数値を求めた。

結果、地域内の組織や団体、住民への信頼感と働きかけに関する内容である第 1 因子「能動的信頼」、地域住民や組織とのかかわりの広さを示している因子 2 は「ネットワークへの参加」、地域の住民や団体から自分の意志からではなくどの程度信頼されているかを表している因子 3 は「受動的信頼」、それぞれについて 1 回目の因子分析と同様の結果を得た。また、内的整合性を示すクロンバック α もそれぞれ 0.7~0.8 を超えており信頼性のある結果であることが示された (表 8-8)。

以上のことから、この尺度は、地域包括支援センターが、地域のソーシャルキャピタルを醸成するための活動となりうるのかを自己評価する指標となりうるということが明らかになった。

表 8-7 各因子の平均値と標準偏差

	合計	平均	標準偏差 (n)	標準偏差 (n-1)
自分の事業所が、どの程度、地域住民に信頼されていると思いますか	3516	5.889447	1.345446	1.346574
自分の事業所が、どの程度、地域の団体に信頼されていると思いますか	3718	6.227806	1.399341	1.400514
自分の事業所は、どの程度、地域の団体や組織を信頼していますか	4249	7.117253	1.278473	1.279545
自分の事業所は、どの程度、地域住民を信頼していますか	4195	7.026801	1.309399	1.310497
自分の事業所は、どの程度、地域の団体(NPO 法人、自治会・町内会、老人クラブ等)に期待していますか	4158	6.964824	1.470116	1.471349
業務上、過去 3 カ月に地域住民の人と介護や福祉の相談に関するかわりはありませんか	4421	7.40536	1.463059	1.464286
業務上、過去 3 カ月に他団体や他組織と一緒に仕事をしたり関わる機会はありませんか	3954	6.623116	1.783134	1.784629
あなたのセンターの仕事上の重要な外部の団体や組織はどの程度ありますか	4014	6.723618	1.709858	1.711291

表 8-8 因子分析後の因子項目の負荷量と固有値（バリマックス回転）、内的整合性

	因子 1	因子 2	因子 3
自分の事業所は、どの程度、地域の団体や組織を信頼していますか	0.9150	0.1175	0.2139
自分の事業所は、どの程度、地域住民を信頼していますか	0.8579	0.0739	0.1789
自分の事業所は、どの程度、地域の団体(NPO 法人、自治会・町内会、老人クラブ等)に期待していますか	0.4830	0.2622	0.0893
業務上、過去 3 カ月に他団体や他組織と一緒に仕事をしたり関わる機会はありませんか	0.1179	0.7931	0.1261
あなたのセンターの仕事上の重要な外部の団体や組織はどの程度ありますか	0.1246	0.7449	0.0859
業務上、過去 3 カ月に地域住民の人と介護や福祉の相談に関するかわりはありませんか	0.1441	0.6098	0.2044
自分の事業所が、どの程度、地域の団体に信頼されていると思いますか	0.1850	0.1960	0.8527
自分の事業所が、どの程度、地域住民に信頼されていると思いますか	0.2121	0.1694	0.8302
寄与率 (%)	24.20	21.39	19.59
累積寄与率 (%)	24.20	45.59	65.17
クロンバック α	0.798	0.755	0.861

3. ソーシャルキャピタル醸成自己評価尺度の活用と課題

1) 尺度活用方法

地域包括支援センターにおいて具体的な活用方法について検討する。「ソーシャルキャピタル醸成自己評価尺度」は、あくまで自己評価が目的である。つまり、第三者がこの視点で地域包括支援センターを評価できる内容とはなっていない。例えば、その地域包括支援センター職員ではない第三者が、「自分の事業所は、どの程度、地域の団体や組織を信頼していますか」という問いに答えることはできないであろうし、回答したと仮定しても信頼できる数値はない。その地域包括支援センターに所属し、その地域で働いていなければ、そのような質問に答えることはできない。おそらくこの問いに回答する職員は、自身の所属する地域包括支援センターと住民とのかかわりを省みて評価を行うことになるであろう。

こうしたことから今回作成した尺度はあくまで自己評価尺度なのである。

ソーシャルキャピタルの観点からすれば、この得点が高いほどその地域包括支援センターの行う介護予防事業や一般高齢者施策、または地域づくりやネットワークに関する独自事業が効率的に浸透し、参加者を多く獲得し地域包括支援センターが目論む目標に到達しやすくなるのである。

つまり、地域包括支援センターがその地域のソーシャルキャピタルを醸成するために必要な資源となる視点が必要である。

ソーシャルキャピタルのネットワークの類型で解釈すると、地域の水平的組織の関係をつなぎあわせ、地域の問題解決、課題解決の力を高めるためのブリッジング型ネットワークを形成するために地域包括支援センターがどの程度機能しているかを評価する指標であると言えよう。

これらから、この指標の使用方法は、地域包括支援センターの地域内での現状の立ち位置について自己評価を行い、結果、各因子得点ごとの結果から、事業計画や地域団体とのかかわり方の指標として用い、一定期間を置いて再度自己評価を行うという方法が考えられる。

2) 各因子ごとの得点の解釈

その指標のそれぞれの因子の解釈は、以下のように考えている。

「(能動的信頼)＝地域住民を信頼する視点」

地域住民や団体の力を信じ、その力や成果に期待することができているかを得点化したものである。ソーシャルキャピタルの構成概念で言う「信頼」は、一方的に信頼されることだけを表現しているのではない。信頼は信じること、信じられること、頼ること、頼られることで成り立つ。ここで聞いている信頼は、個人への信頼と団体や組織への信

頼の両方を聞いている。調査結果からは、個人への信頼の方が高く、組織への信頼の方が低い結果となっているのは、顔が見える関係であるかどうかの影響していると思われる。

標準的な信頼の定義からすれば、「こちらが好意を示した時に相手も同様に返してくれるか」それが信頼である。つまり、この項目が低いことは、地域包括支援センターの声かけに対して、住民が答えてくれれば高くなり、そうでなければ低くなることになる。得点を上げていくためには、相手が答えられる要求を地域包括支援センターがしているかが大切なポイントとなってくるために、住民のニーズを良く把握し、できる範囲の要求を地域包括支援センターがすることが必要である。このように解釈できる。

「地域住民に信頼される視点（受動的信頼）」

受動的信頼は、地域住民にどれだけ信頼されていると感じているかという視点である。

住民から信頼を得るための活動をこちらから積極的に行うこと。この項目は、「地域住民を信頼する視点」と「住民活動への参加」に相互に関連しており、信頼することで信頼が生まれ、参加することで信頼が生まれるという側面を有している。また、日常的なあいさつや声掛けなど極めて日常的な取り組みが信頼につながることは意識しなければならない点である。

信頼には、地域差や個人の差が生じることも理解しておく必要がある。

教育（学歴）や所得は、信頼の得点に影響を及ぼす。集まりを開催する際、そのグループ化も検討が必要な点である。

「ネットワークへの参加（地域とのかかわりの広さ）」

当然の活動ではあるが、得点が低い場合はかかわる団体、個人を増やすということになる。地域ケア会議への開催・招集だけではなく、ネットワークを有する団体への積極的に参加をすることである。

調査結果からは、個人と関わる機会の方が団体とのかかわる機会より多い結果となった。個人の場合は、住民側から相談に持ちかけられることが多いが、団体の場合は会議等でしかかかわる機会が少ない。したがって得点が低いのは当然であるが、地域包括支援センターとして、地域の NPO や自治会、町内会への働きかけとして団体相談受付体制の確立とその姿勢の表出をすることで肯定的変化はみられるであろう。

3) ソーシャルキャピタル醸成自己評価尺度の課題

地域包括支援センターがソーシャルキャピタル概念を活用することの有用性は、地域包括支援センターは管轄する地域のソーシャルキャピタルを醸成するための装置として機能

する可能性があるからである。

まさに地域づくりもしくは地域の力を発見し活用するための有益な資源となるのである。

つまり、地域包括支援センターは、地域のソーシャルキャピタルを醸成するために地域住民や地域のフォーマルな団体に活用されなければならないと換言することができよう。

これまで述べてきたとおり地域にとって、そして地域包括支援センターにとって有用な概念であるが、ソーシャルキャピタルという表記自体がなじみが薄く、この概念を使用することによってより抽象化してしまうことがこれまでも指摘されている。地域包括支援センターでの活用のためには、地域住民の視点に立ったより分かりやすい解説をそれぞれが行うことが大切である。

今年度の研究成果についての限界と追記しなければならない点として、まず、間違ったソーシャルキャピタル概念の理解が広まることの弊害が起こる可能性もあることである。これまでのその批判的意見としては、次のような批判がある。

ソーシャルキャピタルは魔法のように突然現れたり、何もない所からは生まれず、その地域の歴史的背景や住民移動などの蓄積から生まれるものであること。次に、ソーシャルキャピタルが低いことがその地域や地域包括支援センターの批判につながる。そして、地域という形をステレオタイプ化してしまう点である (Peace&Davey Smith 2003)。こうした批判的意見を回避するために、地域包括支援センター等の機関は、地域でこれまでに生成されてきたさまざまな団体や組織の橋渡しを行う機能を強化することが求められる。したがって、今年度の研究で開発したソーシャルキャピタル醸成自己評価指標は、そのための活動計画を立てるための指標の域を出てはならない。

第9章 ソーシャルキャピタル指標に基づく基礎調査

1. 調査目的

調査目的は、高齢化が進む地域のソーシャルキャピタルの実態を把握し、社会参加との関連を探り効果的介入方法を検討するための基礎資料を得ることである。

人間関係と健康の関連に関する研究は、2000年以降急速に増加している。精神的健康が身体的健康に影響を及ぼすことは社会疫学、公衆衛生分野を中心に常識的な知見となりつつある。社会関係資本（ソーシャルキャピタル）という考え方は、L. J. ハニファン（1961）の論文以降、世界各国で指標化が試みられて、その項目の妥当性について議論が重ねられている。しかし、いまだ国際的に統一され、一般化された指標の項目は確立されていない現状がある。指標としては統一見解が得られていないものの、信頼、ネットワーク、互酬性の規範というパットナムが提唱した構成要素については、一定の評価が得られている。

わが国のソーシャルキャピタルに関する定量的把握を目的として平成 15（2003）年6 月に内閣府国民生活局市民活動促進課が実施した調査の報告書である「ソーシャルキャピタル：豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて」では、郵送とWEB調査（3,878人）をもとに、全国の都道府県におけるソーシャルキャピタル指数を算出しその傾向が明らかにされた。地方公共団体レベルでは、北海道、滋賀県、千葉県、鹿児島県、さいたま市などがソーシャルキャピタルの概念を用いて調査や事例研究、政策提言を行っている。ことにさいたま市では、1,675人のサンプルをもとに独自の傾向を明らかにしている。

しかし、地域住民の関係の深さや広さのありようを明らかにする概念であるソーシャルキャピタルは、より小地域ごとに把握することが望ましく、特に市町村合併が進む昨今においては、限界集落や過疎問題は、市町のなかのさらに地区単位、町内会単位で起こっている問題である。

こうしたことから、ソーシャルキャピタルの計測と、その後のまちづくり、地域づくりに生かすためには、小地域での計測と分析による計画策定が必要である。

本章では、宮城県の仙台市宮城野区鶴ヶ谷地区住民を対象にソーシャルキャピタルの測定を試みた。今年度は、基礎調査として実施し今後縦断的に計測を試み、効果的な介入を行うための資料とすることを目的に実施する。

2. 調査方法

1) 調査期間

平成 23 年 1 月～2 月

2) 調査対象者

2,000 通配布し回収は、881 名（回収率 43%）10,761 人

調査協力者の抽出は、下記の手順による 2 層抽出法によった。

仙台市宮城野区まちづくり推進課に依頼し、同区鶴ヶ谷中学校区在住の 20 歳以上

10,761 人の住民基本台帳より年齢とその比率から 2,000 人を層化無作為抽出により抽出された住民を調査対象とした。死亡、回答不備等による無効回答は 22 件であった。

3) 配布回収

無記名で郵送による質問紙調査

4) 質問項目

- ①基本属性 11 項目
- ②健康状態 4 項目 (主観的健康度、既往歴等)
- ③地域活動の参加状況 6 項目 (ネットワーク関連)
- ④地域生活の要望 3 項目 (居住年数含む)
- ⑤信頼と互酬性の規範 5 項目
- ⑥日常的な付き合い 7 項目 (ネットワークの深さ)
- ⑦福祉サービス認知度 5 項目
- ⑧まちづくり事業 6 項目

5) 分析内容 目的に従って以下の分析を行った。

- ①各項目の単純集計 (度数分布)
- ②ソーシャルキャピタル指数の算出 (指標の標準偏差から基準化)
- ③属性によるソーシャルキャピタル (t 検定、分散分析)
- ④行政が実施した事業参加者とソーシャルキャピタル

3. 調査におけるソーシャルキャピタル計測のための指標作成と指数

1) ソーシャルキャピタル計測のための指標作成

本調査で使用した、ソーシャルキャピタル関連の項目は、パットナムのソーシャルキャピタル概念をもとに、わが国の政府がもっとも包括的に行った内閣府の調査を基本として、あわせて愛知県を中心に 1999 年から愛知県を中心に縦断的に行われている日本福祉大学の近藤らを中心に行われている AGES (Aichi Gerontological Evaluation Study) で使用されている質問項目を参考にして調査項目を設定した。

まず、内閣府が行った委託調査「ソーシャルキャピタル：豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて」(2003) は、わが国ではじめて本格的にソーシャルキャピタルを定量的に捉えようとしたものであり、我が国におけるソーシャルキャピタルを都道府県別に測定する試みがなされている。具体的には、パットナムによって示された「ネットワーク」「信頼」「規範」の 3 つの切り口に着目し、以下の項目を設定している (表 9 - 1)。

表9 - 1 パットナムの構成要素の内閣府の読み替え

パットナムの構成要素	内閣府調査の解釈
ネットワーク	「つきあい・交流」 近隣でのつきあいや社会的な交流を捉えた
信頼	「信頼」 他人に対する一般的な信頼と特定の人を対象とした相互信頼・相互補助を捉えた
互酬性の規範	「社会参加」 「規範」のうち互酬性の規範のあらわれとして社会活動への参加を捉えた

内閣府（2003）では、ソーシャルキャピタルの時系列分析を行うために、アンケート調査の項目に関連した既存調査を用いている。具体的には、NHK 放送文化研究所が1978年と1996年に実施した「全国県民意識調査」と、総務省（旧総務庁）が5年ごとに実施している「社会生活基本調査」から、ソーシャルキャピタルの構成要素である「交流・つきあい」「信頼」「社会参加」について、それぞれ表9 - 2の様なデータを用いている。

表9 - 2 内閣府調査ソーシャルキャピタルの各要素と指標

つきあい・交流（ネットワーク）
・「お宅では、隣近所の人とのつきあいは多いですか」の「はい」と回答した人の割合（全国県民意識調査） ・「お宅では日頃つきあっている親せきは多いですか」の「はい」と回答した人の割合（全国県民意識調査） ・「職場や仕事でつきあっている人と、仕事以外のことでもつきあうことが多いですか」の「はい」と回答した人の割合（全国県民意識調査） ・「隣近所の人には信頼できる人が多いですか」の「はい」と回答した人の割合（全国県民意識調査）
信頼（信頼）
・「親戚には信頼できる人が多いですか」の「はい」と回答した人の割合（全国県民意識調査） ・「職場や仕事でつきあっている人には信頼できる人が多いですか」の「はい」と回答した人の割合（全国県民意識調査）
社会参加（互酬性の規範）
・「あなたは地元の用事や祭りには積極的に参加したいと思いますか」の「はい」と回答した人の割合（全国県民意識調査） ・ボランティア活動行動者率（社会生活基本調査）

社会疫学や公衆衛生の分野で縦断的に調査を行った研究では、近藤らの研究グループ AGESの研究がある。1999年から愛知県を中心とした地域を対象に社会関係が健康にどのような影響を与えるのかを多分野の専門化によって多角的に調査されている。

表9-3はこの研究で用いられているソーシャルキャピタルの指標であり最もシンプル

な内容である。

表9-3 近藤らのグループが用いた指標

一般的信頼感
一般的に人は信用できると思いますか (1. はい 2. いいえ 3. 場合による) 「はい」と回答した人の割合
互酬性の規範
多くの場合、人は他の人の役に立とうと思いますか (1. はい 2. いいえ 3. 場合による) 「はい」と回答した人の割合
水平的組織(ネットワーク)
あなたは次にあげる会や組織に入っていますか (ボランティア／市民運動／スポーツ関係のクラブ・サークル／趣味の会)

表9-4 本調査で用いたソーシャルキャピタル指標

構成要素 (パットナム要素)	サブ指標	内閣府が採用した個別指標	鶴ヶ谷調査で用いた個別指標
Ⅰ. つきあい・交流 (ネットワーク)	(近隣での付き合い)	①近隣との付き合いの程度	①近所との付き合いの程度
		②近隣と付き合っている人の数	②近所との付き合い人数
		③友人・知人との付き合いの程度	③知人との付き合いの程度
	(社会的な交流)	④親せきとの付き合いの頻度	④親類との付き合いの程度
		⑤スポーツ趣味等への参加状況	⑤スポーツ等参加状況
Ⅱ. 信頼	(一般的な信頼)	⑥一般的信頼度	⑥一般的信頼度
	(相互信頼・相互扶助)	⑦近所の人々への信頼	⑦地域の人への信頼度
		⑧友人知人への信頼度	
		⑨親戚への信頼度	
Ⅲ. 社会参加 (互酬性の規範)	(社会活動への参加)	⑩地縁的な活動への参加状況	⑧地縁的な活動参加の有無
		⑪ボランティア活動行動者率	⑨ボランティア活動参加の有無
		⑫人口一人当たりの共同募金金額	⑩その他団体の参加の有無

本調査で用いた、ソーシャルキャピタルの指標の変更点について解説する。

「ネットワーク」については、同様の項目設定が可能であることから、そのまま採用した。

「信頼」では、内閣府の「近所の人々への信頼」と「友人知人への信頼」、「親戚への信頼」は「(鶴ヶ谷) 地域の人への信頼」という項目に変更した。これは、人によって近所や友人知人の捉え方が変わり信頼の聞き取りが難しいからである。そして、何よりもこうした質問は地域生活を送る回答者にとって回答することの意義や、その結果を報告したとしても生活に生かせる可能性がきわめて低いからである。また、「親戚」に

については居住地域によって物理的格差が大きく生じ今後の比較検討に支障をきたすことが予測できるからである。

「社会参加（互酬性の規範）」については、「ボランティア行動者率」と「共同募金金額」は、それぞれの項目の母数の把握が困難なために削除し、「地縁等の団体参加」が地域への帰属や役割との関連が深いことから採用した。

2) ソーシャルキャピタル指数の算出方法

ソーシャルキャピタルの指数を算出するために、指標化を行った項目について内閣府調査の手法に基づき算出した。

今回の分析では、調査票に用いた項目のうち、ソーシャルキャピタルに関係のある9項目を用いそれぞれを「付き合い・交流」、「信頼」、「社会参加」の構成要素に分類した（図9-1）。

これらの構成要素が相互に比較できるように、まず、各個の項目でソーシャルキャピタルに対して肯定的な意見が数値が高くなるように整理した。

さらに、各個の項目で平均値が0、標準偏差が1になるように標準化した後に、3要素それぞれについて採用する個別指標の単純平均をとり、これを構成要素の「指数」とした。3構成要素それぞれの指数地の単純平均をとったものを求め「総合指数」と呼ぶこととした。

これによって、内閣府調査と指数同士の比較が可能となる。

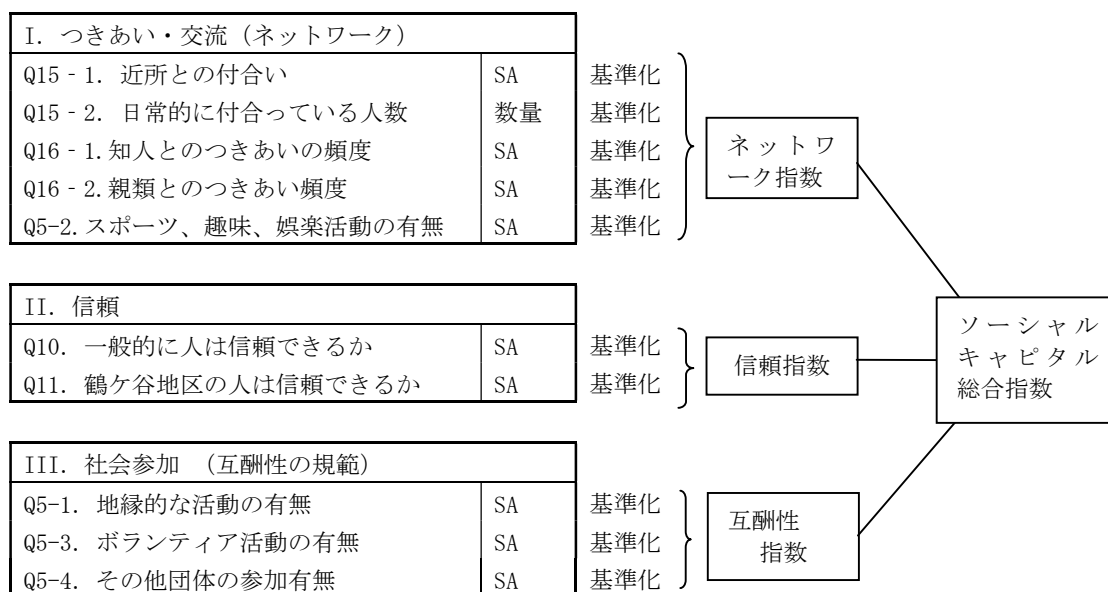


図9-1 ソーシャルキャピタル指数の算出方法

4. 結果

1) 基礎集計結果

①対象者の属性

分析対象となった、880 人の属性を表 9-5 に、年齢、居住、世帯人数の平均値等を表 9-6 に示した。

性別は、男性が 423 人 (48.1%) で、女性が 434 人 (49.3%) でほぼ均等な割合であった。また、平均年齢は 60.9 (±17.0) 歳、で最も若い回答者は 20 歳、最も高齢は 92 歳であった。

結婚については、既婚者が 575 人 (65.3%)、離婚・死別が 155 人 (17.6%)、独身者が 129 人 (14.7%) であった。

職業については、無職が 292 人 (33.2%) で最も多く、次いで専業主婦・夫 177 人 (20.1%)、民間企業・団体職員等が 130 人 (14.8%) であり無職者が半数を占めていることが示された。

居住形態は、持ち家が 489 人 (55.6%) で最も多く、次いで公営借家 289 人 (32.8%)、民間借家 41 人 (4.7%) であり持ち家率が高いことが示された。

回答者自身も含めた同居人数は、2 人暮らしが 305 人 (34.7%) で最も多く、次いで 3 人暮らしで 191 人 (21.7%)、ひとり暮らしが 133 人 (15.1%) であった。なお、平均の同居人数は 2.74 人で、最小が 1 人、最大が 8 人暮らしであった。

世帯の経済を支えている人は、回答者自身が 430 人 (48.9%) で最も多く、次いで回答者以外の家族で 333 人 (37.8%)、その他 48 人 (5.5%) と続いた。

世帯構成は、一世代 (65 歳以上のみ) が 161 人 (18.3%) で最も多く、次いで二世帯 (65 歳以上の方がいる) が 143 人 (16.3%)、ひとり暮らし 133 人 (15.1%) と続いた。世帯は、65 歳以上の高齢者世帯や、65 歳以上の方と同居が最も多いことが示された。

65 歳以上の方と同居している割合は、508 人 (57.7%) で、同居していない人は 327 人 (37.2%) で高齢者との同居率の高さが示された。また、介護が必要な人との同居では、132 人 (15%) の人が同居しており介護者支援の必要性もうかがえる。

鶴ヶ谷地域への居住年数では、平均が 26.3 (±13.9) 年であり、最も長い居住者は 53 年、最も短い居住者は 0 年で、多くの方が居住が長いことが示された。

表 9 - 5 調査対象者の属性

[性別]	男性	423	48.1%
	女性	434	49.3%
[結婚]	既婚	575	65.3%
	死別・離婚	155	17.6%
	独身	129	14.7%
[職業]	自営業・手伝い	47	5.3%
	民間企業・団体経営	39	4.4%
	民間企業・団体勤め人	130	14.8%
	公務員・教員	36	4.1%
	臨時・パート職員	87	9.9%
	学生	7	0.8%
	無職	292	33.2%
	専業主婦・夫	177	20.1%
	その他	32	3.6%
[住居形態]	持ち家（一戸建て）	489	55.6%
	持ち家（マンション）	21	2.4%
	民間借家	41	4.7%
	給与住宅	4	0.5%
	公営借家	289	32.8%
	貸間・下宿	3	0.3%
	住込・寄宿舎	1	0.1%
	その他	5	0.6%
[同居人数]（自身含め）	1 人	142	16.1%
	2 人	305	34.7%
	3 人	191	21.7%
	4 人	113	12.8%
	5 人	59	6.7%
	6 人	30	3.4%
	7 人	11	1.3%
	8 人	1	0.1%
[世帯経済を支えている人]	あなた自身	430	48.9%
	あなた以外の家族	333	37.8%
	その他	48	5.5%
[世帯構成]	一人暮らし	133	15.1%
	一世代（65 歳未満）	100	11.4%
	一世代（65 歳以上）	37	4.2%
	一世代（65 歳以上のみ）	161	18.3%
	二世代（65 歳未満）	128	14.5%
	二世代（65 歳以上）	143	16.3%
	二世代（65 歳以上のみ）	10	1.1%
	三世代（65 歳未満）	10	1.1%
	三世代（65 歳以上）	67	7.6%
	その他	29	3.3%

[65歳以上高齢者との同居]	している	508	57.7%
(自身含め)	していない	327	37.2%
[要介護者との同居]	している	132	15.0%
(自身含め)	していない	666	75.7%

表 9 - 6 年齢、居住年数、同居人数の平均値

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
年齢	843	20	92	60.94	17.001
地区住まい年数	857	0	53	26.31	13.923
同居人数	852	1	8	2.74	1.387

②健康状態について

「あなたは普段自分で健康だと感じていますか」という、主観的健康感を、「とても健康」から「健康ではない」までの5件法で回答を求めた(表9-7)。結果、「普通」が311人(35.3%)で最も多く、次いで「まあ健康なほう」262人(29.8%)、「あまり健康ではない」68人(7.7%)と続いた。

表 9 - 7 主観的健康感

	全体	とても健康	まあ健康なほう	普通	あまり健康ではない	健康ではない	無回答
n	880	71	262	311	147	68	21
%	100.0	8.1	29.8	35.3	16.7	7.7	2.4

「これまで、自分が歳をとったなあと感じることはありますか」という、老性自覚を、「ある」もしくは「ない」という回答を求めた(表9-8)。結果、「ある」が700人(79.5%)、「ない」が149人(16.9%)であった。また、その年齢を聞いたところ、平均が58.83(±15.44)歳で、最小が20歳で最高が90歳であった。

表 9-8 老性自覚

	全体	ある	ない	無回答
n	880	700	149	31
%	100.0	79.5	16.9	3.5

表9-9 自覚年齢

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
Q2 - 1 そう感じた年齢	662	20	90	58.83	15.441

「現在、病院にかかるような病気はありますか」という既往歴の有無の有無について回答を求めた（表 9 - 10）。結果、「ある」が 499 人（56.7%）、「ない」が 357 人（40.6%）であった。

表 9-10 既往歴

	全体	ある	ない	無回答
n	880	499	357	24
%	100.0	56.7	40.6	2.7

③地域活動の参加状況

（i）地縁的な活動

「地縁的な活動（自治会、町内会、婦人会、青年団、子ども会など）に参加していますか」という地縁活動への参加状況について回答を求めた（表 9 - 11）。結果、「参加していない」472 人（53.6%）で最も多く、次いで「参加している」が 305 人（34.7%）、「参加したができない」52 人（5.9%）と続いた。

表 9-11 地縁活動の参加状況

	全体	参加している	参加したい ができない	参加して いない	無回答
n	880	305	52	472	51
%	100.0	34.7	5.9	53.6	5.8

次に、参加していると回答した人に、その参加頻度について、「年に数回」から「週に 4 回程度」まで回答を求めた（表 9 - 12）。結果、「年に数回」129 人（42.3%）で最も多く、次いで、「月に 1 回」が 72 人（23.6%）、「月に 2～3 回」45 人（14.8%）と続いた。

また、その参加している団体数については、平均が 1.36（±1.07）回で、最も多い人で 15 団体、最も少ない人で 1 団体であった（表 9 - 13）。

表 9-12 地縁活動の参加頻度

	全体	年に 数回	月に 1 回	月に 2～3 回	週に 1 回	週に 2～3 回	週に 4 日以上	無回答	非該当
n	305	129	72	45	6	2	1	50	575
%	100.0	42.3	23.6	14.8	2.0	0.7	0.3	16.4	

表9-13 参加団体数の平均

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
Q5-1-1. 参加団体数	259	1	15	1.36	1.070
有効なケースの数 (リストごと)	259				

(ii) スポーツ、趣味、娯楽等の活動

スポーツ、趣味、娯楽活動（スポーツ、健康体操、芸術文化、生涯学習など）に参加していますか」という趣味的な活動についての参加状況について回答を求めた（表9-14）。結果、「参加していない」が522人（62.7%）で最も多く、次いで「参加している」214人（24.3%）、「参加したいができない」が52人（5.9%）と続いた。

表9-14 趣味的活動への参加状況

	全体	参加している	参加したい ができない	参加して いない	無回答
n	880	214	52	552	62
%	100.0	24.3	5.9	62.7	7.0

次に、参加していると回答した人に、その参加頻度について、「年に数回」から「週に4日以上」まで回答を求めた（表9-15）。結果、「月に2～3回」が56人（26.2%）で最も多く、次いで、「週に1回」が48人（22.4%）、「週に2～3回」33人（15.4%）と続いた。

また、その参加している団体数については、平均が1.51（±0.78）回で、最も多い人で4団体、最も少ない人で1団体であった（表9-16）。

表9-15 趣味的活動への参加頻度

	全体	年に 数回	月に 1日	月に 2～3日	週に 1回	週に 2～3回	週に 4日以上	無回答	非該当
n	214	18	24	56	48	33	13	22	666
%	100.0	8.4	11.2	26.2	22.4	15.4	6.1	10.3	

表9-16 参加団体数の平均

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
Q5-1-2. 参加団体数	170	1	4	1.51	.786

(ii) ボランティア等の活動

「ボランティア活動（まちづくり、福祉活動、防災、防犯、環境整備・保護など）に参加していますか」という趣味的な活動についての参加状況について回答を求めた（表 9-17）。結果、「参加していない」が 662 人（75.2%）で最も多く、次いで「参加している」102 人（11.6%）、「参加したいができない」が 46 人（5.2%）と続いた。

表9-17 ボランティア等活動への参加状況

	全体	参加している	参加したい ができない	参加していない	無回答
n	880	102	46	662	70
%	100.0	11.6	5.2	75.2	8.0

次に、参加していると回答した人に、その参加頻度について、「年に数回」から「週に 4 日以上」まで回答を求めた（表 9-18）。結果、「年に数回」が 31 人（30.4%）で最も多く、次いで、「月に 2～3 回」が 25 人（24.5%）、「月に 1 回」18 人（17.6%）と続いた。

また、その参加している団体数については、平均が 1.35（±.68）回で、最も多い人で 5 団体、最も少ない人で 1 団体であった（表 9-19）。

表9-18 ボランティア等活動への参加頻度

	全体	年に 数回	月に 1 回	月に 2～3 回	週に 1 回	週に 2～3 回	週に 4 日以上	無回答	非該当
n	102	31	18	25	7	4	2	15	778
%	100.0	30.4	17.6	24.5	6.9	3.9	2.0	14.7	

表9-19 参加団体数の平均

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
Q5-3-2. 参加団体数	86	1	5	1.35	.682

(iii) その他の活動

「その他の活動（商工会、業種団体、宗教、政治活動など）に参加していますか」という趣味的な活動についての参加状況について回答を求めた（表 9-20）。結果、「参加していない」が 716 人（81.4%）で最も多く、次いで「参加している」63 人（7.2%）、「参加したいができない」が 12 人（1.4%）と続いた。

表9-20 ボランティア等活動への参加状況

	全体	参加している	参加したいができない	参加していない	無回答
n	880	63	12	716	89
%	100.0	7.2	1.4	81.4	10.1

次に、参加していると回答した人に、その参加頻度について、「年に数回」から「週に4日以上」まで回答を求めた（表9-21）。結果、「年に数回」が16人（25.4%）で最も多く、次いで、「月に2～3回」が13人（20.6%）、「月に1回」と「週に1回」が9人（14.3%）と続いた。

また、その参加している団体数については、平均が1.22（±.59）回で、最も多い人で3団体、最も少ない人で0団体であった（表9-22）。

表9-21 ボランティア等活動への参加頻度

	全体	年に数回	月に1回	月に2～3回	週に1回	週に2～3回	週に4日以上	無回答	非該当
n	63	16	9	13	9	5	0	11	817
%	100.0	25.4	14.3	20.6	14.3	7.9	0.0	17.5	

表9-22 参加団体数の平均

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
Q5-4-2. 参加団体数	46	0	3	1.22	.593

（iv）地域活動の参加状況の比較

地域活動の参加状況について、「地縁的活動」、「スポーツ、趣味等活動」、「ボランティア活動」、「その他（商工会等）」の参加比率の比較をおこなった（図9-2）。

結果、「地縁的活動」への参加率が38%で最も高く、次いで「スポーツ、趣味等活動」、「ボランティア団体」、「その他（商工会等）」と続いた。また、「参加したいができない」という潜在的参加者は、「スポーツ、趣味等活動」が多かった。このことから、地縁活動のような参加機会と地域の互酬性の規範にかかわる活動は参加者が多く、参加機会が少ないボランティアやその他活動は低い傾向が示された。参加機会とその地域に直接的な役割の創出の必要性が示唆される。

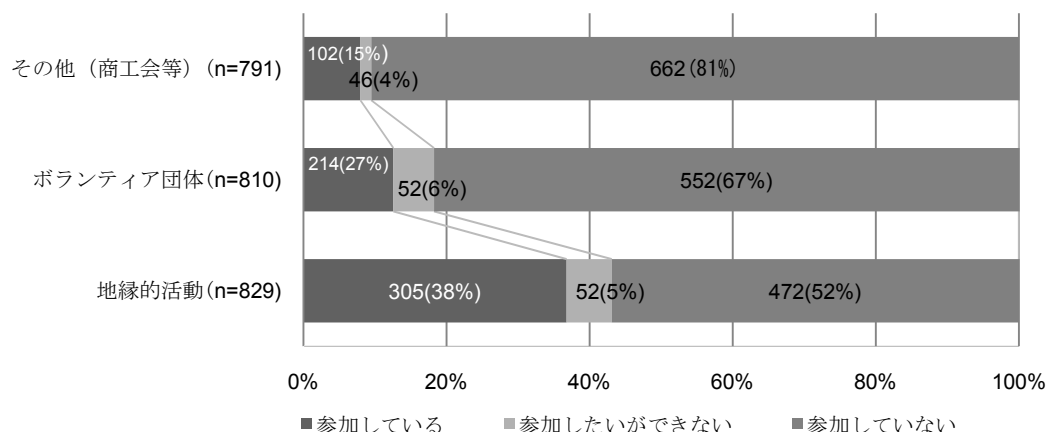


図9-2 地域活動参加状況の比較

（v）地域活動参加状況の比較

地域活動の参加状況について、「地縁的活動」、「スポーツ、趣味等活動」、「ボランティア活動」、「その他（商工会等）」の参加比率の比較をおこなった（図9-3）。

結果、「地縁的活動」は、年に数回の頻度が最も高く、「スポーツ、趣味等活動」は、月に2～3回の参加頻度が最も高いことが明らかになった。このことから、開催状況にもよるが、スポーツや趣味等の活動は参加意欲を向上させ継続的参加につながる傾向が示された。

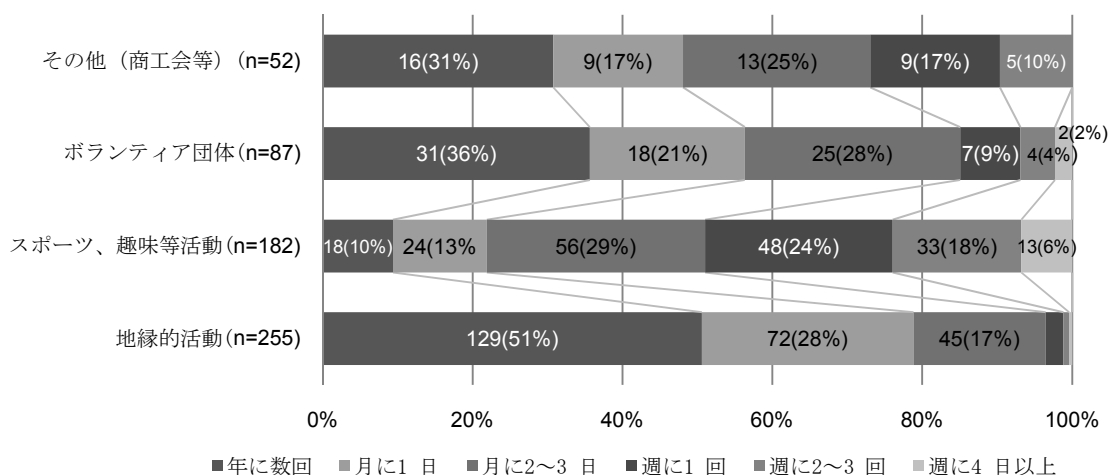


図9-3 地域活動の参加状況

2）付き合い・交流（ネットワーク）指標

ソーシャルキャピタルの構成要素である、付き合い・交流（ネットワーク）の指標についてそれぞれに該当する項目を集計した。それぞれの数値は、今後この地域で縦断的に計測し、介入効果を明らかにするための基準となる。また、用いた項目は内閣府調査と同様

の質問項目を設定しているために、参考のためにその回答傾向の比較を行った。

①近所との付き合いの頻度

近所付き合いの頻度は、「あいさつ程度の最小限の付き合い」が 342 人（38.9%）で最も多く、次いで「日常的に立ち話をする程度の付き合い」、「日用品を貸し借りするなど生活面で協力しあっている人もいる」と続いた（図 9 - 4）（表 9-23）。内閣府の同様の質問項目と比較すると、内閣府調査のほうが、付き合い頻度が高い傾向が示された（図 9 - 5）。

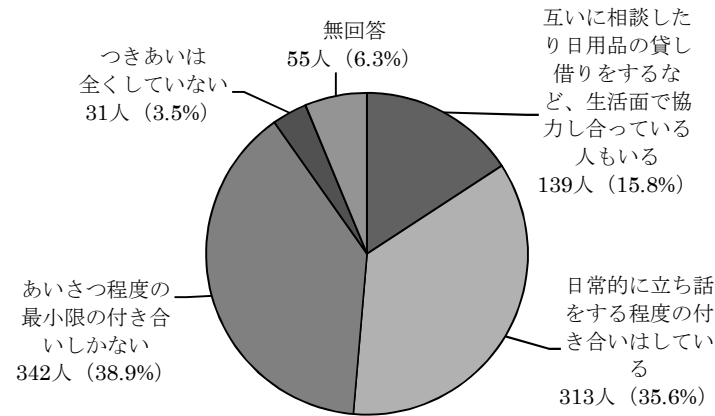


図9 - 4 近所との付き合い頻度（n=880）

表 9-23 近所との付き合いの頻度

	全体	互いに相談したり日用品の貸し借りをするなど、生活面で協力し合っている人もいる	日常的に立ち話をする程度の付き合いはしている	あいさつ程度の最小限の付き合いしかない	つきあいはいくつもない	無回答
n	880	139	313	342	31	55
%	100.0	15.8	35.6	38.9	3.5	6.3

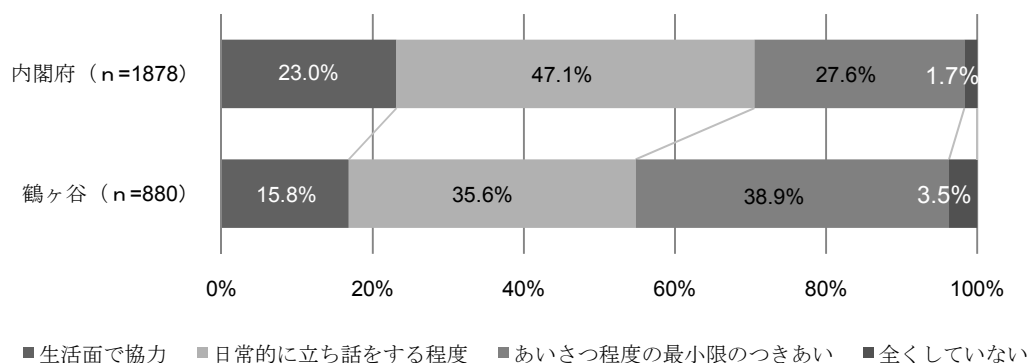


図9-5 近所との付き合い頻度（内閣府・鶴ヶ谷比較）

次に、付き合い・交流（ネットワーク）を構成する、「近所で付き合っている人」の人数を示した。なお、鶴ヶ谷地区調査では、実数で回答を求めたところ、平均で5.86（±8.53）人であった。この数値をカテゴリ化し、内閣府調査と比較したところ、内閣府調査のほうが付き合っている人数が多いことが示された（図9-6）。

表9-24 近所で付き合っている人の平均人数

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
Q15 - 2. 付き合い人数	775	0	106	5.86	8.539

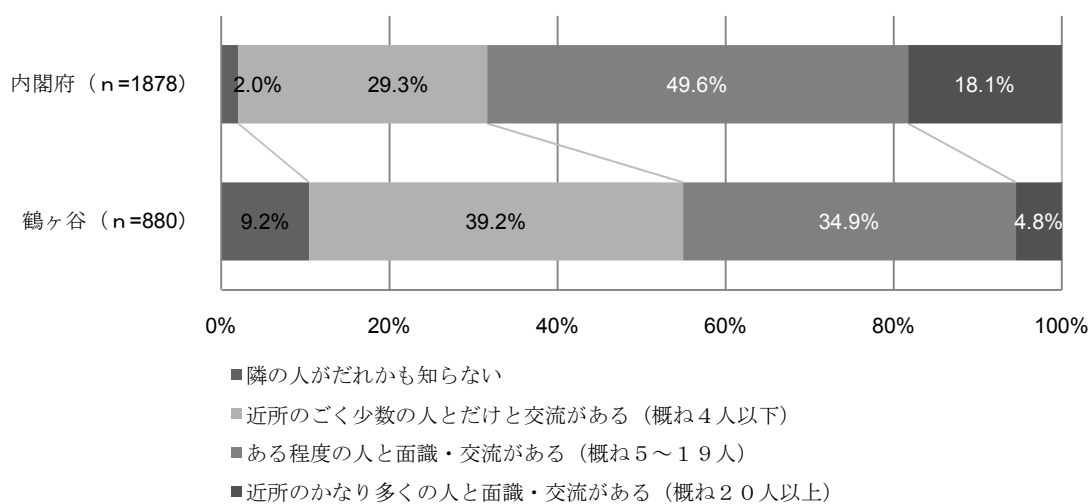


図9-6 付き合い人数（内閣府・鶴ヶ谷比較）

②友人や知人、親戚とのとの付き合い

次に、付き合い・交流（ネットワーク）を構成する、「友人や知人との付き合い」、「親類との付き合い」の頻度を示した（図9-7）（表9-25、26）。

内閣府の同様の調査項目と比較した結果が図9-8、9-9である。「知人や友人との付き合い」は、内閣府調査のほうが頻度が多く、「親戚との付き合い」は、鶴ヶ谷調査のほうが頻度が多い傾向が示されている。

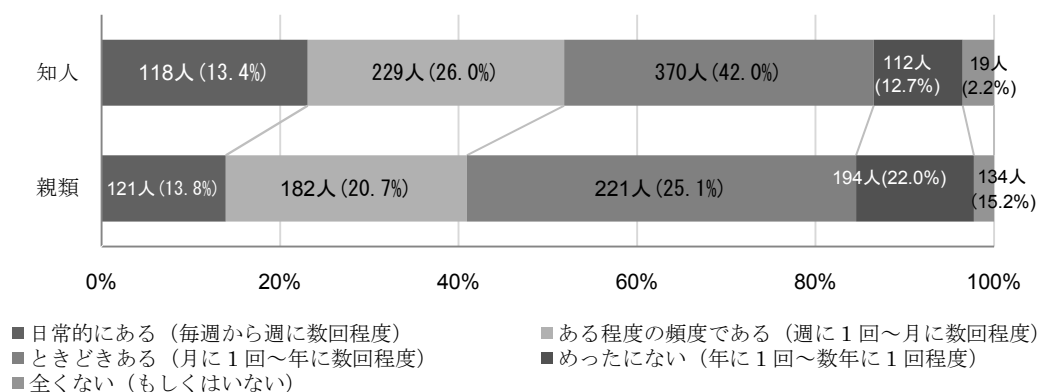


図9-7 関係別付き合い頻度（n=880）

表9-25 友人や知人との付き合い頻度

	全体	日常的にある（毎週から週に数回程度）	ある程度の頻度である（週に1回～月に数回程度）	ときどきある（月に1回～年に数回程度）	めったにない（年に1回～数年に1回程度）	全くない（もしくはいない）	無回答
n	880	197	245	296	85	30	27
%	100.0	22.4	27.8	33.6	9.7	3.4	3.1

表 9-26 親類・親せきとの付き合い頻度

	全体	日常的にある（毎週から週に数回程度）	ある程度の頻度である（週に1回～月に数回程度）	ときどきある（月に1回～年に数回程度）	めったにない（年に1回～数年に1回程度）	全くない（もしくはいない）	無回答
n	880	118	229	370	112	19	32
%	100.0	13.4	26.0	42.0	12.7	2.2	3.6

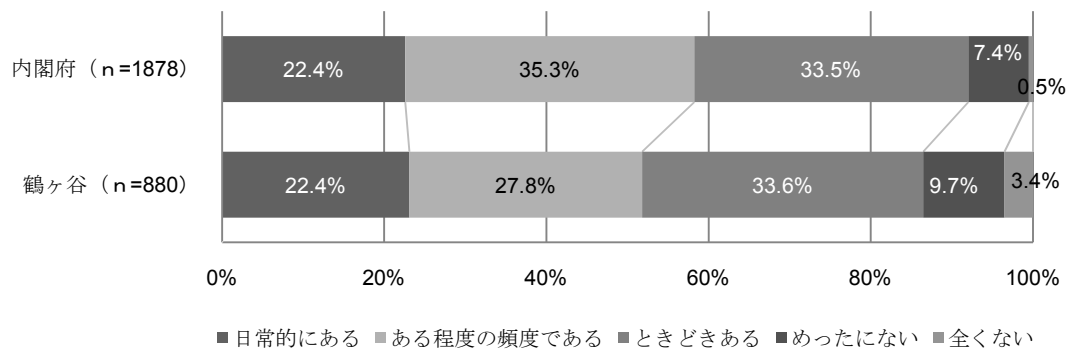


図9-8 友人・知人との付き合い頻度（内閣府・鶴ヶ谷比較）

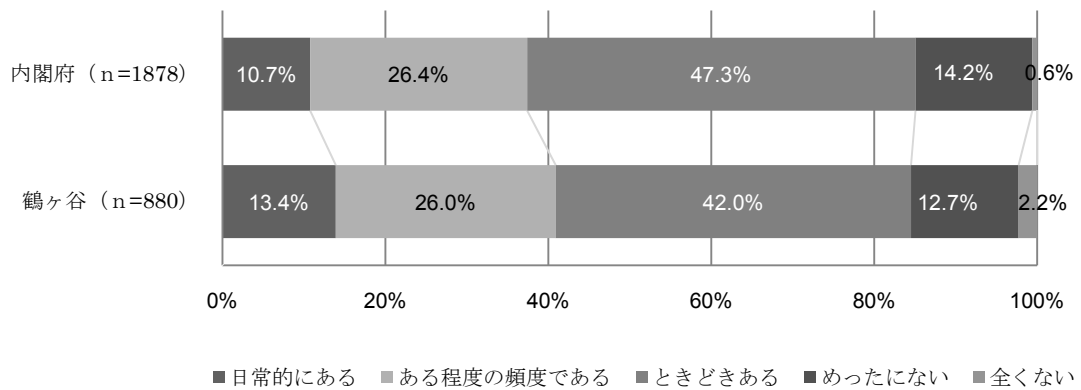


図9-9 親類との付き合い頻度（内閣府・鶴ヶ谷比較）

③スポーツ、趣味等への参加

次に、付き合い・交流（ネットワーク）を構成する、「スポーツ、趣味活動への参加」、の状況を示した（表9-27）。

内閣府の同様の調査項目と比較した結果が図 9-10 である。内閣府と鶴ヶ谷を比較すると、全体的にはほぼ同様の参加の頻度を示している。内閣府調査では、「年に数回」が 13.9%、「週に 4 日以上」が 3.4%で、鶴ヶ谷地区は「年に数回」が 8.4%、「週に 4 日以上」が 6.1%であり若干参加頻度が高いことが読み取れる。

表 9-27 スポーツ、趣味的活動への参加

	全体	参加している	参加したいが できない	参加して いない	無回答
n	880	214	52	552	62
%	100.0	24.3	5.9	62.7	7.0

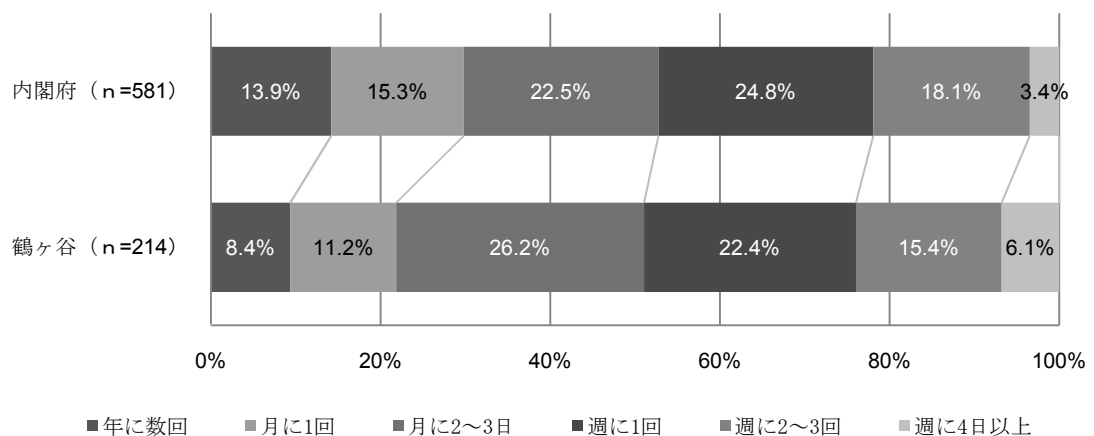


図9-10 スポーツ・趣味・娯楽活動への参加頻度（内閣府・鶴ヶ谷比較）

3) 信頼指標

ソーシャルキャピタルの構成要素である、信頼の指標についてそれぞれに該当する項目を集計した。それぞれの数値は、今後この地域で縦断的に計測し、介入効果を明らかにするための基準となる。また、用いた項目は内閣府調査と同様の質問項目を設定しているために、参考のためにその回答傾向の比較を行った。

「一般的信頼」は、「一般的に人は信頼できると思いますか？」という質問に「ほとんど人は信頼できる」から「注意するにこしたことはない」までの7件法で質問した。

「地域の人への信頼」は、「あなたの地域の人は信頼できますか？」との質問に「ほとんどの人は信頼できる」から「注意するにこしたことはない」までの7件法で質問した。

結果、一般的信頼と地域の信頼については、一般的信頼よりも、地域の人への信頼のほうが高い傾向が示された（図9-11）（表9-28、29）。

また、「一般的信頼」、「地域の人への信頼」それぞれの項目について内閣府との比較では「一般的信頼」については、同様の質問項目があるためにそのまま比較した。「地域の人への信頼」では、内閣府調査では「大いに頼りになる」から「まったく頼りにならない」までの5件法で回答を求めているために、鶴ケ谷調査においても、7件法を5件法に置き換えて再度集計した（図9-12）。

その結果、「一般的信頼」は、内閣府調査のほうが「注意するにこしたことはない」の回答が多く、「両者の中間」の回答が鶴ケ谷調査のほうが多い傾向が示された。この結果から、「一般的信頼」は、鶴ケ谷地区のほうが高いことが示された。

「地域の人への信頼」においては、鶴ケ谷調査のほうが地域の人への信頼が高い傾向が示された。これらのことから、信頼に関する指標では、鶴ケ谷地区の方が総合的に高いことが明らかになった。

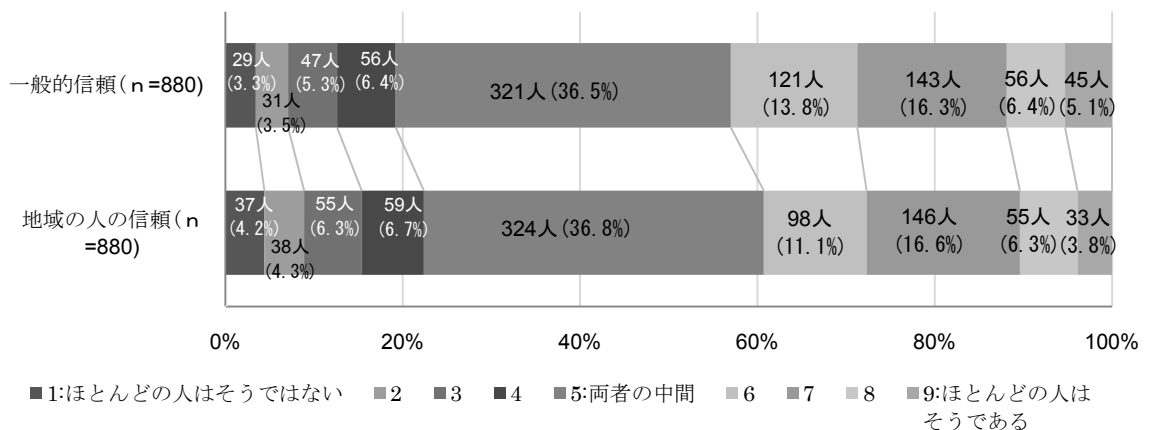


図9-11 信頼について (n=880)

表 9-28 一般的に人は信用できるか

	全体	1:注意 するに こした ことは ない	2	3	4	5:両 者の 中間	6	7	8	9:ほと んどの 人は 信頼で きる	無回 答
n	880	84	34	48	58	327	99	116	47	31	36
%	100.0	9.5	3.9	5.5	6.6	37.2	11.3	13.2	5.3	3.5	4.1

表 9-29 地域の人は信用できるか

	全体	1:注意 するに こした ことは ない	2	3	4	5:両 者の 中間	6	7	8	9:ほと んどの 人は 信頼で きる	無回 答
n	880	64	39	50	50	268	92	149	86	53	29
%	100.0	7.3	4.4	5.7	5.7	30.5	10.5	16.9	9.8	6.0	3.3

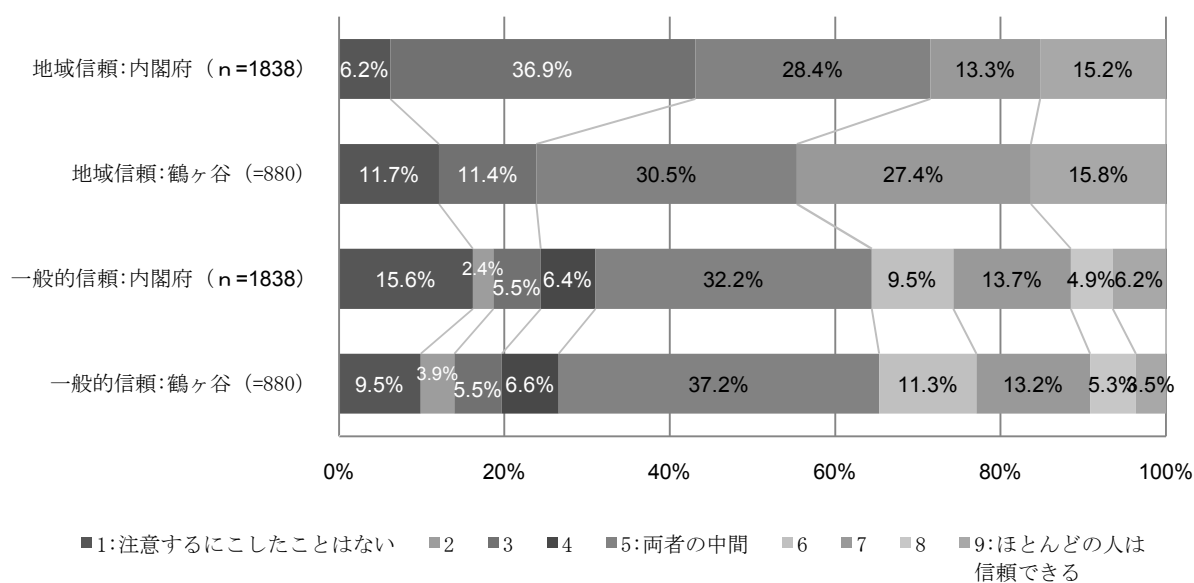


図 9-12 信頼指標の比較（内閣府，鶴ヶ谷）

4) 社会参加（互酬性の規範）指標

ソーシャルキャピタルの構成要素である、社会参加（互酬性の規範）の指標についてそれぞれに該当する項目を集計した。それぞれの数値は、今後この地域で縦断的に計測し、介入効果を明らかにするための基準となる。また、用いた項目は内閣府調査と同様の質問項目を設定しているために、参考のためにその回答傾向の比較を行った(図 9-13) (表 9-30、31、32)。

社会参加に関する項目では、それぞれの質問で示す活動について、「参加している」から「参加していない」までの3件法で回答を求めたうえで、その頻度を「年に数回」から「週に4回以上」までの6件法で回答を求めている。

「地縁的活動」は参加者が多いが、頻度は少なく、「ボランティア活動」は次に参加者が多いが頻度は低い。そして「その他の活動」は、参加者は少ないが、頻度が高いことが明らかになった。その他の活動とは、商工会、政治、宗教などが含まれ、水平的集まりではなく、垂直的な団体であることが多いことからその頻度や人と人の距離は近いのではないかと考えられる。

内閣府調査での比較では、「地縁的活動」は、内閣府の方が頻度が多く、「ボランティア活動」は、鶴ヶ谷地区の方が頻度が高く、「その他の団体活動」は内閣府の方が活動頻度が多い傾向が示された(図 9-14、15、16)。

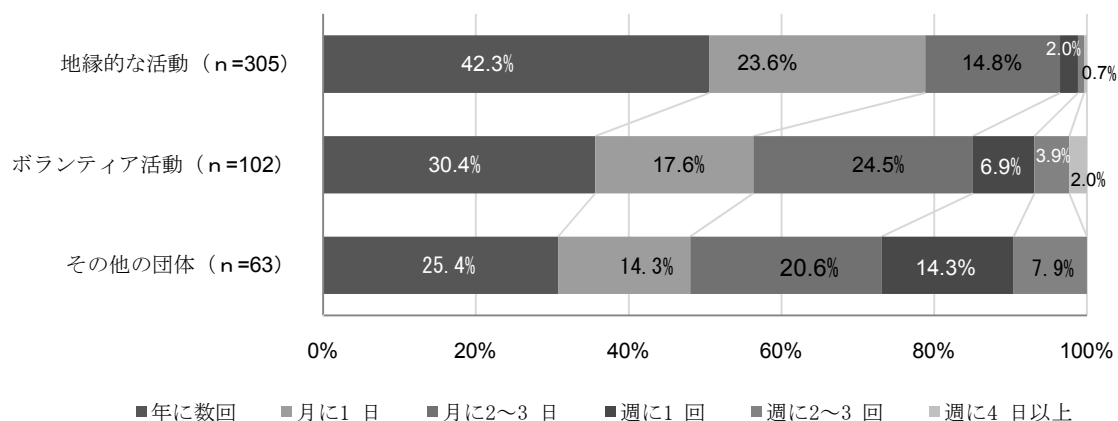


図9-13 地域における活動の頻度（鶴ヶ谷）

表 9-30 地縁的活動への参加

	全体	参加している	参加したいが できない	参加していない	無回答
n	880	305	52	472	51
%	100.0	34.7	5.9	53.6	5.8

表 9-31 ボランティア活動への参加

	全体	参加して いる	参加したい ができない	参加して いない	無回答
n	880	102	46	662	70
%	100.0	11.6	5.2	75.2	8.0

表 9-32 その他（商工会、政治団体等）への参加

	全体	参加して いる	参加したい ができない	参加して いない	無回答
n	880	63	12	716	89
%	100.0	7.2	1.4	81.4	10.1

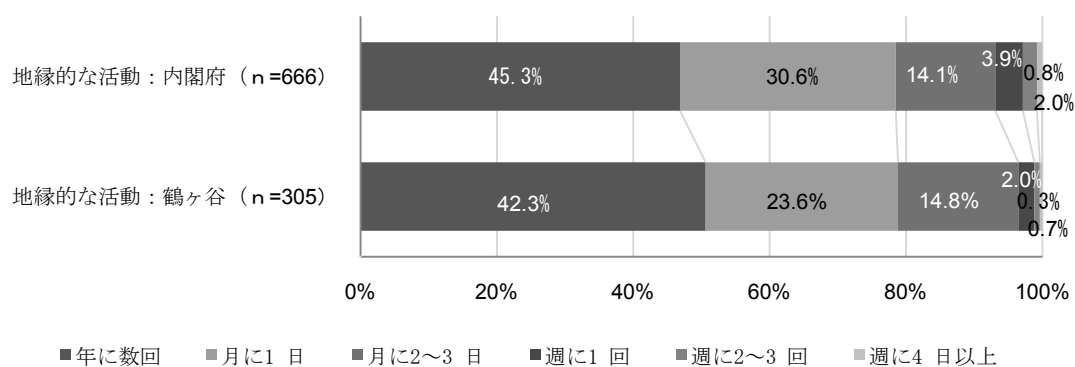


図9-14 地縁的な活動の頻度（内閣府・鶴ヶ谷比較）

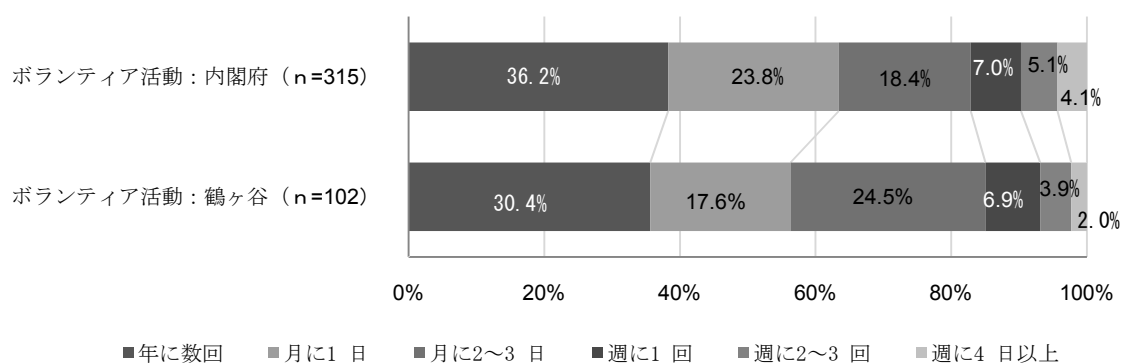


図9-15 ボランティア活動の頻度（内閣府・鶴ヶ谷比較）

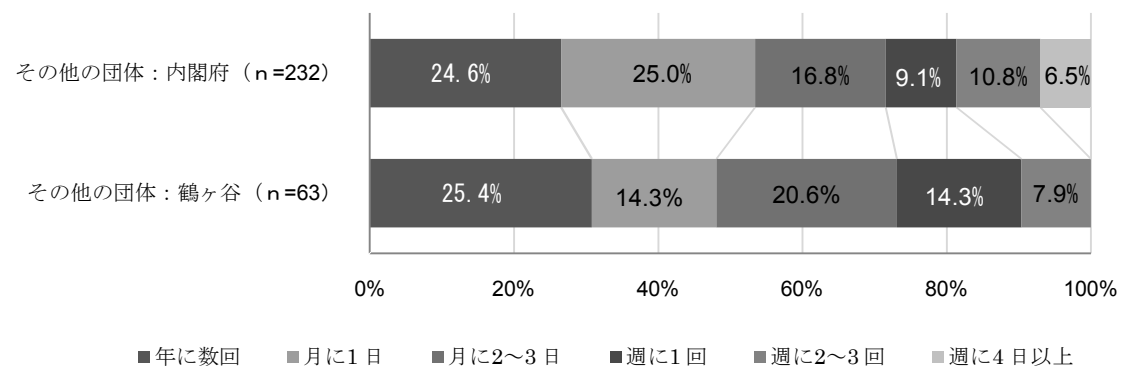


図9-16 その他の団体活動の頻度（内閣府・鶴ヶ谷比較）

5) ソーシャルキャピタル指数の算出

ソーシャルキャピタルの指数を算出するために、指標化を行った項目について内閣府調査の手法に基づき算出した。

今回の分析では、調査票に用いた項目のうち、ソーシャルキャピタルに関係のある9項目を用いそれぞれを「付き合い・交流」、「信頼」、「社会参加」の構成要素に分類した(図9-17)。

これらの構成要素が相互に比較できるように、まず、各個の項目でソーシャルキャピタルに対して肯定的な意見が数値が高くなるように整理した。

さらに、各個の項目で平均値が0、標準偏差が1になるように標準化した後に、3要素それぞれについて採用する個別指標の単純平均をとり、これを構成要素の「指数」とした。3構成要素それぞれの指数地の単純平均をとったものを求め「総合指数」と呼ぶこととした。それぞれの指数は表9-33のとおりである。

この指数を基準として今後の縦断調査において比較検討を行っていく予定である。

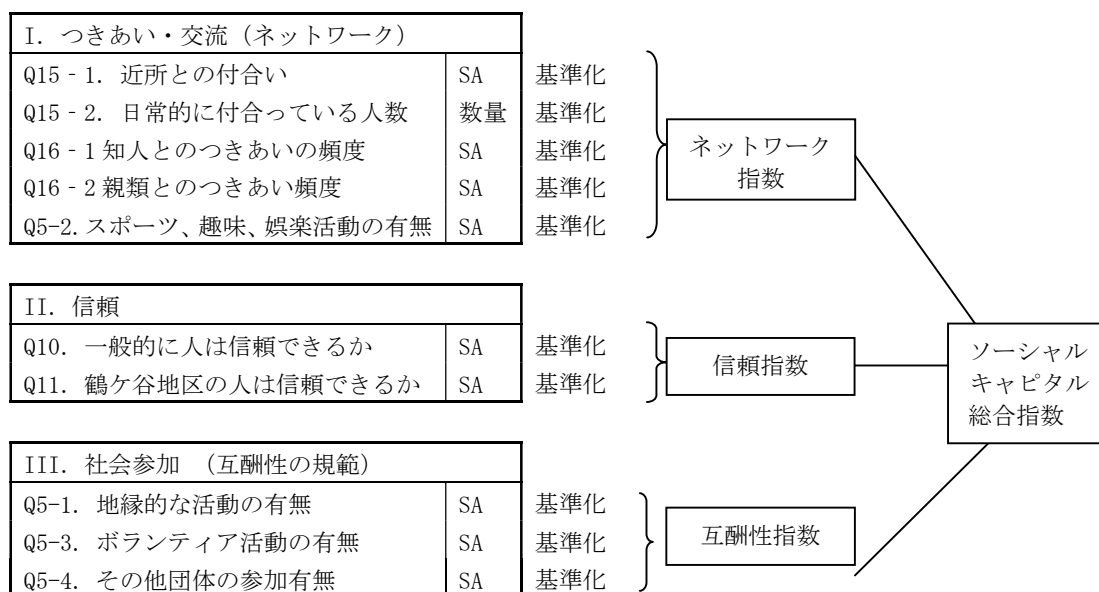


図 9-17 ソーシャルキャピタル指数の算出方法(再掲)

表 9-33 ソーシャルキャピタル指数

つきあい・交流（ネットワーク）	信頼	社会参加（互酬性の規範）
－ 0 . 0 0 6 4 2	0 . 0 0 2 7 5	0 . 0 3 8 9 9
総合指数		
0 . 0 1 2 0 3		

6) 性別とソーシャルキャピタル指数

算出した各ソーシャルキャピタル指数と性別の違いを比較した。比較には、ソーシャルキャピタル指数を性別の平均値の差の検定を対応のない t 検定で行った。

その結果を表 9 - 34 に示した。

結果、付き合い・交流（ネットワーク）については、女性の方が高く、男性の方が有意に低いことが明らかになった（ $p < .001$ ）。信頼については、男性の方が高く、女性の方が有意に低いことが明らかになった（ $p < .001$ ）。社会参加（互酬性の規範）については、差はないことが示された。また、総合指標についても有意な差は示されなかった。

この結果から、総合的なソーシャルキャピタルとしては性差は明らかにならなかったものの、ネットワークでは女性に関係を作りやすく、他者や地域を信頼するのは男性であることが明らかになった。

表 9 - 34 性別とソーシャルキャピタルの平均の差の検定結果

項目名	カテゴリ	n	平均	平均値の差	標準偏差	統計量	自由度	P 値	有意差
付き合い交流指数 (ネットワーク)	男性	422	-0.0976	-0.1613	0.6544	3.6400	850	0.0003	***
	女性	432	0.0637		0.6401				
信頼指数	男性	414	0.1196	0.2441	0.9168	3.7553	829	0.0002	***
	女性	418	-0.1246		0.9582				
社会参加指数 (互酬性の規範)	男性	410	0.0062	-0.0630	0.8037	1.1691	823	0.2427	n.s
	女性	424	0.0692		0.7504				
総合指数	男性	423	0.0022	-0.0038	0.5914	0.0988	844	0.9213	n.s
	女性	433	0.0060		0.5414				

(*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$)

7) 年齢とソーシャルキャピタル指数

算出した各ソーシャルキャピタル指数と年齢の違いを比較した。比較には、ソーシャルキャピタル指数を年齢の平均値の差の検定を対応のない t 検定で行った。年齢は、定年退職との関連から、60 歳以上と 60 歳未満の 2 群に分類し比較した。

その結果を表 9 - 35 に示した。

結果、付き合い・交流（ネットワーク）については、60 歳以上が高く、60 歳未満の方が有意に低いことが明らかになった（ $p < .001$ ）。信頼についても、60 歳以上が高く、60 歳未満の方が有意に低いことが明らかになった（ $p < .001$ ）。社会参加（互酬性の規範）についても、60 歳以上が高く、60 歳未満の方が有意に低いことが明らかになった（ $p < .001$ ）。また、総合指標についても同様の結果であった。

この結果から、総合的なソーシャルキャピタルを含め全ての項目で、60 歳以上の人のソーシャルキャピタルが高いことが明らかになり、60 歳未満の人への地域活動への参加と効果的な介入方法が課題であることが明らかになった。

表 9-35 年齢とソーシャルキャピタルの平均の差の検定結果

項目名	カテゴリ	n	平均	平均値の差	標準偏差	統計量	自由度	P 値	有意差
付き合い交流指数 (ネットワーク)	60 歳未満	334	-0.2173	-0.3426	0.5744	7.9494	780	0.0000	[***]
	60 歳以上	507	0.1253		0.6639				
信頼指数	60 歳未満	329	-0.1102	-0.1953	0.9092	2.947	728	0.0033	[***]
	60 歳以上	489	0.0851		0.9589				
社会参加指数 (互酬性の規範)	60 歳未満	334	-0.1026	-0.2318	0.6314	4.4713	815	0.0000	[***]
	60 歳以上	488	0.1292		0.8541				
総合指数	60 歳未満	335	-0.1426	-0.2505	0.4858	6.6891	803	0.0000	[***]
	60 歳以上	507	0.1079		0.5950				

(*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$)

8) 職業とソーシャルキャピタル指標

算出した各ソーシャルキャピタル指数と職業群による分散の違いを比較した。比較には、ソーシャルキャピタル指数と9水準の職業効果を明らかにするために分散分析を用いた。

付き合い・交流指数と9群の分散の分散分析を行った結果、群の効果は統計的に有意であった ($F=5.26$ $df=8/836$, $p<.01$)。その結果を表9-36に示した。0.5%水準で多重比較 (Tukey の HSD 法) を行った結果、表9-37の通りであった。

信頼指数と9群の分散の分散分析を行った結果、群の効果は統計的に有意であった ($F=2.08$ $df=8/815$, $p<.05$)。その結果を表9-38に示した。0.5%水準で多重比較 (Tukey の HSD 法) を行った結果、表9-39の通りであった。

社会参加 (互酬性の規範) 9群の分散の分散分析を行った結果、群の効果は統計的に有意であった ($F=2.83$ $df=8/819$, $p<.01$)。その結果を表9-40に示した。0.5%水準で多重比較 (Tukey の HSD 法) を行った結果、表9-41の通りであった。

ソーシャルキャピタル総合指数と9群の分散の分散分析を行った結果、群の効果は統計的に有意であった ($F=3.59$ $df=8/837$, $p<.01$)。その結果を表9-42に示した。0.5%水準で多重比較 (Tukey の HSD 法) を行った結果、表9-43の通りであった。

この結果から、ソーシャルキャピタル指数は職業の違いによる効果があることが明らかになった。具体的には、無職や専業主婦・夫、自営業や手伝いの人たちは、全体的なソーシャルキャピタルが高い傾向がある。これは、地域に居住する時間や平日や昼間の交流する時間的余裕があることが影響していることが考えられる。すなわち、ソーシャルキャピタルを醸成するポイントとしてこうした属性の人たちを巻き込み活用することが効果的な方法であることが示唆された。

表 9-36 職業と付き合い交流 (ネットワーク) 指数の分散

	N	Mean	S. D.
自営業またはその手伝い	47	-0.0408	0.5591
民間企業・団体の経営者、役員	39	-0.0541	0.5506
民間企業・団体の勤め人	130	-0.1746	0.5391
公務員、教員 (私立含)	35	-0.0729	0.6178
臨時・パート職員	87	-0.1972	0.5909
学生	7	-0.0258	0.6516
無職	291	0.0206	0.7147
専業主婦・夫	177	0.2101	0.6159
その他	32	-0.2232	0.6447

表 9-37 多重比較 (Tukey の HSD 法) の結果

民間企業・団体の勤め人	<	専業主婦・夫
臨時・パート職員	<	専業主婦・夫
無職	<	専業主婦・夫
専業主婦・夫	>	その他

表 9-38 職業と信頼指数の分散

	N	Mean	S. D.
自営業またはその手伝い	45	0.2049	0.8602
民間企業・団体の経営者、役員	39	0.1089	0.9699
民間企業・団体の勤め人	129	0.0253	0.882
公務員、教員（私立含）	36	0.2127	0.8478
臨時・パート職員	86	-0.3085	1.0069
学生	7	-0.0929	0.7386
無職	278	0.0573	0.9545
専業主婦・夫	172	-0.0806	0.9004
その他	32	-0.0972	1.0797

表 9-39 多重比較（Tukey の HSD 法）の結果

臨時・パート職員	<	無職
----------	---	----

表 9-40 職業と社会参加（互酬性の規範）指数の分散

	N	Mean	S. D.
自営業またはその手伝い	46	0.1164	0.8733
民間企業・団体の経営者、役員	39	-0.0447	0.8336
民間企業・団体の勤め人	130	-0.15	0.6455
公務員、教員（私立含）	36	0.0651	0.62
臨時・パート職員	86	-0.1475	0.6485
学生	7	-0.4869	0.1231
無職	281	0.0977	0.8306
専業主婦・夫	174	0.1358	0.7366
その他	29	0.1837	0.959

表 9-41 多重比較（Tukey の HSD 法）の結果

民間企業・団体の勤め人	<	専業主婦・夫
-------------	---	--------

表 9-42 ソーシャルキャピタル総合指数と社会参加（互酬性の規範）指数の分散

	N	Mean	S. D.
自営業またはその手伝い	47	0.0942	0.5338
民間企業・団体の経営者、役員	39	0.0033	0.5351
民間企業・団体の勤め人	130	-0.1017	0.4758
公務員、教員（私立含）	36	0.0788	0.5307
臨時・パート職員	87	-0.2193	0.5166
学生	7	-0.2019	0.329
無職	291	0.0521	0.6251
専業主婦・夫	177	0.0943	0.5081
その他	32	-0.0566	0.622

表 9-43 多重比較（Tukey の HSD 法）の結果

自営業またはその手伝い	>	臨時・パート職員
臨時・パート職員	<	無職
臨時・パート職員	<	専業主婦・夫

9) 世帯構成とソーシャルキャピタル指標

算出した各ソーシャルキャピタル指数と世帯構成群による分散の違いを比較した。比較には、ソーシャルキャピタル指数と 10 水準の世帯構成群との効果を明らかにするために分散分析を用いた。

付き合い・交流指数と 10 群の分散の分散分析を行った結果、群の効果は統計的に有意であった ($F=2,99$ $df=9/805$, $p<.01$)。その結果を表 9 - 44 に示した。0.5%水準で多重比較 (Tukey の HSD 法) を行った結果、表 9-45 の通りであった。

信頼指数と 10 群の分散の分散分析を行った結果、群の効果は統計的に有意ではなかった ($F=3,81$ $df=9/786$, $p<.01$)。その結果を表 9 - 46 に示した。0.5%水準で多重比較 (Tukey の HSD 法) を行った結果、表 9-47 の通りであった。

社会参加 (互酬性の規範) 10 群の分散の分散分析を行った結果、群の効果は統計的に有意であった ($F=1,08$ $df=9/792$, n. s.)。その結果を表 9 - 48 に示した。

ソーシャルキャピタル総合指数と 10 群の分散の分散分析を行った結果、群の効果は統計的に有意であった ($F=4,10$ $df=9/806$, $p<.01$)。その結果を表 9 - 49 に示した。0.5%水準で多重比較 (Tukey の HSD 法) を行った結果、表 9-50 の通りであった。

この結果から、ソーシャルキャピタル指数は世帯構成の違いによる効果があることが明らかになった。具体的には、65 歳以上の高齢者が世帯内にいて、ひとり暮らしではない世帯は、ソーシャルキャピタル指数が高いことが明らかになった。一方で、ソーシャルキャピタルの低い世帯は、ひとり暮らし世帯と、65 歳以上の高齢者がいない世帯はソーシャルキャピタルを醸成する機会が少なく、指数も低い。このことから、交流機会や役割は、ひとり暮らしである人や、若年、壮年期世代の人たちへの働きかけが重要で、こうした世帯のソーシャルキャピタルを高めていくことがその地域全体のソーシャルキャピタルを高めることにつながることが示唆された。

表 9-44 世帯構成と付き合い交流 (ネットワーク) 指数の分散

	N	Mean	S. D.
ひとり暮らし	132	-0.056	0.7894
一世代皆 65 歳以下	100	-0.1888	0.5848
一世代 65 歳以上の方がいる	37	-0.0239	0.6447
一世代 65 歳以上の方だけ	161	0.139	0.619
二世代皆 65 歳以下	128	-0.0709	0.5554
二世代 65 歳以上の方がいる	143	-0.0055	0.5672
二世代 65 歳以上の方だけ	9	-0.1116	0.4382
三世代皆 65 歳以下	10	-0.3494	0.5412
三世代 65 歳以上の方がいる	67	0.1296	0.6409
その他	28	-0.1722	0.6248

表 9-45 多重比較（Tukey の HSD 法）の結果

一世代皆 65 歳以下	<	一世代 65 歳以上の方だけ
一世代皆 65 歳以下	<	三世代 65 歳以上の方がいる

表 9-46 世帯構成と信頼指数の分散

	N	Mean	S. D.
ひとり暮らし	126	-0.035	0.9943
一世代皆 65 歳以下	99	-0.301	0.8863
一世代 65 歳以上の方がいる	37	-0.1029	0.7467
一世代 65 歳以上の方だけ	156	0.1839	0.9262
二世帯皆 65 歳以下	127	-0.0973	0.8788
二世帯 65 歳以上の方がいる	139	0.1249	0.9158
二世帯 65 歳以上の方だけ	9	-0.1254	0.9955
三世代皆 65 歳以下	10	-0.3877	0.9014
三世代 65 歳以上の方がいる	65	0.3582	0.8707
その他	28	-0.2041	1.0706

表 9-47 多重比較（Tukey の HSD 法）の結果

一世代皆 65 歳以下	<	一世代 65 歳以上の方だけ
一世代皆 65 歳以下	<	三世代 65 歳以上の方がいる
二世帯皆 65 歳以下	<	三世代 65 歳以上の方がいる

表 9-48 世帯構成と社会参加（互酬性の規範）の分散

	N	Mean	S. D.
ひとり暮らし	125	0.1207	0.8352
一世代皆 65 歳以下	100	-0.0911	0.6642
一世代 65 歳以上の方がいる	37	0.0025	0.7659
一世代 65 歳以上の方だけ	159	0.0874	0.8129
二世帯皆 65 歳以下	128	0.0122	0.6825
二世帯 65 歳以上の方がいる	141	0.0258	0.7881
二世帯 65 歳以上の方だけ	9	-0.459	0.2211
三世代皆 65 歳以下	10	-0.0188	0.6749
三世代 65 歳以上の方がいる	65	0.1258	0.7556
その他	28	0.0616	1.0206

表 9-49 世帯構成とソーシャルキャピタル総合指数の分散

	N	Mean	S. D.
ひとり暮らし	133	0.004	0.6284
一世代皆 65 歳以下	100	-0.1899	0.4985
一世代 65 歳以上の方がいる	37	-0.0414	0.4625
一世代 65 歳以上の方だけ	161	0.1301	0.6015
二世帯皆 65 歳以下	128	-0.0505	0.4874
二世帯 65 歳以上の方がいる	143	0.0427	0.5275
二世帯 65 歳以上の方だけ	9	-0.232	0.3715
三世帯皆 65 歳以下	10	-0.2519	0.1618
三世帯 65 歳以上の方がいる	67	0.2081	0.5727
その他	28	-0.1049	0.5597

表 9-50 多重比較 (Tukey の HSD 法) の結果

一世代皆 65 歳以下	<	一世代 65 歳以上の方だけ
一世代皆 65 歳以下	<	二世帯 65 歳以上の方がいる
一世代皆 65 歳以下	<	三世帯 65 歳以上の方がいる

10) 居住年数とソーシャルキャピタル

算出した各ソーシャルキャピタル指数と居住年数の違いを比較した。比較には、ソーシャルキャピタル指数を居住年数の平均値の差の検定を対応のない t 検定で行った。居住年数の群分けは、居住年数の中央値から 2 分し 26.3 年未満と 26.3 年以上の 2 群に分類し比較した。

その結果を表 9 - 51 に示した。

結果、付き合い・交流（ネットワーク）指数については、26.3 年以上が高く、26.3 年未満の方が有意に低いことが明らかになった（ $p < .001$ ）。信頼についても、26.3 年未満の方が有意に低いことが明らかになった（ $p < .01$ ）。社会参加（互酬性の規範）についても、26.3 年未満の方が有意に低いことが明らかになった（ $p < .05$ ）。また、総合指標についても同様の結果であった（ $p < .001$ ）。

これらの結果から、居住年数が浅いほどソーシャルキャピタルは低く、長く住んでいる人たちがソーシャルキャピタルの全ての指数について高いことから、新たにこの地区に居住し始めた人を取り込み、その人たちとの交流や地域づくりへの参画、協働機会を設けていくことが必要である。

表 9-51 居住年数とソーシャルキャピタルの平均の差の検定結果

項目名	カテゴリ	n	平均	平均値 の差	標準偏 差	統計量	自由度	P 値	有意差
付き合い交流 指数	平均(26.3 年)未満	368	-0.1591	-0.2753	0.6044	6.2369	831	0.0000	[***]
	平均(26.3 年)以上	486	0.1162		0.6815				
信頼指 数	平均(26.3 年)未満	363	-0.1016	-0.1880	0.9469	2.8658	774	0.0043	[**]
	平均(26.3 年)以上	476	0.0865		0.9347				
社会参 加指数	平均(26.3 年)未満	355	-0.0241	-0.1160	0.7282	2.1390	802	0.0327	[*]
	平均(26.3 年)以上	468	0.0919		0.8224				
総合指 数	平均(26.3 年)未満	370	-0.0907	-0.1862	0.5151	4.8701	843	0.0000	[***]
	平均(26.3 年)以上	487	0.0955		0.6022				

(*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$)

1 1) 行政実施事業参加とソーシャルキャピタル

本調査は、仙台市宮城野区まちづくり推進課との共同事業で実施した。これまで、いくつかの地域住民向けの事業が実施されているが、その参加者の傾向と、住民の行政発信の事業の認知度とソーシャルキャピタル指数の関連を明らかにすることを目的として、それぞれの事業とソーシャルキャピタル指数の効果を分析した。

①ノルディックウォーキング

算出した各ソーシャルキャピタル指数とノルディックウォーキング事業の参加状況及び認知の違いによる分散の違いを比較した。比較には、ソーシャルキャピタル指数と3水準の参加状況の効果を明らかにするために分散分析を用いた。

付き合い・交流指数と3群の分散の分散分析を行った結果、群の効果は統計的に有意であった ($F=20.35$ $df=2/804$, $p<.01$)。その結果を表9-52に示した。0.5%水準で多重比較 (Tukey の HSD 法) を行った結果、表9-53の通りであった。

信頼指数と3群の分散の分散分析を行った結果、群の効果は統計的に有意ではなかった ($F=1.92$ $df=2/787$, $n.s.$)。その結果を表9-54に示した。

社会参加 (互酬性の規範) 3群の分散の分散分析を行った結果、群の効果は統計的に有意であった ($F=10.087$ $df=2/780$, $p<.01$.)。その結果を表9-55に示した。0.5%水準で多重比較 (Tukey の HSD 法) を行った結果、表9-56の通りであった。

ソーシャルキャピタル総合指数と3群の分散の分散分析を行った結果、群の効果は統計的に有意であった ($F=14.73$ $df=2/807$, $p<.01$)。その結果を表9-57に示した。0.5%水準で多重比較 (Tukey の HSD 法) を行った結果、表9-58の通りであった。

この結果から、ソーシャルキャピタル指数はノルディックウォーキング事業の参加状況及び認知による効果があることが明らかになった。事業に参加した群 (参加群) は最もソーシャルキャピタル指数が高いものの、知っていたが参加していない群 (認知不参加群)、との差は少なく、開催を知らずに参加していない群 (不認知不参加群) と認知不参加群が有意に違いがあることが明らかになった。このことから、開催の情報を知っているか知らないかは、ソーシャルキャピタルに大きな影響を及ぼし、広報を見ない人たちは、交流や団体に参加していおらず、地域の力を高めていく機会に恵まれていない。参加するか否かよりも、情報を知っていることが大切であることが明らかになった。

表 9-53 ノルディックウォーキング事業の参加状況及び認知と付き合い交流 (ネットワーク) 指数の分散

	N	Mean	S. D.
開催を知らなかったので参加していない	542	-0.1	0.6379
開催は知っていたが参加していない	253	0.2079	0.6215
参加した	12	0.0874	0.7594

表 9-54 多重比較 (Tukey の HSD 法) の結果

開催を知らなかったので参加していない	<	開催は知っていたが参加していない
--------------------	---	------------------

表 9-55 ノルディックウォーキング事業の参加状況及び認知と信頼指数の分散

	N	Mean	S. D.
開催を知らなかったので参加していない	533	-0.0255	0.9414
開催は知っていたが参加していない	246	0.1058	0.9065
参加した	11	0.2145	0.9364

表 9-56 ノルディックウォーキング事業の参加状況及び認知と社会参加 (互酬性の規範) 指数の分散

	N	Mean	S. D.
開催を知らなかったので参加していない	528	-0.055	0.7053
開催は知っていたが参加していない	245	0.1899	0.8206
参加した	10	0.4937	1.0632

表 9-57 多重比較 (Tukey の HSD 法) の結果

開催を知らなかったので参加していない	<	開催は知っていたが参加していない
開催を知らなかったので参加していない	<	参加した

表 9-58 ノルディックウォーキング事業の参加状況及び認知とソーシャルキャピタル総合指数の分散

	N	Mean	S. D.
開催を知らなかったので参加していない	545	-0.0557	0.5368
開催は知っていたが参加していない	253	0.1675	0.5646
参加した	12	0.1912	0.8219

表 9-59 多重比較 (Tukey の HSD 法) の結果

開催を知らなかったので参加していない	<	開催は知っていたが参加していない
--------------------	---	------------------

②脳の健康講演会

算出した各ソーシャルキャピタル指数と脳の健康講演会の参加状況及び認知の違いによる分散の違いを比較した。比較には、ソーシャルキャピタル指数と 3 水準の参加状況の効果を明らかにするために分散分析を用いた。

付き合い・交流指数と 3 群の分散の分散分析を行った結果、群の効果は統計的に有意であった ($F=44.28$, $df=2/805$, $p<.01$)。その結果を表 9-59 に示した。0.5%水準で多重比較 (Tukey の HSD 法) を行った結果、表 9-60 の通りであった。

信頼指数と 3 群の分散の分散分析を行った結果、群の効果は統計的に有意ではなかった ($F=3.25$, $df=2/788$, $n.s$)。その結果を表 9-61 に示した。

社会参加 (互酬性の規範) 3 群の分散の分散分析を行った結果、群の効果は統計的に

有意であった（ $F=26, 99df=2/788, p<.01.$ ）。その結果を表 9 - 62 に示した。0.5%水準で多重比較（Tukey の HSD 法）を行った結果、表 9-63 の通りであった。

ソーシャルキャピタル総合指数と 3 群の分散の分散分析を行った結果、群の効果は統計的に有意であった（ $F=33, 11 df=2/808, p<.01.$ ）。その結果を表 9 - 64 に示した。0.5%水準で多重比較（Tukey の HSD 法）を行った結果、表 9-65 の通りであった。

この結果から、ソーシャルキャピタル指数は脳の健康講演会の参加状況及び認知による効果があることが明らかになった。事業に参加した群（参加群）は他の群と比較して有意にソーシャルキャピタル指数が高く、次に知っていたが参加していない群（認知不参加群）が有意に高い。最もソーシャルキャピタル指数が低いのは、知らなかったのに参加していない（不認知不参加群）であった。この結果は、信頼指数以外は、各指数ともに有意であった。脳の健康教室は、直接的に認知症や健康との関連が多く、また対象が高齢者である。今回の結果では、参加した人はもともとソーシャルキャピタルが高かったのか、もしくは参加により高くなったのかの因果関係は不明であるが、いずれにしても参加しなかった人たちは、閉じこもりがちもしくは独り暮らしであり、その傾向は開催後も変わっていないことが明らかになっていることから、不認知不参加者群、認知不参加者群へのアプローチは重要な課題である。

表 9-60 脳の健康講演会の参加状況及び認知と付き合い交流（ネットワーク）指数の分散

	N	Mean	S. D.
開催を知らなかったのに参加していない	510	-0.137	0.6014
開催は知っていたが参加していない	264	0.188	0.6609
参加した	34	0.6858	0.6714

表 9-61 多重比較（Tukey の HSD 法）の結果

開催を知らなかったのに参加していない	<	開催は知っていたが参加していない
開催を知らなかったのに参加していない	<	参加した
開催は知っていたが参加していない	<	参加した

表 9-62 脳の健康講演会の参加状況及び認知と信頼指数の分散

	N	Mean	S. D.
開催を知らなかったのに参加していない	501	-0.037	0.9343
開催は知っていたが参加していない	257	0.1026	0.907
参加した	33	0.2801	0.9661

表 9-63 脳の健康講演会の参加状況及び認知と社会参加（互酬性の規範）指数の分散

	N	Mean	S. D.
開催を知らなかったので参加していない	495	-0.04	0.7402
開催は知っていたが参加していない	258	0.0736	0.734
参加した	31	0.9612	0.8114

表 9-64 多重比較（Tukey の HSD 法）の結果

開催を知らなかったので参加していない	<	開催は知っていたが参加していない
開催を知らなかったので参加していない	<	参加した
開催は知っていたが参加していない	<	参加した

表 9-65 脳の健康講演会の参加状況及び認知とソーシャルキャピタル総合指数の分散

	N	Mean	S. D.
開催を知らなかったので参加していない	512	-0.0679	0.5297
開催は知っていたが参加していない	265	0.1257	0.5545
参加した	34	0.6033	0.6623

表 9-66 多重比較（Tukey の HSD 法）の結果

開催を知らなかったので参加していない	<	開催は知っていたが参加していない
開催を知らなかったので参加していない	<	参加した
開催は知っていたが参加していない	<	参加した

③健康づくりフェスティバル

算出した各ソーシャルキャピタル指数と健康づくりフェスティバル参加状況及び認知の違いによる分散の違いを比較した。比較には、ソーシャルキャピタル指数と3水準の参加状況の効果を明らかにするために分散分析を用いた。

付き合い・交流指数と3群の分散の分散分析を行った結果、群の効果は統計的に有意であった ($F=40.74$, $df=2/800$, $p<.01$)。その結果を表9-66に示した。0.5%水準で多重比較 (Tukey の HSD 法) を行った結果、表9-67の通りであった。

信頼指数と3群の分散の分散分析を行った結果、群の効果は統計的に有意ではなかった ($F=4.73$, $df=2/788$, $p<.05$)。その結果を表9-68に示した。0.5%水準で多重比較 (Tukey の HSD 法) を行った結果、表9-69の通りであった。

社会参加 (互酬性の規範) 3群の分散の分散分析を行った結果、群の効果は統計的に有意であった ($F=44.80$, $df=2/776$, $p<.01$)。その結果を表9-70に示した。0.5%水準で多重比較 (Tukey の HSD 法) を行った結果、表9-71の通りであった。

ソーシャルキャピタル総合指数と3群の分散の分散分析を行った結果、群の効果は統計的に有意であった ($F=39.93$, $df=2/803$, $p<.01$)。その結果を表9-72に示した。0.5%水準で多重比較 (Tukey の HSD 法) を行った結果、表9-73の通りであった。

この結果から、ソーシャルキャピタル指数は健康づくりフェスティバルの参加状況及び認知による効果があることが明らかになった。事業に参加した群 (参加群) は他の群と比較して有意にソーシャルキャピタル指数が高く、次に知っていたが参加していない群 (認知不参加群) が有意に高い。最もソーシャルキャピタル指数が低いのは、知らなかったので参加していない (不認知不参加群) であった。この結果は、信頼指数以外は、各指数ともに有意であった。健康づくりフェスティバルは、直接的に認知症や健康との関連が多く、また対象が高齢者である。この結果は、参加した人はもともとソーシャルキャピタルが高かったのか、もしくは参加により高くなったのかの因果関係は不明であるが、いずれにしても参加しなかった人たちは、閉じこもりがちもしくは独り暮らしであり、その傾向は開催後も変わっていないことが明らかになっていることから、不認知不参加者群、認知不参加者群へのアプローチは重要な課題である。

また、この結果は脳健康講演会参加と同様の結果であり、このようなイベント的な事業への参加傾向が示される。事業内容にかかわらず、集合型イベントに不参加傾向もしくは、開始すら知らない群の把握は急務であろう。

表 9-66 健康づくりフェスティバルの参加状況及び認知と付き合い・交流 (ネットワーク) 指数の分散

	N	Mean	S. D.
開催を知らなかったので参加していない	513	-0.129	0.5997
開催は知っていたが参加していない	255	0.165	0.673
参加した	35	0.687	0.6369

表 9-67 多重比較 (Tukey の HSD 法) の結果

開催を知らなかったので参加していない	<	開催は知っていたが参加していない
開催を知らなかったので参加していない	<	参加した
開催は知っていたが参加していない	<	参加した

表 9-68 健康づくりフェスティバルの参加状況及び認知と信頼指数の分散

	N	Mean	S. D.
開催を知らなかったので参加していない	502	-0.058	0.9479
開催は知っていたが参加していない	250	0.1439	0.8931
参加した	35	0.2133	0.9262

表 9-69 多重比較 (Tukey の HSD 法) の結果

開催を知らなかったので参加していない	<	開催は知っていたが参加していない
--------------------	---	------------------

表 9-70 健康づくりフェスティバルの参加状況及び認知と社会参加 (互酬性の規範) 指数の分散

	N	Mean	S. D.
開催を知らなかったので参加していない	499	-0.0659	0.7106
開催は知っていたが参加していない	248	0.1018	0.7564
参加した	32	1.175	0.7874

表 9-71 多重比較 (Tukey の HSD 法) の結果

開催を知らなかったので参加していない	<	開催は知っていたが参加していない
開催を知らなかったので参加していない	<	参加した
開催は知っていたが参加していない	<	参加した

表 9-72 健康づくりフェスティバルの参加状況及び認知とソーシャルキャピタル総合指数の分散

	N	Mean	S. D.
開催を知らなかったので参加していない	514	-0.0822	0.5192
開催は知っていたが参加していない	257	0.1438	0.5681
参加した	35	0.6515	0.5987

表 9-73 多重比較 (Tukey の HSD 法) の結果

開催を知らなかったので参加していない	<	開催は知っていたが参加していない
開催を知らなかったので参加していない	<	参加した
開催は知っていたが参加していない	<	参加した

5. まとめ

本章では、先行研究の結果をもとに、独自のソーシャルキャピタル指標を作成したうえで、指数化した。そして、地域の属性との特徴と、地域ですでに行われている事業参加と認知度からソーシャルキャピタルの本章の結果を以下に示す。

1) ソーシャルキャピタル指標の内閣府との比較

①付き合い・交流（ネットワーク）指標

内閣府調査と鶴ヶ谷地区を比較し内閣府の方が付き合い・交流の頻度が多い傾向であった。

②社会参加（互酬性の規範）指標

内閣府調査での比較では「地縁的活動」は内閣府の方が頻度が多く、「ボランティア活動」は鶴ヶ谷地区の方が頻度が多い。「その他の団体活動」は内閣府の方が活動頻度が多い傾向が示された。

③社会参加（互酬性の規範）指標

内閣府調査での比較では「地縁的活動」は内閣府の方が頻度が多く、「ボランティア活動」は鶴ヶ谷地区の方が頻度が多い。「その他の団体活動」は内閣府の方が活動頻度が多い傾向が示された。

2) ソーシャルキャピタル指数の算出

内閣府調査を参考に、鶴ヶ谷地区の指数を算出した結果以下の指数を算出した。この指数をもとに今後検討を進める。

つきあい・交流（ネットワーク）	信頼	社会参加（互酬性の規範）
-0.00642	0.00275	0.03899
総合指数		
0.01203		

3) 鶴ヶ谷地区のソーシャルキャピタル

①性別とソーシャルキャピタル指数

総合的なソーシャルキャピタルとして性差は明らかにならなかったものの、ネットワークでは女性が関係を作りやすく、他者や地域を信頼するのは男性であることが明らかになった。

②年齢とソーシャルキャピタル指数

総合的なソーシャルキャピタルを含め全ての項目で、60 歳以上の人のソーシャルキャピタルが高いことが明らかになり、60 歳未満の人への地域活動への参加と効果的な介入方法が課題であることが明らかになった。

③職業とソーシャルキャピタル指標

ソーシャルキャピタル指数は職業の違いによる効果があることが明らかになった。具体的には、無職や専業主婦・夫、自営業や手伝いの人たちは、全体的なソーシャルキャピタルが高い傾向がある。これは、地域に居住する時間や平日や昼間の交流する時間的余裕があることが影響していることが考えられる。すなわち、ソーシャルキャピタルを醸成するポイントとしてこうした属性の人たちを巻き込み活用することが効果的な方法であることが示唆された。

④世帯構成とソーシャルキャピタル指標

ソーシャルキャピタル指数は世帯構成の違いによる効果があることが明らかになった。具体的には、65 歳以上の高齢者が世帯内にいて、ひとり暮らしではない世帯はソーシャルキャピタル指数が高いことが明らかになった。一方で、ソーシャルキャピタルの低い世帯はひとり暮らし世帯と、65 歳以上の高齢者がいない世帯はソーシャルキャピタルを醸成する機会が少なく、指数も低い。このことから交流機会や役割は、ひとり暮らしである人や若年、壮年期世代の人たちへの働きかけが重要で、こうした世帯のソーシャルキャピタルを高めていくことがその地域全体のソーシャルキャピタルを高めることにつながることを示唆された。

⑤居住年数とソーシャルキャピタル

居住年数が浅いほどソーシャルキャピタルは低く、長く住んでいる人たちほどソーシャルキャピタルの全ての指数について高いことから、新たにこの地区に居住し始めた人を取り込み、その人たちとの交流や地域づくりへの参画、協働機会を設けていくことが必要である。

⑥行政実施事業参加とソーシャルキャピタル

(i) ノルディックウォーキング

ソーシャルキャピタル指数はノルディックウォーキング事業の参加状況及び認知による効果があることが明らかになった。事業に参加した群（参加群）は最もソーシャルキャピタル指数が高いものの、知っていたが参加していない群（認知不参加群）、との差は少なく、開催を知らずに参加していない群（不認知不参加群）と認知不参加群が有意に違いがあることが明らかになった。このことから、開催の情報を知っているか知らないかは、ソーシャルキャピタルに大きな影響を及ぼし、広報を見ない人たちは交流や団体に参加しておらず、地域の力を高めていく機会に恵まれていない。参加するか否かよりも、情報を知っていることが大切であることが明らかになった。

(ii) 脳の健康講演会

ソーシャルキャピタル指数は脳の健康講演会の参加状況及び認知による効果があるこ

とが明らかになった。事業に参加した群（参加群）は他の群と比較して有意にソーシャルキャピタル指数が高く、次に知っていたが参加していない群（認知不参加群）が有意に高い、最もソーシャルキャピタル指数が低いのは、知らなかったので参加していない（不認知不参加群）であった。この結果は、信頼指数以外は、各指数ともに有意であった。脳の健康教室は、直接的に認知症や健康との関連が多く、また対象が高齢者である。今回の結果では、参加した人はもともとソーシャルキャピタルが高かったのか、もしくは参加により高くなったのかの因果関係は不明であるが、いずれにしても参加しなかった人たちは、閉じこもりがちもしくは独り暮らしであり、その傾向は開催後も変わっていないことが明らかになっていることから、不認知不参加者群、認知不参加者群へのアプローチは重要な課題である。

（iii）健康づくりフェスティバル

ソーシャルキャピタル指数は健康づくりフェスティバルの参加状況及び認知による効果があることが明らかになった。事業に参加した群（参加群）は他の群と比較して有意にソーシャルキャピタル指数が高く、次に知っていたが参加していない群（認知不参加群）が有意に高い、最もソーシャルキャピタル指数が低いのは、知らなかったので参加していない（不認知不参加群）であった。この結果は、信頼指数以外は、各指数ともに有意であった。健康づくりフェスティバルは、直接的に認知症や健康との関連が多く、また対象が高齢者である。この結果は、参加した人はもともとソーシャルキャピタルが高かったのか、もしくは参加により高くなったのかの因果関係は不明であるが、いずれにしても参加しなかった人たちは、閉じこもり勝ちもしくは独り暮らしであり、その傾向は開催後の変わっていないことが明らかになっていることから、不認知不参加者群、認知不参加者群へのアプローチは重要な課題である。

また、この結果は脳健康講演会参加と同様の結果であり、このようなイベント的な事業への参加傾向が示される。事業内容にかかわらず、集合型イベントに不参加傾向もしくは、開始すら知らない群の把握は急務であろう。

■■資料■■

・調査票

地域包括支援センター対象調査:地域連携体制づくりに関する調査

鶴ヶ谷地区対象調査:まちづくりと健康意識等に関する住民調査

・鶴ヶ谷調査 単純集計結果

鶴ヶ谷地区 まちづくりと健康意識等に関する住民アンケート

このアンケートの前半は認知症介護研究・研修仙台センターが実施する「第1部 まちづくりと健康意識に関する住民アンケート」、後半が宮城野区で実施する「第2部 鶴ヶ谷地区健康まちづくり事業に関する住民アンケート」となっております。

—ご記入に当たってのお願い—

1. ご記入は、ご本人（宛名の方）がご記入ください。
2. ご記入が終わりましたら、記入内容をお確かめのうえ、お手数ではございますが、同封の返信用封筒にて **平成23年2月25日（金）**までにポストへご投函下さいますようお願いいたします。

今回お答えいただいた内容は、「認知症介護研究・研修仙台センター」で責任を持って管理し、この調査の目的以外に使用することは一切ございません。ご不明な点は下記までご連絡下さい。なお、このアンケートは平成22年12月1日現在の住民基本台帳を基に送付しております。

〈お問い合わせ先〉

第1部「まちづくりと健康意識に関する住民アンケート」

認知症介護研究・研修仙台センター（担当：矢吹、工藤）
仙台市青葉区国見ヶ丘六丁目149-1
電話：022-303-7550

第2部「鶴ヶ谷地区健康まちづくり事業に関する住民アンケート」

仙台市宮城野区役所 まちづくり推進課（担当：石垣、後藤）
仙台市宮城野区五輪二丁目12-35
電話：022-291-2111（内線）6131、6133

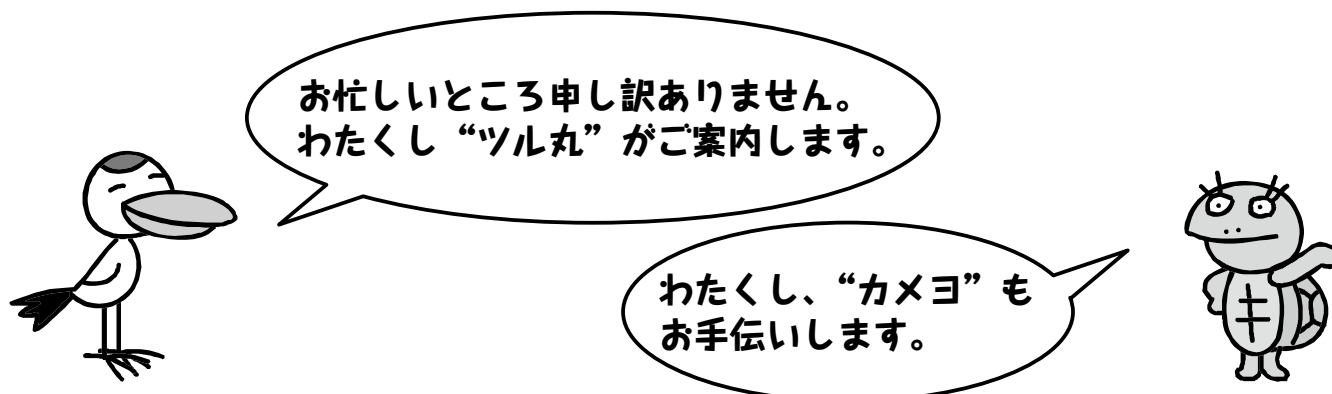
*いずれもご連絡は平日9：00～17：00までをお願いします。

第1部 まちづくりと健康意識に関する住民アンケート

〈認知症介護研究・研修仙台センター〉実施

まず、あなた自身のことについてうかがいます。当てはまる番号を○で囲むか、直接数字を記入してください。

①性別（1つに○）	②年齢（H22.12.1 現在）	③結婚（1つに○）
1. 男性 2. 女性	歳	1. 結婚している（配偶者がいる） 2. 配偶者と死別・離婚している 3. 独身
④職業について（1つに○）		
1. 自営業またはその手伝い 2. 民間企業・団体の経営者、役員 3. 民間企業・団体の勤め人 4. 公務員、教員（私立含） 5. 臨時・パート職員 6. 学生 7. 無職 8. 専業主婦・夫 9. その他（ ）		
⑤住まいの形態（1つに○）		
1. 持ち家（一戸建て） 2. 持ち家（マンション、集合住宅） 3. 民間の借家（一戸建て、マンション、アパート） 4. 給与住宅（社宅・官舎） 5. 公営の借家（公団、公社、県営、市営） 6. 借間・下宿 7. 住み込み、寄宿舍 8. その他（ ）		
⑥同居人数（自分も含め）	⑦世帯の経済を主に支えている人	
人	1. あなた自身 2. あなた以外の家族 3. その他	
⑧あなたを含めあなたの世帯の構成について最もあてはまる番号1つを○で囲んでください。		
1. ひとり暮らし		
【一世代（夫婦のみ、兄弟のみ等）の方】		
2. 全員65歳未満 3. 65歳以上の方がいる 4. 65歳以上の方だけ		
【二世代（親世代と子世代）の方】		
5. 全員65歳未満 6. 65歳以上の方がいる 7. 65歳以上の方だけ		
【三世代（親世代、子世代、孫世代）の方】		
8. 全員65歳未満 9. 65歳以上の方がいる		
10. その他		
⑨65歳以上の高齢者が一緒に住んでいますか？ （自分も含め）	⑩介護が必要な方は一緒に住んでいますか？ （自分も含め）（1つに○をし種別を選択）	
1. はい 2. いいえ	1. はい（障害者・高齢者） 2. いいえ	
⑪小学校からの総教育年数を教えてください（例を参考に実数を記入してください）		
例 小学校（6年）⇒中学校（3年）⇒高校（3年）＝総教育年数 12年 総教育年数 （ ）年		



I あなた自身の健康状態等についてうかがいます。

問1 あなたはふだん自分で健康と感じていますか？当てはまる番号1つを○で囲んでください。

1. とても健康 2. まあ健康なほう 3. 普通 4. あまり健康ではない 5. 健康ではない

問2 これまで、自分が歳をとったなあと感じることはありますか？

1. ある→（その年齢 歳頃） 2. ない

問3 現在、病院にかかるような病気はありますか？

1. ある 2. ない

問4 あなたは健康のために何か活動や行動をしていますか？

その行動を例にしたがって、下記の枠の中に短い言葉で1つずつ記入してください。

例：禁煙、歩行習慣、食事制限



II 地域活動についてうかがいます。

問5 あなた自身の地域（鶴ヶ谷地区）の活動についてうかがいます。それぞれの項目について当てはまる番号1つを○で囲み、その具体的数と頻度をご記入ください。

項 目	当てはまる番号に○	参加団体数	頻度
①地縁的な活動に参加していますか？ 自治会、町内会、婦人会、青年団、子ども会など	1. 参加している 2. 参加したいができない 3. 参加していない	団体	
②スポーツ、趣味、娯楽活動に参加していますか？ スポーツ、健康体操、芸術文化、生涯学習など	1. 参加している 2. 参加したいができない 3. 参加していない	団体	
③ボランティア活動に参加していますか？ まちづくり、福祉活動、防災、防犯、環境整備・保護など	1. 参加している 2. 参加したいができない 3. 参加していない	団体	
④その他の団体 商工会、業種団体、宗教、政治活動など	1. 参加している 2. 参加したいができない 3. 参加していない	団体	

参加している方は、上記「頻度」の欄にあてはまる番号を記入してください



1. 年に数回 2. 月に1回 3. 月に2～3回 4. 週に1回 5. 週に2～3回 6. 週に4日以上

問6 あなたは、今後、地域（鶴ヶ谷地区）の活動にもっと参加していきたいとお考えですか。当てはまる番号1つを○で囲んでください。

1. もっと参加していきたい 2. あまり参加したくない 3. どちらとも言えない

Ⅲ 鶴ヶ谷地区についてうかがいます。

問7 鶴ヶ谷地区にお住まいの年数を教えてください。

	年
--	---

問8 あなたが鶴ヶ谷地区で好きなところ（場所や事柄など）、自慢できるところはどこですか。また、その理由をご記入ください。

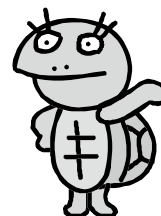
鶴ヶ谷地区の好きなところ、 自慢できるところ	そ の 理 由

問9 あなたは鶴ヶ谷地区の中で不安や要望がありますか？

その内容を例にしたがって、下記の枠の中に短い言葉で1つずつ記入してください。

例：地域の高齢化、買い物が遠い、夜の道が暗い

半分まで
来ました！
あと少しご協力
お願いします。



Ⅳ 「信頼」についてうかがいます。評価をするものではありませんので深く考えずに直感的にご回答ください。

問10 一般的に人は信頼できると思いますか。それとも注意するにこしたことはないと思いますか？
あなたの考え方に最も近いと思う数字を○で囲んでください。

ほとんどの人は 信頼できる		その中間		注意するにこした ことはない												
9	—	8	—	7	—	6	—	5	—	4	—	3	—	2	—	1

問11 あなたの生活する地域（鶴ヶ谷地区）の人たちは信頼できると思いますか。注意するにこしたことはないと思いますか？あなたの考え方に最も近いと思う数字を○で囲んでください。

ほとんどの人は 信頼できる		その中間		注意するにこした ことはない												
9	—	8	—	7	—	6	—	5	—	4	—	3	—	2	—	1

問12 「旅先」や「見知らぬ土地」で出会う人に対してはいかがでしょう。あなたの考え方に最も近いと思う数字を○で囲んでください。

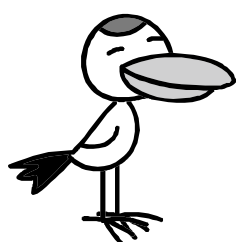
ほとんどの人は 信頼できる		その中間		注意するにこした ことはない												
9	—	8	—	7	—	6	—	5	—	4	—	3	—	2	—	1

問13 一般的に、人は他人のために役に立とうとするとしますか。あなたの考え方に最も近いと思う数字を○で囲んでください。

ほとんどの人は そうである		その中間		ほとんどの人は そうではない												
9	—	8	—	7	—	6	—	5	—	4	—	3	—	2	—	1

問14 あなたの地域（鶴ヶ谷地区）の人は、地域のために役に立とうとするとしますか？あなたの考え方に最も近いと思う数字を○で囲んでください。

ほとんどの人は そうである		その中間		ほとんどの人は そうではない												
9	—	8	—	7	—	6	—	5	—	4	—	3	—	2	—	1



このページの回答は、
今後の健康づくり等の
イベント企画に役立ちます。

V 日常的な付き合いについてうかがいます。

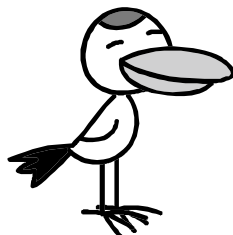
問15 あなたは、近所の方とどのようなお付き合いをされていますか？付き合っている人の数と程度について伺います。

①近所の方との付き合いの程度についてあてはまると思われる番号1つを○で囲んでください。

1. 互いに相談したり日用品の貸し借りをするなど、生活面で協力し合っている人もいる
2. 日常的に立ち話をする程度の付き合いはしている
3. あいさつ程度の最小限の付き合いしかない
4. つきあいは全くしていない

②付き合っている近所の人の数

約 人程度



このページの回答は、
地域の人の輪を広げていく
活動の企画に役立ちます。

問16 全般的な付き合いの頻度について伺います。それぞれの項目について最も当てはまると思われる番号1つを○で囲んでください。

項 目	当てはまる番号に○
①友人や知人との付き合い	1. 日常的にある（毎週から週に数回程度） 2. ある程度の頻度である（週に1回～月に数回程度） 3. ときどきある（月に1回～年に数回程度） 4. めったにない（年に1回～数年に1回程度） 5. 全くない（もしくははいない）
②親類・親せきとの付き合い	1. 日常的にある（毎週から週に数回程度） 2. ある程度の頻度である（週に1回～月に数回程度） 3. ときどきある（月に1回～年に数回程度） 4. めったにない（年に1回～数年に1回程度） 5. 全くない（もしくははいない）
③職場の同僚との付き合い	1. 日常的にある（毎週から週に数回程度） 2. ある程度の頻度である（週に1回～月に数回程度） 3. ときどきある（月に1回～年に数回程度） 4. めったにない（年に1回～数年に1回程度） 5. 全くない（もしくははいない）
④地域（鶴ヶ谷地区）の人との つきあい	1. 日常的にある（毎週から週に数回程度） 2. ある程度の頻度である（週に1回～月に数回程度） 3. ときどきある（月に1回～年に数回程度） 4. めったにない（年に1回～数年に1回程度） 5. 全くない

問17 今後もこの地域（鶴ヶ谷地区）に住み続けたいと思われませんか？

1. 住み続けたい
2. どちらでもいい
3. できれば地域外に引っ越したい

Ⅵ 各種福祉行政サービス等についてうかがいます。

問18 あなたの住む近隣の施設、事業所、機関等についてうかがいます。それぞれの項目について当てはまる番号1つを○で囲んでください。

①地域包括支援センター

1. 利用している、したことがある 2. 知っているが利用はない 3. 知らない

②社会福祉協議会

1. 利用している、したことがある 2. 知っているが利用はない 3. 知らない

③民生委員

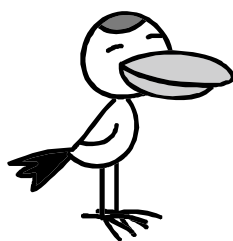
1. 利用している、したことがある 2. 知っているが利用はない 3. 知らない

④高齢者入所施設（特別養護老人ホーム、グループホーム等）

1. 利用している、したことがある 2. 知っているが利用はない 3. 知らない

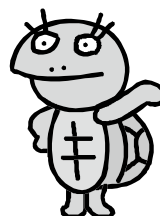
⑤高齢者通所施設（ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイ、訪問入浴、リハビリ等）

1. 利用している、したことがある 2. 知っているが利用はない 3. 知らない



このページの回答は、
鶴ヶ谷地区の今後の福祉
サービスに役立ちます。

次のページで
最後です。よろしく
お願いします。



第2部 鶴ヶ谷地区健康まちづくり事業に関する住民アンケート

＜宮城野区まちづくり推進課＞実施

高齢化率の高い鶴ヶ谷地区において、従来から実施されてきた高齢者対策事業の蓄積を踏まえ、「高齢になっても元気で安心して暮らせる魅力あるまち」をつくるため、地域のみなさんと行政との協働による鶴ヶ谷地区健康まちづくり事業を推進しております。

初年度である昨年度は、「ノルディックウォーキング講座」、「脳の健康づくり講演会」の開催や住民アンケート結果をもとに、『鶴ヶ谷地区健康まちづくり基本構想』を策定しました。今年度は、町内会をはじめとする地域団体等で構成する『鶴ヶ谷地区健康まちづくり推進連絡会』が中心となり、「健康づくりフェスティバル」を開催しています。

I 地域情報の入手先についてうかがいます。

問1 あなたは、催事など地域の情報を主にどのような方法で入手しますか。当てはまる番号をいくつでも○で囲んでください。

- | | | |
|----------------------|-------------------|-----------|
| 1. (掲示板等に貼ってある) ポスター | 2. (施設や店頭にある) チラシ | |
| 3. 学校からのおたより | 4. 町内会の回覧 | 5. 知人から聞く |
| 6. 家族から聞く | 7. ほとんど知らない | |

II 鶴ヶ谷地区健康まちづくり事業についてうかがいます。

問2 あなたは、「鶴ヶ谷地区健康まちづくり事業」についてお聞きになったことはありますか。

1. 概要を知っている 2. 名称程度は知っている 3. 知らない

問3 あなたは、次の事業に参加したことがありますか。

事業名	参加の有無
ノルディックウォーキング講座 (平成21年9月～11月実施)	1. 開催を知らなかったので参加していない 2. 開催は知っていたが参加していない 3. 参加した
脳の健康づくり講演会 (平成21年11月実施)	1. 開催を知らなかったので参加していない 2. 開催は知っていたが参加していない 3. 参加した
健康づくりフェスティバル (平成22年6月実施)	1. 開催を知らなかったので参加していない 2. 開催は知っていたが参加していない 3. 参加した

問4 「鶴ヶ谷地区健康まちづくり事業」へのご意見、ご要望がございましたらご記入ください。

以上で質問は終わりです。ご協力、誠にありがとうございました。
お手数ですが、平成23年2月25日(金)までにポストへ投函してください。

地域包括支援センターの地域連携体制づくりに関する調査

調査実施主体 認知症介護研究・研修仙台センター

《調査目的》

この調査は、地域で生活を継続していくために必要な住民の自助機能、互助機能の役割を明らかにし、今後目指される地域包括ケアに向けて、地域包括支援センターが地域との連携やしっかりとした関係づくりを深めるために必要な資料を作成することが目的です。具体的には、調査結果をもとに以下の資料を作成します。

①住民向けのセルフケアと地域づくりに関するパンフレット

※これは、住み慣れた地域で健康に暮らし続けるためのセルフケアの重要性和、地域包括支援センター活用の重要性をわかりやすく図示したものをイメージしています。

②地域包括支援センター向けの住民への助言、対応ガイドライン

※既存の業務を地域づくりに向けどのように活用するかを示しています。

③事例集

※全国の先駆的な取り組みと、すぐにできる取り組みをまとめた事例集を作成します。

ご多忙とは存じますが、何卒ご協力のほどよろしくお願いいたします。

なお、ご協力いただきました方には、作成いたしました資料一式を平成 22 年 3 月末付けで送付させていただきます。

《対象》

全国の地域包括支援センター2,000箇所（4,800箇所から無作為抽出）の社会福祉士の方もしくは地域支援事業担当の方

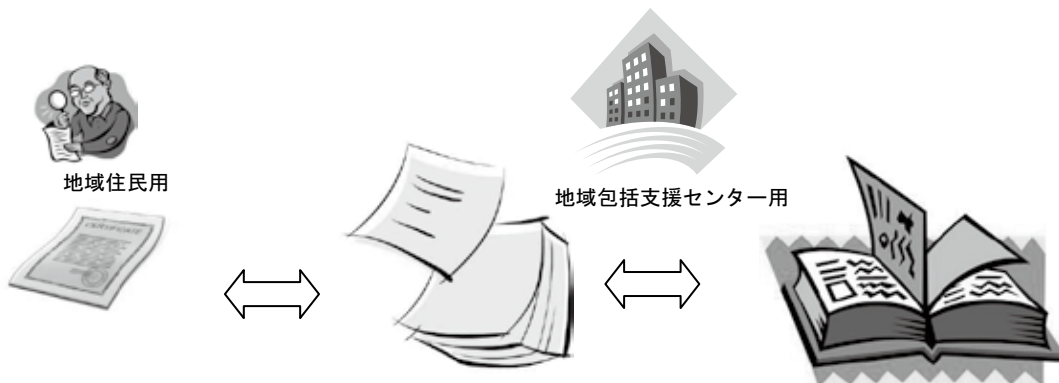
《実施時期と回収》

平成 22 年 11 月下旬発送

締め切り 平成 22 年 12 月 20 日（月）

※同封の返信用封筒でご送付ください。

《調査後に皆さんにお返しできる資料と活用のイメージ》



地域で暮らし続けるための

自主介護予防住民向けパンフレット

※今回調査結果から

地域包括 C 向けガイドライン

※今回調査結果から

地域づくりのための事例集

この調査の問合せ先



社会福祉法人東北福祉会

認知症介護研究・研修仙台センター

宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘 6 丁目 149-1 TEL:022-303-7550 (矢吹・工藤)

DC ネット

検索

<http://www.dcnet.gr.jp/>

1 あなたのセンターの状況について伺います。

1) 記入者の属性 立場(役職: 資格)

2) 設置形態について 1. 直営 2. 委託

3) センターの職員数 合計()名

内訳

1. 社会福祉士 () 名	2. ケアマネージャー () 名
3. 保健師/看護師 () 名	4. 主任ケアマネージャー () 名
5. その他 () 名	

2 あなたのセンターの管轄する地域について(わかる範囲で結構です)

市区町村人口(平成22年4月現在)	人	対象地域の人口(平成22年4月現在)	人
市区町村の人口密度	人/Km ²	対象地域(わからない場合は対象市区町村)の高齢者人口 (高齢化率%) (平成22年4月現在)	人 (%)
この10年間の人口増減	1. 大きく増加傾向 2. やや増加傾向 3. ほぼ変化なし 4. やや減少傾向 5. 大きく減少		
この10年間の高齢者人口	1. 大きく増加傾向 2. やや増加傾向 3. ほぼ変化なし 4. やや減少傾向 5. 大きく減少		
ここ10年で他の地域からの人口移動	1. 転入が多い 2. 転入がやや多い 3. 拮抗している 4. 転出がやや多い 5. 転出が多い		
中心市街地の状況について	1. いわゆるシャッター街である 2. 衰退しているが改善中である 3. 改善して活気もどつつある 4. もともと人は少ない 5. もともと人通りは多い(または活気はある)		
	具体的数字を記入してください	地域活動に対する活動の評価(記入者の主観的な評価で結構です)	
担当地域の高齢者関連のNPO数		1. どちらかというと言活である 2. 両者の中間 3. どちらかというと言活ではない	
老人クラブの組織数		1. どちらかというと言活である 2. 両者の中間 3. どちらかというと言活ではない	
サロンの数		1. どちらかというと言活である 2. 両者の中間 3. どちらかというと言活ではない	
町内会加入率		1. どちらかというと言活である 2. 両者の中間 3. どちらかというと言活ではない	
地域包括支援センターが実施する地域支援事業等への述べ参加者数(年度あたり)	述べ 名		
上記の内たびたび参加する人は何割程度ですか	約 割		

3. あなたの地域の自助・互助機能について伺います。

1) ここでは自助機能について伺います。

地域で健康で長く暮らし続けるために地域住民が自助レベルでできることにはどのようなことがあると思いますか？できそうだと考えることを○で囲み、記載されているもの以外で自助レベルで住民ができそうなことを空欄に記入してください。

ここでいう自助とは・・・家族、親戚、自分自身で健康づくりや介護予防、地域づくりのために行えることを示しています。

当てはまるものすべてに○をしてください	それ以外にできそうなことを記入してください
1. 介護の知識や技術を身につける	
2. 家族で老後の住まいや介護についての話をする	
3. 地域の専門機関の情報を知る	
4. 健康に関する知識を身につける	
5. 運動を心がける	

2) 次に自助機能を高めるために地域包括支援センターが行っていることと、その他のアイデアについて伺います。地域住民への働きかけについてすでに行っているものを○で囲み、さらにその他行っていることや行おうとしていることを空欄に記入してください。

既に行っているものに○をしてください	それ以外に行っていることや計画を記入してください
1. ボランティア養成	
2. 家族会議の推進	
3. 健康講座の開催	
4. 体操教室の開催	
5. 認知症サポーター養成	
6. 介護に関する冊子作成	

3) 次に互助機能について伺います。

地域で健康で長く暮らし続けるために地域住民同士が助け合い連携する互助レベルでできることにはどのようなことがあると思いますか？互助レベルで地域住民同士でできると思われるものすべてを○で囲み、記載されているもの以外で互助レベルでできそうなことを空欄に記入してください。

ここでいう互助とは・・・隣近所同士や自治会、町内会、老人クラブ、婦人会などが地域づくりや健康づくり、介護予防のために行えることを示しています。

地域住民同士でできそうなことに○をしてください	それ以外でできそうなことを記入してください
1. 町内会、自治会への積極的参加	
2. ボランティアへの参加	
3. 伝統行事の伝承	
4. 地域の清掃活動	
5. 近隣への声かけ	
6. 地域のお祭り、イベントへの参加	

4) 次に互助機能を高めるために地域包括支援センターが行っていることと、そのほかのアイデアについて伺います。地域住民への働きかけについてすでに行っているものを○で囲み、さらにその他行っていることや行おうとしていることを空欄に記入してください。

既に行っているものに○をしてください	それ以外に行っていることや計画を記入してください
1. 地域資源マップの作成	
2. 団体協議会への参加	
3. センター運営協議会への招聘	
4. 徘徊模擬訓練の実施	
5. 地域ケア会議へ各団体の招聘	
6. イベントの共同開催	

5) 地域包括支援センターが地域の中で住民と連携したり協働しながら活動を展開していくうえで、あなたの地域の強みと弱みを教えてください。ここでは、地域包括支援センターの運営体制や業務内容については含みません。例のように短く簡潔な文章でご記入ください。

地域の強み	地域の弱み
例：サロン活動が活発 昔から住んでいる人が多い	例：新興住宅地である 高齢化率が高い など

4. 地域住民や地域の団体との連携に関する項目について伺います。

下記の質問について、1 から 9 のうち、最も当てはまると思う番号ひとつを○で囲んでください。
また、具体的な数字を聞いている質問については、該当する数字を記入してください。

	ほとんど信頼 されていない			両者の中間			ほとんどの人・団体 に信頼されている		
1. 自分の事業所が、どの程度、地域住民に信頼されていると思いますか？	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. 自分の事業所が、どの程度、地域の団体に信頼されていると思いますか？	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	ほとんど信頼 していない			両者の中間			多くの団体・住民 を信頼している		
3. 自分の事業所は、どの程度、地域の団体や組織を信頼していますか？	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. 自分の事業所は、どの程度、地域住民を信頼していますか？	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	ほとんどの団体に 期待していない			両者の中間			多くの団体に 期待している		
5. 自分の事業所は、どの程度、地域の団体（NPO 法人、自治会・町内会、老人クラブ等）に期待していますか？	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	ほとんど 関わりがない			両者の中間			かなり多くの人と 関わりがある			関わりの あった人
6. 業務上、過去 3 ケ月に地域住民の人と介護や福祉の相談に関する関わりはありましたか？	1	2	3	4	5	6	7	8	9	約（ ）人

	ほとんど 関わりがない			両者の中間			かなり多くの団体と 関わりがある			一緒に仕事を した団体
7. 業務上、過去 3 ケ月に他団体や他組織と一緒に仕事をしたり関わる機会はありましたか？	1	2	3	4	5	6	7	8	9	約（ ）団体

	ほとんどない			両者の中間			かなり多くある			重要な 団体・組織
8. あなたのセンターの仕事上重要な外部の団体や組織はどの程度ありますか？	1	2	3	4	5	6	7	8	9	約（ ）団体

*この質問項目は、住民とのかかわり方を考えていくための指標づくりに活かしていきます。

5. 地域包括支援センターのスタッフが、高齢者と介護家族にアウトリーチ活動を展開するにあたって、用いる必要があると考えられる「役割」について質問します。

日常の援助業務の場面で、その「役割」を行っているかどうか、以下のそれぞれの項目についてあなたの考えに一番近いところを○で囲んでください。

なお、本調査におけるアウトリーチ活動（リーチアウト、積極的介入とも）とは、
 「①自発的に援助を求めようとしないうちや、客観的にみて援助が必要と判断される問題を抱えている高齢者や家族などを対象者として、
 ②援助機関や援助者の側から積極的に介入を行う技法・視点である。
 ③さらに、その対象者の抱える問題解決の促進に向けて潜在的なニーズの掘り起こし、
 ④援助を活用するための動機づけや情報・サービス提供、地域づくり等の具体的で専門的な援助を提供するアプローチである。」と定義します。これに基づいて、質問にお答えください。

	ほとんどしている	まあしている	どちらともいえない	あまりしていない	まったくしていない
1. 他機関と連携するためのコーディネート役割	1	2	3	4	5
2. 信頼関係形成の役割	1	2	3	4	5
3. 傾聴などのカウンセリングの役割	1	2	3	4	5
4. 客観的にみて援助が必要と判断でき、ニーズを掘り起こす役割	1	2	3	4	5
5. 援助を活用する動機づけを行う役割	1	2	3	4	5
6. 介護家族が適切に問題解決できる対処能力を身につけさせる役割	1	2	3	4	5
7. アウトリーチを必要とする認知症高齢者や介護家族を受け止める、地域づくりの役割	1	2	3	4	5
8. アウトリーチを拒否する認知症高齢者に関して今後の介入方法の見通しが立てられる役割	1	2	3	4	5
9. 認知症高齢者にアウトリーチを行って、その効果がどのようなものかを評価する役割	1	2	3	4	5
10. 個別の介護家族が抱える問題は何かを適切にとらえ、どのように解決に導くか見通しを立てられる役割	1	2	3	4	5
11. アウトリーチを拒否する介護家族に関して今後の介入方法の見通しが立てられる役割	1	2	3	4	5
12. 自ら援助のニーズを伝えない介護家族に今後の介入方法の見通しが立てられる役割	1	2	3	4	5
13. 介護家族にアウトリーチを行って、その効果がどのようなものかを評価する役割	1	2	3	4	5
14. 認知症症状への対応や介護家族の理解を促進する講演会や学習会を企画実施する役割	1	2	3	4	5
15. 介護家族を対象とした家族会などを組織する役割	1	2	3	4	5

6. 地域包括支援センターのスタッフが高齢者や介護家族にアウトリーチ活動を展開するにあたって、満たされている必要があると考えられる「条件」について質問します。

日常の援助業務の場面で必要と思われる「条件」について、下記のそれぞれの項目におけるあなたの考えに一番近いところを○で囲んでください。

	大いにそう思う	まあそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	まったくそう思わない
1. 十分な人員配置の条件が満たされている	1	2	3	4	5
2. 活動する上での適切な経済的基盤の条件が満たされている	1	2	3	4	5
3. 迅速に活動できる時間の確保の条件が満たされている	1	2	3	4	5
4. アウトリーチを行うことの意義・重要性を上司が理解する条件が満たされている	1	2	3	4	5
5. 地域のイベントなどに支援センターが参加して相談窓口などを設置できる条件が満たされている	1	2	3	4	5
6. 地域に支援センターがPR活動のための説明会や出張相談ができる条件が満たされている	1	2	3	4	5
7. サービスを迅速に導入できる等量的確保の条件が満たされている	1	2	3	4	5
8. 介護家族交流のための家族会があるという条件が満たされている	1	2	3	4	5
9. 認知症介護の方法を介護家族が学ぶための介護者教室などの実施の条件が満たされている	1	2	3	4	5

ご多忙にもかかわらずご協力誠にありがとうございました。

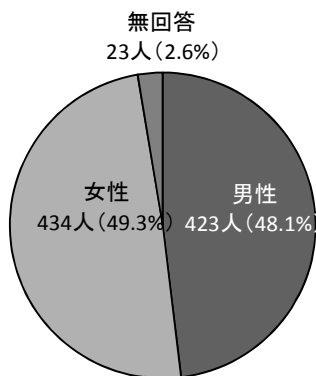
平成22年12月20日（月）までに同封の封筒でご送付下さい。
ご協力いただきました方には、資料一式を平成23年3月末付けで送付いたします。

鶴ヶ谷地区 まちづくりと健康意識等に関する住民アンケート<単純集計>

第1部 まちづくりと健康意識に関する住民アンケート

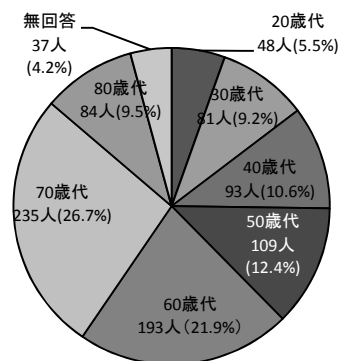
■回答者の属性

①性別



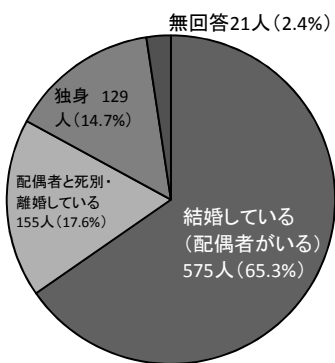
対象者の性別 (n=880)

②年齢



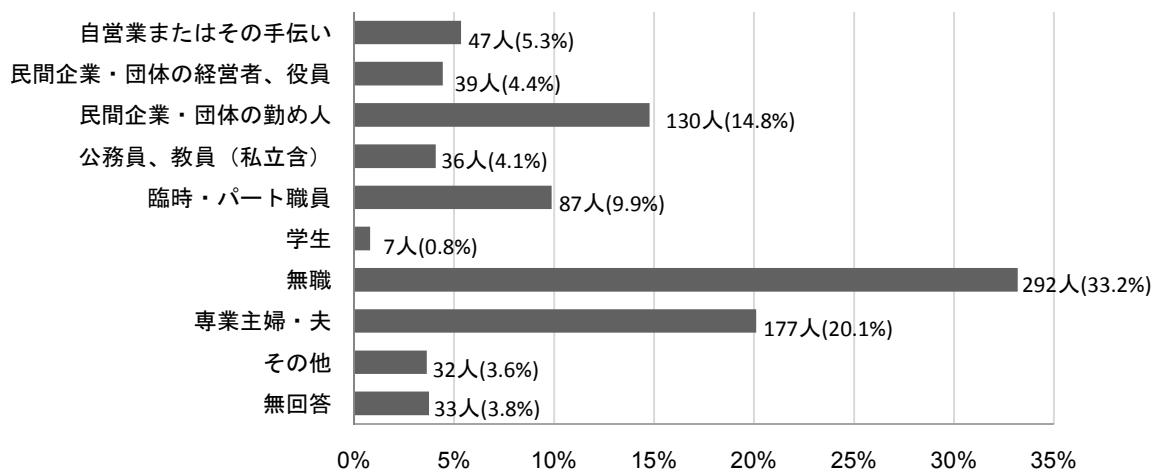
対象者の年齢 (n=880)

③結婚



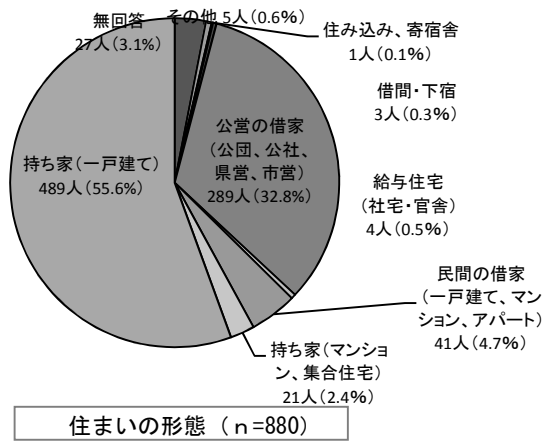
結婚 (n=880)

④職業



職業 (n=880)

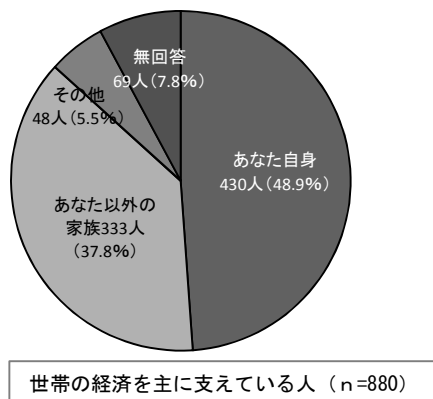
⑤住まいの形態



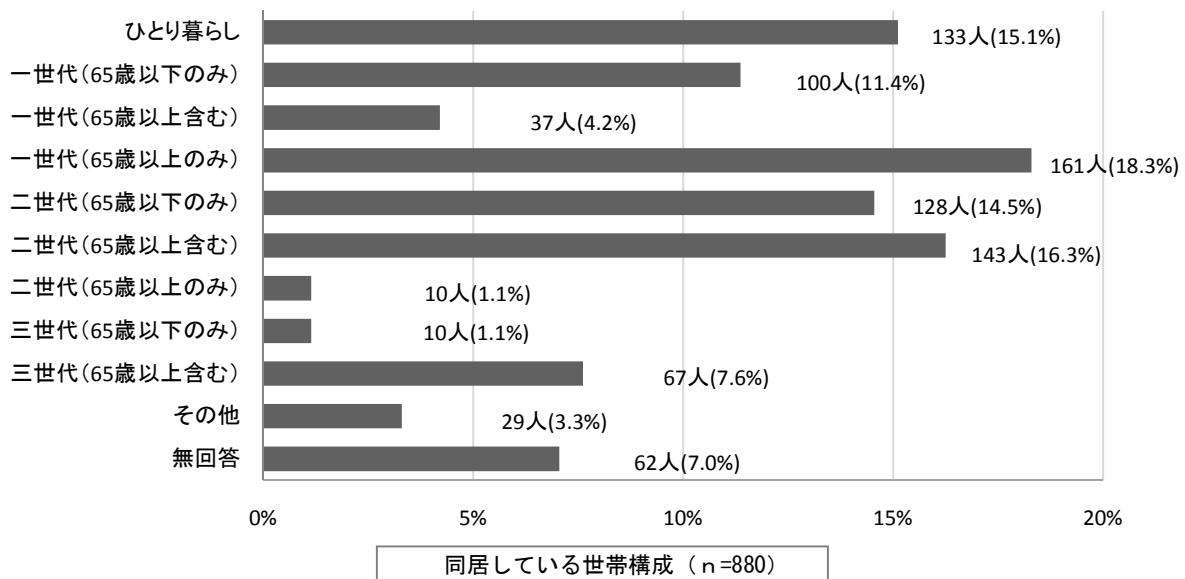
⑥同居人数

同居人数	
平均値	2.74
最小値	1
最大値	8
標準偏差	1.387

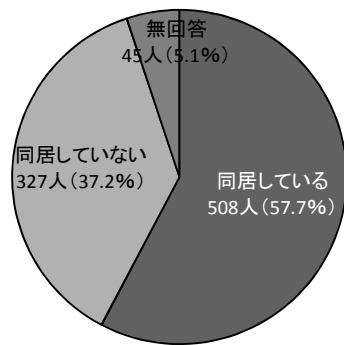
⑦世帯の経済を主に支えている人



⑧同居している世帯構成について

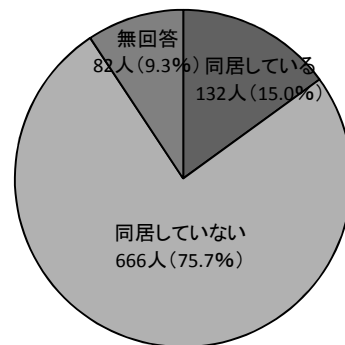


⑨65歳以上の高齢者が一緒に住んでいますか？



65歳以上高齢者との同居（n=880）

⑩介護が必要な方は一緒に住んでいますか？



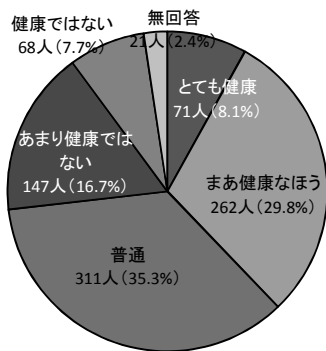
要介護者との同居（n=880）

⑪小学校からの総教育年数を教えてください。

小学校からの総教育年数	
平均値	12.68
最小値	3
最大値	28
標準偏差	2.446

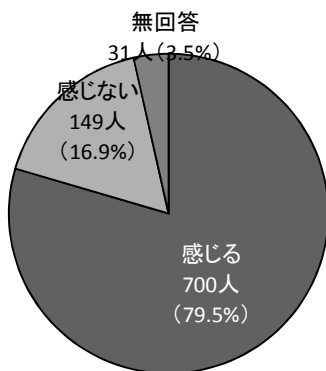
I あなた自身の健康状態等についてうかがいます。

問1 あなたはふだん自分で健康とかんじていますか？



健康と感ずるか (n=880)

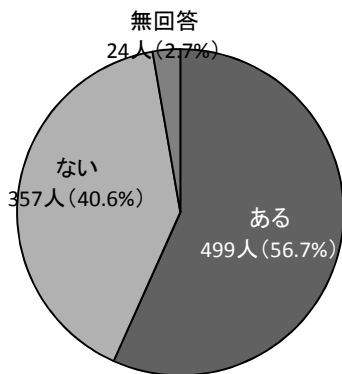
問2 これまで、自分が歳をとったなあと感じることはありますか？



歳をとったと感じるか (n=880)

そう感じた年齢	
平均値	58.83
最小値	20
最大値	90
標準偏差	15.441

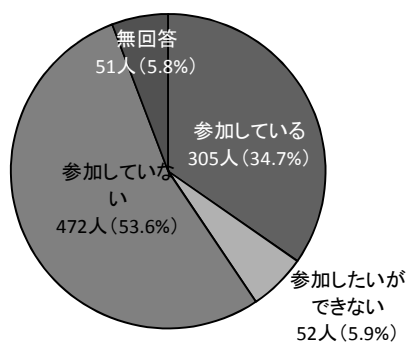
問3 現在、病院にかかる病気はありますか？



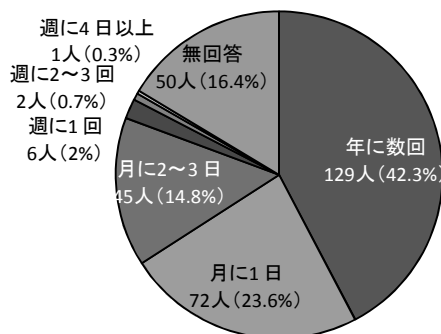
病院にかかる病気の有無 (n=880)

Ⅱ 地域活動についてうかがいます。

問5-① 地縁的な活動の有無と頻度

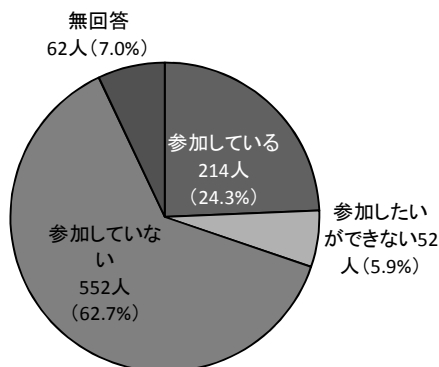


地縁的な活動の有無 (n=880)

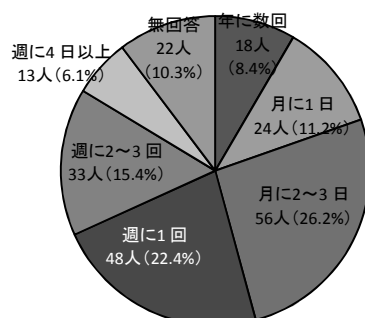


地縁的な活動の頻度 (n=305)

問5-② スポーツ、趣味、娯楽活動の有無と頻度

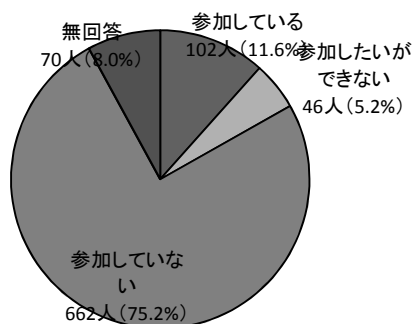


スポーツ、趣味、娯楽活動の有無 (n=880)

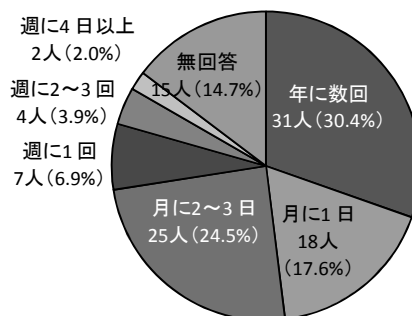


スポーツ、趣味、娯楽活動の頻度 (n=214)

問5-③ ボランティア活動の有無と頻度

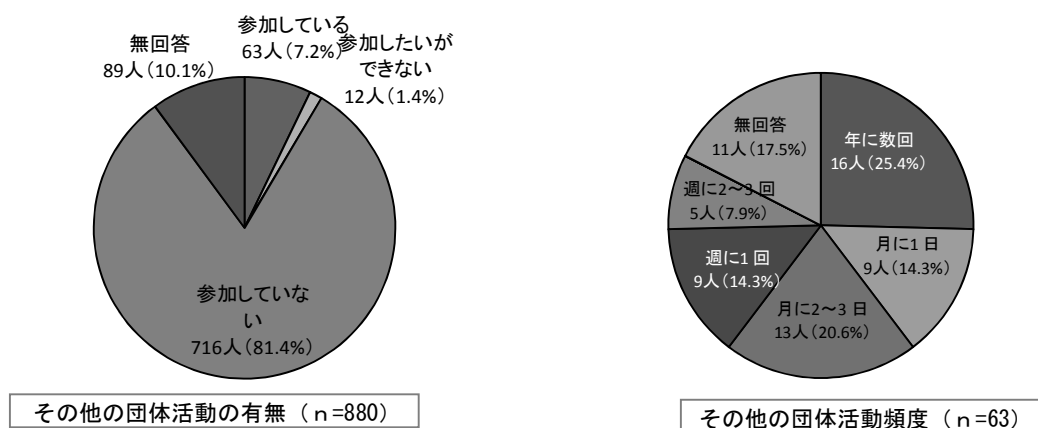


ボランティア活動の有無 (n=880)



ボランティア活動頻度 (n=102)

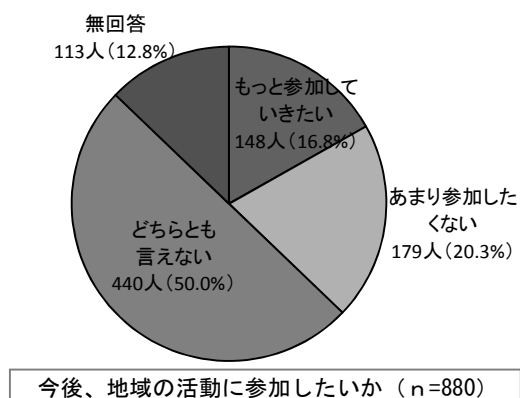
問5-④ その他の団体活動の有無と頻度



それぞれの項目の参加団体数

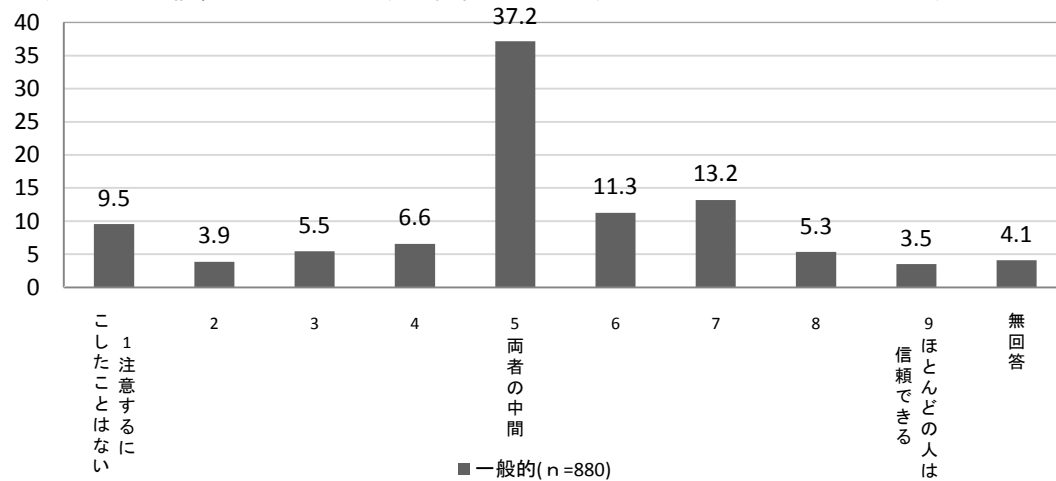
	最小値	最大値	平均値	標準偏差
Q5-1. 地縁的な活動への参加団体数	1	15	1.36	1.07
Q5-2. スポーツ・趣味・娯楽活動への参加団体数	1	4	1.51	0.786
Q5-3. ボランティア活動への参加団体数	1	5	1.35	0.682
Q5-4. その他の団体への参加団体数	0	3	1.22	0.593

問6 あなたは、今後、地域(鶴ヶ谷地区)の活動にもっと参加していきたいとお考えですか。

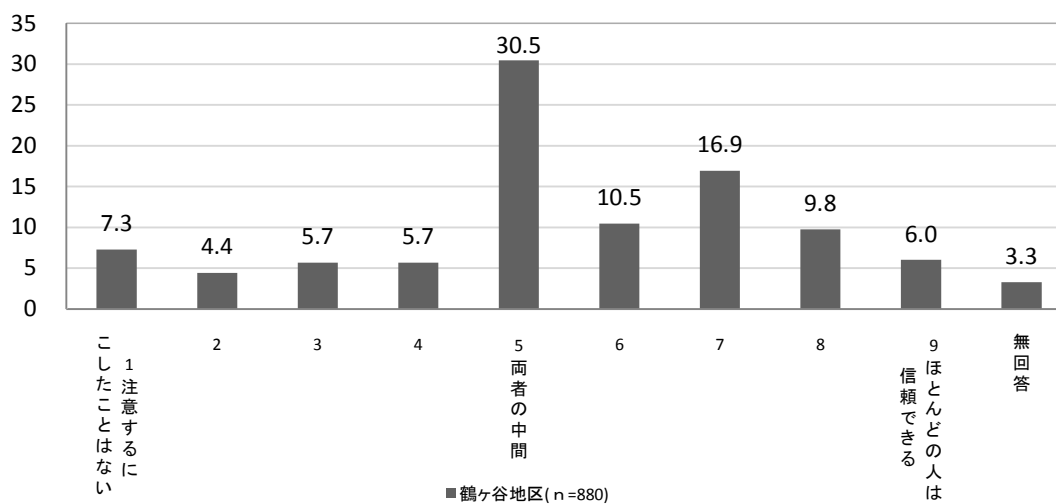


IV 「信頼」についてうかがいます。

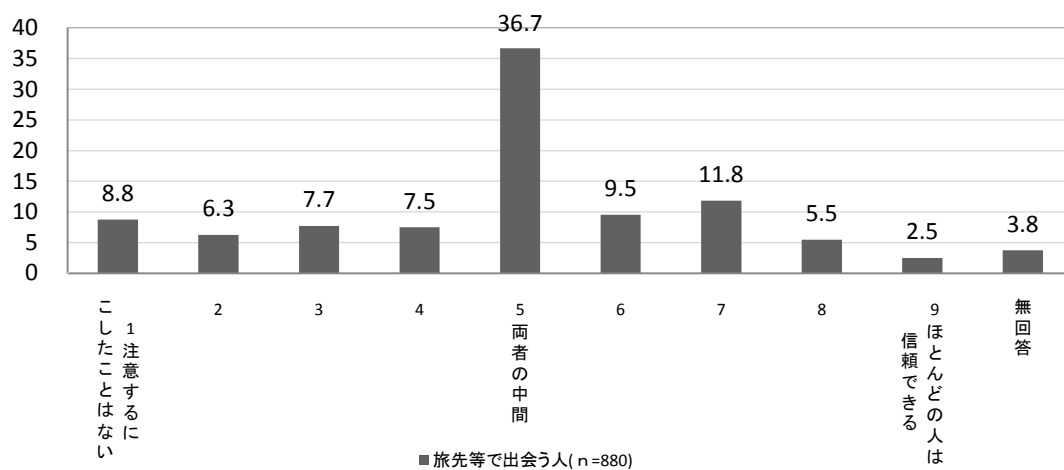
問10 一般的に人は信頼できると思いますか。それとも注意するにこしたことはないと思いますか？



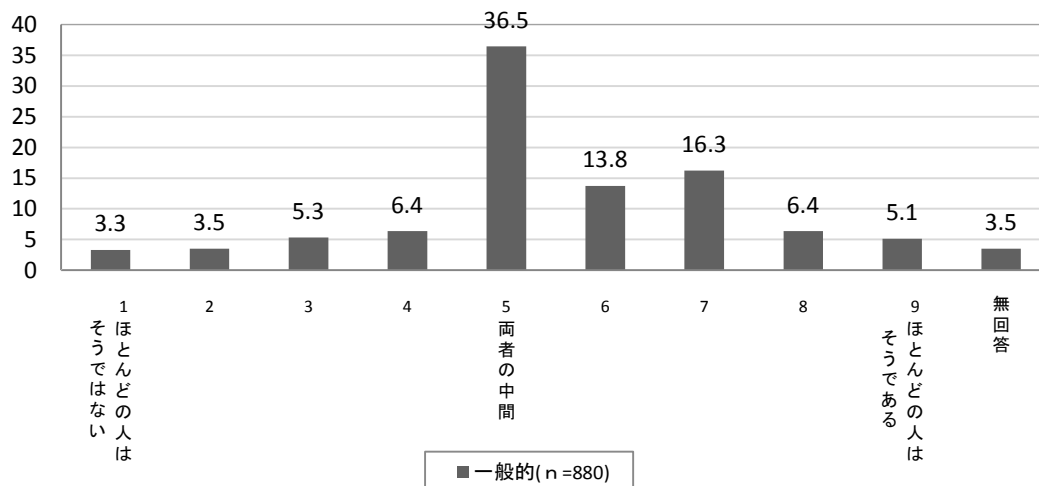
問11 あなたの生活する地域(鶴ヶ谷地区)の人たちは信頼できると思いますか。それとも注意するにこしたことはないと思いますか？



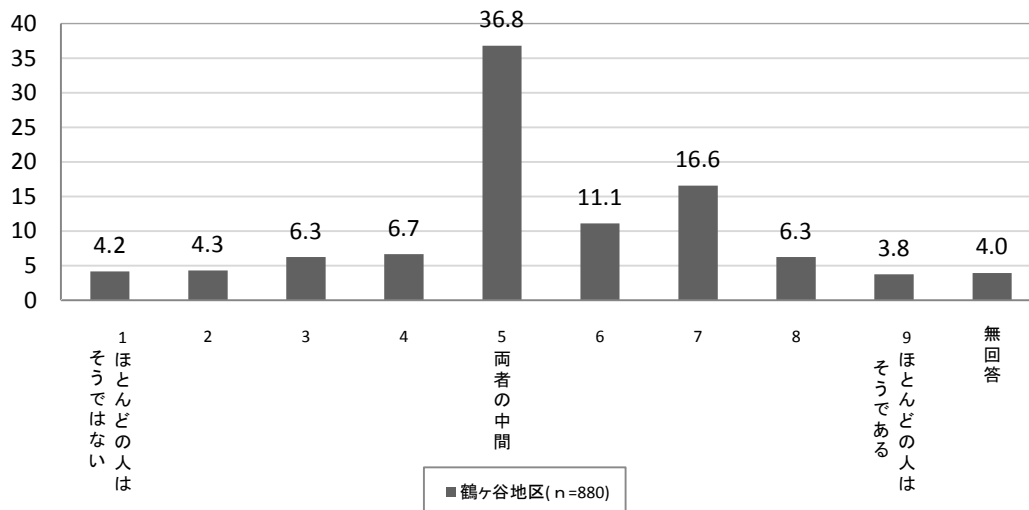
問12 「旅先」や「見知らぬ土地」で出会う人に対してはいかがでしょう。



問13 一般的に、人は他人のために役に立とうと思いますか。



問14 あなたの地域(鶴ヶ谷地区)の人は、に、人は他人のために役に立とうと思いますか。



V 日常的な付き合いについてうかがいます。

問15 あなたの近所の方とどのようなお付き合いをされていますか？付き合っている人の数と程度についてうかがいます。

①近所の方との付き合いの程度について

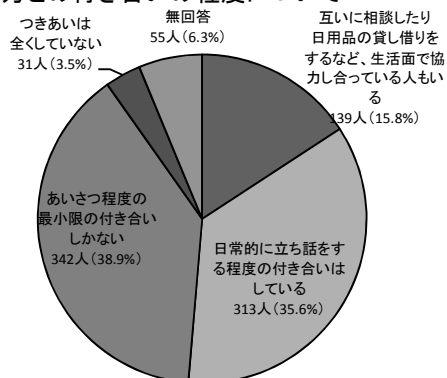
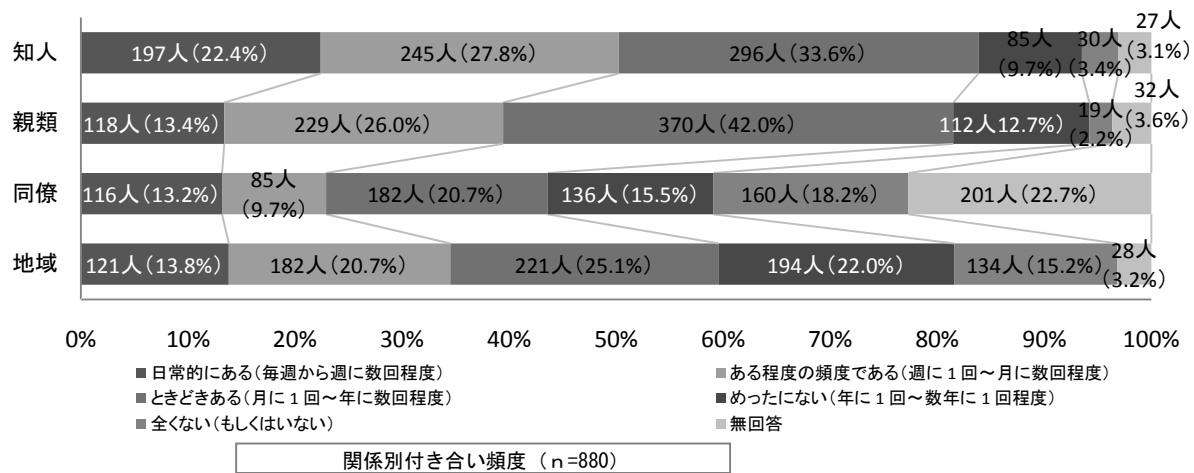


図 近所との付き合い頻度 (n=880)

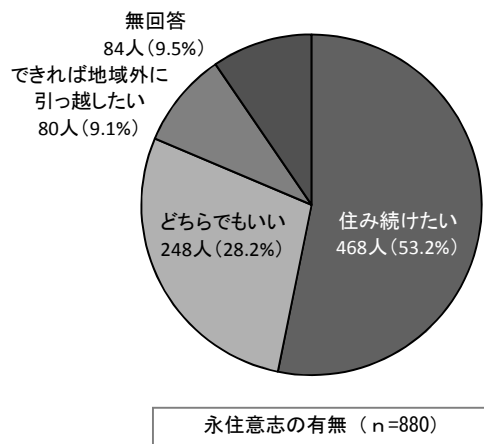
②付き合っている近所の人の数

	Q15 - 2. 付き合い人数
平均値	5.86
最小値	0
最大値	106
標準偏差	8.539

問16 全般的な付き合いの頻度についてうかがいます。

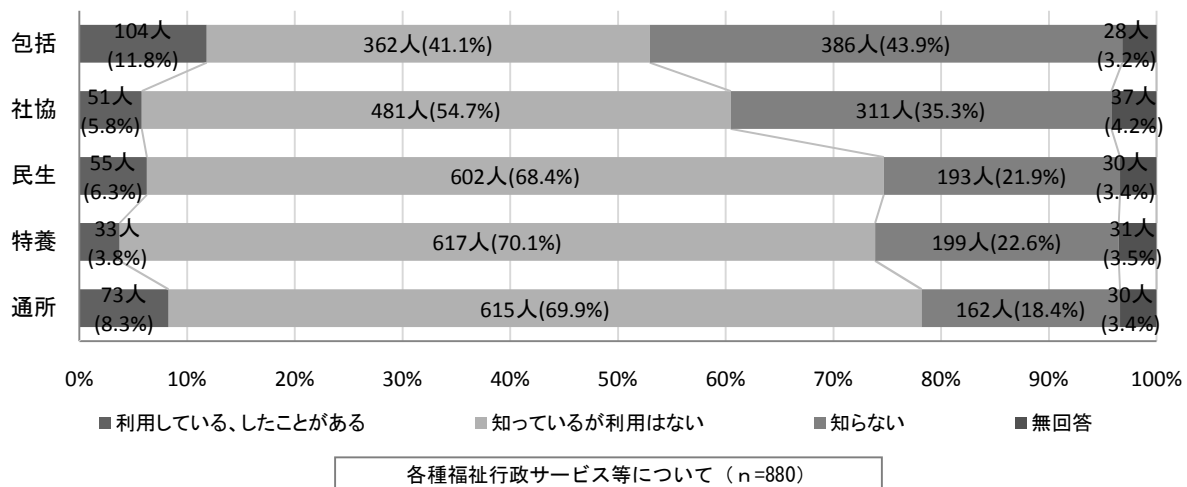


問17 今後もこの地域(鶴ヶ谷地区)に住み続けたいと思われますか。



VI 各種福祉行政サービス等についてうかがいます。

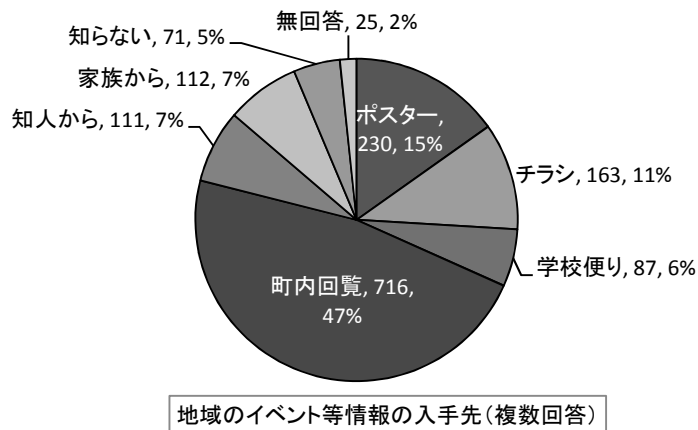
問18 あなたの住む近隣の施設、事業所、機関等についてうかがいます。



第2部 鶴ヶ谷地区健康まちづくり事業に関する住民アンケート

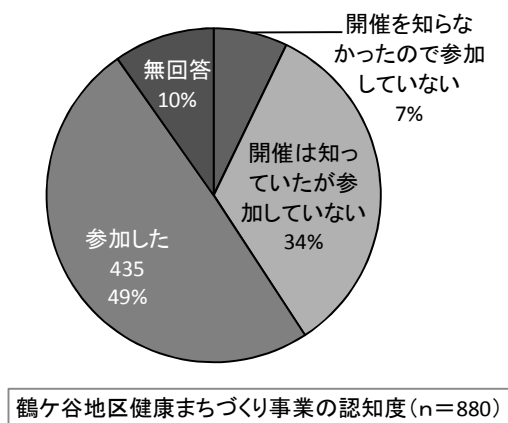
I 地域情報の入手先についてうかがいます。

問1 あなたは、催事など地域の情報を主にどのような方法で入手しますか。

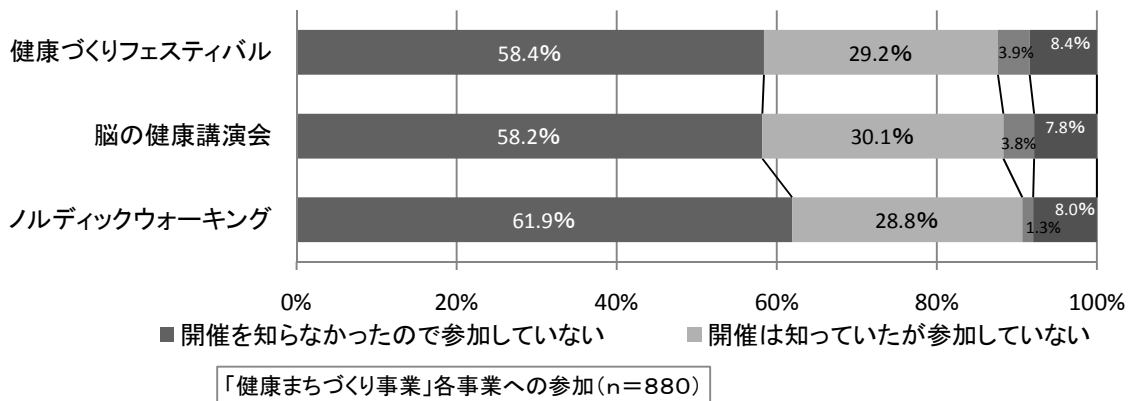


II 鶴ヶ谷地区健康まちづくり事業についてうかがいます。

問2 あなたは、「鶴ヶ谷地区健康まちづくり事業」についてお聞きになったことはありますか。



問3 あなたは、次の事業に参加したことがありますか。



平成 22 年度 老人保健健康増進等補助事業報告書

地域高齢者の生きがいと健康づくりモデル構築に向けた
自助・互助機能活用とソーシャルキャピタル指標開発の研究事業

2011 年 3 月

発行所 認知症介護研究・研修仙台センター
〒989-3201
宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘 6 丁目 149-1
TEL 022-303-7550
FAX 022-303-7570

発行者 認知症介護研究・研修仙台センター
センター長 加藤 伸司
