厚生労働省委託事業

保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金の評価指標と活用方策に関する調査研究一式

報告書

令和８年（2026 年）３月

㈱日本能率協会総合研究所

目　　次

第１章　事業概要 1
１．事業の目的 2
２．実施概要 2
３．分析・検証の実施体制 3
４．年度の取り扱い 5

第２章　該当状況調査結果 7
１．調査概要 8
２．令和６～８年度の評価結果 8
３．令和８年度評価結果 27

第３章　評価指標の検証・検討 53
１．令和６～８年度評価結果の総括 54
２．今後の改善に向けた提言（意見書） 57

第４章　アンケート調査結果 59
１．目的 60
２．調査概要 60
３．調査結果 61

第５章　実地調査 251
１．調査概要 252
２．調査結果 253

参考資料 265
アンケート調査票

第１章　事業概要

１．事業の目的

○　国は、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた市町村の取組や、都道府県による市町村支援の取組を支援するため、市町村及び都道府県（以下「市町村等」という。）の様々な取組の達成状況を評価できるよう、客観的な評価指標を設定した上で、その評価結果に応じて財政的インセンティブを付与する「保険者機能強化推進交付金」及び「介護保険保険者努力支援交付金」を創設した。

○　この２つの交付金による財政的インセンティブについては、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた市町村の取組や都道府県による市町村支援の取組の達成状況を適切かつ効果的に評価できるよう、評価指標について毎年度、分析・検証を行い、その改善を図るというPDCA サイクルを回していくことが求められている。

○　他方、令和４年度の秋の行政レビュー（内閣官房行政改革推進本部）や予算執行調査（財務省）等においては、

① 評価指標と、要介護度の改善などの成果との相関に乏しく、保険者に対するインセンティブ付けとして十分に機能していないこと

② ２つの交付金間で評価指標が共通化されているなど、その事業目的や役割に重複があること

③ EBPM 的視点から事業の改善を図るため、アウトカムやアウトプット等の定量的指標の充実を図る必要があること

④ 評価指標が大部にわたり、自治体の作業負担が大きいこと

などの課題が指摘された。

○　これらを受け、国においては、令和５年８月に、本制度の改善を図る観点から、

① ２つの交付金の事業目的や評価指標の整理・明確化

② アウトプットやアウトカム等の定量的指標の充実

③ 評価指標の縮減等による自治体負担の軽減

④ 保険者機能強化に意欲的に取り組む自治体への重点的な配分など、交付金配分のメリハリ付けの強化

などの見直しを行った。

○　これらを踏まえ、今後、こうした見直しの効果・影響を把握・検証し、市町村等における取組状況を評価する上で、より精度の高い評価指標へと改善を図っていくことが重要であり、本調査研究では、令和５年度に実施した令和６年度評価から、令和８年度評価（令和７年度実施）までの市町村等による評価結果を分析・検証し、第10 期介護保険事業計画期間に向け、評価指標を始め、制度の改善に向けた検討を行うことを目的として実施した。

２．実施概要

○　上記の目的を達成するため、本事業では有識者、地方公共団体職員で構成する検証委員会を設置し、各調査の設計・結果分析・とりまとめについて検証を行うことで、一連の業務を円滑かつ効果的に進めた。具体的には、以下の項目について取り組んだ。

■令和６年度の事業項目

１．自己評価結果等の集計・分析・検証	・令和７年度評価指標による評価結果を中心に、集計・分析を行った。
２．アンケート調査等の実施	・高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた市町村の取組、都道府県による市町村支援の取組、交付金の活用状況を把握するために、市町村及び都道府県に対して悉皆調査を実施した。
３．実地調査	・特徴的な市町村の自己評価の体制や施策の状況を把握した。
４．検証委員会等の設置・運営	・検証委員会を４回開催した。

■令和７年度の事業項目

１．自己評価結果等の集計・分析・検証	・令和８年度評価指標による評価結果を中心に、集計・分析を行った。
２．アンケート調査等の実施	・令和７年度成果指向型配分枠に採択された自治体の取組状況を把握するために、アンケート調査を実施した。
３．実地調査	・「2.アンケート調査等の実施」のうち５団体の取組状況を把握した。
４．検証委員会等の設置・運営	・検証委員会を４回開催した。
５．意見書及び報告書の作成	・意見書及び報告書を作成した。

３．分析・検証の実施体制

（１）検証委員会の設置・運営

○　下記のとおり、有識者と地方公共団体職員から構成される検証委員会を設置し、検討を行った。

■委員一覧（五十音順、敬称略）

氏　名	ご　所　属	令和６年度	令和７年度
荒井（あらい）　崇宏（たかひろ）	稲城市　福祉部　高齢福祉課　高齢福祉係　係長	○	○
大𡈽賀（おおたが）　政昭（まさあき）	国立保健医療科学院　医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官	○	○
菊池（きくち）　一（はじめ）	松戸市　福祉長寿部　高齢者支援課　課長補佐	○	○
小林（こばやし）　志伸（しのぶ）	長野県　健康福祉部　健康福祉政策課 企画調整係長	○	○
篠田（しのだ）　浩（ひろし）	大垣市　企画部　部長	○	○
鈴木（すずき）　朋美（ともみ）	淡路市　健康福祉部　長寿介護課　主幹	○	―
髙田（たかだ）　陽介（ようすけ）	武蔵野市　健康福祉部　高齢者支援課 介護保険係長	○	○
◎筒井（つつい）　孝子（たかこ）	埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科・研究開発センター　教授	◎	◎
浜（はま）　達哉（たつや）	駒ヶ根市　地域保健課　介護予防係	○	―
東野（ひがしの）　定律（さだのり）	静岡県立大学　経営情報学部　経営情報学科　教授	○	○
前山（まえやま）　隆史（たかふみ）	長崎県　県央保健所　地域保健課　保健福祉班 係長	○	○

◎：委員長。所属等は令和６年度は令和７年３月時点、令和７年度は令和８年３月時点

■厚生労働省　一覧（敬称略、所属等は令和８年３月時点）

氏　名	所属・役職
西澤（にしざわ）　栄晃（ひであき）	厚生労働省　老健局　介護保険計画課　課長
小林（こばやし）　靖（やすし）	厚生労働省　老健局　介護保険計画課　課長補佐
吉原（よしはら）　貞典（さだのり）	厚生労働省　老健局　介護保険計画課 保険者機能強化推進交付金専門官（併）交付金審査・交付係長
小西（こにし）　雄樹（ゆうき）	厚生労働省　老健局　総務課　課長補佐
岡田（おかだ）　智陽（ともはる）	厚生労働省　老健局　介護保険計画課

■事務局　㈱日本能率協会総合研究所

（２）開催実績及び検討内容

○　次のとおり、各年度で検証委員会４回を開催した。

■開催実績

令和６年度

	日程・場所	議事
第１回検証委員会	令和６年８月 30 日（金） 16:00～18:00 於：日本能率協会ビル ／オンライン	１．事業概要 ２．令和７年度評価指標について ３．令和６年度の論点（案） ４．その他
第２回検証委員会	令和６年 11 月 18 日（月） 17:00～19:00 於：TKP 東京駅カンファレンスセンター11C／オンライン	１．論点整理 ２．令和７年度該当状況調査結果（速報）について ３．アンケート調査の実施 ４．その他
第３回検証委員会	令和７年１月 31 日（金） 17:00～19:00 於：TKP 東京駅カンファレンスセンター12C／オンライン	１．論点整理 ２．令和７年度該当状況調査結果について ３．アンケート調査の実施について ４．実地調査について ５．その他
第４回検証委員会	令和７年３月 12 日（水） 18:00～20:00 於：TKP 東京駅カンファレンスセンター10C／オンライン	１．これまでの振り返り ２．調査報告 ３．令和７年度該当状況調査結果について ４．令和７年度保険者機能強化推進交付金（成果指向型配分枠）について ５．その他

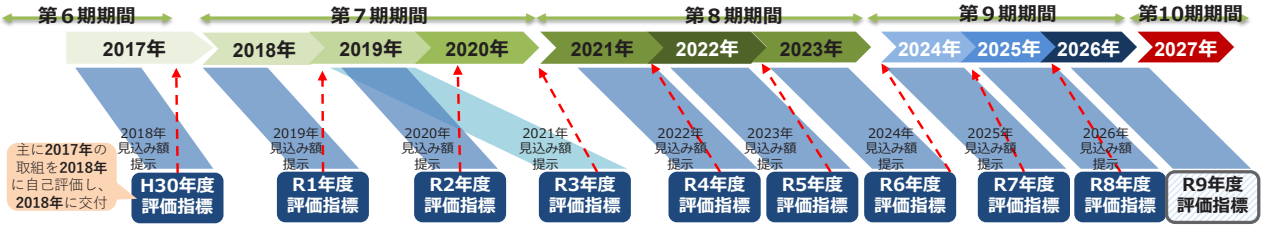
令和７年度

第１回検証委員会	令和７年７月 14 日（月） 17:00～19:00 於：TKP東京駅カンファレンスセンター11C／オンライン	１．成果指向型配分枠について ２．令和８年度評価指標について ３．令和７年度事業概要 ４．成果指向型配分枠の取組報告フォーマットについて ５．その他
第２回検証委員会	令和７年 10 月 23 日（木） 18:00～20:00 於：オンライン	１．第１回委員会の意見 ２．成果指向型配分枠の採択自治体の取組状況 ３．ヒアリング調査の実施について ４．その他
第３回検証委員会	令和８年１月 14 日（水） 18:00～20:00 於：オンライン	１．成果指向型配分枠の採択自治体の取組状況について ２．令和８年度該当状況調査結果について ３．その他
第４回検証委員会	令和８年３月４日（水） 18:00～20:00 於：TKP東京駅カンファレンスセンター11D／オンライン	１．評価結果と評価指標について ２．成果指向型配分枠の採択自治体の取組状況について ３．その他

４．年度の取り扱い

○　評価対象となる取組年度と、評価指標との関係は下図のとおりである。

■評価の実施年度と評価対象年度



評価対象の取組年度	2017年	2018年	2019年	2019年	2021年	2022年	2023年	2024年	2025年	2026年
自己評価の実施時期	2018年 ６月頃	2019年 ４月頃	2020年 ５月頃	2020年 9-10月	2021年 8-10月	2022年 8-9月	2023年 8-9月	2024年 8-9月	2025年 8-9月	2026年 8-9月
見込み額の提示時期	2018年 ８月	2019年 ７月頃	2020年 ７月頃	2020年 12月末	2021年 12月末	2022年 12月末	2023年 12月末	2025年 1月	2026年 1月	－

第２章　該当状況調査結果

1．調査概要

○　厚生労働省において実施された該当状況調査結果データを基に集計を行った。

■調査概要

調査対象	①1,741 市町村（悉皆）、②47 都道府県（悉皆）
調査系統	①市町村：厚生労働省から都道府県担当者に、市町村調査の回答依頼・とりまとめを依頼 ②都道府県：厚生労働省から都道府県担当者に調査協力を依頼
主な回答者	・保険者機能強化推進交付金、介護保険保険者努力支援交付金担当者
調査手法	・自記式（Excel の電子ファイルに回答）、メール配布・メール回収 ・根拠資料は、郵送にて提出
調査期間	【令和６年度評価】 ・令和５年８月８日（火）～令和５年 10 月６日（金） 【令和７年度評価】 ・令和６年７月 25 日（木）～令和６年 10 月４日（金） 【令和８年度評価】 ・令和７年７月 24 日（火）～令和７年 10 月３日（金）

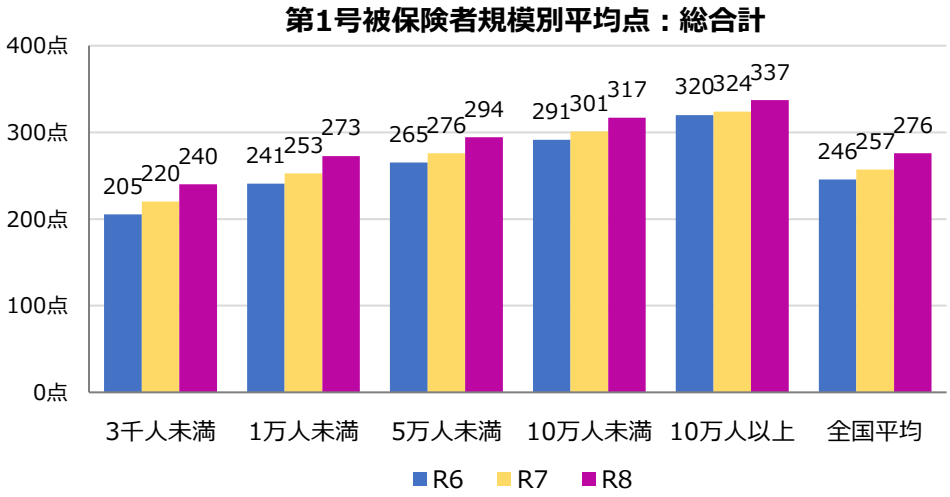
2．令和６～８年度の評価結果

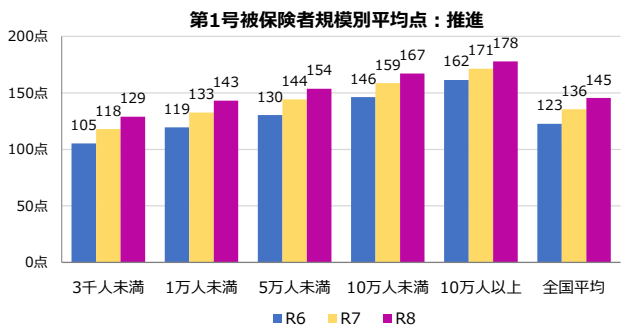
（１）令和６～８年度の従来の評価枠組みによる評価結果の推移

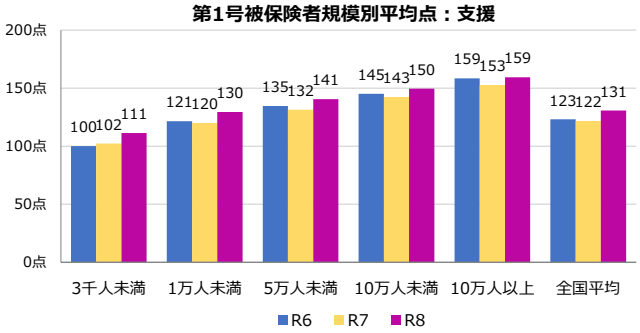
１）体制・取組指標群の平均点の推移

○　全国の３年間の体制・取組指標群の平均点をみると、毎年度、10点以上の上昇がみられた。
○　第１号被保険者規模別でも、同様に３年間で上昇傾向がみられた。

■平均点



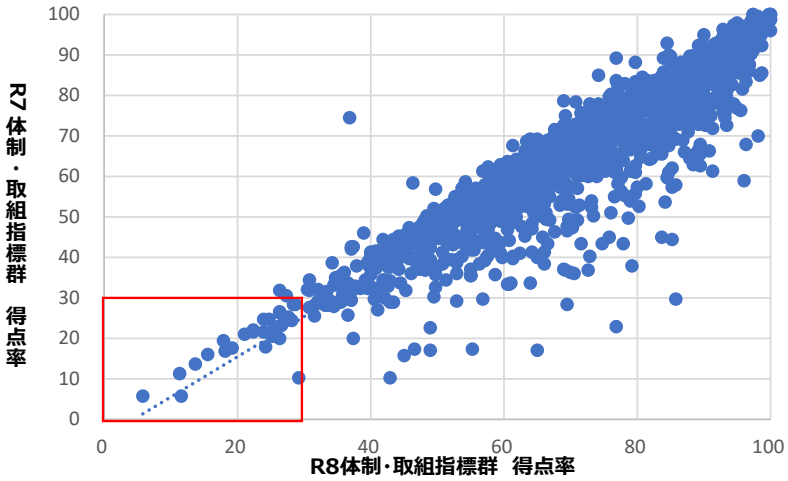




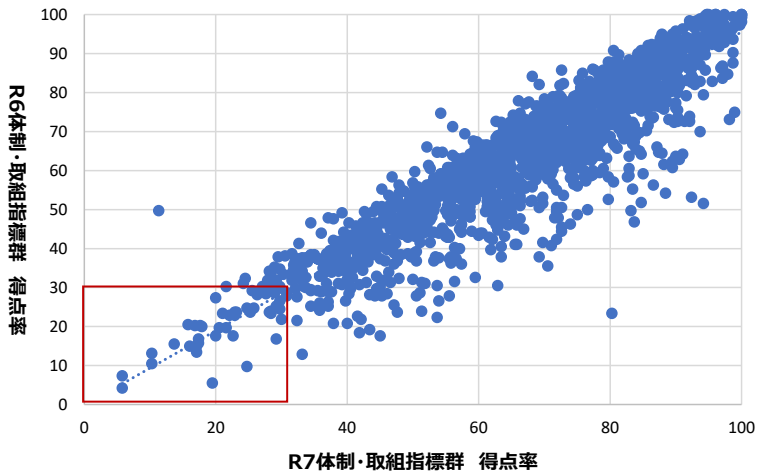
2）体制・取組指標群の得点率の伸び

○　体制・取組指標群の得点率が、令和７年度及び令和８年度ともに30%未満の市町村は1,741件のうち27件であり、令和６年度及び令和７年度ともに30%未満だった42件から改善がみられた。

■令和７年度、令和８年度の体制・取組指標群の得点率の関係



■令和６年度、令和７年度の体制・取組指標群の得点率の関係

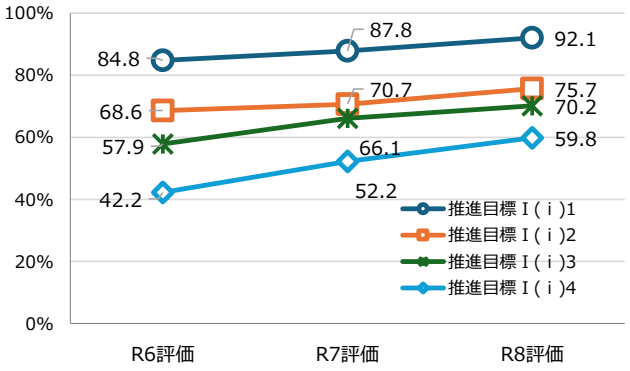


３）第１号被保険者規模別の体制・取組指標群の得点率の推移

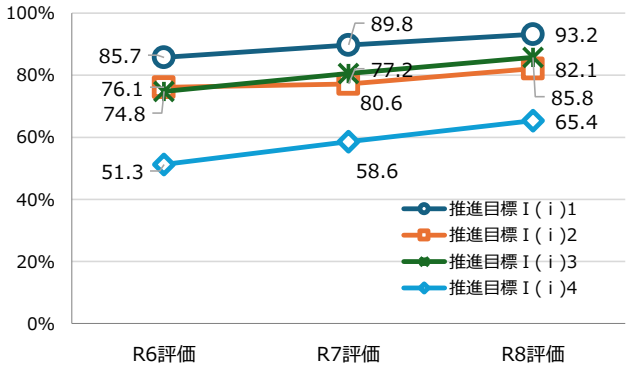
○　第１号被保険者規模別に、令和６年度～令和８年度の３か年の評価結果の推移をみたところ、見直しを行った項目を除き、上昇傾向がみられた。
※見直しを行った項目：令和７年度は「支援　目標Ⅰ（ｉ）７の一部見直し」「支援　目標Ⅱ（ｉ）３の追加」（支援目標Ⅱ（ｉ）計）、令和８年度は「支援　目標Ⅰ（ｉ）６の一部見直し」等

■推進Ⅰ　持続可能な地域のあるべき姿をかたちにする

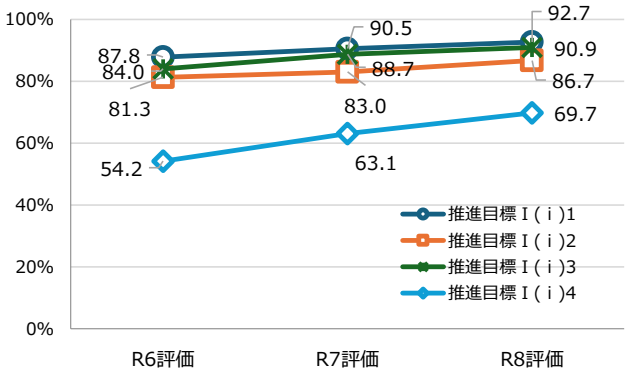
（ｉ）体制･取組指標群3千人未満



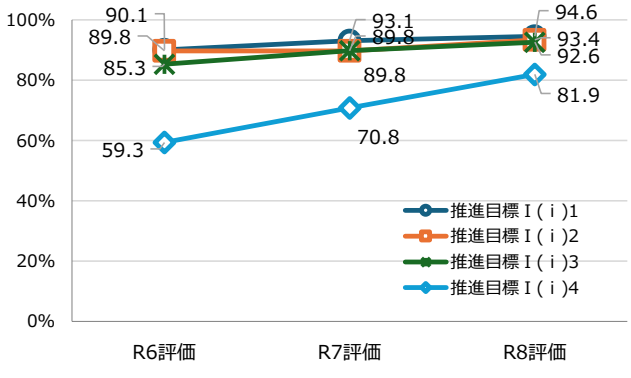
（ｉ）体制･取組指標群1万人未満



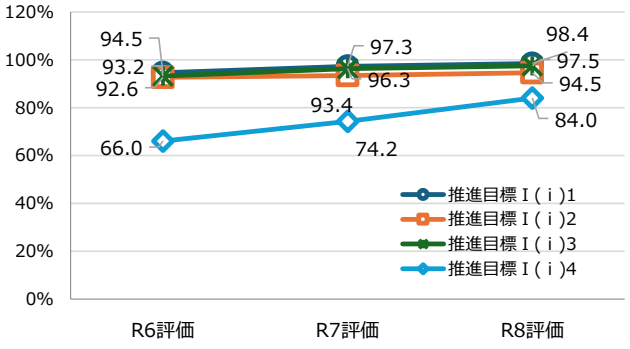
（ｉ）体制･取組指標群5万人未満



（ｉ）体制･取組指標群10万人未満

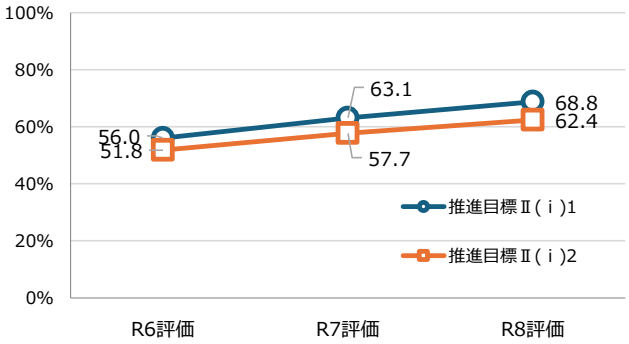


（ｉ）体制･取組指標群10万人以上

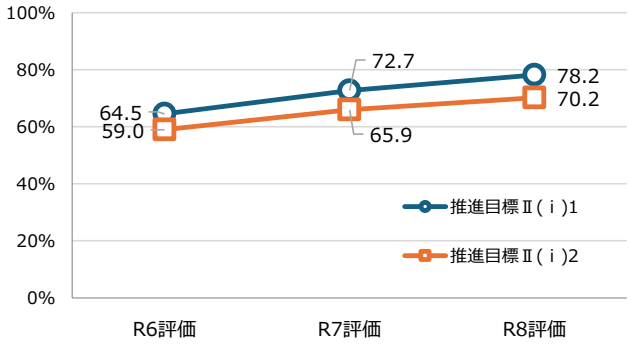


■推進Ⅱ　公正・公平な給付を行う体制を構築する

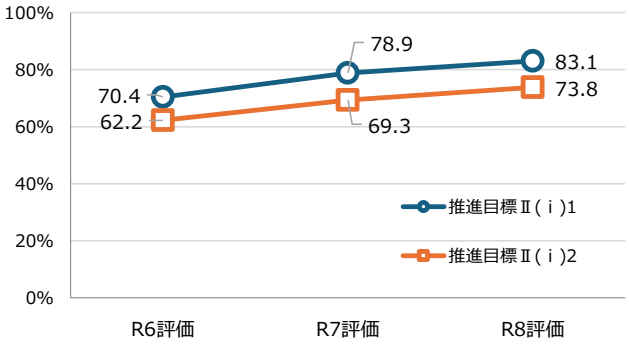
（ｉ）体制･取組指標群3千人未満



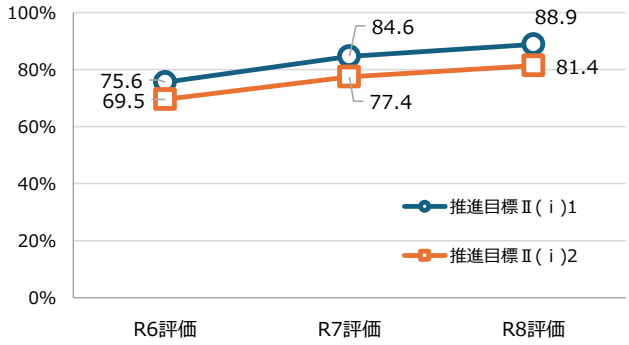
（ｉ）体制･取組指標群1万人未満



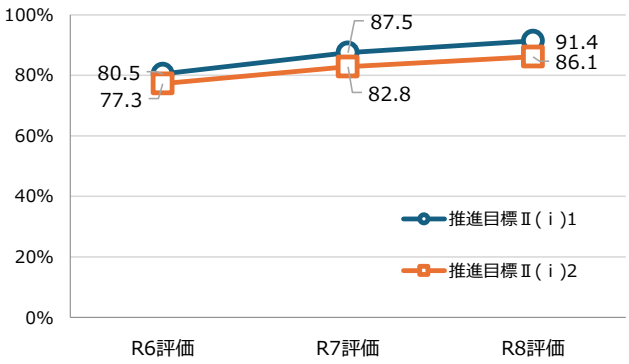
（ｉ）体制･取組指標群5万人未満



（ｉ）体制･取組指標群10万人未満

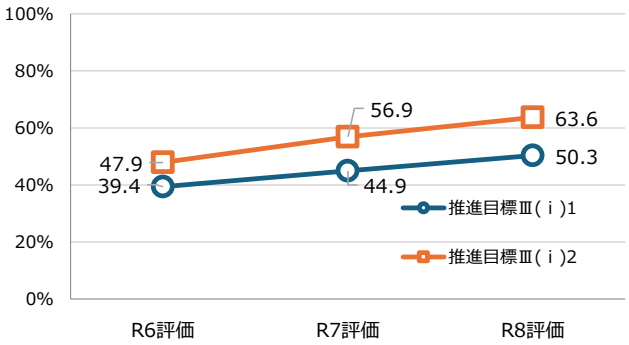


（ｉ）体制･取組指標群10万人以上

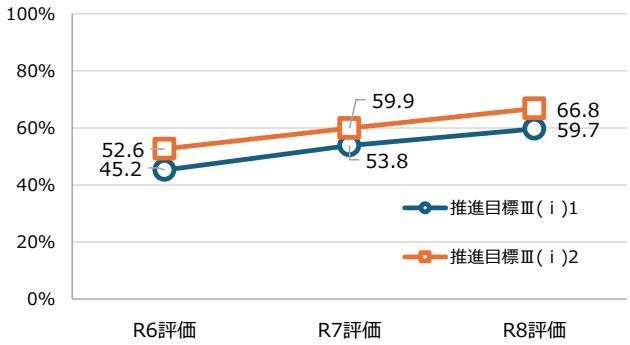


■推進Ⅲ　介護人材の確保その他のサービス提供基盤の整備を推進する

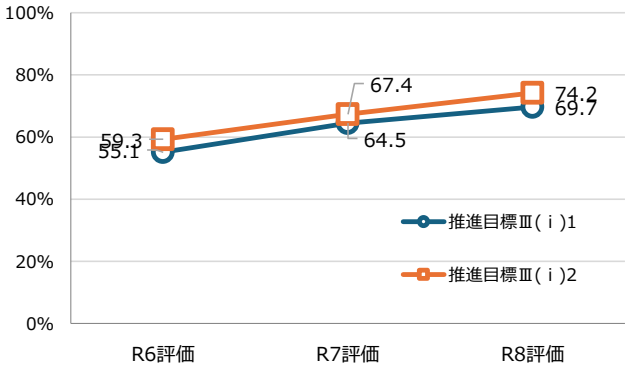
（ｉ）体制･取組指標群3千人未満



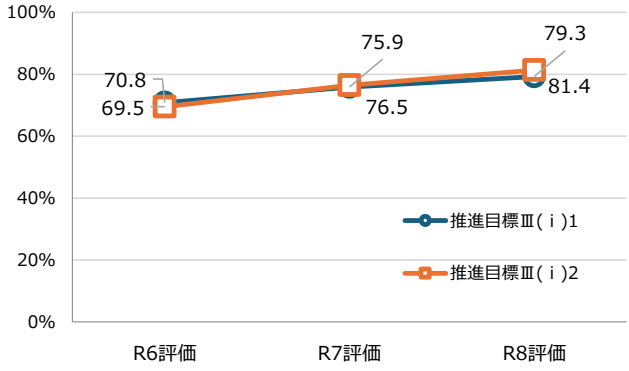
（ｉ）体制･取組指標群1万人未満



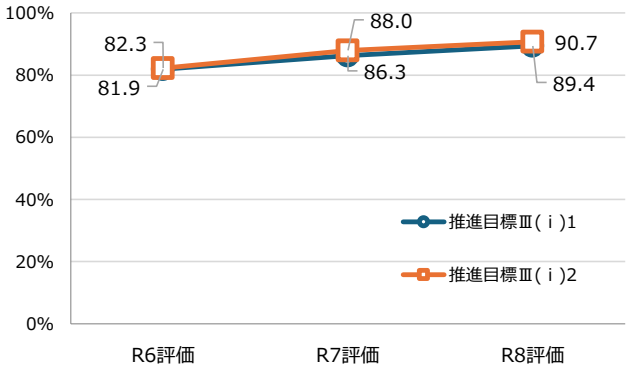
（ｉ）体制･取組指標群5万人未満



（ｉ）体制･取組指標群10万人未満

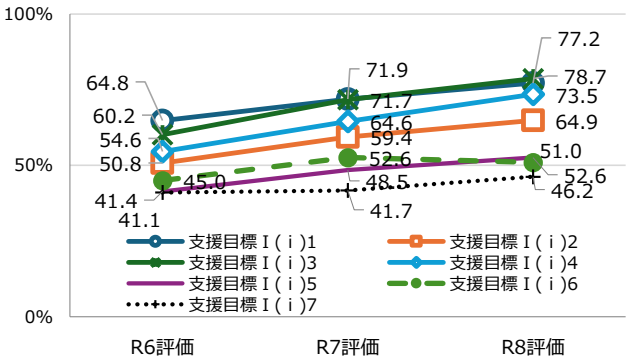


（ｉ）体制･取組指標群10万人以上

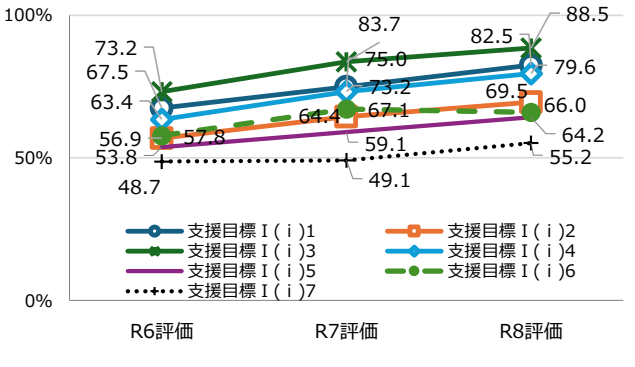


■支援Ⅰ　介護予防/日常生活支援を推進する

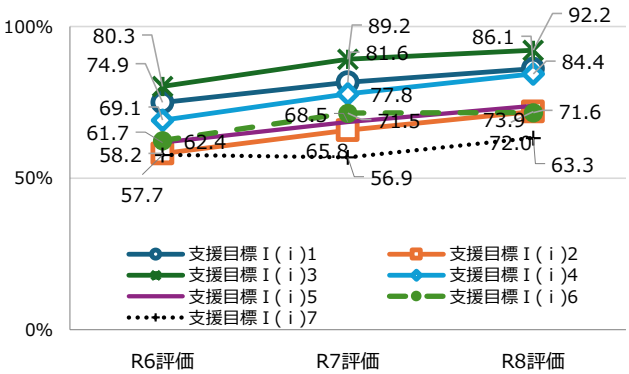
（ｉ）体制･取組指標群3千人未満



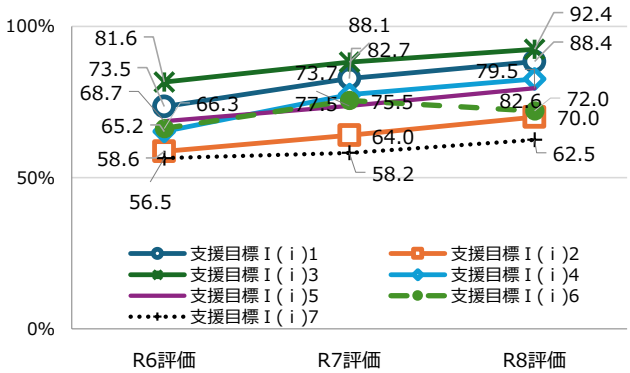
（ｉ）体制･取組指標群1万人未満

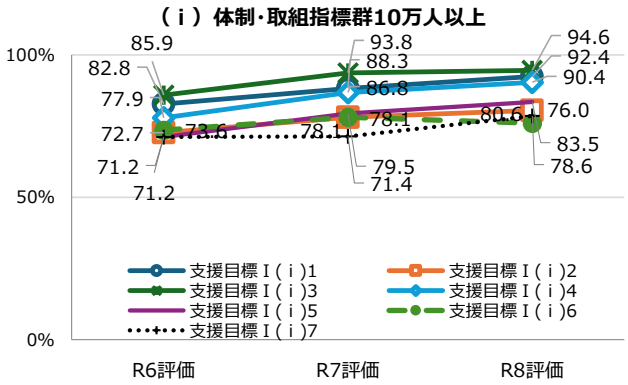


（ｉ）体制･取組指標群5万人未満

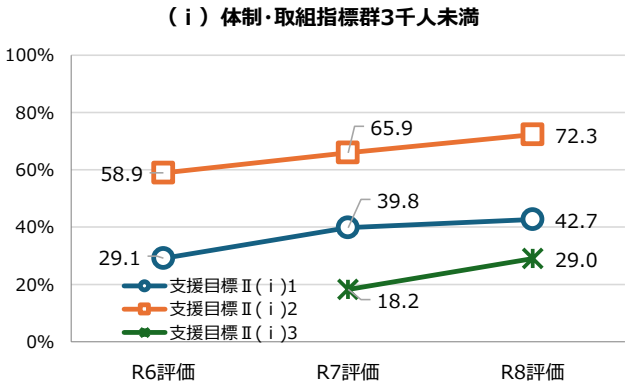


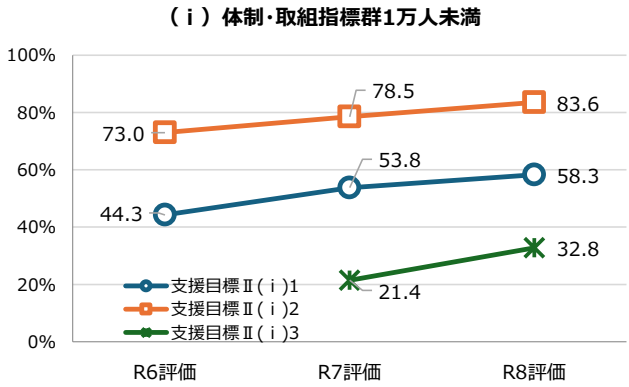
（ｉ）体制･取組指標群10万人未満

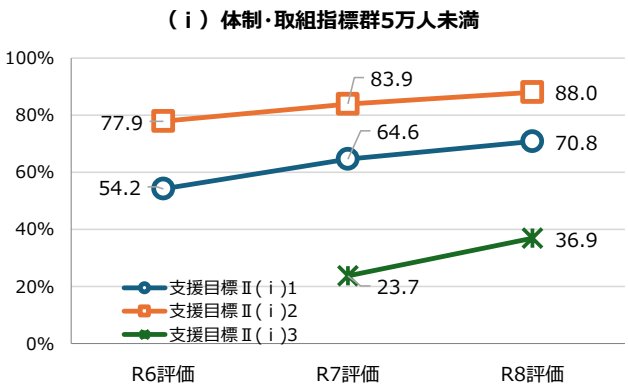


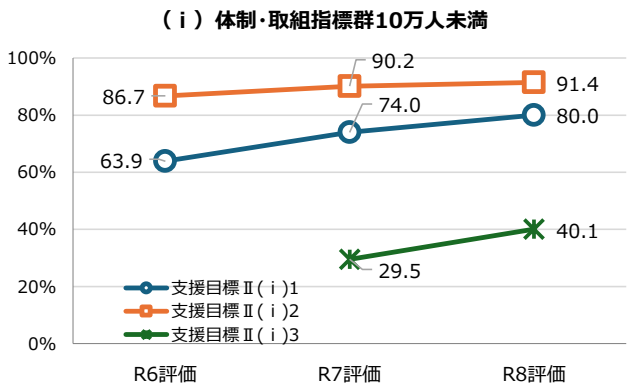


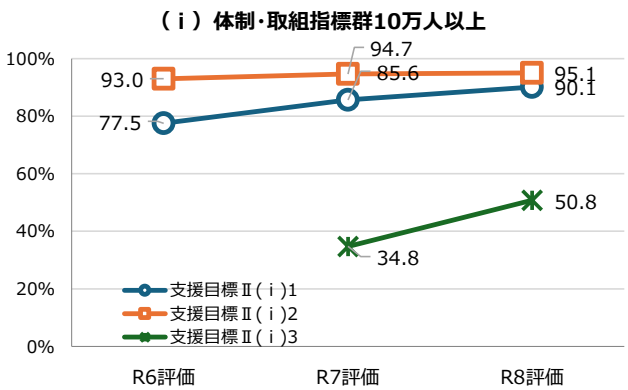
■支援Ⅱ　認知症総合支援を推進する





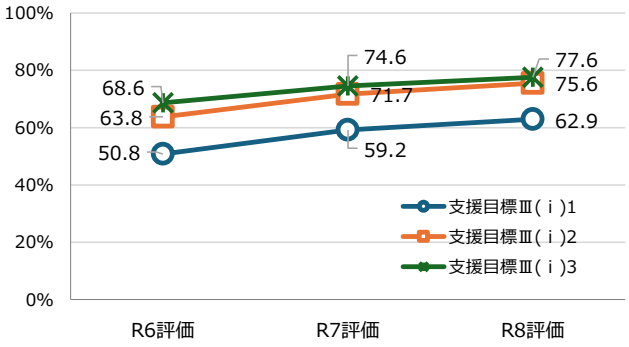




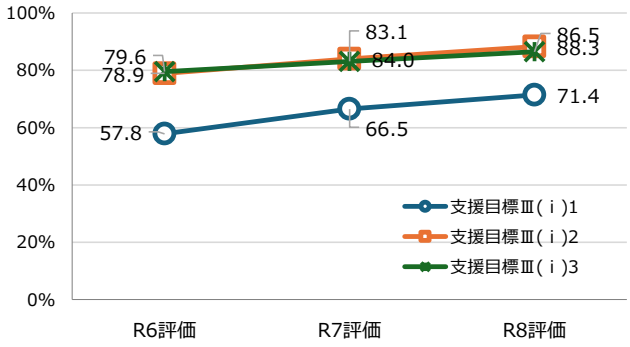


■支援Ⅲ　在宅医療・在宅介護連携の体制を構築する

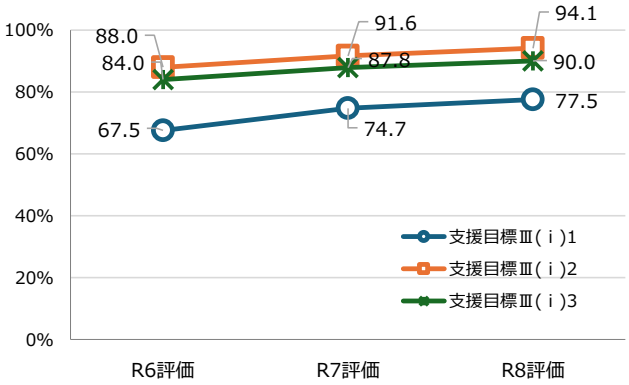
（ｉ）体制･取組指標群3千人未満



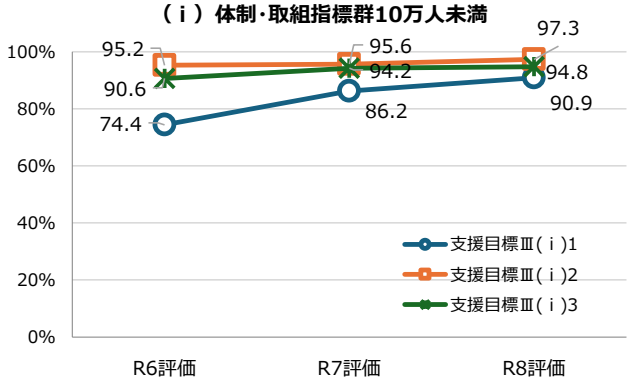
（ｉ）体制･取組指標群1万人未満



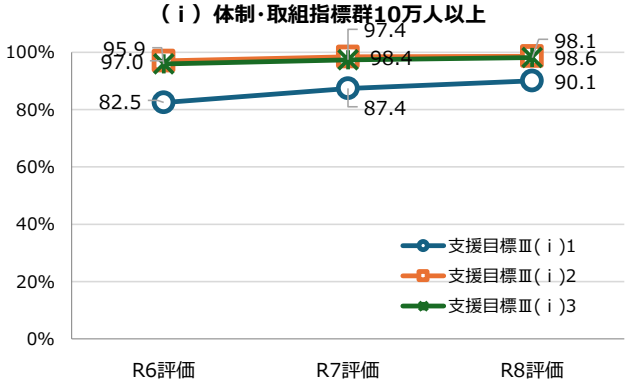
（ｉ）体制･取組指標群5万人未満



（ｉ）体制･取組指標群10万人未満



（ｉ）体制･取組指標群10万人以上



■第１号被保険者規模別の体制・取組指標群の得点率の推移

※赤文字は、前年度よりも得点率が下がった指標。いずれも指標の見直しを行っている。

	3千人未満			1万人未満			5万人未満			10万人未満			10万人以上		
	R6評価	R7評価	R8評価	R6評価	R7評価	R8評価	R6評価	R7評価	R8評価	R6評価	R7評価	R8評価	R6評価	R7評価	R8評価
推進目標Ⅰ(ⅰ)1	84.8	87.8	92.1	85.7	89.8	93.2	87.8	90.5	92.7	90.1	93.1	94.6	94.5	97.3	98.4
推進目標Ⅰ(ⅰ)2	68.6	70.7	75.7	76.1	77.2	82.1	81.3	83.0	86.7	89.8	89.8	93.4	92.6	93.4	94.5
推進目標Ⅰ(ⅰ)3	57.9	66.1	70.2	74.8	80.6	85.8	84.0	88.7	90.9	85.3	89.8	92.6	93.2	96.3	97.5
推進目標Ⅰ(ⅰ)4	42.2	52.2	59.8	51.3	58.6	65.4	54.2	63.1	69.7	59.3	70.8	81.9	66.0	74.2	84.0
推進目標Ⅰ（ⅰ）計	63.4	69.2	74.5	72.0	76.5	81.6	76.8	81.3	85.0	81.1	85.9	90.6	86.6	90.3	93.6
推進目標Ⅱ(ⅰ)1	56.0	63.1	68.8	64.5	72.7	78.2	70.4	78.9	83.1	75.6	84.6	88.9	80.5	87.5	91.4
推進目標Ⅱ(ⅰ)2	51.8	57.7	62.4	59.0	65.9	70.2	62.2	69.3	73.8	69.5	77.4	81.4	77.3	82.8	86.1
推進目標Ⅱ（ⅰ）計	53.8	60.3	65.4	61.6	69.1	73.9	66.1	73.8	78.2	72.4	80.8	84.9	78.8	85.0	88.6
推進目標Ⅲ(ⅰ)1	39.4	44.9	50.3	45.2	53.8	59.7	55.1	64.5	69.7	70.8	75.9	79.3	81.9	86.3	89.4
推進目標Ⅲ(ⅰ)2	47.9	56.9	63.6	52.6	59.9	66.8	59.3	67.4	74.2	69.5	76.5	81.4	82.3	88.0	90.7
推進目標Ⅲ（ⅰ）計	43.9	51.3	57.4	49.2	57.1	63.5	57.3	66.0	72.1	70.1	76.2	80.4	82.1	87.2	90.1
支援目標Ⅰ(ⅰ)1	64.8	71.9	77.2	67.5	75.0	82.5	74.9	81.6	86.1	73.5	82.7	88.4	82.8	88.3	92.4
支援目標Ⅰ(ⅰ)2	50.8	59.4	64.9	56.9	64.4	69.5	58.2	65.8	72.0	58.6	64.0	70.0	72.7	78.1	80.6
支援目標Ⅰ(ⅰ)3	60.2	71.7	78.7	73.2	83.7	88.5	80.3	89.2	92.2	81.6	88.1	92.4	85.9	93.8	94.6
支援目標Ⅰ(ⅰ)4	54.6	64.6	73.5	63.4	73.2	79.6	69.1	77.8	84.4	65.2	77.5	82.6	77.9	86.8	90.4
支援目標Ⅰ(ⅰ)5	41.4	48.5	52.6	53.8	59.1	64.2	61.7	68.5	73.9	68.7	73.7	79.5	71.2	79.5	83.5
支援目標Ⅰ(ⅰ)6	45.0	52.6	51.0	57.8	67.1	66.0	62.4	71.5	71.6	66.3	75.5	72.0	73.6	78.1	76.0
支援目標Ⅰ(ⅰ)7	41.1	41.7	46.2	48.7	49.1	55.2	57.7	56.9	63.3	56.5	58.2	62.5	71.2	71.4	78.6
推進目標Ⅰ（ⅰ）計	50.6	58.2	62.8	59.8	67.1	71.7	65.7	72.5	77.0	66.7	73.7	77.5	76.1	81.9	84.5
支援目標Ⅱ(ⅰ)1	29.1	39.8	42.7	44.3	53.8	58.3	54.2	64.6	70.8	63.9	74.0	80.0	77.5	85.6	90.1
支援目標Ⅱ(ⅰ)2	58.9	65.9	72.3	73.0	78.5	83.6	77.9	83.9	88.0	86.7	90.2	91.4	93.0	94.7	95.1
支援目標Ⅱ(ⅰ)3	／	18.2	29.0	／	21.4	32.8	／	23.7	36.9	／	29.5	40.1	／	34.8	50.8
推進目標Ⅱ（ⅰ）計	51.5	40.8	47.2	65.7	51.0	57.8	73.5	57.5	65.3	80.6	64.9	70.9	89.0	72.4	79.3
支援目標Ⅲ(ⅰ)1	50.8	59.2	62.9	57.8	66.5	71.4	67.5	74.7	77.5	74.4	86.2	90.9	82.5	87.4	90.1
支援目標Ⅲ(ⅰ)2	63.8	71.7	75.6	78.9	84.0	88.3	88.0	91.6	94.1	95.2	95.6	97.3	97.0	98.4	98.6
支援目標Ⅲ(ⅰ)3	68.6	74.6	77.6	79.6	83.1	86.5	84.0	87.8	90.0	90.6	94.2	94.8	95.9	97.4	98.1
推進目標Ⅲ（ⅰ）計	60.3	67.8	71.4	71.1	77.0	81.3	78.9	84.0	86.5	85.8	91.6	94.1	91.1	93.9	95.2

４）地域特性別の体制・取組指標群の得点率の推移

○　地域特性として、過疎地域かどうか、高齢者人口の今後の伸びの状況の２点から整理した。

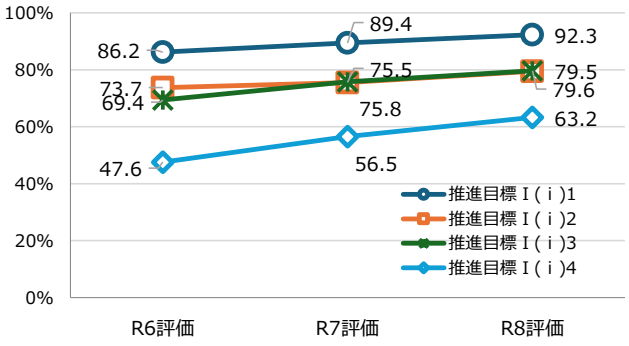
【過疎地域の該当状況：過疎地域／過疎地域外】
- 「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法」の要件に該当するかどうかで区分。
- 「過疎地域」には下記を含み、全1,741市町村のうち885市町村が該当する（過疎地域外は856市町村）。
  - 過疎地域市町村
  - 過疎地域とみなされる市町村（みなし過疎）
  - 過疎地域とみなされる区域のある市町村（一部過疎）

【高齢者人口の今後の伸び：区分１／区分２／区分３】
- 国勢調査の実績値及び「日本の地域別将来推計人口　令和5（2023）年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）の５年ごとの高齢者人口の推移を基に、次のように整理した。
  - 区分１：2025年までに高齢者人口がピークを迎えた1,085市町村
  - 区分２：2040年まで高齢者人口が増加を続ける443市町村
  - 区分３：上記以外の213市町村

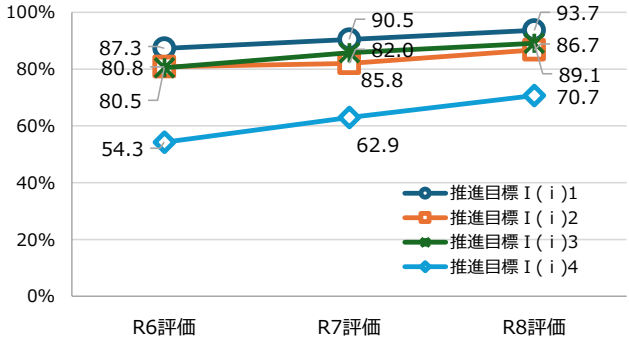
○　地域特性別に、令和６年度～令和８年度の３か年の評価結果の推移をみたところ、見直しを行った項目を除き、上昇傾向がみられた。
※見直しを行った項目：令和７年度は「支援　目標Ⅰ（ⅰ）７の一部見直し」「支援　目標Ⅱ（ⅰ）３の追加」（支援目標Ⅱ（ⅰ）計）、令和８年度は「支援　目標Ⅰ（ⅰ）６の一部見直し」など

■推進Ⅰ　持続可能な地域のあるべき姿をかたちにする

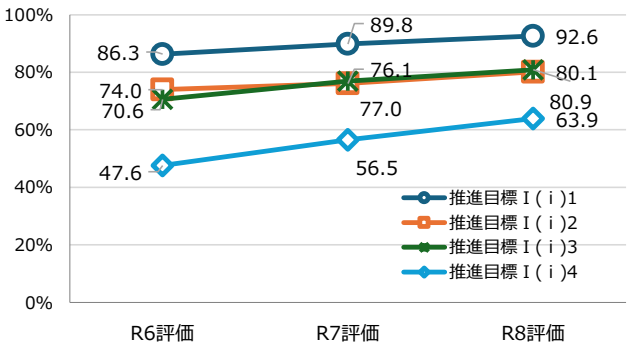
（ⅰ）体制･取組指標群＜過疎地域＞



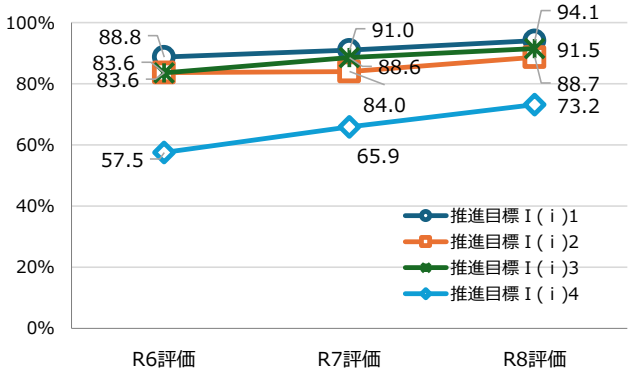
（ⅰ）体制･取組指標群＜過疎地域外＞



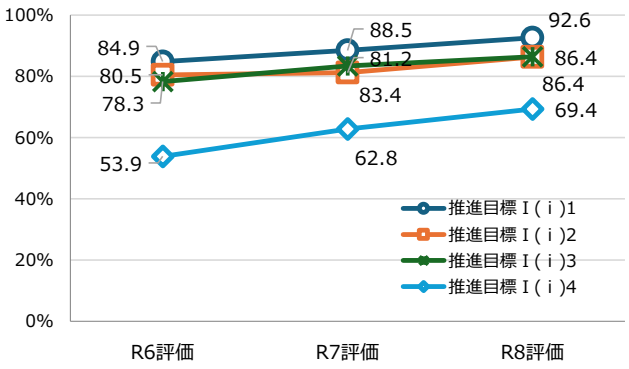
（ⅰ）体制･取組指標群＜区分１＞



（ⅰ）体制･取組指標群＜区分２＞

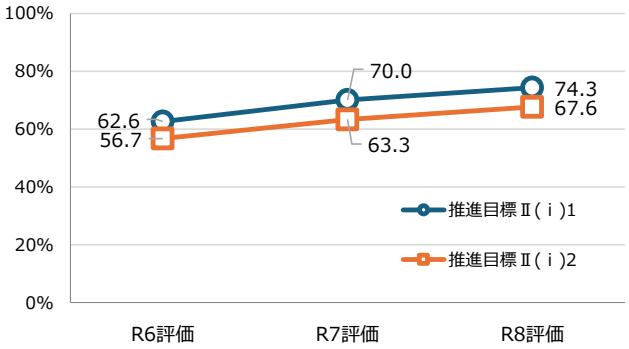


（ｉ）体制･取組指標群＜区分３＞

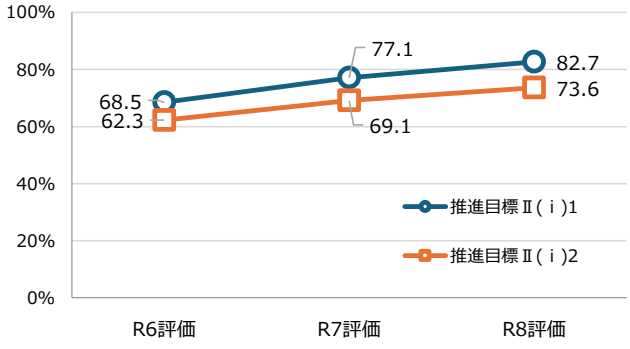


■推進Ⅱ　公正・公平な給付を行う体制を構築する

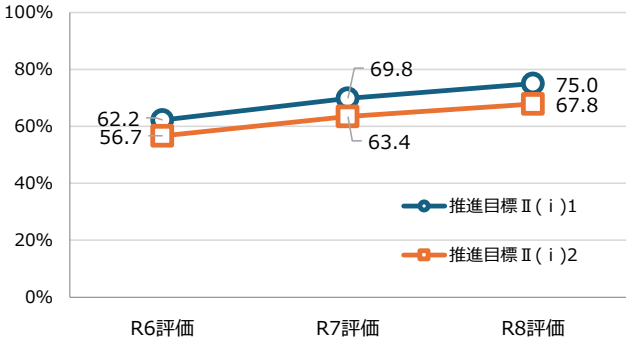
（ｉ）体制･取組指標群＜過疎地域＞



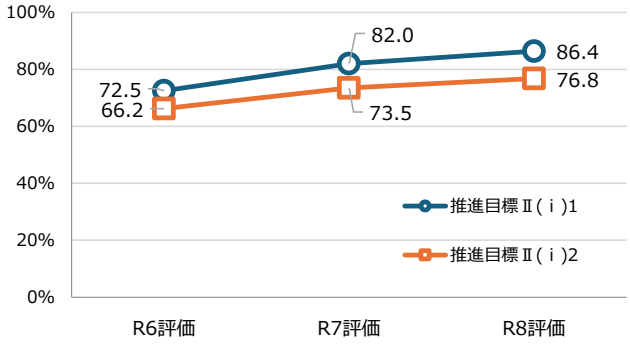
（ｉ）体制･取組指標群＜過疎地域外＞



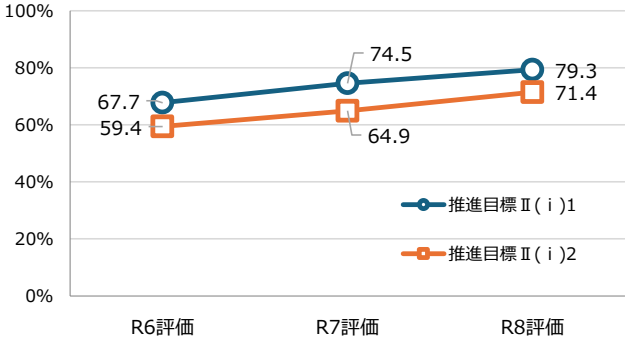
（ｉ）体制･取組指標群＜区分１＞



（ｉ）体制･取組指標群＜区分２＞

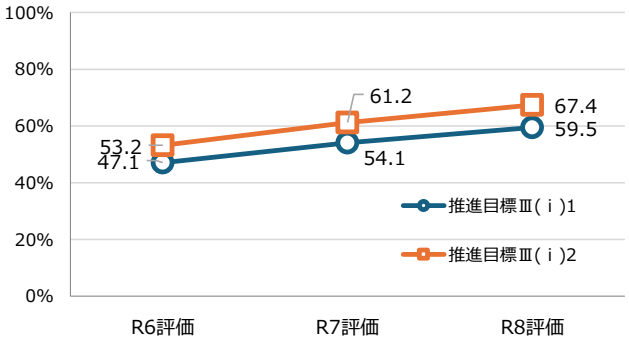


（ｉ）体制･取組指標群＜区分３＞

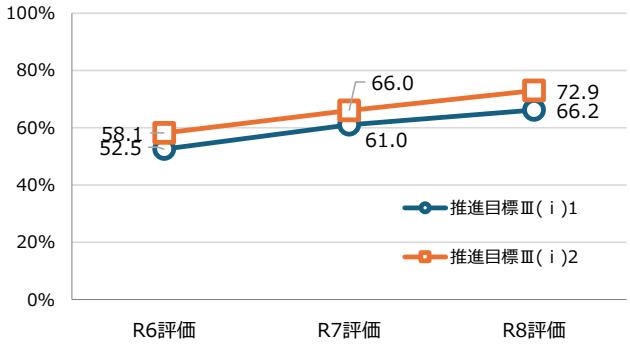


■推進Ⅲ　介護人材の確保その他のサービス提供基盤の整備を推進する

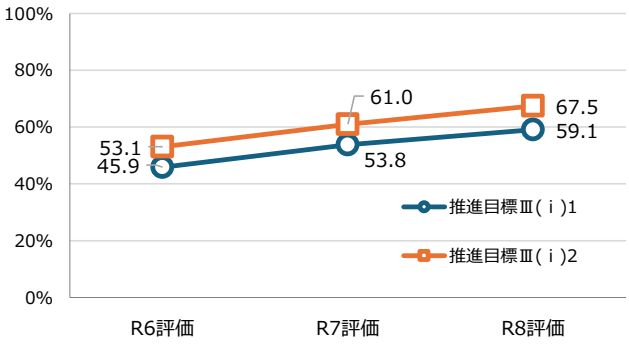
（ｉ）体制･取組指標群<過疎地域>



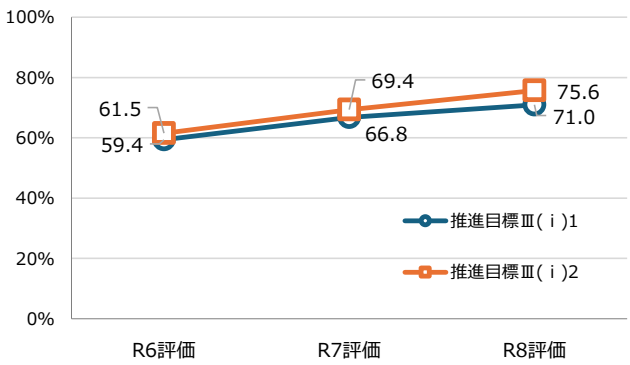
（ｉ）体制･取組指標群<過疎地域外>



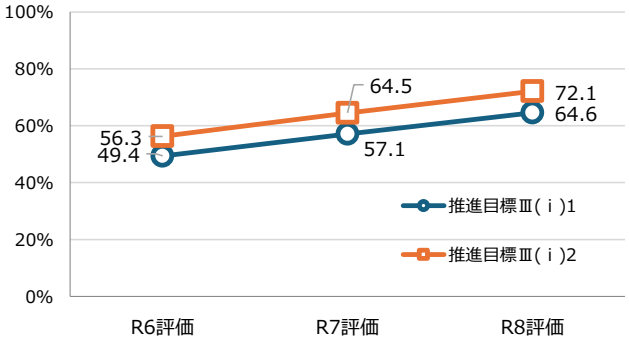
（ｉ）体制･取組指標群<区分１>



（ｉ）体制･取組指標群<区分２>

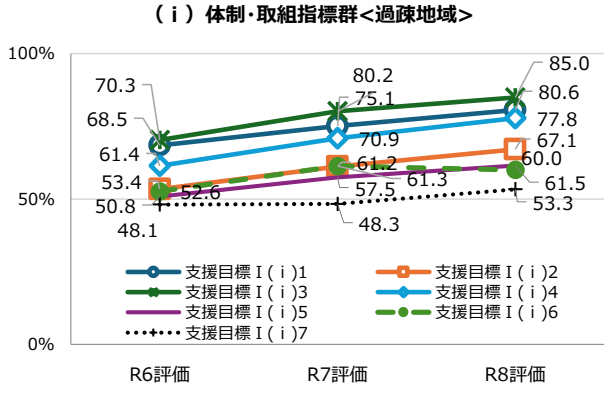


（ｉ）体制･取組指標群<区分３>

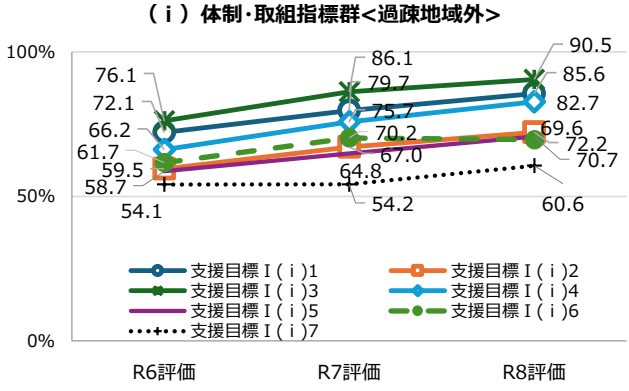


■支援Ⅰ　介護予防/日常生活支援を推進する

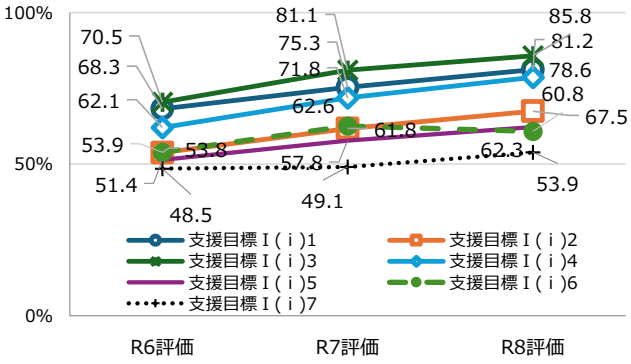
（ｉ）体制･取組指標群<過疎地域>



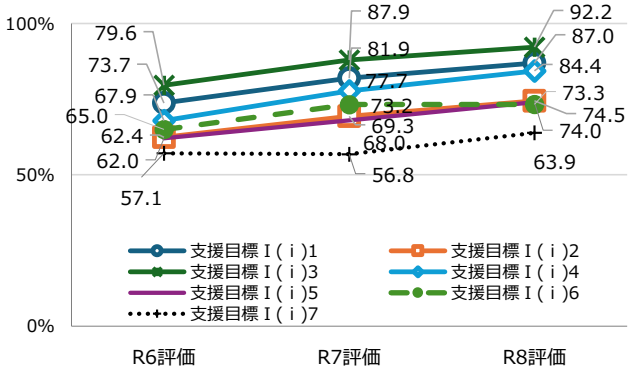
（ｉ）体制･取組指標群<過疎地域外>



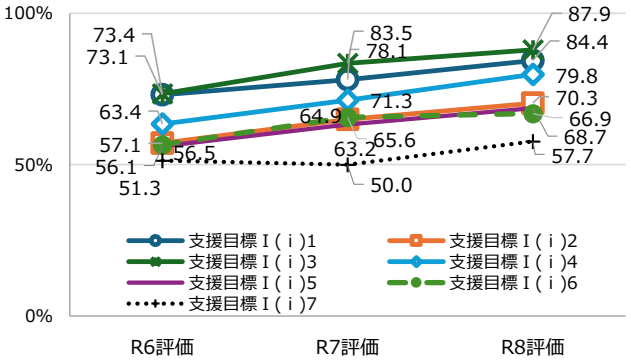
（ｉ）体制･取組指標群<区分１>



（ｉ）体制･取組指標群<区分２>

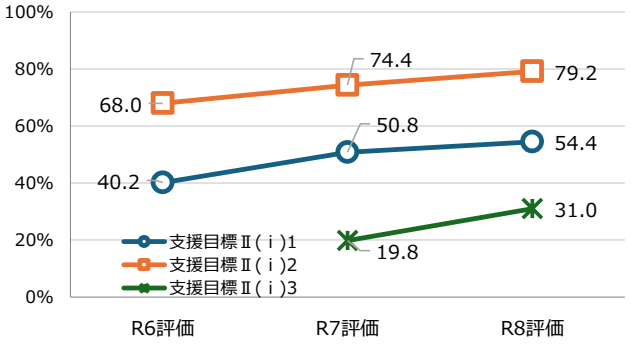


（ｉ）体制･取組指標群<区分３>

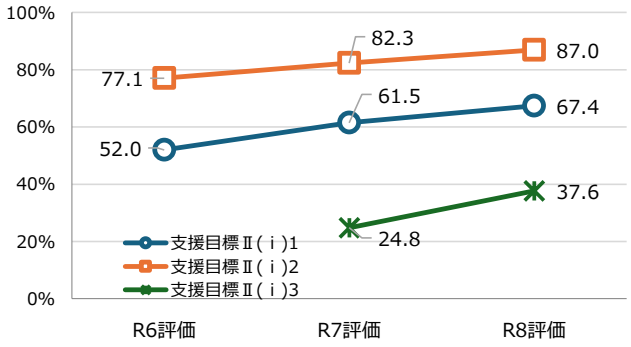


■支援Ⅱ　認知症総合支援を推進する

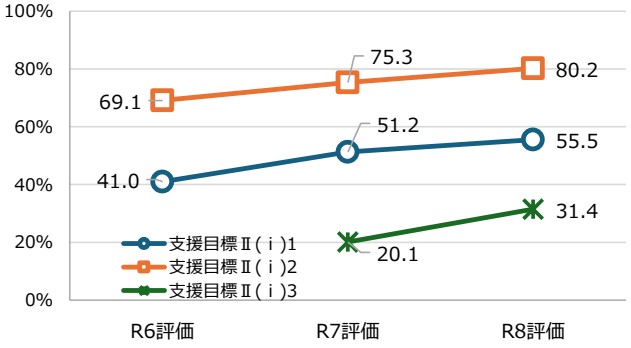
（ｉ）体制･取組指標群<過疎地域>



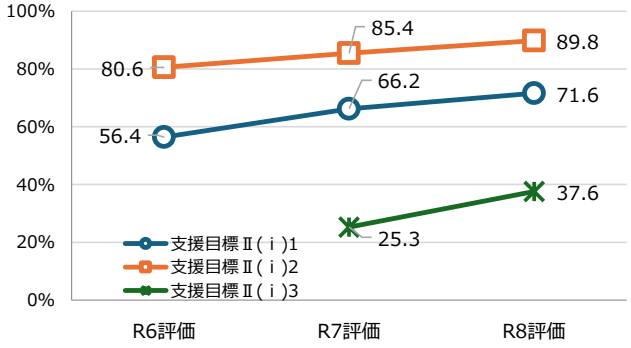
（ｉ）体制･取組指標群<過疎地域外>



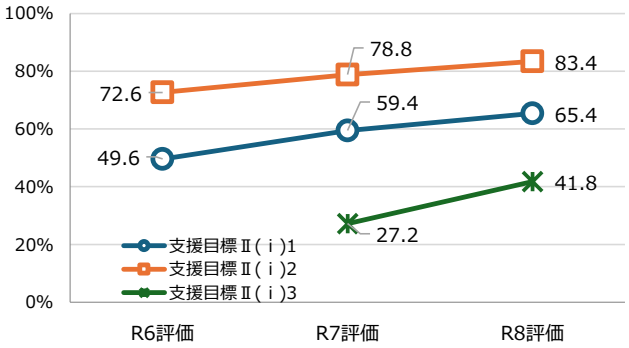
（ｉ）体制･取組指標群<区分１>



（ｉ）体制･取組指標群<区分２>

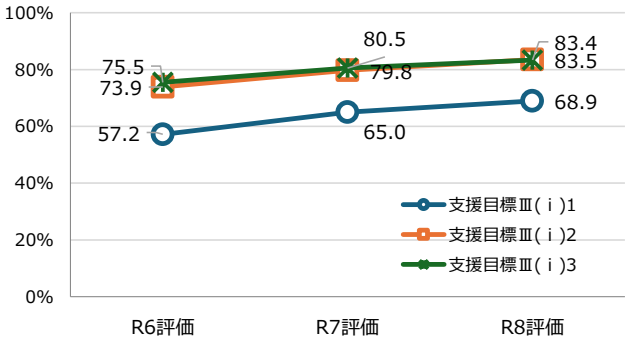


（ｉ）体制･取組指標群＜区分３＞

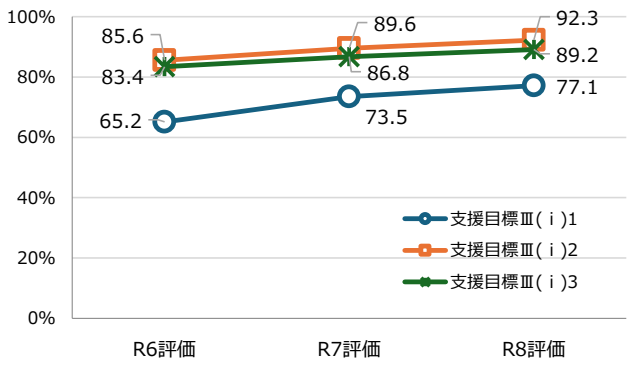


■支援Ⅲ　在宅医療・在宅介護連携の体制を構築する

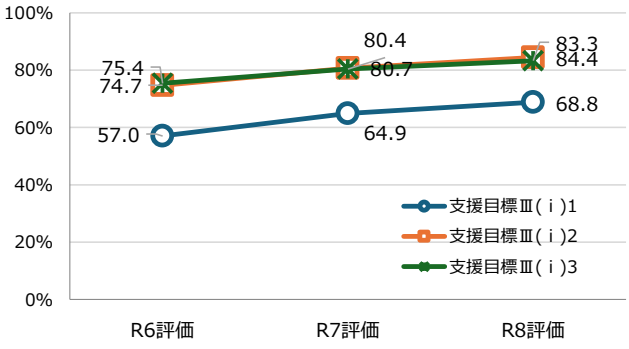
（ｉ）体制･取組指標群＜過疎地域＞



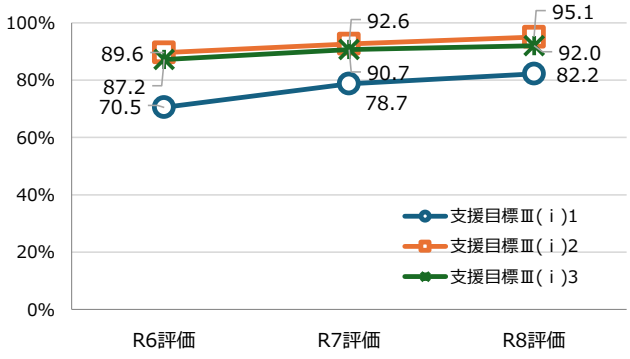
（ｉ）体制･取組指標群＜過疎地域外＞



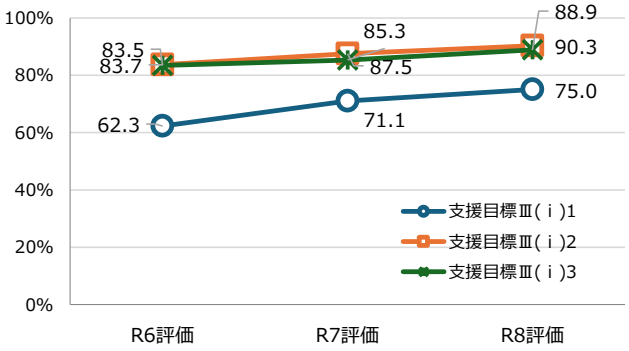
（ｉ）体制･取組指標群＜区分１＞



（ｉ）体制･取組指標群＜区分２＞



（ｉ）体制･取組指標群＜区分３＞



■地域特性別の体制・取組指標群の得点率の推移

※赤文字は、前年度よりも得点率が下がった指標。いずれも指標の見直しを行っている。

	過疎地域			過疎地域外			区分１			区分２			区分３		
	R6評価	R7評価	R8評価	R6評価	R7評価	R8評価	R6評価	R7評価	R8評価	R6評価	R7評価	R8評価	R6評価	R7評価	R8評価
目標Ⅰ(ⅰ)1	86.2	89.4	92.3	87.3	90.5	93.7	86.3	89.8	92.6	88.8	91.0	94.1	84.9	88.5	92.6
目標Ⅰ(ⅰ)2	73.7	75.5	79.5	80.8	82.0	86.7	74.0	76.1	80.1	83.6	84.0	88.7	80.5	81.2	86.4
目標Ⅰ(ⅰ)3	69.4	75.8	79.6	80.5	85.8	89.1	70.6	77.0	80.9	83.6	88.6	91.5	78.3	83.4	86.4
目標Ⅰ(ⅰ)4	47.6	56.5	63.2	54.3	62.9	70.7	47.6	56.5	63.9	57.5	65.9	73.2	53.9	62.8	69.4
目標Ⅰ（ⅰ）計	69.2	74.3	78.7	75.7	80.3	85.1	69.6	74.8	79.4	78.4	82.4	86.9	74.4	79.0	83.7
目標Ⅱ(ⅰ)1	62.6	70.0	74.3	68.5	77.1	82.7	62.2	69.8	75.0	72.5	82.0	86.4	67.7	74.5	79.3
目標Ⅱ(ⅰ)2	56.7	63.3	67.6	62.3	69.1	73.6	56.7	63.4	67.8	66.2	73.5	76.8	59.4	64.9	71.4
目標Ⅱ（ⅰ）計	59.5	66.5	70.8	65.2	72.9	77.9	59.3	66.4	71.2	69.2	77.5	81.3	63.3	69.4	75.1
目標Ⅲ(ⅰ)1	47.1	54.1	59.5	52.5	61.0	66.2	45.9	53.8	59.1	59.4	66.8	71.0	49.4	57.1	64.6
目標Ⅲ(ⅰ)2	53.2	61.2	67.4	58.1	66.0	72.9	53.1	61.0	67.5	61.5	69.4	75.6	56.3	64.5	72.1
目標Ⅲ（ⅰ）計	50.3	57.9	63.7	55.5	63.7	69.8	49.7	57.6	63.5	60.5	68.1	73.5	53.0	61.0	68.6
目標Ⅰ(ⅰ)1	68.5	75.1	80.6	72.1	79.7	85.6	68.3	75.3	81.2	73.7	81.9	87.0	73.1	78.1	84.4
目標Ⅰ(ⅰ)2	53.4	61.2	67.1	59.5	67.0	72.2	53.8	61.8	67.5	62.4	69.3	74.5	57.1	64.9	70.3
目標Ⅰ(ⅰ)3	70.3	80.2	85.0	76.1	86.1	90.5	70.5	81.1	85.8	79.6	87.9	92.2	73.4	83.5	87.9
目標Ⅰ(ⅰ)4	61.4	70.9	77.8	66.2	75.7	82.7	62.1	71.8	78.6	67.9	77.7	84.4	63.4	71.3	79.8
目標Ⅰ(ⅰ)5	50.8	57.5	61.5	58.7	64.8	70.7	51.4	57.8	62.3	62.0	68.0	74.0	56.1	63.2	68.7
目標Ⅰ(ⅰ)6	52.6	61.3	60.0	61.7	70.2	69.6	53.9	62.6	60.8	65.0	73.2	73.3	56.5	65.6	66.9
目標Ⅰ(ⅰ)7	48.1	48.3	53.3	54.1	54.2	60.6	48.5	49.1	53.9	57.1	56.8	63.9	51.3	50.0	57.7
目標Ⅰ（ⅰ）計	57.3	64.4	68.7	63.6	70.7	75.4	57.8	65.2	69.3	66.4	73.2	77.9	61.0	67.7	73.1
目標Ⅱ(ⅰ)1	40.2	50.8	54.4	52.0	61.5	67.4	41.0	51.2	55.5	56.4	66.2	71.6	49.6	59.4	65.4
目標Ⅱ(ⅰ)2	68.0	74.4	79.2	77.1	82.3	87.0	69.1	75.3	80.2	80.6	85.4	89.8	72.6	78.8	83.4
目標Ⅱ(ⅰ)3	／	19.8	31.0	／	24.8	37.6	／	20.1	31.4	／	25.3	37.6	／	27.2	41.8
目標Ⅱ（ⅰ）計	61.5	48.1	54.4	71.3	56.2	63.9	62.3	48.6	55.3	75.0	59.1	66.3	68.5	55.1	63.4
目標Ⅲ(ⅰ)1	57.2	65.0	68.9	65.2	73.5	77.1	57.0	64.9	68.8	70.5	78.7	82.2	62.3	71.1	75.0
目標Ⅲ(ⅰ)2	73.9	79.8	83.5	85.6	89.6	92.3	74.7	80.7	84.4	89.6	92.6	95.1	83.7	87.5	90.3
目標Ⅲ(ⅰ)3	75.5	80.5	83.4	83.4	86.8	89.2	75.4	80.4	83.3	87.2	90.7	92.0	83.5	85.3	88.9
目標Ⅲ（ⅰ）計	68.0	74.4	77.9	77.1	82.6	85.5	68.2	74.6	78.1	81.6	86.7	89.2	75.4	80.6	84.0

５）都道府県の得点率の推移

○　都道府県の令和６年度～令和８年度の３か年の（ｉ）体制・取組指標群の評価結果の推移をみたところ、見直しを行った項目を除き、上昇傾向がみられた。
※見直しを行った項目：令和８年度は「支援　目標Ⅰ（ｉ）５の一部見直し」「支援　目標Ⅱ（ｉ）１の見直し」など

■都道府県の得点率の推移

※赤文字は、前年度よりも得点率が下がった指標。いずれも指標の見直しを行っている。

指標内容		R6	R7	R8
推進-目標Ⅰ(ｉ)-1	管内における地域課題の解決や地域差（管内市町村間の一人当たり給付費の差）の把握・分析、その改善に向けた市町村支援を実施しているか。	86.9	93.1	95.4
推進-目標Ⅰ(ｉ)-2	保険者機能強化推進交付金等に係る評価結果を活用し、管内市町村間の比較、課題分析、その改善に向けた取組を実施しているか。	73.2	78.3	81.4
推進-目標Ⅰ(ⅱ)-1	今年度の評価得点	39.4	39.4	39.4
推進-目標Ⅰ(ⅱ)-2	今年度の管内市町村全体の平均得点	38.8	38.8	38.8
推進-目標Ⅰ(ⅱ)-3	管内市町村における１人当たり給付費の差の状況	38.8	38.8	38.8
推進-目標Ⅰ(ⅱ)-4	管内市町村における年齢調整後要介護認定率の差の状況	38.8	38.8	38.8
推進-目標Ⅰ(ⅱ)-5	市町村支援の実施状況	38.8	39.4	39.4
Ⅰ（ｉ）計		80.7	86.4	89.1
Ⅰ（ⅱ）計		38.9	39.0	39.0
Ⅰ合計		64.0	67.5	69.1
推進-目標Ⅱ(ｉ)-1	管内の介護給付費の適正化に向け、市町村支援を実施しているか。	87.5	93.6	95.2
推進-目標Ⅱ(ⅱ)-1	管内市町村のケアプラン点検の実施割合	38.8	38.8	38.8
推進-目標Ⅱ(ⅱ)-2	管内市町村の医療情報との突合の実施割合	39.4	43.6	43.1
推進-目標Ⅱ(ⅱ)-3	管内市町村の縦覧点検の実施状況	41.0	42.6	47.3
Ⅱ（ｉ）計		87.5	93.6	95.2
Ⅱ（ⅱ）計		39.7	41.7	43.1
Ⅱ合計		70.3	74.9	76.5
推進-目標Ⅲ(ｉ)-1	介護人材の将来推計を行い、人材確保に向けた具体的な目標を設定しているか。	93.2	96.2	97.9
推進-目標Ⅲ(ｉ)-2	介護人材の確保のための取組を実施しているか。	94.3	96.4	97.6
推進-目標Ⅲ(ｉ)-3	介護人材の定着・質の向上に向けた取組を実施しているか。	87.0	91.7	92.9
推進-目標Ⅲ(ｉ)-4	管内における自立支援、重度化防止、介護人材確保に関する施策等の推進に当たって、庁内・庁外における連携体制が確保されているか。	73.5	77.0	81.8
推進-目標Ⅲ(ⅱ)-1	管内市町村の高齢者人口当たりの介護職員数	38.8	38.8	38.8
推進-目標Ⅲ(ⅱ)-2	管内市町村の介護職員離職率	40.4	38.8	40.4
推進-目標Ⅲ(ⅱ)-3	管内市町村の介護職員関係職種の有効求人倍率	38.8	38.8	39.4
推進-目標Ⅲ(ⅱ)-4	管内市町村における高齢者人口当たりの59時間研修（生活援助従事者研修）及び130時間研修（介護職員初任者研修）の修了者数	38.8	38.8	38.8
推進-目標Ⅲ(ⅱ)-5	管内市町村における高齢者人口当たりの「介護に関する入門的研修」修了者数	38.8	38.8	38.8
推進-目標Ⅲ(ⅱ)-6	介護支援専門員を対象としたケアマネジメントの質の向上に関する研修（介護支援専門員法定研修を除く。）の総実施日数	41.0	39.9	42.6
推進-目標Ⅲ(ⅱ)-7	生産年齢人口に占める介護福祉士修学資金等貸付件数割合	38.8	38.8	38.8
Ⅲ（ｉ）計		85.8	89.2	91.6
Ⅲ（ⅱ）計		39.4	39.0	39.7
Ⅲ合計		72.8	75.1	77.1
推進-目標Ⅳ-1	軽度【要介護１・２】（平均要介護度の変化Ⅰ）管内市町村における短期的な平均要介護度の変化率の状況はどのようになっているか。	61.2	56.4	53.2
推進-目標Ⅳ-2	軽度【要介護１・２】（平均要介護度の変化Ⅱ）管内市町村における長期的な平均要介護度の変化率の状況はどのようになっているか。	38.8	38.8	38.8
推進-目標Ⅳ-3	中重度【要介護３～５】（平均要介護度の変化Ⅰ）管内市町村における短期的な平均要介護度の変化率の状況はどのようになっているか。	50.5	48.4	50.5
推進-目標Ⅳ-4	中重度【要介護３～５】（平均要介護度の変化Ⅱ）管内市町村における長期的な平均要介護度の変化率の状況はどのようになっているか。	38.8	38.8	38.8
推進-目標Ⅳ-5	健康寿命延伸の実現状況　管内市町村における要介護２以上の認定率、認定率の変化率の状況はどのようになっているか。	56.9	55.9	53.7
Ⅳ合計		49.3	47.7	47.0
推進合計		64.1	66.3	67.4

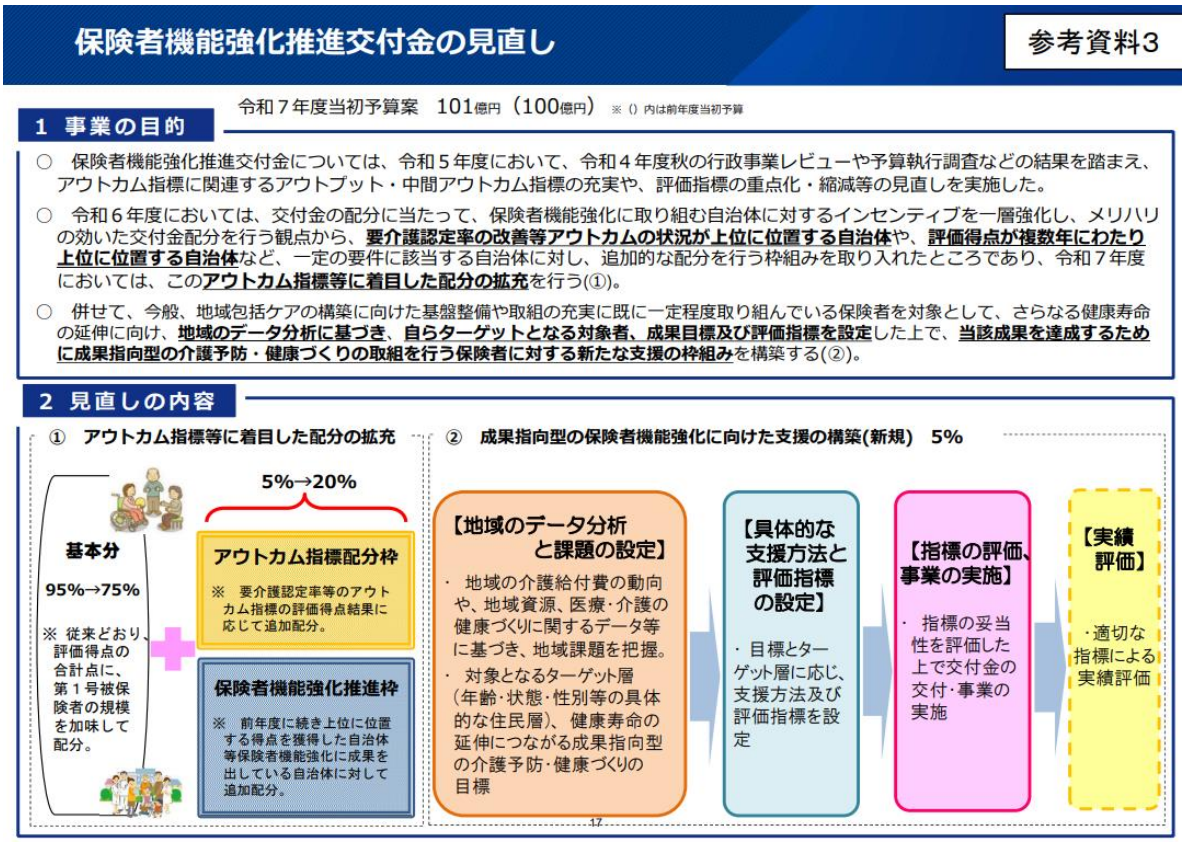
※（ⅱ）は活動指標群、目標Ⅳは成果指標群

指標内容	R6	R7	R8
支援-目標Ⅰ(ⅰ)-1　地域ケア会議の活性化を図るため、課題の把握・分析を行いつつ、その改善に向けた市町村支援を実施しているか。	88.9	93.6	96.2
支援-目標Ⅰ(ⅰ)-2　通いの場の立ち上げ等、介護予防を効果的なものとするため、市町村支援を実施しているか。	86.3	90.8	93.4
支援-目標Ⅰ(ⅰ)-3　介護予防等と保健事業の一体的実施に向けた環境整備を実施しているか。	71.9	78.5	82.7
支援-目標Ⅰ(ⅰ)-4　リハビリテーション等の専門職の確保に向けた環境整備を実施しているか。	76.6	81.6	84.0
支援-目標Ⅰ(ⅰ)-5　生活支援体制の整備の推進を図るため、課題の分析・把握を行いつつ、その改善に向けた市町村支援を実施しているか。	86.6	89.1	82.3
支援-目標Ⅰ(ⅱ)-1　管内市町村の高齢者人口当たりの地域包括支援センターに配置される３職種の人数	38.8	38.8	38.8
支援-目標Ⅰ(ⅱ)-2　管内市町村の地域包括支援センター事業評価の達成状況	38.8	38.8	38.8
支援-目標Ⅰ(ⅱ)-3　管内市町村の地域ケア会議における個別事例の検討割合（個別事例の検討件数／受給者数）	38.8	38.8	38.8
支援-目標Ⅰ(ⅱ)-4　管内市町村の通いの場への65歳以上高齢者の参加率	38.8	38.8	38.8
支援-目標Ⅰ(ⅱ)-5　管内市町村の高齢者のポイント事業への参加率	38.8	38.8	38.8
支援-目標Ⅰ(ⅱ)-6　管内市町村の通いの場等において心身・認知機能を維持・改善した者の割合	38.8	38.8	38.8
支援-目標Ⅰ(ⅱ)-7　管内市町村の高齢者人口当たりの生活支援コーディネーター数	38.8	38.8	38.8
支援-目標Ⅰ(ⅱ)-8　管内市町村の生活支援コーディネーターの地域ケア会議への参加割合	38.8	38.8	38.8
支援-目標Ⅰ(ⅱ)-9　管内市町村の多様なサービスの実施状況	38.8	38.8	38.8
支援-目標Ⅰ(ⅱ)-10 管内市町村における介護予防等と保健事業の一体的実施の実施状況	38.8	38.8	38.8
Ⅰ（ⅰ）計	81.5	86.1	87.1
Ⅰ（ⅱ）計	38.8	38.8	38.8
Ⅰ合計	59.3	61.5	62.0
支援-目標Ⅱ(ⅰ)-1　都道府県における認知症施策の推進に関し、現状把握、計画の策定、評価・改善を行っているか。	97.5	98.0	97.4
支援-目標Ⅱ(ⅰ)-2　認知症状のある人（若年性認知症の人を含む。）がその状態に応じた適切な支援を受けられるようにするための取組を行っているか。	92.4	93.6	95.6
支援-目標Ⅱ(ⅰ)-3　管内保険者における認知症施策に関する取組状況を把握し、市町村支援を実施しているか。	84.6	88.3	93.5
支援-目標Ⅱ(ⅱ)-1　管内市町村の高齢者人口当たりの認知症サポーター数	38.8	38.8	38.8
支援-目標Ⅱ(ⅱ)-2　管内市町村の高齢者人口当たりの認知症サポーターステップアップ講座修了者数	38.8	38.8	38.8
支援-目標Ⅱ(ⅱ)-3　管内のチームオレンジ設置市町村数（割合）	38.8	38.8	39.4
支援-目標Ⅱ(ⅱ)-4　管内市町村の高齢者人口当たりの認知症カフェ箇所数	38.8	38.8	38.8
Ⅱ（ⅰ）計	91.4	93.2	95.6
Ⅱ（ⅱ）計	38.8	38.8	39.0
Ⅱ合計	74.6	75.8	77.5
支援-目標Ⅲ(ⅰ)-1　管内保険者における在宅医療・介護連携に関する取組状況を把握し、市町村支援を実施しているか。	94.4	97.4	98.7
支援-目標Ⅲ(ⅱ)-1　管内市町村の入退院支援の実施状況	38.8	38.8	38.8
支援-目標Ⅲ(ⅱ)-2　管内市町村の人生の最終段階における支援の実施状況	38.8	38.8	38.8
Ⅲ（ⅰ）計	94.4	97.4	98.7
Ⅲ（ⅱ）計	38.8	38.8	38.8
Ⅲ合計	76.6	78.6	79.5
支援合計	64.9	65.9	66.5
推進支援合計	64.5	66.1	67.0

※（ⅱ）は活動指標群、目標Ⅳは成果指標群

（２）成果指向型配分枠の創設、運用

○　令和７年度より、一定の取組を行っている市町村等を対象として、地域のデータ分析に基づき、自らターゲットとなる対象者や成果目標などを設定した上で、成果指向型の介護予防・健康づくりの取組を行う保険者に対する新たな支援の枠組みとして、成果指向型配分枠が設けられた。



出典：厚生労働省「令和６年度　全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料」

■令和７年度採択自治体等一覧

都道府県		茨城県	
		滋賀県	
		兵庫県	
		大分県	
市町村	区分５	東京都	八王子市
		静岡県	静岡市
		愛知県	豊田市
	区分４	山形県	山形市
		神奈川県	平塚市
		静岡県	富士市
	区分３	岐阜県	瑞浪市
		愛知県	豊明市
		滋賀県	米原市
	区分２	北海道	むかわ町
		埼玉県	吉見町
		熊本県	水俣市
	区分１	北海道	奈井江町
		北海道	平取町
		熊本県	湯前町

○　R3～R7の結果について、中項目別・規模別にみると、採択された15市町村の多くが規模別平均を上回っていた。特に、推進の目標Ⅲは、R6・R7でいずれの市町村でも規模別平均を上回っていた。

○　また、15市町村いずれも、R7結果のうち推進Ⅰ１及び２、支援Ⅰ１及び３の得点率が100%だった。推進のⅠ３、Ⅱ１、Ⅲ１、Ⅲ２、支援Ⅰ７、支援Ⅱ１、支援Ⅲ２は平均よりも得点率が上であった。

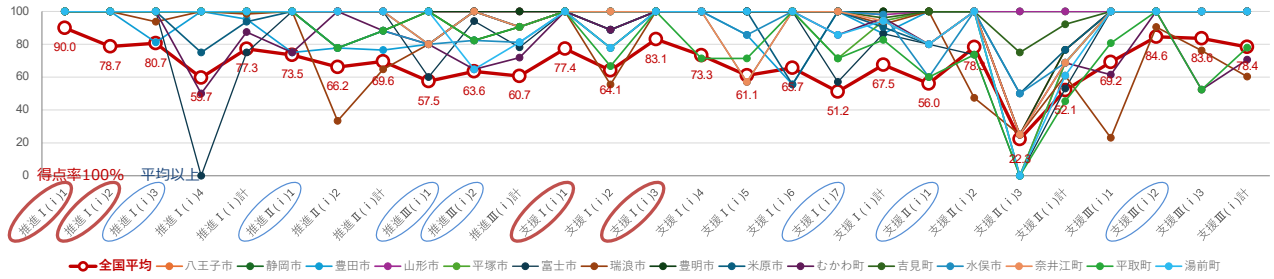
■令和７年度採択市町村の従来の評価枠組みの評価結果： R3～R7 の結果（得点率）中項目別

※上段の表が推進分、下段の表が支援分。規模平均を上回る場合に色を付けている

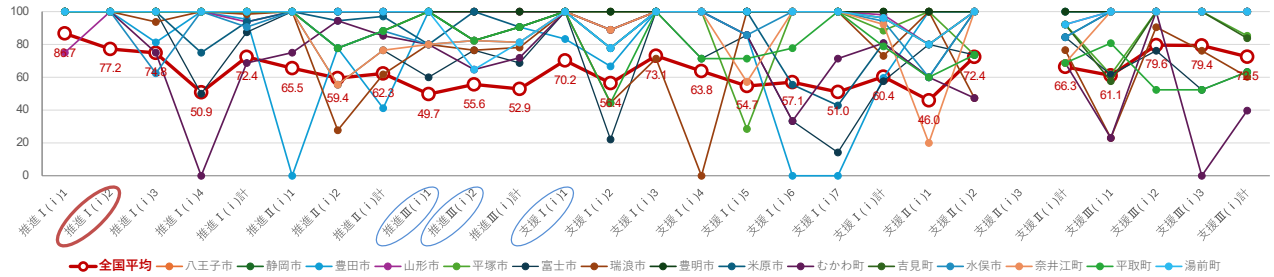
	目標Ⅰ：持続可能な地域のあるべき姿をかたちにする					目標Ⅱ：公正･公平な給付を行う体制を構築する					目標Ⅲ：介護人材の確保その他のサービス提供基盤の整備を推進する				
	R3	R4	R5	R6	R7	R3	R4	R5	R6	R7	R3	R4	R5	R6	R7
全国	73.6	56.3	61.2	56.2	59.4	49.3	59.8	53.9	59.8	65.4	35.5	42.1	50.7	41.0	46.6
3千人未満	65.8	51.0	54.3	48.1	51.7	44.6	57.2	50.7	54.7	59.5	25.6	30.8	38.4	33.0	37.9
北海道平取町	34.9	46.7	50.0	73.0	76.0	37.5	82.7	58.3	88.0	88.0	15.7	46.9	64.1	76.0	88.0
北海道奈井江町	81.4	86.7	94.1	88.0	82.0	50.0	78.8	75.0	80.0	96.0	43.9	71.9	85.5	55.0	61.0
熊本県湯前町	100.0	80.0	70.6	82.0	82.0	66.7	73.1	66.7	88.0	88.0	42.4	60.0	50.9	55.0	55.0
1万人未満	74.0	54.8	59.2	55.6	58.7	48.0	60.7	54.0	60.0	65.2	30.6	38.0	46.4	38.5	44.1
北海道むかわ町	76.7	63.3	58.8	56.0	68.0	66.7	63.5	62.5	90.0	88.0	72.9	70.4	79.1	46.0	58.0
埼玉県吉見町	81.4	30.0	58.8	73.0	79.0	53.3	28.8	41.7	68.0	60.0	36.9	28.8	64.1	76.0	73.0
熊本県水俣市	72.1	56.7	55.9	67.0	76.0	54.2	75.0	75.0	84.0	88.0	63.1	51.2	60.5	64.0	73.0
5万人未満	76.2	58.6	64.7	60.4	63.4	52.0	61.4	55.5	61.9	68.3	41.4	48.3	57.7	44.8	50.9
岐阜県瑞浪市	81.4	56.7	76.5	66.0	72.0	51.7	61.5	45.8	62.0	68.0	74.1	59.2	70.0	50.0	76.0
愛知県豊明市	100.0	93.3	97.1	82.0	85.0	95.8	94.2	95.8	96.0	96.0	91.4	100.0	95.9	88.0	94.0
滋賀県米原市	74.4	83.3	85.3	72.0	72.0	70.8	86.5	79.2	94.0	92.0	65.1	90.4	90.0	70.0	73.0
10万人未満	82.9	64.1	70.7	63.3	66.9	55.3	57.4	54.6	63.9	71.2	52.1	57.5	70.4	54.1	59.3
山形県山形市	100.0	93.3	97.1	75.0	85.0	75.0	80.8	83.3	96.0	96.0	85.9	91.5	97.3	76.0	85.0
神奈川県平塚市	81.4	80.0	79.4	76.0	76.0	51.7	50.0	58.3	60.0	68.0	66.3	82.3	84.1	64.0	64.0
静岡県富士市	97.7	70.0	85.3	74.0	66.0	70.8	78.8	62.5	80.0	96.0	40.8	69.2	93.2	62.0	68.0
10万人以上	87.0	74.1	81.2	68.2	71.2	59.6	59.1	58.7	68.0	73.8	69.4	76.6	81.6	66.1	70.8
東京都八王子市	100.0	96.7	100.0	85.0	85.0	76.7	57.7	87.5	68.0	84.0	91.4	99.2	96.8	82.0	85.0
静岡県静岡市	100.0	96.7	100.0	79.0	79.0	68.3	57.7	75.0	92.0	92.0	88.6	84.6	99.1	76.0	79.0
愛知県豊田市	76.7	73.3	58.8	82.0	91.0	62.5	67.3	62.5	56.0	76.0	85.9	90.4	80.0	76.0	76.0

	目標Ⅰ：介護予防/日常生活支援を推進する					目標Ⅱ：認知症総合支援を推進する					目標Ⅲ：在宅医療･在宅介護連携の体制を構築する				
	R3	R4	R5	R6	R7	R3	R4	R5	R6	R7	R3	R4	R5	R6	R7
全国	47.9	45.5	52.8	51.5	55.3	56.2	59.5	65.2	54.5	46.5	75.7	67.8	73.8	62.1	66.1
3千人未満	44.0	40.7	46.9	47.9	51.9	41.6	43.4	48.6	43.0	37.2	66.5	53.2	59.2	49.4	55.3
北海道平取町	48.0	49.1	63.2	73.0	75.0	31.8	21.4	32.1	56.0	41.0	52.6	25.0	25.0	47.0	59.0
北海道奈井江町	62.6	54.6	65.6	69.0	80.0	75.0	60.7	71.4	50.0	50.0	100.0	50.0	75.0	74.0	72.0
熊本県湯前町	80.7	58.9	60.7	77.0	76.0	72.7	71.4	71.4	77.0	57.0	100.0	66.7	66.7	78.0	76.0
1万人未満	47.7	44.4	51.6	51.0	54.9	54.6	57.2	63.5	54.3	46.2	75.1	66.7	72.7	60.7	64.9
北海道むかわ町	64.4	67.5	66.9	70.0	82.0	63.6	64.3	57.1	56.0	62.0	36.8	54.2	54.2	43.0	58.0
埼玉県吉見町	77.6	66.3	72.4	78.0	74.0	77.3	75.0	89.3	65.0	68.0	94.7	95.8	95.8	65.0	78.0
熊本県水俣市	55.6	57.1	62.0	73.0	75.0	47.7	82.1	92.9	72.0	68.0	84.2	75.0	79.2	78.0	74.0
5万人未満	49.6	48.0	55.9	53.5	57.3	63.5	68.0	74.0	60.1	50.9	79.8	75.4	81.3	68.8	71.8
岐阜県瑞浪市	46.8	38.0	44.8	48.0	62.0	72.7	60.7	71.4	64.0	54.0	94.7	37.5	37.5	49.0	61.0
愛知県豊明市	82.0	86.5	87.7	83.0	90.0	100.0	100.0	100.0	97.0	82.0	100.0	100.0	100.0	82.0	84.0
滋賀県米原市	59.8	65.0	76.1	67.0	77.0	81.8	75.0	89.3	78.0	64.0	89.5	100.0	100.0	98.0	92.0
10万人未満	50.1	50.4	58.5	53.8	56.7	71.4	78.2	83.7	65.1	56.3	87.2	84.4	90.4	75.4	78.2
山形県山形市	71.7	82.2	86.5	82.0	78.0	70.5	78.6	92.9	74.0	82.0	94.7	95.8	100.0	84.0	86.0
神奈川県平塚市	40.9	54.0	65.6	65.0	68.0	86.4	92.9	92.9	77.0	62.0	89.5	100.0	100.0	76.0	86.0
静岡県富士市	48.1	54.6	65.6	53.0	65.0	90.9	78.6	82.1	72.0	55.0	89.5	70.8	87.5	57.0	82.0
10万人以上	59.0	58.7	66.7	59.2	61.7	81.2	84.9	88.8	69.7	59.4	91.1	86.9	91.4	80.6	82.2
東京都八王子市	70.0	82.2	84.0	70.0	66.0	95.5	100.0	100.0	79.0	64.0	89.5	95.8	95.8	84.0	84.0
静岡県静岡市	66.3	54.6	82.2	69.0	73.0	77.3	92.9	92.9	82.0	82.0	84.2	95.8	100.0	84.0	84.0
愛知県豊田市	67.1	62.0	73.6	56.0	70.0	90.9	71.4	89.3	73.0	59.0	100.0	100.0	100.0	84.0	84.0

■令和７年度採択市町村の従来の評価枠組みの評価結果：R7 結果（体制・取組指標群）得点率



■令和７年度採択市町村の従来の評価枠組みの評価結果：R6 結果（体制・取組指標群）得点率



※具体的な取組状況は、第４章及び第５章を参照

３．令和８年度評価結果

（１）市町村の該当率及び回答分布

※回答分布とあわせて整理した歪度は、回答分布の偏りをみる指標。一般的に絶対値が「１」を超えると回答分布の歪みが大きいと判断される。絶対値「１」を超える場合に赤色（回答分布の図では絶対値「２」を超える場合に赤文字・絶対値「１」を超える場合に背景を緑色）で表記している。なお、配点の段階（０点/５点/10点などの配点の段階がいくつあるか）によって変わるため、絶対的な基準にはならず、あくまでも参考の数値にとどまる点に留意が必要

※得点率は80%以上で赤文字、満点全体は70%以上で赤文字、得点なしは20%超で赤文字で表記している

１）推進目標Ⅰ「持続可能な地域のあるべき姿をかたちにする」

○　令和８年度の体制・取組指標群の得点率をみると、４項目のうち１項目が90%超、２項目が80%超だった。令和７年度の得点率と比較すると、全ての項目で向上していた。
○　歪度が絶対値１を超える項目は３項目だった。
○　指標１は78.6%の市町村が満点だった。
○　活動指標群をみると、指標３は95.3%の市町村が0点だった。

■体制・取組指標群：市町村の該当数

【推進】目標Ⅰ　持続可能な地域のあるべき姿をかたちにする															令和７年度結果	
評価項目一覧	歪度	配点	該当市町村数		3千人未満該当市町村		得点率	満点全体	3千人未満	1万人未満	5万人未満	10万人未満	10万人以上	得点なし	該当市町村数	得点率
i　1 地域の介護保険事業の特徴を把握しているか。	-2.86	16点					93.0%	78.6%	73.8	78.5	80.1	83.1	93.8	0.6%		90.0%
i　ア「地域包括ケア「見える化」システム」を活用し、サービス資源や給付費等の現状把握・分析等を行っている		4点	1,701	97.7	439	97.3%									1,696	97.4
i　イ 日常生活圏域別の特徴を把握・整理している		4点	1,690	97.1	444	98.4%									1,634	93.9
i　ウ 地域の介護保険事業の特徴を踏まえ、相談窓口やサービスの種類・内容、利用手続などについて、住民に周知を行っている		4点	1,680	96.5	437	96.9%									1,638	94.1
i　エ 地域の介護保険事業の特徴を公表している		4点	1,405	80.7	341	75.6%									1,297	74.5
i　2 介護保険事業計画の進捗状況（介護サービス見込量の計画値と実績値の乖離状況）を分析しているか。	-1.50	16点					83.1%	65.6%	52.5	62.8	73.0	84.3	85.9	2.7%		78.7%
i　ア 毎年度、計画値と実績値の乖離状況について、モニタリングを行っている		4点	1,694	97.3	427	94.7%									1,663	95.5
i　イ モニタリングの結果を外部の関係者と共有し、乖離の要因やその対応策について、外部の関係者を含む議論の場で検証を行っている		4点	1,532	88.0	372	82.5%									1,480	85.0
i　ウ モニタリングの結果やイの検証を踏まえ、サービス提供体制について必要な見直しを行っている		4点	1,319	75.8	305	67.6%									1,215	69.8
i　エ モニタリングの結果を公表している		4点	1,239	71.2	262	58.1%									1,125	64.6
i　3 自立支援、重度化防止等に関する施策について、実施状況を把握し、必要な改善を行っているか。	-1.67	16点					84.3%	60.6%	41.5	61.3	69.9	73.5	84.4	1.6%		80.7%
i　ア 毎年度、次の施策分野ごとに事業の実施状況を定量的に把握し、データとして整理・分析している		4点	1,711	98.3	427	94.7%									1,693	97.2
i　イ 次の施策分野ごとに事業の効果を検証するための評価指標を定めている		4点	1,627	93.5	373	82.7%									1,582	90.9
i　ウ イの指標に対する実績等を踏まえ、毎年度、次の施策分野ごとに課題の分析、改善・見直し等を行っている		4点	1,582	90.9	352	78.0%									1,521	87.4
i　エ 次の施策分野ごとにイの指標の達成状況を含む取組の成果を公表している		4点	1,339	76.9	257	57.0%									1,259	72.3
① サービス・活動事業		4点					82.4%	67.3%	49.0	67.3	76.5	79.5	92.2	4.6%		78.9%
ア 毎年度、次の施策分野ごとに事業の実施状況を定量的に把握し、データとして整理・分析している		1点	1,660	95.3	404	89.6%									1,638	94.1
イ 次の施策分野ごとに事業の効果を検証するための評価指標を定めている		1点	1,479	85.0	328	72.7%									1,413	81.2
ウ イの指標に対する実績等を踏まえ、毎年度、次の施策分野ごとに課題の分析、改善・見直し等を行っている		1点	1,414	81.2	309	68.5%									1,342	77.1
エ 次の施策分野ごとにイの指標の達成状況を含む取組の成果を公表している		1点	1,188	68.2	227	50.3%									1,100	63.2
② 一般介護予防事業		4点					88.1%	72.9%	53.4	73.1	83.2	84.3	96.9	2.5%		84.9%
ア 毎年度、次の施策分野ごとに事業の実施状況を定量的に把握し、データとして整理・分析している		1点	1,695	97.4	418	92.7%									1,675	96.2
イ 次の施策分野ごとに事業の効果を検証するための評価指標を定めている		1点	1,602	92.0	363	80.5%									1,555	89.3
ウ イの指標に対する実績等を踏まえ、毎年度、次の施策分野ごとに課題の分析、改善・見直し等を行っている		1点	1,555	89.3	346	76.7%									1,484	85.2
エ 次の施策分野ごとにイの指標の達成状況を含む取組の成果を公表している		1点	1,283	73.7	247	54.8%									1,199	68.9
③ 認知症総合支援		4点					85.8%	71.4%	50.8	71.0	82.2	85.5	98.4	4.1%		82.7%
ア 毎年度、次の施策分野ごとに事業の実施状況を定量的に把握し、データとして整理・分析している		1点	1,666	95.7	398	88.2%									1,636	94.0
イ 次の施策分野ごとに事業の効果を検証するための評価指標を定めている		1点	1,549	89.0	332	73.6%									1,501	86.2
ウ イの指標に対する実績等を踏まえ、毎年度、次の施策分野ごとに課題の分析、改善・見直し等を行っている		1点	1,502	86.3	315	69.8%									1,439	82.7
エ 次の施策分野ごとにイの指標の達成状況を含む取組の成果を公表している		1点	1,259	72.3	235	52.1%									1,186	68.1
④ 在宅医療・介護連携		4点					80.8%	66.6%	44.8	66.9	77.6	83.1	92.2	7.2%		76.3%
ア 毎年度、次の施策分野ごとに事業の実施状況を定量的に把握し、データとして整理・分析している		1点	1,606	92.2	367	81.4%									1,545	88.7
イ 次の施策分野ごとに事業の効果を検証するための評価指標を定めている		1点	1,438	82.6	288	63.9%									1,358	78.0
ウ イの指標に対する実績等を踏まえ、毎年度、次の施策分野ごとに課題の分析、改善・見直し等を行っている		1点	1,393	80.0	275	61.0%									1,306	75.0
エ 次の施策分野ごとにイの指標の達成状況を含む取組の成果を公表している		1点	1,187	68.2	214	47.5%									1,102	63.3
i　4 保険者機能強化推進交付金等に係る評価結果を関係者間で共有し、自立支援、重度化防止等に関する施策の遂行に活用しているか。	-0.75	16点					66.9%	43.9%	32.6	40.6	50.0	63.9	68.8	16.0%		59.7%
i　ア 年に１回以上、評価結果を庁内の関係者間で説明・共有する場がある		4点	1,446	83.1	365	80.9%									1,345	77.3
i　イ その場には、庁内のみならず、外部の関係者が参画している		4点	1,122	64.4	269	59.6%									996	57.2
i　ウ その場における意見を、施策の改善・見直し等に活用している		4点	1,218	70.0	277	61.4%									1,103	63.4
i　エ 市町村において全ての評価結果を公表している		4点	875	50.3	168	37.3%									712	40.9

■体制・取組指標群：回答分布

Ⅰ-ⅰ-1			Ⅰ-ⅰ-2			Ⅰ-ⅰ-3											Ⅰ-ⅰ-4		
カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	11	0.6%	0点	47	2.7%	0点	27	1.6%	5点	16	0.9%	10点	50	2.9%	15点	48	2.8%	0点	278	16.0%
4点	14	0.8%	4点	132	7.6%	1点	5	0.3%	6点	31	1.8%	11点	23	1.3%	16点	1055	60.6%	4点	144	8.3%
8点	55	3.2%	8点	176	10.1%	2点	14	0.8%	7点	16	0.9%	12点	169	9.7%				8点	205	11.8%
12点	292	16.8%	12点	244	14.0%	3点	17	1.0%	8点	50	2.9%	13点	82	4.7%				12点	349	20.0%
16点	1369	78.6%	16点	1142	65.6%	4点	59	3.4%	9点	35	2.0%	14点	44	2.5%				16点	765	43.9%
計	1741	100.0%	計	1741	100.0%										計	1741	100.0%	計	1741	100.0%
歪度		-2.86	歪度		-1.50										歪度		-1.67	歪度		-0.75

■活動指標群：市町村の該当数

ii	1 今年度の評価得点	0.27	12点					40.2%	10.1%	4.7	6.5	14.0	19.3	28.1	29.6%			40.2%
ii	ア 上位７割		3点	1,226	70.4	220	48.8%									1,222	70.2	
ii	イ 上位５割		3点	872	50.1	127	28.2%									876	50.3	
ii	ウ 上位３割		3点	524	30.1	70	15.5%									529	30.4	
ii	エ 上位１割		3点	175	10.1	21	4.7%									176	10.1	
ii	2 後期高齢者数と給付費の伸び率の比較	0.27	12点					39.9%	9.9%	14.0	11.8	7.1	4.8	0.0	30.2%			39.9%
ii	ア 上位７割		3点	1,216	69.8	267	59.2%									1,216	69.8	
ii	イ 上位５割		3点	869	49.9	192	42.6%									869	49.9	
ii	ウ 上位３割		3点	521	29.9	131	29.0%									521	29.9	
ii	エ 上位１割		3点	173	9.9	63	14.0%									173	9.9	
ii	3 PFS（成果連動型民間委託契約方式）による委託事業数	5.00	12点					2.8%	0.6%	0.0	0.2	0.7	2.4	4.7	95.3%			2.8%
ii	ア 上位７割		3点	81	4.7	15	3.3%									81	4.7	
ii	イ 上位５割		3点	81	4.7	15	3.3%									81	4.7	
ii	ウ 上位３割		3点	24	1.4	2	0.4%									24	1.4	
ii	エ 上位１割		3点	10	0.6	0	0.0%									9	0.5	

■活動指標群：回答分布

Ⅰ-ii-1			Ⅰ-ii-2			Ⅰ-ii-3		
カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	515	29.6%	0点	525	30.2%	0点	1660	95.3%
3点	354	20.3%	3点	347	19.9%	3点	0	0.0%
6点	348	20.0%	6点	348	20.0%	6点	57	3.3%
9点	349	20.0%	9点	348	20.0%	9点	14	0.8%
12点	175	10.1%	12点	173	9.9%	12点	10	0.6%
計	1741	100.0%	計	1741	100.0%	計	1741	100.0%
歪度		0.27	歪度		0.27	歪度		5.00

２）推進目標Ⅱ「公正・公平な給付を行う体制を構築する」

○　令和８年度の体制・取組指標群の得点率をみると、80%超の項目はなかった。令和７年度の得点率と比較すると、２項目ともに向上していた。

○　歪度が絶対値１を超える項目は２項目のうち１項目だった。

■体制・取組指標群：市町村の該当数

【推進】目標Ⅱ　公正・公平な給付を行う体制を構築する

評価項目一覧	歪度	配点	該当市町村数	3千人未満該当市町村	得点率	満点全体	3千人未満	1万人未満	5万人未満	10万人未満	10万人以上	得点なし	令和７年度結果 該当市町村数	得点率
i 1 介護給付費の適正化に向けた方策を策定しているか。	-1.28	32点			78.4%	60.1%	47.2	57.4	67.4	77.1	82.8	6.7%		73.5%
i ア 地域のサービス資源や給付費等の動向を把握し、他の地域とも比較・分析の上、介護給付費の適正化方策を策定している		8点	1,571	90.2	392	86.9%							1,488	85.5
i イ 介護給付費の適正化方策に基づく取組の効果を検証するための評価指標を定めている		8点	1,484	85.2	339	75.2%							1,424	81.8
i ウ 1の指標に対する実績等を踏まえ、毎年度、取組の課題の分析、改善・見直し等を行っている		8点	1,328	76.3	297	65.9%							1,231	70.7
i エ 1の指標の達成状況を含む取組の成果を公表している		8点	1,080	62.0	213	47.2%							975	56.0
i 2 介護給付費適正化事業を効果的に実施しているか。	-0.37	36点			70.6%	31.4%	18.8	30.7	37.5	45.8	50.0	0.3%		66.2%
i ア 3事業の全てを実施している		6点	1,687	96.9	414	91.8%							1,658	95.2
i イ 縦覧点検10帳票のうち、効果が高いと期待される4帳票をいくつ点検しているか		6点	1,695	97.4	426	94.5%							1,666	95.7
i ウ ケアプラン点検の実施に当たって、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の入居者に係るものも含めている		8点	1,066	61.2	190	42.1%							968	55.6
i エ 福祉用具の貸与後に、リハビリテーション専門職等が用具の適切な利用がなされているかどうかを点検する仕組みがある		8点	823	47.3	193	42.8%							723	41.5
i オ 福祉用具購入費・住宅改修費の申請内容について、リハビリテーション専門職等がその妥当性を検討する仕組みがある		8点	1,133	65.1	268	59.4%							1,037	59.6

■体制・取組指標群：回答分布

Ⅱ-i-1			Ⅱ-i-2									
カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	
0点	116	6.7%	0点	5	0.3%	10点	16	0.9%	20点	335	19.2%	
8点	142	8.2%	2点	2	0.1%	12点	270	15.5%	22点	14	0.8%	
16点	175	10.1%	4点	1	0.1%	14点	14	0.8%	24点	7	0.4%	
24点	261	15.0%	6点	31	1.8%	16点	6	0.3%	26点	21	1.2%	
32点	1047	60.1%	8点	12	0.7%	18点	20	1.1%	28点	407	23.4%	
計	1741	100.0%							計	1741	100.0%	
歪度		-1.28							歪度		-0.37	

ii	1 ケアプラン点検の実施割合	0.27	16点					40.0%	10.0%	14.2	10.8	8.1	3.6	0.0	30.0%			40.0%
ii	ア 上位７割		4点	1,218	70.0	312	69.2%									1,218	70.0	
ii	イ 上位５割		4点	870	50.0	257	57.0%									870	50.0	
ii	ウ 上位３割		4点	522	30.0	161	35.7%									522	30.0	
ii	エ 上位１割		4点	174	10.0	64	14.2%									174	10.0	
ii	2 医療情報との突合の実施割合	-1.27	16点					76.7%	76.7%	74.1	78.3	77.8	75.9	73.4	23.3%			72.9%
ii	ア 上位７割		4点	1,336	76.7	334	74.1%									1,270	72.9	
ii	イ 上位５割		4点	1,336	76.7	334	74.1%									1,270	72.9	
ii	ウ 上位３割		4点	1,336	76.7	334	74.1%									1,270	72.9	
ii	エ 上位１割		4点	1,336	76.7	334	74.1%									1,270	72.9	

■活動指標群：回答分布

Ⅱ-ii-1			Ⅱ-ii-2		
カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	523	30.0%	0点	405	23.3%
4点	348	20.0%	4点	0	0.0%
8点	348	20.0%	8点	0	0.0%
12点	348	20.0%	12点	0	0.0%
16点	174	10.0%	16点	1336	76.7%
計	1741	100.0%	計	1741	100.0%
歪度		0.27	歪度		-1.27

３）推進目標Ⅲ「介護人材の確保その他のサービス提供基盤の整備を推進する」

○　令和８年度の体制・取組指標群の得点率をみると、80%超の項目はなかった。令和７年度の得点率と比較すると、２項目ともに向上していた。
○　歪度が絶対値１を超える項目はなかった。
○　活動指標群をみると、指標１は67.0%、指標２は61.1%の市町村が0点だった。

■体制・取組指標群：市町村の該当数

【推進】目標Ⅲ　介護人材の確保その他のサービス提供基盤の整備を推進する

評価項目一覧	歪度	配点	該当市町村数		3千人未満該当市町村		得点率	満点全体	3千人未満	1万人未満	5万人未満	10万人未満	10万人以上	得点なし	令和７年度結果 該当市町村数	令和７年度結果 得点率
i 1 地域における介護人材の確保・定着のため、都道府県等と連携しつつ、必要な取組を実施しているか。	-0.56	30点					62.8%	17.7%	7.5	16.1	21.2	31.3	51.6	6.0%		57.5%
i ア 地域における介護人材の現状や課題を把握し、これを都道府県や関係団体と共有している		6点	1,451	83.3	353	78.3%									1,341	77.0
i イ 都道府県や関係団体の取組と協働した取組を行っている		6点	1,334	76.6	288	63.9%									1,205	69.2
i ウ 市町村としての独自事業を実施している		6点	1,302	74.8	273	60.5%									1,225	70.4
i エ イ又はウの取組の成果を公表している		6点	1,013	58.2	175	38.8%									909	52.2
i オ 地域における介護人材の将来的な必要数の推計を行い、これを公表している		6点	364	20.9	46	10.2%									325	18.7
i 2 地域におけるサービス提供体制の確保や、自立支援・重度化防止、介護人材確保に関する施策等の推進に当たって、庁内・庁外における関係者との連携体制が確保されているか。	-0.97	34点					70.1%	26.0%	16.4	20.4	30.4	48.2	68.8	6.4%		63.6%
i ア 介護・福祉関係部局や医療、住まい、就労関係部局など、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた庁内の連携を確保するための場又は規程がある		6点	1,528	87.8	378	83.8%									1,404	80.6
i イ 都道府県や事業者、関係団体、専門職等外部の関係者との連携を確保するための場がある		6点	1,602	92.0	387	85.8%									1,502	86.3
i ウ ア及びイの連携体制を、次の施策分野ごとの取組に活用している		10点	1,561	89.7	376	83.4%									1,467	84.3
① サービス・活動事業		2点	1,352	77.7	326	72.3%									1,245	71.5
② 一般介護予防事業		2点	1,418	81.4	337	74.7%									1,301	74.7
③ 認知症総合支援		2点	1,432	82.3	338	74.9%									1,320	75.8
④ 在宅医療・介護連携		2点	1,448	83.2	335	74.3%									1,336	76.7
⑤ 介護人材確保等		2点	1,062	61.0	238	52.8%									946	54.3
i エ ア及びイによる連携体制を活用し、高齢者の住まいの確保と生活の一体的支援に関する取組を実施している		6点	750	43.1	182	40.4%									643	36.9
i オ ア及びイによる連携体制を、重層的支援体制整備事業の実施や地域の誰もが参画できる場づくりなど、介護保険事業に留まらない地域づくりにも活用している		6点	802	46.1	155	34.4%									672	38.6

■体制・取組指標群：回答分布

Ⅲ-ⅰ-1

カテゴリー	n	%
0点	105	6.0%
6点	162	9.3%
12点	284	16.3%
18点	334	19.2%
24点	548	31.5%
30点	308	17.7%
計	1741	100.0%
歪度		-0.56

Ⅲ-ⅰ-2

カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	112	6.4%	12点	32	1.8%	24点	29	1.7%
2点	2	0.1%	14点	54	3.1%	26点	133	7.6%
4点	1	0.1%	16点	62	3.6%	28点	256	14.7%
6点	22	1.3%	18点	86	4.9%	30点	14	0.8%
8点	17	1.0%	20点	155	8.9%	32点	61	3.5%
10点	14	0.8%	22点	239	13.7%	34点	452	26.0%
計	1741	100.0%				計	1741	100.0%
歪度		-0.97				歪度		

■活動指標群：市町村の該当数

	歪度	配点	該当市町村数		3千人未満該当市町村		得点率	満点全体	3千人未満	1万人未満	5万人未満	10万人未満	10万人以上	得点なし	該当市町村数	得点率
ii 1 高齢者人口当たりの地域住民に対する介護の仕事の魅力を伝達するための研修の修了者数	1.74	12点					15.7%	3.3%	4.9	4.9	1.2	1.2	1.6	67.0%		14.8%
ii ア 上位７割		3点	574	33.0	51	11.3%									542	31.1
ii イ 上位５割		3点	287	16.5	47	10.4%									271	15.6
ii ウ 上位３割		3点	172	9.9	41	9.1%									162	9.3
ii エ 上位１割		3点	57	3.3	22	4.9%									54	3.1
ii 2 高齢者人口当たりの介護人材（介護支援専門員を除く。）の定着、資質向上を目的とした研修の修了者数	1.49	12点					18.5%	3.8%	8.0	2.8	2.6	0.0	0.0	61.1%		17.1%
ii ア 上位７割		3点	678	38.9	106	23.5%									627	36.0
ii イ 上位５割		3点	339	19.5	89	19.7%									313	18.0
ii ウ 上位３割		3点	203	11.7	67	14.9%									188	10.8
ii エ 上位１割		3点	67	3.8	36	8.0%									62	3.6
ii 3 介護支援専門員を対象としたケアマネジメントの質の向上に関する研修（介護支援専門員法定研修を除く。）の総実施日数	0.59	12点					33.9%	7.5%	3.3	6.5	7.2	13.3	40.6	33.1%		32.6%
ii ア 上位７割		3点	1,164	66.9	192	42.6%									1,128	64.8
ii イ 上位５割		3点	692	39.7	90	20.0%									666	38.3
ii ウ 上位３割		3点	377	21.7	50	11.1%									360	20.7
ii エ 上位１割		3点	131	7.5	15	3.3%									118	6.8

■活動指標群：回答分布

Ⅲ-ⅱ-1

カテゴリー	n	%
0点	1167	67.0%
3点	287	16.5%
6点	115	6.6%
9点	115	6.6%
12点	57	3.3%
計	1741	100.0%
歪度		1.74

Ⅲ-ⅱ-2

カテゴリー	n	%
0点	1063	61.1%
3点	339	19.5%
6点	136	7.8%
9点	136	7.8%
12点	67	3.8%
計	1741	100.0%
歪度		1.49

Ⅲ-ⅱ-3

カテゴリー	n	%
0点	577	33.1%
3点	472	27.1%
6点	315	18.1%
9点	246	14.1%
12点	131	7.5%
計	1741	100.0%
歪度		0.59

４）支援目標Ⅰ「介護予防/日常生活支援を推進する」

○　令和８年度の体制・取組指標群の得点率をみると、７項目のうち３項目が80%超だった。令和７年度の得点率と比較すると、指標を見直した指標６を除いた全ての項目で向上していた。

○　歪度が絶対値１を超える項目は３項目だった。

■体制・取組指標群：市町村の該当数

【支援】目標Ⅰ　介護予防/日常生活支援を推進する

評価項目一覧	歪度	配点	該当市町村数		3千人未満該当市町村		得点率	満点全体	3千人未満	1万人未満	5万人未満	10万人未満	10万人以上	得点なし	令和７年度結果 該当市町村数	得点率
1 サービス・活動事業及び一般介護予防事業の実施に当たって、データを活用して課題の把握を行っているか。	-1.55	6点					83.0%	70.2%	62.7	69.0	74.2	83.1	78.1	3.5%		77.4%
ア 介護予防のケアプランや要介護認定の調査票等を確認している		1点	1,577	90.6	422	93.6%									1,504	86.4
イ ＫＤＢや見える化システム等既存のデータベースやシステムを活用している		1点	1,603	92.1	401	88.9%									1,526	87.7
ウ 毎年度、ア又はイのデータを活用して課題の分析・共有を行っている		2点	1,452	83.4	343	76.1%									1,349	77.5
エ データに基づく課題分析等の結果を施策の改善・見直し等に活用している		2点	1,295	74.4	290	64.3%									1,176	67.5
2 通いの場やボランティア活動その他の介護予防に資する取組の推進を図るため、アウトリーチ等の取組を実施しているか。	-0.86	9点					69.6%	21.8%	16.0	21.3	25.0	21.7	35.9	2.7%		64.1%
ア 通いの場への参加促進を図るための課題を把握・分析している		1点	1,665	95.6	417	92.5%									1,618	92.9
イ 通いの場に参加していない者の健康状態や生活状況、医療や介護サービスの利用状況等を定量的に把握し、データとして整理・分析している		2点	1,374	78.9	365	80.9%									1,275	73.2
ウ ア及びイを踏まえ、通いの場を含む介護予防に資する取組に対して、次のような具体的なアプローチを行っている		4点	1,601	92.0	396	87.8%									1,531	87.9
① 通いの場に参加していない者の居宅等へのアウトリーチに関する取組		1点	1,439	82.7	368	81.6%									1,333	76.6
② 医療機関等が通いの場等への参加を促す仕組みの構築		1点	1,153	66.2	271	60.1%									1,045	60.0
③ 介護予防に資する取組やボランティアへの参加に対するポイント付与の実施		1点	1,124	64.6	234	51.9%									1,033	59.3
④ ③のポイント事業参加者の健康状態等のデータベース化		1点	485	27.9	104	23.1%									406	23.3
エ 毎年度、ウの取組の成果を分析し、取組の改善・見直し等を行っている		2点	1,146	65.8	255	56.5%									1,027	59.0
3 介護予防等と保健事業を一体的に実施しているか。	-2.03	7点					87.7%	73.4%	58.5	74.8	81.3	80.7	82.8	1.7%		83.1%
ア 通いの場における健康チェックや栄養指導・口腔ケア等を実施している		1点	1,700	97.6	430	95.3%									1,670	95.9
イ 通いの場での健康チェック等の結果を踏まえて医療機関等による早期介入（個別支援）につなげる仕組みを構築している		2点	1,537	88.3	381	84.5%									1,461	83.9
ウ 現役世代の生活習慣病対策と、介護予防とが連携した取組を実施している		2点	1,434	82.4	327	72.5%									1,339	76.9
エ 毎年度、一体的実施の成果を分析し、取組の改善・見直し等を行っている		2点	1,521	87.4	319	70.7%									1,429	82.1
4 通いの場の参加者の健康状態等の把握・分析により、サービス・活動事業及び一般介護予防事業の内容等の検討を行っているか。	-1.44	7点					80.2%	63.9%	52.1	62.1	71.9	72.3	76.6	6.2%		73.3%
ア 通いの場の参加者の健康状態を継続的・定量的に把握する体制が整っている		1点	1,582	90.9	401	88.9%									1,515	87.0
イ 毎年度、経年的な評価や分析等を行っている		2点	1,439	82.7	342	75.8%									1,330	76.4
ウ 行政以外の外部の関係者の意見を取り入れている		1点	1,400	80.4	324	71.8%									1,255	72.1
エ 通いの場の参加者の意見を取り入れている		1点	1,440	82.7	345	76.5%									1,295	74.4
オ 分析結果等をサービス内容の充実等に活用している		2点	1,239	71.2	283	62.7%									1,103	63.4
5 地域におけるリハビリテーションの推進に向けた具体的な取組を行っているか。	-0.79	7点					66.0%	32.9%	22.6	29.9	40.1	42.2	48.4	14.1%		61.1%
ア 国が示すリハ"リテーション"サービ"スの提供体制に関する指標を現状把握や施策の検討に活用し、リハ"リテーション"に関する目標を市町村介護保険事業計画に設定している		1点	898	51.6	202	46.1									831	47.7
イ 都市区医師会等の関係団体と連携して協議の場を設置し、介護予防の場や介護事業所にリハビリテーション専門職等が関与する仕組みを設けている		2点	1,423	81.7	311	69.4									1,352	77.7
ウ リハビリテーション専門職を含む医療専門職を介護予防の場や地域ケア会議等に安定的に派遣するための具体的な内容を議論するなど、イの協議の場を活用している		2点	1,321	75.9	265	59.2									1,213	69.7
エ 毎年度、取組内容の成果を分析し、改善・見直し等を行い、公表している		2点	830	47.7	153	34.2									741	42.6
6 生活支援コーディネーターの活動等により、地域のニーズを踏まえた介護予防・生活支援の体制が確保されているか。	-0.43	9点					64.7%	45.6%	33.3	44.7	53.3	50.6	60.9	9.0%		65.7%
ア 地域における生活支援・介護予防サービ"スの提供状況、地域資源、利用者数の推移、心身及び生活状況の傾向、高齢者の地域の担い手として参画状況等を把握し、ｻﾞｰﾋﾞｽとして整理している		1点	1,582	90.9	354	78.5%									1,515	87.0
イ アで整理したデータを、地域住民や関係団体等に提供・説明している		1点	1,461	83.9	307	68.1%									1,365	78.4
ウ アで整理したデータを踏まえ、生活支援コーディネーターとともに、協議体を活用しながら、地域の課題を分析・評価している		1点	1,366	78.5	285	63.2%									1,264	72.6
エ ウの分析・評価を踏まえ、市町村として、生活支援・介護予防サービスの推進方策を策定し、関係者に周知している		2点	1,064	61.1	209	46.3%									928	53.3
オ エの推進方策を策定する際に、庁内の高齢者施策以外の部門と連携し、様々な分野の多様な主体と連携することを含めて検討を行っている		2点	874	50.2	177	39.2%										
カ エで策定した市町村としての推進方策を定期的に見直し、関係者に周知する仕組みがある		2点	929	53.4	176	39.0%									832	47.8
7 多様なサービス・活動の活用の推進に向け、実施状況の調査・分析・評価を行っているか。	-0.18	7点					56.9%	30.0%	18.8	27.5	36.7	36.1	59.4	14.4%		51.2%
ア 総合事業のサービス・活動の実施状況、地域資源、利用者数の推移、心身及び生活状況の傾向のほか、現状では対応が困難な地域の固有事等を把握し、データとして整理している		1点	1,477	84.8	349	77.4%									1,380	79.3
イ 介護予防・日常生活支援総合事業の利用者等の意見を取り入れる仕組みを整えている		1点	1,187	68.2	279	61.9%									1,043	59.9
ウ アで整理したデータ又はイの意見を踏まえ、多様なサービス・活動の推進に向け、地域の課題を分析・評価・共有している		1点	1,240	71.2	277	61.4%									1,142	65.6
エ ウの分析・評価を踏まえ、多様なサービス・活動の推進に向け、市町村としての推進方策を策定し、関係者に周知している		1点	982	56.4	188	41.7%									880	50.5
オ エの推進方策の策定にあたり、多様なサービス・活動の対象者モデルの提示や、第一号介護予防支援事業における目標指向型のケアマネジメントの取組を評価する仕組みを整えている		1点	555	31.9	89	19.7%									445	25.6
カ アへオのプロセスを踏まえ、エで策定した市町村としての推進方策を定期的に改善・見直し等を行う仕組みがある		2点	747	42.9	139	30.8%									673	38.7

■体制・取組指標群：回答分布

Ⅰ-ⅰ-1：支援			Ⅰ-ⅰ-2：支援			Ⅰ-ⅰ-3：支援			Ⅰ-ⅰ-4：支援		
カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	61	3.5%	0点	47	2.7%	8点	314	18.0%	0点	30	1.7%	0点	108	6.2%
1点	79	4.5%	1点	86	4.9%	9点	379	21.8%	1点	43	2.5%	1点	72	4.1%
2点	144	8.3%	2点	68	3.9%				2点	1	0.1%	2点	61	3.5%
3点	33	1.9%	3点	71	4.1%				3点	121	7.0%	3点	83	4.8%
4点	134	7.7%	4点	131	7.5%				4点	10	0.6%	4点	62	3.6%
5点	68	3.9%	5点	162	9.3%				5点	258	14.8%	5点	156	9.0%
6点	1222	70.2%	6点	167	9.6%				6点	0	0.0%	6点	86	4.9%
			7点	316	18.2%				7点	1278	73.4%	7点	1113	63.9%
計	1741	100.0%				計	1741	100.0%	計	1741	100.0%	計	1741	100.0%
歪度		-1.55				歪度		-0.86	歪度		-2.03	歪度		-1.44

Ⅰ-ⅰ-5：支援			Ⅰ-ⅰ-6：支援				Ⅰ-ⅰ-7：支援		
カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	245	14.1%	0点	156	9.0%	8点	7	0.4%	0点	251	14.4%
1点	54	3.1%	1点	67	3.8%	9点	794	45.6%	1点	159	9.1%
2点	55	3.2%	2点	182	10.5%				2点	153	8.8%
3点	51	2.9%	3点	262	15.0%				3点	223	12.8%
4点	319	18.3%	4点	11	0.6%				4点	197	11.3%
5点	221	12.7%	5点	74	4.3%				5点	58	3.3%
6点	224	12.9%	6点	6	0.3%				6点	177	10.2%
7点	572	32.9%	7点	182	10.5%				7点	523	30.0%
計	1741	100.0%				計	1741	100.0%	計	1741	100.0%
歪度		-0.79				歪度		-0.43	歪度		-0.18

■活動指標群：市町村の該当数

ii	1 高齢者人口当たりの地域包括支援センターに配置される３職種の人数	0.27	4点																					40.0%
ii	ア 上位７割		1点	1,218	70.0	429	95.1%															1,218	70.0	
ii	イ 上位５割		1点	870	50.0	413	91.6%															870	50.0	
ii	ウ 上位３割		1点	522	30.0	356	78.9%															522	30.0	
ii	エ 上位１割		1点	174	10.0	165	36.6%															174	10.0	
ii	2 地域包括支援センター事業評価の達成状況	0.13	12点																					42.9%
ii	ア 総合相談支援事業、権利擁護事業		4点	1,304	74.9	248	55.0%															1,218	70.0	
ii	イ 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業事業間連携		4点	1,236	71.0	218	48.3%															1,250	71.8	
ii	ウ 地域ケア会議		4点	1,292	74.2	272	60.3%															1,239	71.2	
ii	3 地域ケア会議における個別事例の検討割合（個別事例の検討件数／受給者数）	0.27	4点																					40.2%
ii	ア 上位７割		1点	1,218	70.0	368	81.6%															1,218	70.0	
ii	イ 上位５割		1点	870	50.0	313	69.4%															870	50.0	
ii	ウ 上位３割		1点	522	30.0	253	56.1%															526	30.2	
ii	エ 上位１割		1点	174	10.0	115	25.5%															186	10.7	
ii	4 通いの場への65歳以上高齢者の参加率	-0.03	8点																					40.1%
ii	ア 週一回以上の通いの場への参加率		4点	1,218	70.0	276	61.2%															1,218	70.0	
ii	イ 週一回以上の通いの場への参加率の変化率		4点	1,218	70.0	253	56.1%															1,218	70.0	
ii	5 高齢者のボイント事業への参加率	0.83	4点																					28.4%
ii	ア 上位７割		1点	1,095	62.9	243	53.9%															1,040	59.7	
ii	イ 上位５割		1点	547	31.4	183	40.6%															520	29.9	
ii	ウ 上位３割		1点	328	18.8	131	29.0%															312	17.9	
ii	エ 上位１割		1点	109	6.3	58	12.9%															104	6.0	
ii	6 通いの場等において心身・認知機能を維持・改善した者の割合	0.75	4点																					30.4%
ii	ア 上位７割		1点	1,190	68.4	302	67.0%															1,098	63.1	
ii	イ 上位５割		1点	595	34.2	200	44.3%															549	31.5	
ii	ウ 上位３割		1点	357	20.5	141	31.3%															329	18.9	
ii	エ 上位１割		1点	138	7.9	70	15.5%															142	8.2	
ii	7 高齢者人口当たりの生活支援コーディネーター数	0.27	4点																					40.0%
ii	ア 上位７割		1点	1,218	70.0	394	87.4%															1,218	70.0	
ii	イ 上位５割		1点	870	50.0	394	87.4%															870	50.0	
ii	ウ 上位３割		1点	522	30.0	324	71.8%															523	30.0	
ii	エ 上位１割		1点	174	10.0	139	30.8%															174	10.0	
ii	8 生活支援コーディネーターの地域ケア会議への参加割合	-0.45	4点																					62.0%
ii	ア 上位７割		1点	1,219	70.0	313	69.4%															1,312	75.4	
ii	イ 上位５割		1点	1,035	59.4	302	67.0%															1,001	57.5	
ii	ウ 上位３割		1点	1,035	59.4	302	67.0%															1,001	57.5	
ii	エ 上位１割		1点	1,035	59.4	302	67.0%															1,001	57.5	
ii	9 総合事業における多様なサービス・活動の実施状況	-0.31	4点																					54.1%
ii	ア 第一号訪問事業及び第一号通所事業実施事業所・団体数に占める多様なサービス・活動実施事業所・団体数の割合		4点	518	29.8	135	29.9%															528	30.3	
ii	イ 第一号訪問事業及び第一号通所事業の実利用者数に占める多様なサービス・活動に係る実利用者数の割合		4点	285	16.4	60	13.3%															275	15.8	
ii	ウ 第一号訪問事業及び第一号通所事業の事業費に占める多様なサービス・活動に係る事業費の割合		4点	637	36.6	121	26.8%															635	36.5	
ii	エ 人口１万人未満の市町村であって、生活支援体制整備事業を活用し、インフォーマルサービス（住民主体の支え合い活動を含む。）を実施している場合		1点	30	1.7	23	5.1%															25	1.4	

■活動指標群：回答分布

I - ii -1：支援

カテゴリー	n	%
0点	523	30.0%
1点	348	20.0%
2点	348	20.0%
3点	348	20.0%
4点	174	10.0%
計	1741	100.0%
歪度		0.27

I - ii -2：支援

カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	198	11.4%	5点	164	9.4%	10点	103	5.9%
1点	134	7.7%	6点	162	9.3%	11点	79	4.5%
2点	147	8.4%	7点	139	8.0%	12点	59	3.4%
3点	141	8.1%	8点	142	8.2%			
4点	140	8.0%	9点	133	7.6%			
計	1741	100.0%						
歪度		0.13						

I - ii -3：支援

カテゴリー	n	%
0点	523	30.0%
1点	348	20.0%
2点	348	20.0%
3点	348	20.0%
4点	174	10.0%
計	1741	100.0%
歪度		0.27

I - ii -4：支援

カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	387	22.2%	5点	279	16.0%
1点	105	6.0%	6点	197	11.3%
2点	147	8.4%	7点	73	4.2%
3点	251	14.4%	8点	30	1.7%
4点	272	15.6%			
計	1741	100.0%			
歪度		-0.03			

I - ii -5：支援

カテゴリー	n	%
0点	646	37.1%
1点	548	31.5%
2点	219	12.6%
3点	219	12.6%
4点	109	6.3%
計	1741	100.0%
歪度		0.83

I - ii -6：支援

カテゴリー	n	%
0点	551	31.6%
1点	595	34.2%
2点	238	13.7%
3点	219	12.6%
4点	138	7.9%
計	1741	100.0%
歪度		0.75

I - ii -7：支援

カテゴリー	n	%
0点	523	30.0%
1点	348	20.0%
2点	348	20.0%
3点	348	20.0%
4点	174	10.0%
計	1741	100.0%
歪度		0.27

I - ii -8：支援

カテゴリー	n	%
0点	522	30.0%
1点	184	10.6%
2点	0	0.0%
3点	0	0.0%
4点	1035	59.4%
計	1741	100.0%
歪度		-0.45

I - ii -9：支援

カテゴリー	n	%
0点	271	15.6%
1点	278	16.0%
2点	339	19.5%
3点	559	32.1%
4点	294	16.9%
計	1741	100.0%
歪度		-0.31

５）支援目標Ⅱ「認知症総合支援を推進する」

○　令和８年度の体制・取組指標群の得点率をみると、３項目のうち１項目が80%超だった。令和７年度の得点率と比較すると、全ての項目で向上していた。
○　歪度が絶対値１を超える項目は１項目だった。
○　指標３は、30.4%の市町村が０点だった。
○　活動指標群をみると、指標２は55.8%の市町村が0点だった。

■体制・取組指標群：市町村の該当数

【支援】目標Ⅱ　認知症総合支援を推進する

	評価項目一覧	歪度	配点	該当市町村数		3千人未満該当市町村		得点率	満点全体	3千人未満	1万人未満	5万人未満	10万人未満	10万人以上	得点なし	令和７年度結果 該当市町村数	得点率
i	1 認知症サポーター等を活用した地域支援体制の構築及び社会参加支援を行っているか。	-0.28	25点					60.8%	16.9%	5.1	11.0	24.2	30.1	64.1	3.3%		56.0%
i	ア 認知症の人の声を聞く機会（本人ミーティング、活動場所への訪問など）を設けている		4点	1,514	87.0	325	72.1%									1,364	78.3
i	イ 成年後見制度利用支援事業に関し、対象を市町村長申立や生活保護受給者に限定しない要綱等を整備している		4点	1,360	78.1	290	64.3%									1,262	72.5
i	ウ 認知症サポーター等による支援チーム等の活動グループ（チームオレンジなど）を設置している		4点	1,315	75.5	238	52.8%									1,105	63.5
i	エ 認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につながるよう、Cによる活動グループを含む地域の担い手とのマッチングを行っている		4点	920	52.8	160	35.5%									709	40.7
i	オ 認知症の人が希望に応じて農業、商品の製造・販売、食堂の運営、地域活動やマルシェの開催等に参画できるよう、支援している		4点	575	33.0	88	19.5%									439	25.2
i	カ 認知症の人及び家族等の意見を踏まえた市町村認知症施策推進計画の策定に着手している		5点	746	42.8	82	18.2%										
i	2 認知症状のある人に対して、専門医療機関との連携により、早期診断・早期対応に繋げるための体制を構築しているか。	-1.30	19点					83.0%	61.5%	43.7	61.9	69.6	75.9	87.5	1.7%		78.3%
i	ア 認知症に関わる医療機関や認知症初期集中支援チームの周知を行っている		4点	1,675	96.2	396	87.8%									1,655	95.1
i	イ 認知症に対応できるかかりつけ医や認知症サポート医、認知症疾患医療センター等の医療機関と連携した取組を行っている		5点	1,678	96.4	407	90.2%									1,630	93.6
i	ウ 認知症に関わる情報連携ツール等を活用して、関係者間で連携ルールを策定している		5点	1,177	67.6	241	53.4%									1,052	60.4
i	エ アからウまでを踏まえ、医療・介護専門職による早期対応や早期診断に繋げる体制づくりを構築した上で、実際に運用を図っている		5点	1,296	74.4	274	60.8%									1,174	67.4
i	3 難聴高齢者の早期発見・早期介入に係る取組を行っているか。	0.38	20点					34.3%	4.8%	4.2	5.4	4.6	3.6	6.3	30.4%		22.3%
i	ア 普及啓発の取組を行っているか		5点	1,199	68.9	237	52.5%									828	47.6
i	イ 早期発見の取組を行っているか		5点	849	48.8	202	44.8%									521	29.9
i	ウ 受診状況の把握と未受診者への再度の受診勧奨を行っているか		5点	255	14.6	66	14.6%									150	8.6
i	エ 受診勧奨者のうち50%以上の者が受診しているか		5点	83	4.8	19	4.2%									52	3.0

■体制・取組指標群：回答分布

Ⅱ-ｉ-1：支援

カテゴリー	n	%
0点	58	3.3%
4点	134	7.7%
5点	4	0.2%
8点	221	12.7%
9点	17	1.0%
12点	246	14.1%
13点	78	4.5%
16点	212	12.2%
17点	154	8.8%
20点	124	7.1%
21点	198	11.4%
25点	295	16.9%
計	1741	100.0%
歪度		-0.28

Ⅱ-ｉ-2：支援

カテゴリー	n	%
0点	30	1.7%
4点	22	1.3%
5点	19	1.1%
9点	289	16.6%
10点	6	0.3%
14点	294	16.9%
15点	11	0.6%
19点	1070	61.5%
計	1741	100.0%
歪度		-1.30

Ⅱ-ｉ-3：支援

カテゴリー	n	%
0点	529	30.4%
5点	374	21.5%
10点	585	33.6%
15点	170	9.8%
20点	83	4.8%
計	1741	100.0%
歪度		0.38

■活動指標群：市町村の該当数

		歪度	配点	該当市町村数		3千人未満該当市町村		得点率	満点全体	3千人未満	1万人未満	5万人未満	10万人未満	10万人以上	得点なし	該当市町村数	得点率
ii	1 高齢者人口当たりの認知症サポーター数	0.27	12点					40.0%	10.0%	14.4	11.6	7.7	0.0	0.0	30.0%		40.0%
ii	ア 上位７割		3点	1,218	70.0	273	60.5%									1,218	70.0
ii	イ 上位５割		3点	870	50.0	208	46.1%									870	50.0
ii	ウ 上位３割		3点	522	30.0	139	30.8%									522	30.0
ii	エ 上位１割		3点	174	10.0	65	14.4%									174	10.0
ii	2 高齢者人口当たりの認知症サポーターステップアップ講座修了者数	1.30	12点					21.0%	4.4%	8.2	5.2	2.0	0.0	0.0	55.8%		16.4%
ii	ア 上位７割		3点	770	44.2	93	20.6%									603	34.6
ii	イ 上位５割		3点	385	22.1	86	19.1%									301	17.3
ii	ウ 上位３割		3点	231	13.3	74	16.4%									180	10.3
ii	エ 上位１割		3点	77	4.4	37	8.2%									60	3.4
ii	3 認知症地域支援推進員が行っている業務の状況	-0.35	12点					49.8%	12.1%	10.0	9.7	13.8	21.7	18.8	29.6%		53.3%
ii	ア 上位７割		3点	1,226	70.4	270	59.9%									1,445	83.0
ii	イ 上位５割		3点	1,226	70.4	270	59.9%									1,149	66.0
ii	ウ 上位３割		3点	803	46.1	166	36.8%									742	42.6
ii	エ 上位１割		3点	211	12.1	45	10.0%									376	21.6

■活動指標群：回答分布

Ⅱ-ii-1：支援

カテゴリー	n	%
0点	523	30.0%
3点	348	20.0%
6点	348	20.0%
9点	348	20.0%
12点	174	10.0%
計	1741	100.0%
歪度		0.27

Ⅱ-ii-2：支援

カテゴリー	n	%
0点	971	55.8%
3点	385	22.1%
6点	154	8.8%
9点	154	8.8%
12点	77	4.4%
計	1741	100.0%
歪度		1.30

Ⅱ-ii-3：支援

カテゴリー	n	%
0点	515	29.6%
3点	0	0.0%
6点	423	24.3%
9点	592	34.0%
12点	211	12.1%
計	1741	100.0%
歪度		-0.35

６）支援目標Ⅲ「在宅医療・在宅介護連携の体制を構築する」

○　令和８年度の体制・取組指標群の得点率をみると、３項目のうち２項目が80%超だった。令和７年度の得点率と比較すると、全ての項目で向上していた。
○　歪度が絶対値１を超える項目は２項目だった。
○　指標２は73.7%、指標３は76.2%の市町村が満点だった。

■体制・取組指標群：市町村の該当数

【支援】目標Ⅲ　在宅医療・在宅介護連携の体制を構築する

評価項目一覧	歪度	配点	該当市町村数		3千人未満該当市町村		得点率	満点全体	3千人未満	1万人未満	5万人未満	10万人未満	10万人以上	得点なし
i 1 地域の医療・介護関係者等が参画する会議において、市町村が所持するデータ等に基づき、在宅医療・介護連携に関する課題を検討し、対応策が具体化されているか。	-0.71	26点					73.0%	48.0%	32.6	42.6	57.1	78.3	76.6	3.1%
ア 今後の二-1"を踏まえ、①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取りの４つの場面ごとに、在宅医療と介護の提供体制の目指すべき姿を設定している		5点	1,258	72.3	288	63.9%								
i イ 在宅医療と介護の提供体制の目指すべき姿を介護保険事業計画に記載している		6点	1,636	94.0	402	89.1%								
i ウ 地域の人口推計を踏まえた今後のニーズや医療・介護資源、社会資源や利用者の情報、住民の意向等を定量的な情報も含めて把握している		5点	1,341	77.0	305	67.6%								
i エ アとウの差の確認等により抽出された課題を踏まえ、地域の特性を踏まえた目標の設定、具体的な対応策を立案している		5点	994	57.1	197	43.7%								
i オ 評価指標等に基づき事業の検証や必要に応じた見直しを行う仕組みを設けている		5点	1,050	60.3	203	45.0%								
i 2 在宅医療と介護の連携の強化・推進に向け、相談支援、研修会の開催といった具体的取組を行っているか。	-2.06	21点					87.8%	73.7%	53.9	74.2	83.4	90.4	95.3	2.3%
i ア 在宅医療と介護の連携の強化・推進に向け、医療・介護関係者のニーズを把握している		5点	1,672	96.0	408	90.5%								
i イ 医療・介護関係者のニーズを踏まえ、次のような取組を実施している。		6点	1,683	96.7	402	89.1%								
① 医療・介護関係者に対する相談窓口の設置		2点	1,618	92.9	372	82.5%								
② 定期的な相談内容等の取りまとめ、その結果の医療・介護関係者間での共有		2点	1,495	85.9	344	76.3%								
③ 多職種を対象とした参加型の研修会の実施		2点	1,599	91.8	347	76.9%								
i ウ 取組の実施状況を踏まえ、課題分析等を行っている		5点	1,454	83.5	306	67.8%								
i エ 毎年度、課題分析や医療・介護関係者の双方の意見等を踏まえ、必要に応じて取組の改善・見直し等を行っている		5点	1,412	81.1	292	64.7%								
i 3 患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が実施できるよう、具体的な取組を行っているか。	-1.91	21点					86.2%	76.2%	63.9	75.0	82.7	89.2	95.3	4.0%
i ア 医療・介護関係者の情報共有の実施状況を把握している		5点	1,658	95.2	417	92.5%								
i イ 実施状況等を踏まえ、在宅での看取りや入退院時等に活用できるような医療・介護関係者の情報共有ツールの作成等情報共有円滑化のための取組を実施している		6点	1,586	91.1	375	83.1%								
i ウ 取組の実施状況を踏まえ、課題分析等を行っている		5点	1,393	80.0	305	67.6%								
i エ 毎年度、課題分析や医療・介護関係者の双方の意見等を踏まえ、必要に応じて情報共有ツール等の改善・見直し等を行っている		5点	1,350	77.5	298	66.1%								

令和７年度結果	
該当市町村数	得点率
	69.2%
1,185	68.1
1,612	92.6
1,270	72.9
909	52.2
965	55.4
	84.6%
1,643	94.4
1,670	95.9
1,585	91.0
1,429	82.1
1,567	90.0
1,382	79.4
1,327	76.2
	83.6%
1,635	93.9
1,555	89.3
1,328	76.3
1,284	73.8

■体制・取組指標群：回答分布

Ⅲ-ⅰ-1：支援

カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	54	3.1%	16点	223	12.8%
5点	17	1.0%	20点	12	0.7%
6点	170	9.8%	21点	163	9.4%
10点	11	0.6%	26点	836	48.0%
11点	244	14.0%			
15点	11	0.6%			
計	1741	100.0%			
歪度		-0.71			

Ⅲ-ⅰ-2：支援

カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	40	2.3%	9点	61	3.5%	16点	45	2.6%
2点	12	0.7%	10点	1	0.1%	17点	28	1.6%
4点	8	0.5%	11点	98	5.6%	19点	83	4.8%
5点	17	1.0%	12点	7	0.4%	21点	1283	73.7%
6点	3	0.2%	14点	19	1.1%			
7点	36	2.1%	15点	0	0.0%			
計	1741	100.0%						
歪度		-2.06						

Ⅲ-ⅰ-3：支援

カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	70	4.0%	16点	80	4.6%
5点	81	4.7%	21点	1327	76.2%
6点	9	0.5%			
10点	3	0.2%			
11点	170	9.8%			
15点	1	0.1%			
計	1741	100.0%			
歪度		-1.91			

■活動指標群：市町村の該当数

	歪度	配点	該当市町村数		3千人未満該当市町村		得点率	満点全体	3千人未満	1万人未満	5万人未満	10万人未満	10万人以上	得点なし
ii 1 入退院支援の実施状況	0.30	16点					40.1%	3.5%	4.2	4.7	2.6	0.0	1.6	13.6%
ii ア 入院時情報連携加算算定者数割合（要介護認定者数における割合）		8点	1,218	70.0	295	65.4%								
ii イ 退院・退所加算算定者数割合（要介護認定者数における割合）		8点	1,218	70.0	216	47.9%								
ii 2 人生の最終段階における支援の実施状況	0.27	16点					40.0%	8.2%	4.7	4.3	8.9	27.7	34.4	26.2%
ii ア 在宅ターミナルケアを受けた患者数割合（管内死亡者数における割合）		8点	1,218	70.0	203	45.0%								
ii イ 看取り加算算定者数割合（管内死亡者数における割合）		8点	1,218	70.0	205	45.5%								

令和７年度結果	
該当市町村数	得点率
	40.1%
1,218	70.0
1,218	70.0
	40.0%
1,218	70.0
1,218	70.0

■活動指標群：回答分布

Ⅲ-ⅱ-1：支援

カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	237	13.6%	10点	204	11.7%
2点	282	16.2%	12点	166	9.5%
4点	217	12.5%	14点	109	6.3%
6点	264	15.2%	16点	61	3.5%
8点	201	11.5%			
計	1741	100.0%			
歪度		0.30			

Ⅲ-ⅱ-2：支援

カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	457	26.2%	10点	99	5.7%
2点	102	5.9%	12点	275	15.8%
4点	260	14.9%	14点	47	2.7%
6点	101	5.8%	16点	143	8.2%
8点	257	14.8%			
計	1741	100.0%			
歪度		0.27			

（２）都道府県の該当率及び回答分布

※回答分布とあわせて整理した歪度は、回答分布の偏りをみる指標。一般的に絶対値が「１」を超えると回答分布の歪みが大きいと判断される。絶対値「１」を超える場合に赤色（回答分布の図では絶対値「２」を超える場合に赤文字・絶対値「１」を超える場合に背景を緑色）で表記している。なお、配点の段階（０点/５点/10点などの配点の段階がいくつあるか）によって変わるため、絶対的な基準にはならず、あくまでも参考の数値にとどまる点に留意が必要

※得点率及び満点は80%以上で赤文字、体制・取組指標群で得点なしは30%超で赤文字で表記している（令和８年度は該当なし）

１）推進目標Ⅰ「持続可能な地域のあるべき姿をかたちにする」

○　令和８年度の体制・取組指標群の得点率をみると、２項目のうち１項目が90%超、１項目が80%超だった。令和７年度の得点率と比較すると、全ての項目で向上していた。

○　歪度が絶対値１を超える項目は１項目だった。

○　指標１は87.2%の都道府県が満点だった。

■体制・取組指標群：都道府県の該当数

【推進】目標Ⅰ　持続可能な地域のあるべき姿をかたちにする

	評価項目一覧	歪度	配点	該当数	得点率	満点	得点なし	令和７年度結果 該当数	得点率
i	**1** 管内における地域課題の解決や地域差（管内市町村間の一人当たり給付費の差）の把握・分析、その改善に向けた市町村支援を実施しているか。	-4.06	33点		95.4%	87.2%	0.0%		93.1%
i	ア 都道府県として管内市町村が抱える地域課題や地域差の分析を行い、その分析結果について、管内市町村に対して共有している		6点	46 97.9%				47 100.0%	
i	イ 地域課題や地域差の改善に向けた都道府県としての目標を定めている		6点	43 91.5%				43 91.5%	
i	ウ イの目標を踏まえ、管内市町村における地域課題の解決や地域差の改善、介護保険事業計画の進捗管理を支援するための具体的な取組（研修事業、アドバイザー派遣等）を実施している		7点	45 95.7%				43 91.5%	
i	エ アの都道府県による分析に加え、特定地域の地域課題や地域差について、対象市町村と一緒に議論し、市町村の目指すべき姿の実現に向けた検討を行っている		7点	46 97.9%				44 93.6%	
i	オ エのプロセスを経て、個々の市町村の要望を踏まえ、伴走支援を実施している		7点	44 93.6%				42 89.4%	
i	**2** 保険者機能強化推進交付金等に係る評価結果を活用し、管内市町村間の比較、課題分析、その改善に向けた取組を実施しているか。	-0.72	27点		81.4%	29.8%	0.0%		78.3%
i	ア 管内市町村における評価結果について、過年度及び地域間の比較・課題分析を行っている		5点	47 100.0%				45 95.7%	
i	イ アの課題分析等は、外部の関係者も参画して行っている		5点	32 68.1%				28 59.6%	
i	ウ 評価結果の課題分析結果等を踏まえ、管内市町村の評価結果の改善に向け、情報共有、研修等の支援を実施している		5点	46 97.9%				44 93.6%	
i	エ 市町村支援の実施に当たって、評価結果を活用している		6点	43 91.5%				42 89.4%	
i	オ ア～エの取組の結果、今年度の評価結果において管内に著しく得点の低い市町村がない		6点	25 53.2%				26 55.3%	

■体制・取組指標群：回答分布

I - i -1						I - i -2					
カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	0	0.0%	19点	0	0.0%	0点	0	0.0%	15点	0	0.0%
6点	1	2.1%	20点	0	0.0%	5点	0	0.0%	16点	5	10.6%
7点	0	0.0%	21点	0	0.0%	6点	0	0.0%	17点	0	0.0%
12点	0	0.0%	26点	1	2.1%	10点	1	2.1%	21点	18	38.3%
13点	1	2.1%	27点	3	6.4%	11点	1	2.1%	22点	8	17.0%
14点	0	0.0%	33点	41	87.2%	12点	0	0.0%	27点	14	29.8%
			計	47	100.0%				計	47	100.0%
			歪度		-4.06				歪度		-0.72

■活動指標群：都道府県の該当数

									令和７年度結果	
ii	**1** 今年度の評価得点	0.28	8点		39.4%	8.5%	29.8%			39.4%
ii	ア 上位７割		2点	33 70.2%					32 68.1%	
ii	イ 上位５割		2点	23 48.9%					24 51.1%	
ii	ウ 上位３割		2点	14 29.8%					14 29.8%	
ii	エ 上位１割		2点	4 8.5%					4 8.5%	
ii	**2** 今年度の管内市町村全体の平均得点	0.29	8点		38.8%	8.5%	31.9%			38.8%
ii	ア 上位７割		2点	32 68.1%					32 68.1%	
ii	イ 上位５割		2点	23 48.9%					23 48.9%	
ii	ウ 上位３割		2点	14 29.8%					14 29.8%	
ii	エ 上位１割		2点	4 8.5%					4 8.5%	
ii	**3** 管内市町村における１人当たり給付費の差の状況	0.29	8点		38.8%	8.5%	31.9%			38.8%
ii	ア 上位７割		2点	32 68.1%					32 68.1%	
ii	イ 上位５割		2点	23 48.9%					23 48.9%	
ii	ウ 上位３割		2点	14 29.8%					14 29.8%	
ii	エ 上位１割		2点	4 8.5%					4 8.5%	
ii	**4** 管内市町村における年齢調整後要介護認定率の差の状況	0.29	8点		38.8%	8.5%	31.9%			38.8%
ii	ア 上位７割		2点	32 68.1%					32 68.1%	
ii	イ 上位５割		2点	23 48.9%					23 48.9%	
ii	ウ 上位３割		2点	14 29.8%					14 29.8%	
ii	エ 上位１割		2点	4 8.5%					4 8.5%	
ii	**5** 市町村支援の実施状況	0.28	8点		39.4%	8.5%	29.8%			39.4%
ii	ア 上位７割		2点	33 70.2%					33 70.2%	
ii	イ 上位５割		2点	23 48.9%					23 48.9%	
ii	ウ 上位３割		2点	14 29.8%					14 29.8%	
ii	エ 上位１割		2点	4 8.5%					4 8.5%	

■活動指標群：回答分布

Ⅰ-ⅱ-1			Ⅰ-ⅱ-2			Ⅰ-ⅱ-3			Ⅰ-ⅱ-4			Ⅰ-ⅱ-5		
カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	14	29.8%	0点	15	31.9%	0点	15	31.9%	0点	15	31.9%	0点	14	29.8%
2点	10	21.3%	2点	9	19.1%	2点	9	19.1%	2点	9	19.1%	2点	10	21.3%
4点	9	19.1%	4点	9	19.1%	4点	9	19.1%	4点	9	19.1%	4点	9	19.1%
6点	10	21.3%	6点	10	21.3%	6点	10	21.3%	6点	10	21.3%	6点	10	21.3%
8点	4	8.5%	8点	4	8.5%	8点	4	8.5%	8点	4	8.5%	8点	4	8.5%
計	47	100.0%	計	47	100.0%	計	47	100.0%	計	47	100.0%	計	47	100.0%
歪度		0.28	歪度		0.29	歪度		0.29	歪度		0.29	歪度		0.28

2）推進目標Ⅱ「公正・公平な給付を行う体制を構築する」

○　令和８年度の体制・取組指標群の得点率をみると95.2%で、令和７年度の得点率よりも向上していた。
○　歪度は絶対値１を超えていた。
○　指標１は80.9%の都道府県が満点だった。

■体制・取組指標群：都道府県の該当数

【推進】目標Ⅱ　公正･公平な給付を行う体制を構築する

評価項目一覧			歪度	配点	該当数		得点率	満点	得点なし	令和７年度結果 該当数		得点率
i	1	管内の介護給付費の適正化に向け、市町村支援を実施しているか。	-3.14	64点			95.2%	80.9%	0.0%			93.6%
i	ア	管内市町村における介護給付費の特徴や適正化に向けた取組の実施状況を分析の上、課題を把握している		12点	47	100.0%				46	97.9%	
i	イ	アの課題を解決するため、都道府県としての改善目標を定めている		13点	46	97.9%				46	97.9%	
i	ウ	イに加え、市町村別の目標と取組内容の設定を行っている		13点	39	83.0%				37	78.7%	
i	エ	イ～ウを踏まえ、都道府県として介護給付費の適正化に向けた具体的な取組を実施している		13点	47	100.0%				47	100.0%	
i	オ	個別の市町村に対して定期的な（１回/年程度）フォローアップを実施している		13点	45	95.7%				44	93.6%	

■体制・取組指標群：回答分布

Ⅱ-ⅰ-1				
カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	0	0.0%	39点	0	0.0%
12点	0	0.0%	51点	8	17.0%
13点	0	0.0%	64点	38	80.9%
25点	1	2.1%			
26点	0	0.0%			
38点	0	0.0%			
			計	47	100.0%
			歪度		-3.14

■活動指標群：都道府県の該当数

ii	1	管内市町村のケアプラン点検の実施割合	0.29	12点			38.8%	8.5%	31.9%		38.8%
ii	ア	上位７割		3点	32	68.1%				32	68.1%
ii	イ	上位５割		3点	23	48.9%				23	48.9%
ii	ウ	上位３割		3点	14	29.8%				14	29.8%
ii	エ	上位１割		3点	4	8.5%				4	8.5%
ii	2	管内市町村の医療情報との突合の実施割合	0.38	12点			43.1%	25.5%	31.9%		43.6%
ii	ア	上位７割		3点	32	68.1%				32	68.1%
ii	イ	上位５割		3点	23	48.9%				23	48.9%
ii	ウ	上位３割		3点	14	29.8%				14	29.8%
ii	エ	上位１割		3点	12	25.5%				13	27.7%
ii	3	管内市町村の縦覧点検の実施状況	0.22	12点			47.3%	36.2%	31.9%		42.6%
ii	ア	上位７割		3点	32	68.1%				32	68.1%
ii	イ	上位５割		3点	23	48.9%				23	48.9%
ii	ウ	上位３割		3点	17	36.2%				14	29.8%
ii	エ	上位１割		3点	17	36.2%				11	23.4%

■活動指標群：回答分布

Ⅱ-ⅱ-1			Ⅱ-ⅱ-2			Ⅱ-ⅱ-3		
カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	15	31.9%	0点	15	31.9%	0点	15	31.9%
3点	9	19.1%	3点	9	19.1%	3点	9	19.1%
6点	9	19.1%	6点	9	19.1%	6点	6	12.8%
9点	10	21.3%	9点	2	4.3%	9点	0	0.0%
12点	4	8.5%	12点	12	25.5%	12点	17	36.2%
計	47	100.0%	計	47	100.0%	計	47	100.0%
歪度		0.29	歪度		0.38	歪度		0.22

３）推進目標Ⅲ「介護人材の確保その他のサービス提供基盤の整備を推進する」

○　令和８年度の体制・取組指標群の得点率をみると、全４項目のうち３項目が90%超、１項目が80%超だった。令和７年度の得点率と比較すると、全項目で向上していた。
○　全項目で歪度が絶対値１を超えていた。
○　指標１は93.6%、指標２は80.9%の都道府県が満点だった。

■体制・取組指標群：都道府県の該当数

【推進】目標Ⅲ　介護人材の確保その他のサービス提供基盤の整備を推進する

評価項目一覧	歪度	配点	該当数	得点率	満点	得点なし	令和７年度結果 該当数	得点率
i 1 介護人材の将来推計を行い、人材確保に向けた具体的な目標を設定しているか。	-5.35	15点		97.9%	93.6%	0.0%		96.2%
i ア 第８期介護保険事業支援計画に基づき実施した介護人材確保対策の実績を踏まえ、課題整理を行っている		3点	47 100.0%				47 100.0%	
i イ アを踏まえ、第９期介護保険事業計画に基づく介護人材の需給推計に基づき、必要な介護人材確保対策を企画立案している		3点	47 100.0%				47 100.0%	
i ウ 介護人材の確保・定着の課題について市町村及び地域の関係団体等との情報交換・協議を行う会議体における検討を踏まえ、都道府県として具体的な取組を実施している		3点	46 97.9%				44 93.6%	
i エ ウの実施に当たって、目標及び実施時期を定めている		3点	44 93.6%				44 93.6%	
i オ 取組の実施状況等を踏まえ、毎年度、取組の課題の分析、改善・見直し等を行っている		3点	46 97.9%				44 93.6%	
i 2 介護人材の確保のための取組を実施しているか。	-2.69	16点		97.6%	80.9%	0.0%		96.4%
i ア 介護人材確保に関し、次の取組を実施している		4点	47 100.0%				47 100.0%	
① 介護の仕事の魅力を伝える広域的なイベント（アクティブシニアなど地域住民の幅広い層を対象としたセミナーや職業体験会等）の開催		1点	46 97.9%				45 95.7%	
② 就職に際して影響力がある教員及び保護者に対して介護の仕事のイメージアップや基礎知識に関する研修や広報等の実施		1点	45 95.7%				44 93.6%	
③ 外国人介護人材の受入れに関する支援		1点	47 100.0%				47 100.0%	
④ その他		1点	44 93.6%				43 91.5%	
i イ アの取組の実施に当たって、市町村や関係団体と協働している		3点	47 100.0%				47 100.0%	
i ウ 介護人材確保に関する取組の効果を検証するための評価指標を定めて公表している		3点	47 100.0%				46 97.9%	
i エ ウの指標に対する実績等を踏まえ、毎年度、取組の課題の分析、改善・見直し等を行っている		3点	47 100.0%				47 100.0%	
i オ 取組の成果を公表している		3点	43 91.5%				42 89.4%	
i 3 介護人材の定着・質の向上に向けた取組を実施しているか。	-4.78	19点		92.9%	36.2%	0.0%		91.7%
i ア 介護人材の定着・質の向上に関し、次の取組を実施している		7点	47 100.0%				47 100.0%	
① 人材育成や就労環境等の改善に取り組む介護事業所の認証・評価制度の実施		1点	39 83.0%				39 83.0%	
② 介護サービス・介護人材の質の向上に向けた各種研修の実施		1点	47 100.0%				47 100.0%	
③ 事業所の管理者等に対する労働法規や休暇・休職制度に関する説明会等の開催		1点	35 74.5%				31 66.0%	
④ 多様な人材が働きやすい環境作り支援		1点	45 95.7%				45 95.7%	
⑤ 生産性向上のための環境整備の支援		1点	47 100.0%				47 100.0%	
⑥ 介護職員の抱える悩みの解決に向けた相談体制の構築		1点	36 76.6%				34 72.3%	
⑦ その他		1点	38 80.9%				36 76.6%	
i イ アの取組の実施に当たって、市町村や関係団体と協働している		3点	46 97.9%				46 97.9%	
i ウ 介護人材の定着・質の向上に向けた取組の効果を検証するための評価指標を定めて公表している		3点	46 97.9%				45 95.7%	
i エ ウの指標に対する実績等を踏まえ、毎年度、取組の課題の分析、改善・見直し等を行っている		3点	46 97.9%				46 97.9%	
i オ 取組の成果を公表している		3点	43 91.5%				43 91.5%	
i 4 管内における自立支援、重度化防止、介護人材確保に関する施策等の推進に当たって、庁内・庁外における連携体制が確保されているか。	-1.29	22点		81.8%	36.2%	0.0%		77.0%
i ア 介護・福祉関係部局や医療、住まい、就労関係部局など、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた庁内の連携を確保するための場又は規程がある		3点	41 87.2%				39 83.0%	
i イ 市町村や事業者、関係団体、専門職等外部の関係者との連携を確保するための場がある		3点	47 100.0%				47 100.0%	
i ウ アⅮびイの連携体制を、次の施策分野ごとの取組に活用している		5点	46 97.9%				45 95.7%	
① サービス・活動事業		1点	44 93.6%				41 87.2%	
② 一般介護予防事業		1点	45 95.7%				43 91.5%	
③ 認知症総合支援		1点	45 95.7%				43 91.5%	
④ 在宅医療・介護連携		1点	44 93.6%				41 87.2%	
⑤ 介護人材確保等		1点	43 91.5%				42 89.4%	
i エ アⅮびイの連携体制の活用等により、管内市町村の取組状況や課題を把握し、専門職派遣等の市町村支援を実施している		3点	43 91.5%				40 85.1%	
i オ アⅮびイによる連携体制を活用し、高齢者の住まいの確保と生活の一体的支援に関する取組に係る市町村支援を実施している		4点	33 70.2%				28 59.6%	
i カ アⅮびイによる連携体制を、介護保険事業に留まらない地域づくりや重層的支援体制整備事業等を行う市町村の支援にも活用している		4点	25 53.2%				24 51.1%	

■体制・取組指標群：回答分布

Ⅲ-ｉ-1

カテゴリー	n	%
0点	0	0.0%
3点	0	0.0%
6点	1	2.1%
9点	0	0.0%
12点	2	4.3%
15点	44	93.6%
計	47	100.0%
歪度		-5.35

Ⅲ-ｉ-2

カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	0	0.0%	11点	0	0.0%
1点	0	0.0%	12点	1	2.1%
2点	0	0.0%	13点	3	6.4%
3点	0	0.0%	14点	0	0.0%
4点	0	0.0%	15点	5	10.6%
5点	0	0.0%	16点	38	80.9%
6点	0	0.0%			
8点	0	0.0%			
9点	0	0.0%			
10点	0	0.0%			
計	47	100.0%			
歪度		-2.69			

Ⅲ-ｉ-3

カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	0	0.0%	12点	0	0.0%
4点	1	2.1%	13点	0	0.0%
5点	0	0.0%	14点	0	0.0%
6点	0	0.0%	15点	1	2.1%
7点	0	0.0%	16点	5	10.6%
8点	0	0.0%	17点	6	12.8%
9点	0	0.0%	18点	17	36.2%
10点	0	0.0%	19点	17	36.2%
11点	0	0.0%			
計	47	100.0%			
歪度		-4.78			

Ⅲ-ｉ-4

カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	0	0.0%	14点	5	10.6%
1点	0	0.0%	15点	3	6.4%
3点	1	2.1%	16点	1	2.1%
7点	0	0.0%	17点	0	0.0%
8点	0	0.0%	18点	17	36.2%
9点	0	0.0%	19点	0	0.0%
10点	1	2.1%	20点	0	0.0%
11点	2	4.3%	21点	0	0.0%
12点	0	0.0%	22点	17	36.2%
13点	0	0.0%			
計	47	100.0%			
歪度		-1.29			

■活動指標群：都道府県の該当数

ii	1 管内市町村の高齢者人口当たりの介護職員数	0.29	4点			38.8%	8.5%	31.9%	38.8%
ii	ア 上位７割		1点	32	68.1%				32 68.1%
ii	イ 上位５割		1点	23	48.9%				23 48.9%
ii	ウ 上位３割		1点	14	29.8%				14 29.8%
ii	エ 上位１割		1点	4	8.5%				4 8.5%
ii	2 管内市町村の介護職員離職率	0.23	4点			40.4%	10.6%	31.9%	38.8%
ii	ア 上位７割		1点	32	68.1%				32 68.1%
ii	イ 上位５割		1点	25	53.2%				23 48.9%
ii	ウ 上位３割		1点	14	29.8%				14 29.8%
ii	エ 上位１割		1点	5	10.6%				4 8.5%
ii	3 管内市町村の介護職員関係職種の有効求人倍率	0.32	4点			39.4%	10.6%	31.9%	38.8%
ii	ア 上位７割		1点	32	68.1%				32 68.1%
ii	イ 上位５割		1点	23	48.9%				23 48.9%
ii	ウ 上位３割		1点	14	29.8%				14 29.8%
ii	エ 上位１割		1点	5	10.6%				4 8.5%
ii	4 管内市町村における高齢者人口当たりの59時間研修（生活援助従事者研修）及び130時間研修（介護職員初任者研修）の修了者数	0.29	4点			38.8%	8.5%	31.9%	38.8%
ii	ア 上位７割		1点	32	68.1%				32 68.1%
ii	イ 上位５割		1点	23	48.9%				23 48.9%
ii	ウ 上位３割		1点	14	29.8%				14 29.8%
ii	エ 上位１割		1点	4	8.5%				4 8.5%
ii	5 管内市町村における高齢者人口当たりの「介護に関する入門的研修」修了者数	0.29	4点			38.8%	8.5%	31.9%	38.8%
ii	ア 上位７割		1点	32	68.1%				32 68.1%
ii	イ 上位５割		1点	23	48.9%				23 48.9%
ii	ウ 上位３割		1点	14	29.8%				14 29.8%
ii	エ 上位１割		1点	4	8.5%				4 8.5%
ii	6 介護支援専門員を対象としたケアマネジメントの質の向上に関する研修（介護支援専門員法定研修を除く。）の総実施日数	0.13	4点			42.6%	8.5%	25.5%	39.9%
ii	ア 上位７割		1点	35	74.5%				32 68.1%
ii	イ 上位５割		1点	24	51.1%				23 48.9%
ii	ウ 上位３割		1点	17	36.2%				15 31.9%
ii	エ 上位１割		1点	4	8.5%				5 10.6%
ii	7 生産年齢人口に占める介護福祉士修学資金等貸付件数割合	0.29	4点			38.8%	8.5%	31.9%	38.8%
ii	ア 上位７割		1点	32	68.1%				32 68.1%
ii	イ 上位５割		1点	23	48.9%				23 48.9%
ii	ウ 上位３割		1点	14	29.8%				14 29.8%
ii	エ 上位１割		1点	4	8.5%				4 8.5%

■活動指標群：回答分布

Ⅲ-ⅱ-1			Ⅲ-ⅱ-2			Ⅲ-ⅱ-3			Ⅲ-ⅱ-4			Ⅲ-ⅱ-5			Ⅲ-ⅱ-6			Ⅲ-ⅱ-7		
カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	15	31.9%	0点	15	31.9%	0点	15	31.9%	0点	15	31.9%	0点	15	31.9%	0点	12	25.5%	0点	15	31.9%
1点	9	19.1%	1点	7	14.9%	1点	9	19.1%	1点	9	19.1%	1点	9	19.1%	1点	11	23.4%	1点	9	19.1%
2点	9	19.1%	2点	11	23.4%	2点	9	19.1%	2点	9	19.1%	2点	9	19.1%	2点	7	14.9%	2点	9	19.1%
3点	10	21.3%	3点	9	19.1%	3点	9	19.1%	3点	10	21.3%	3点	10	21.3%	3点	13	27.7%	3点	10	21.3%
4点	4	8.5%	4点	5	10.6%	4点	5	10.6%	4点	4	8.5%	4点	4	8.5%	4点	4	8.5%	4点	4	8.5%
計	47	100.0%	計	47	100.0%	計	47	100.0%	計	47	100.0%	計	47	100.0%	計	47	100.0%	計	47	100.0%
歪度		0.29	歪度		0.23	歪度		0.32	歪度		0.29	歪度		0.29	歪度		0.13	歪度		0.29

４）支援目標Ⅰ「介護予防/日常生活支援を推進する」

○　令和８年度の体制・取組指標群の得点率をみると、５項目のうち２項目が90%超、３項目が80%超だった。令和７年度の得点率と比較すると、指標を見直した指標５を除いた全ての項目で向上していた。
○　全５項目で歪度が絶対値１を超えていた。
○　指標１は85.1%の都道府県が満点だった。

■体制・取組指標群：都道府県の該当数

【支援】目標Ⅰ　介護予防/日常生活支援を推進する

評価項目一覧	歪度	配点	該当数	得点率	満点	得点なし	令和７年度結果 該当数	得点率
i 1 地域ケア会議の活性化を図るため、課題の把握・分析を行いつつ、その改善に向けた市町村支援を実施しているか。	-3.67	5点		96.2%	85.1%	0.0%		93.6%
i ア 管内市町村の地域ケア会議の実施状況を把握・分析し、その結果等を管内市町村に対して共有している		1点	47 100.0%				46 97.9%	
i イ アの分析結果等を踏まえ、課題を有すると考えられる市町村と一緒に議論し、実施状況等について個別に確認している		1点	45 95.7%				43 91.5%	
i ウ 地域ケア会議の活性化に向け、市町村に対する支援方策を策定している		1点	47 100.0%				45 95.7%	
i エ 支援方策に基づき、都道府県医師会等関係団体と協力して、都市区等医師会等関係団体の管理職・管理者、担当者に対する研修会等の実施その他の市町村支援を実施している		1点	43 91.5%				41 87.2%	
i オ 市町村の意見を踏まえ、支援内容を改善するプロセスを有している		1点	44 93.6%				45 95.7%	
i 2 通いの場の立ち上げ等、介護予防を効果的なものとするため、市町村支援を実施しているか。	-2.53	12点		93.4%	66.0%	0.0%		90.8%
i ア 介護予防・日常生活総合事業をはじめとする管内市町村における介護予防の取組状況を把握・分析し、その結果等を管内市町村に対して共有している		1点	47 100.0%				47 100.0%	
i イ アの分析結果等を踏まえ、課題を有すると考えられる市町村と一緒に議論し、実施状況等について個別に確認している		2点	45 95.7%				43 91.5%	
i ウ 介護予防の効果的な実施に向け、市町村に対する支援方策を策定している		2点	45 95.7%				44 93.6%	
i エ 支援方策に基づき、次のような市町村支援を実施している		5点	47 100.0%				47 100.0%	
① 介護予防に従事する市町村職員や関係者に対し、技術的支援に係る研修会や情報交換の場（介護予防の取組に係る好事例の発信を含む）の設定		1点	47 100.0%				47 100.0%	
② 都道府県による実地支援		1点	40 85.1%				39 83.0%	
③ 専門職等のアドバイザー派遣		1点	47 100.0%				46 97.9%	
④ データ活用に対する支援		1点	43 91.5%				42 89.4%	
⑤ その他		1点	33 70.2%				31 66.0%	
i オ 市町村の意見を踏まえ、支援内容を改善するプロセスを有している		2点	45 95.7%				43 91.5%	
i 3 介護予防等と保健事業の一体的実施に向けた環境整備を実施しているか。	-1.70	9点		82.7%	70.2%	2.1%		78.5%
i ア 管内市町村における介護予防等と保健事業との一体的実施の実施状況を把握・分析し、その結果等を管内市町村に対して共有している		1点	46 97.9%				44 93.6%	
i イ アの分析結果等を踏まえ、課題を有すると考えられる市町村と一緒に議論し、実施状況等について個別に確認している		2点	37 78.7%				35 74.5%	
i ウ 介護予防等と保健事業との一体的実施の環境整備を図るため、市町村に対する支援方策を策定している		2点	38 80.9%				35 74.5%	
i エ 支援方策に基づき、市町村支援を実施している		2点	39 83.0%				38 80.9%	
i オ 市町村の意見を踏まえ、支援内容を改善するプロセスを有している		2点	38 80.9%				36 76.6%	
i 4 リハビリテーション等の専門職の確保に向けた環境整備を実施しているか。	-1.22	12点		84.0%	48.9%	0.0%		81.6%
i ア 都道府県医師会等関係団体と連携し、市町村に対する地域リハビリテーション支援体制に関する協議会を設けている		2点	40 85.1%				36 76.6%	
i イ 国が示すリハビリテーションサービス提供体制に関する指標を現状把握や施策の検討に活用している		2点	29 61.7%				29 61.7%	
i ウ 都道府県医師会等関係団体と協議し、リハビリテーション専門職等の派遣に関するルールを作成するとともに、都道府県リハビリテーション支援センター等の派遣調整をする機関を設置している		2点	40 85.1%				40 85.1%	
i エ ウの機関において、リハビリテーション専門職等を派遣する医療機関等を確保している		2点	37 78.7%				36 76.6%	
i オ 市町村及びリハビリテーション専門職等に対して、派遣に際して必要となる知識の習得に関する研修会を実施している		2点	47 100.0%				47 100.0%	
i カ リハビリテーション専門職等の確保・派遣等の課題を市町村と共有し、取組内容の改善・見直し等を行っている		2点	44 93.6%				42 89.4%	
i 5 多様な分野の多様な主体の参画による生活支援体制の整備の推進を図るため、課題の分析・把握を行いつつ、その改善に向けた市町村支援を実施しているか。	-1.43	10点		82.3%	36.2%	0.0%		89.1%
i ア 管内市町村の生活支援体制整備の状況を把握・分析して、その結果等を管内市町村に対して共有するとともに、課題を有すると考えられる市町村と一緒に生活支援体制の整備の推進に向けて検討している		1点	45 95.7%					
i イ アを踏まえ、生活支援体制整備の推進に向け、市町村に対する支援方策を策定している		1点	46 97.9%					
i ウ イの支援方策に基づき、次のような市町村支援を実施している		6点	46 97.9%					
i ① 市町村職員及び生活支援コーディネーターに対する研修を実施し、生活支援体制整備事業の趣旨や多様な分野の多様な主体との連携の必要性・重要性について伝達		1点	46 97.9%					
② 管内で高齢者の生活支援に関わりうる多様な主体について情報収集を行い、高齢者の生活支援に多様な主体が関わっている事例や多様な主体のリスト等を周知		1点	35 74.5%					
③ 多様な主体と市町村や生活支援コーディネーターが連携して生活支援体制の整備を行う際のポイント等を整理して周知		1点	36 76.6%					
④ 生活支援体制の整備の推進のためのアドバイザー派遣や都道府県職員等による伴走支援を実施		1点	41 87.2%					
⑤ 市町村の生活支援体制の整備を支援するため、市町村や生活支援コーディネーターとＮＰＯ法人、ボランティア団体、民間企業等の多様な主体との連携・協働の場（交流会等）の設置		1点	30 63.8%					
⑥ その他		1点	26 55.3%					
i エ 市町村及び多様な主体の意見を踏まえ、市町村支援の内容を改善するプロセスを有している		2点	41 87.2%					

■体制・取組指標群：回答分布

I-i-1：支援			I-i-2：支援				I-i-3：支援			I-i-4：支援			I-i-5：支援			
カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	0	0.0%	0点	0	0.0%	10点	2	4.3%	0点	1	2.1%	0点	0	0.0%	0点	0	0.0%	10点	17	36.2%
1点	0	0.0%	1点	0	0.0%	11点	9	19.1%	1点	5	10.6%	2点	0	0.0%	1点	1	2.1%			
2点	1	2.1%	2点	0	0.0%	12点	31	66.0%	2点	0	0.0%	4点	3	6.4%	2点	0	0.0%			
3点	0	0.0%	3点	0	0.0%				3点	1	2.1%	6点	3	6.4%	3点	0	0.0%			
4点	6	12.8%	4点	0	0.0%				4点	0	0.0%	8点	6	12.8%	4点	1	2.1%			
5点	40	85.1%	5点	1	2.1%				5点	2	4.3%	10点	12	25.5%	5点	2	4.3%			
			6点	0	0.0%				6点	0	0.0%	12点	23	48.9%	6点	5	10.6%			
			7点	2	4.3%				7点	5	10.6%				7点	4	8.5%			
			8点	1	2.1%				8点	0	0.0%				8点	9	19.1%			
			9点	1	2.1%				9点	33	70.2%				9点	8	17.0%			
計	47	100.0%				計	47	100.0%	計	47	100.0%	計	47	100.0%				計	47	100.0%
歪度		-3.67				歪度		-2.53	歪度		-1.70	歪度		-1.22				歪度		-1.43

■活動指標群：都道府県の該当数

ii	1	管内市町村の高齢者人口当たりの地域包括支援センターに配置される３職種の人数	0.29	4点			38.8%	8.5%	31.9%	38.8%
ii		ア 上位７割		1点	32	68.1%				32 68.1%
ii		イ 上位５割		1点	23	48.9%				23 48.9%
ii		ウ 上位３割		1点	14	29.8%				14 29.8%
ii		エ 上位１割		1点	4	8.5%				4 8.5%
ii	2	管内市町村の地域包括支援センター事業評価の達成状況	0.31	12点			38.8%	4.3%	14.9%	38.8%
ii		ア 総合相談支援事業、権利擁護事業		4点	32	68.1%				32 68.1%
ii		イ 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業事業間連携		4点	32	68.1%				32 68.1%
ii		ウ 地域ケア会議		4点	32	68.1%				32 68.1%
ii	3	管内市町村の地域ケア会議における個別事例の検討割合（個別事例の検討件数／受給者数）	0.29	4点			38.8%	8.5%	31.9%	38.8%
ii		ア 上位７割		1点	32	68.1%				32 68.1%
ii		イ 上位５割		1点	23	48.9%				23 48.9%
ii		ウ 上位３割		1点	14	29.8%				14 29.8%
ii		エ 上位１割		1点	4	8.5%				4 8.5%
ii	4	管内市町村の通いの場への65歳以上高齢者の参加率	0.18	8点			38.8%	0.0%	12.8%	38.8%
ii		ア 管内市町村の週一回以上の通いの場への参加率		4点	32	68.1%				32 68.1%
ii		イ 管内市町村の週一回以上の通いの場への参加率の変化率		4点	32	68.1%				32 68.1%
ii	5	管内市町村の高齢者のポイント事業への参加率	0.29	4点			38.8%	8.5%	31.9%	38.8%
ii		ア 上位７割		1点	32	68.1%				32 68.1%
ii		イ 上位５割		1点	23	48.9%				23 48.9%
ii		ウ 上位３割		1点	14	29.8%				14 29.8%
ii		エ 上位１割		1点	4	8.5%				4 8.5%
ii	6	管内市町村の通いの場等において心身・認知機能を維持・改善した者の割合	0.29	4点			38.8%	8.5%	31.9%	38.8%
ii		ア 上位７割		1点	32	68.1%				32 68.1%
ii		イ 上位５割		1点	23	48.9%				23 48.9%
ii		ウ 上位３割		1点	14	29.8%				14 29.8%
ii		エ 上位１割		1点	4	8.5%				4 8.5%
ii	7	管内市町村の高齢者人口当たりの生活支援コーディネーター数	0.29	4点			38.8%	8.5%	31.9%	38.8%
ii		ア 上位７割		1点	32	68.1%				32 68.1%
ii		イ 上位５割		1点	23	48.9%				23 48.9%
ii		ウ 上位３割		1点	14	29.8%				14 29.8%
ii		エ 上位１割		1点	4	8.5%				4 8.5%
ii	8	管内市町村の生活支援コーディネーターの地域ケア会議への参加割合	0.29	4点			38.8%	8.5%	31.9%	38.8%
ii		ア 上位７割		1点	32	68.1%				32 68.1%
ii		イ 上位５割		1点	23	48.9%				23 48.9%
ii		ウ 上位３割		1点	14	29.8%				14 29.8%
ii		エ 上位１割		1点	4	8.5%				4 8.5%
ii	9	管内市町村の多様なサービス・活動の実施状況	0.29	4点			38.8%	8.5%	31.9%	38.8%
ii		ア 上位７割		1点	32	68.1%				32 68.1%
ii		イ 上位５割		1点	23	48.9%				23 48.9%
ii		ウ 上位３割		1点	14	29.8%				14 29.8%
ii		エ 上位１割		1点	4	8.5%				4 8.5%
ii	10	管内市町村における介護予防等と保健事業の一体的実施の実施状況	0.29	4点			38.8%	8.5%	31.9%	38.8%
ii		ア 上位７割		1点	32	68.1%				32 68.1%
ii		イ 上位５割		1点	23	48.9%				23 48.9%
ii		ウ 上位３割		1点	14	29.8%				14 29.8%
ii		エ 上位１割		1点	4	8.5%				4 8.5%

■活動指標群：回答分布

I - ii -1：支援			I - ii -2：支援			I - ii -2：支援			I - ii -3：支援			I - ii -4：支援			I - ii -4：支援		
カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	15	31.9%	0点	7	14.9%	7点	4	8.5%	0点	15	31.9%	0点	6	12.8%	7点	3	6.4%
1点	9	19.1%	1点	3	6.4%	8点	2	4.3%	1点	9	19.1%	1点	8	17.0%	8点	0	0.0%
2点	9	19.1%	2点	5	10.6%	9点	5	10.6%	2点	9	19.1%	2点	6	12.8%			
3点	10	21.3%	3点	4	8.5%	10点	1	2.1%	3点	10	21.3%	3点	7	14.9%			
4点	4	8.5%	4点	3	6.4%	11点	0	0.0%	4点	4	8.5%	4点	6	12.8%			
			5点	7	14.9%	12点	2	4.3%				5点	6	12.8%			
			6点	4	8.5%							6点	5	10.6%			
計	47	100.0%				計	47	100.0%	計	47	100.0%				計	47	100.0%
歪度		0.29				歪度		0.31	歪度		0.29				歪度		0.18

I - ii -5：支援			I - ii -6：支援			I - ii -7：支援			I - ii -8：支援			I - ii -9：支援			I - ii -10：支援		
カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	15	31.9%	0点	15	31.9%	0点	15	31.9%	0点	15	31.9%	0点	15	31.9%	0点	15	31.9%
1点	9	19.1%	1点	9	19.1%	1点	9	19.1%	1点	9	19.1%	1点	9	19.1%	1点	9	19.1%
2点	9	19.1%	2点	9	19.1%	2点	9	19.1%	2点	9	19.1%	2点	9	19.1%	2点	9	19.1%
3点	10	21.3%	3点	10	21.3%	3点	10	21.3%	3点	10	21.3%	3点	10	21.3%	3点	10	21.3%
4点	4	8.5%	4点	4	8.5%	4点	4	8.5%	4点	4	8.5%	4点	4	8.5%	4点	4	8.5%
計	47	100.0%	計	47	100.0%	計	47	100.0%	計	47	100.0%	計	47	100.0%	計	47	100.0%
歪度		0.29	歪度		0.29	歪度		0.29	歪度		0.29	歪度		0.29	歪度		0.29

５）支援目標Ⅱ「認知症総合支援を推進する」

○　令和８年度の体制・取組指標群の得点率をみると、全３項目が90%超だった。令和７年度の得点率と比較すると、指標２及び指標３では向上していた。
○　全３項目で歪度が絶対値１を超えていた。
○　指標１は87.2%、指標２は80.9%の都道府県が満点だった。

■体制・取組指標群：都道府県の該当数

【支援】目標Ⅱ　認知症総合支援を推進する

	評価項目一覧	歪度	配点	該当数	得点率	満点	得点なし	令和７年度結果 該当数	得点率
i	1 都道府県における認知症施策の推進に関し、現状把握、計画の策定、評価・改善を行っているか。	-2.90	24点		97.4%	87.2%	0.0%		98.0%
i	ア 自県の認知症施策に関する取組について現状を把握した上で、各年度における都道府県の具体的な計画（事業内容、実施（配置）予定数、受講予定人数等）を定めている		3点	47 100.0%				47 100.0%	
i	イ 認知症介護実践者等養成事業に基づく人材育成研修について、認知症介護研修推進計画を策定し、計画の実施状況、成果に対する確認及びその評価を行っている		3点	46 97.9%				45 95.7%	
i	ウ 各種の認知症対応力向上を目的とした人材育成研修の実施に当たり、研修の希望者数を踏まえ、適切な受講枠の確保を行っている		3点	45 95.7%				45 95.7%	
i	エ 認知症施策の進捗状況の点検・評価・改善に当たり、第三者あるいは認知症当事者（認知症の人やその家族）の意見を聞いている		5点	46 97.9%				47 100.0%	
i	オ ア～エの取組状況を踏まえて、自県の認知症施策等の内容を見直している		5点	46 97.9%				46 97.9%	
i	カ 認知症の人及び家族等の意見を踏まえた都道府県認知症施策推進計画の策定に着手している		5点	45 95.7%					
i	2 認知症状のある人（若年性認知症の人を含む。）がその状態に応じた適切な支援を受けられるようにするための取組を行っているか。	-2.40	22点		95.6%	80.9%	0.0%		93.6%
i	ア 若年性認知症の人の実態調査及び若年性認知症の人本人や家族のヒアリング等による支援ニーズの把握を行っている		4点	47 100.0%				46 97.9%	
i	イ 若年性認知症の人が適切な支援が受けられるよう、医療・介護・福祉・雇用の関係者が連携し、支援に携わる者の理解促進を図るためのネットワーク構築及び研修を行っている		4点	47 100.0%				47 100.0%	
i	ウ 医療・介護従事者を対象とした研修において、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の内容を盛り込んでいる		4点	42 89.4%				39 83.0%	
i	エ 不安を抱えている認知症の人（若年性認知症の人を含む）に対して行われる認知症当事者によるピアサポート活動の支援を実施している		5点	43 91.5%				42 89.4%	
i	オ ア～エの取組状況を踏まえて、自県の認知症の人（若年性認知症の人を含む）がその状態に応じた適切な支援を受けられるようにするための取組を見直している		5点	46 97.9%				47 100.0%	
i	3 管内保険者における認知症施策に関する取組状況を把握し、市町村支援を実施しているか。	-2.66	22点		93.5%	78.7%	0.0%		88.3%
i	ア 市町村の取組状況を把握している		4点	47 100.0%				47 100.0%	
i	イ 市町村の取組状況一覧を公表（自治体ホームページに掲載する等）し、進捗管理している		4点	44 93.6%				43 91.5%	
i	ウ 市町村の取組内容の課題を整理し、市町村別に伝えている		4点	42 89.4%				39 83.0%	
i	エ 課題を抱えた市町村を支援するための具体的な取組を行っている		5点	46 97.9%				44 93.6%	
i	オ 市町村の意見を踏まえ、支援内容を改善するプロセスを有している		5点	41 87.2%				36 76.6%	

■体制・取組指標群：回答分布

Ⅱ-ⅰ-1：支援

カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	0	0.0%	10点	0	0.0%	18点	0	0.0%
3点	0	0.0%	11点	0	0.0%	19点	3	6.4%
5点	0	0.0%	13点	0	0.0%	21点	2	4.3%
6点	0	0.0%	14点	0	0.0%	24点	41	87.2%
8点	0	0.0%	15点	0	0.0%			
9点	0	0.0%	16点	1	2.1%			
						計	47	100.0%
						歪度		-2.90

Ⅱ-ⅰ-2：支援

カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	0	0.0%	12点	1	2.1%
4点	0	0.0%	13点	0	0.0%
5点	0	0.0%	15点	0	0.0%
8点	0	0.0%	17点	3	6.4%
9点	0	0.0%	18点	5	10.6%
10点	0	0.0%	22点	38	80.9%
			計	47	100.0%
			歪度		-2.40

Ⅱ-ⅰ-3：支援

カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	0	0.0%	12点	0	0.0%
4点	0	0.0%	13点	1	2.1%
5点	0	0.0%	15点	0	0.0%
8点	1	2.1%	17点	3	6.4%
9点	1	2.1%	18点	4	8.5%
10点	0	0.0%	22点	37	78.7%
			計	47	100.0%
			歪度		-2.66

■活動指標群：都道府県の該当数

ii	1 管内市町村の高齢者人口当たりの認知症サポーター数	0.29	8点		38.8%	8.5%	31.9%		38.8%
ii	ア 上位７割		2点	32 68.1%				32 68.1%	
ii	イ 上位５割		2点	23 48.9%				23 48.9%	
ii	ウ 上位３割		2点	14 29.8%				14 29.8%	
ii	エ 上位１割		2点	4 8.5%				4 8.5%	
ii	2 管内市町村の高齢者人口当たりの認知症サポーターステップアップ講座修了者数	0.29	8点		38.8%	8.5%	31.9%		38.8%
ii	ア 上位７割		2点	32 68.1%				32 68.1%	
ii	イ 上位５割		2点	23 48.9%				23 48.9%	
ii	ウ 上位３割		2点	14 29.8%				14 29.8%	
ii	エ 上位１割		2点	4 8.5%				4 8.5%	
ii	3 管内のチームオレンジ設置市町村数（割合）	0.28	8点		39.4%	8.5%	29.8%		38.8%
ii	ア 上位７割		2点	33 70.2%				32 68.1%	
ii	イ 上位５割		2点	23 48.9%				23 48.9%	
ii	ウ 上位３割		2点	14 29.8%				14 29.8%	
ii	エ 上位１割		2点	4 8.5%				4 8.5%	
ii	4 管内市町村の高齢者人口当たりの認知症カフェ箇所数	0.29	8点		38.8%	8.5%	31.9%		38.8%
ii	ア 上位７割		2点	32 68.1%				32 68.1%	
ii	イ 上位５割		2点	23 48.9%				23 48.9%	
ii	ウ 上位３割		2点	14 29.8%				14 29.8%	
ii	エ 上位１割		2点	4 8.5%				4 8.5%	

■活動指標群：回答分布

Ⅱ-ⅱ-1：支援

カテゴリー	n	%
0点	15	31.9%
2点	9	19.1%
4点	9	19.1%
6点	10	21.3%
8点	4	8.5%
計	47	100.0%
歪度		0.29

Ⅱ-ⅱ-2：支援

カテゴリー	n	%
0点	15	31.9%
2点	9	19.1%
4点	9	19.1%
6点	10	21.3%
8点	4	8.5%
計	47	100.0%
歪度		0.29

Ⅱ-ⅱ-3：支援

カテゴリー	n	%
0点	14	29.8%
2点	10	21.3%
4点	9	19.1%
6点	10	21.3%
8点	4	8.5%
計	47	100.0%
歪度		0.28

Ⅱ-ⅱ-4：支援

カテゴリー	n	%
0点	15	31.9%
2点	9	19.1%
4点	9	19.1%
6点	10	21.3%
8点	4	8.5%
計	47	100.0%
歪度		0.29

６）支援目標Ⅲ「在宅医療・在宅介護連携の体制を構築する」

○　令和８年度の体制・取組指標群の得点率をみると98.7%で、令和７年度の得点率よりも向上していた。
○　歪度は絶対値１を超えていた。
○　指標１は93.6%の都道府県が満点だった。

■体制・取組指標群：都道府県の該当数

【支援】目標Ⅲ　在宅医療・在宅介護連携の体制を構築する

評価項目一覧			歪度	配点	該当数		得点率	満点	得点なし	令和７年度結果 該当数		得点率
i	1	管内保険者における在宅医療・介護連携に関する取組状況を把握し、市町村支援を実施しているか。	-3.69	68点			98.7%	93.6%	0.0%			97.4%
i	ア	他市町村における取組事例等の情報提供を行っている		13点	47	100.0%				47	100.0%	
i	イ	市町村が必要とするデータの分析・活用について支援を行っている		13点	47	100.0%				47	100.0%	
i	ウ	市町村と関係団体等（広域的な医療機関や地域の介護関係者を含む）との連携体制の構築に向けた支援を行っている		14点	47	100.0%				47	100.0%	
i	エ	地域医療構想の取組との連携や医療計画との整合を図るため、複数市町村で取り組むべき事項について市町村間連携を含めて市町村と協議等を行っている		14点	46	97.9%				46	97.9%	
i	オ	複数市町村で取り組むべき課題を共有し、取組内容を改善している		14点	45	95.7%				42	89.4%	

■体制・取組指標群：回答分布

Ⅲ-ⅰ-1：支援		
カテゴリー	n	%
0点	0	0.0%
13点	0	0.0%
14点	0	0.0%
26点	0	0.0%
27点	0	0.0%
28点	0	0.0%
40点	0	0.0%
41点	0	0.0%
42点	0	0.0%
54点	3	6.4%
55点	0	0.0%
68点	44	93.6%
計	47	100.0%
歪度		-3.69

■活動指標群：都道府県の該当数

			歪度	配点	該当数		得点率	満点	得点なし	該当数		得点率
ii	1	管内市町村の入退院支援の実施状況	0.29	16点			38.8%	2.1%	19.1%			38.8%
ii	ア	管内市町村の入院時情報連携加算算定者数割合（要介護認定者数における割合）		8点	32	68.1%				32	68.1%	
ii	イ	管内市町村の退院・退所加算算定者数割合（要介護認定者数における割合）		8点	32	68.1%				32	68.1%	
ii	2	管内市町村の人生の最終段階における支援の実施状況	0.31	16点			38.8%	8.5%	29.8%			38.8%
ii	ア	管内市町村の在宅ターミナルケアを受けた患者数割合（管内死亡者数における割合）		8点	32	68.1%				32	68.1%	
ii	イ	管内市町村の看取り加算算定者数割合（管内死亡者数における割合）		8点	32	68.1%				32	68.1%	

■活動指標群：回答分布

Ⅲ-ⅱ-1：支援			Ⅲ-ⅱ-2：支援		
カテゴリー	n	%	カテゴリー	n	%
0点	9	19.1%	0点	14	29.8%
2点	8	17.0%	2点	2	4.3%
4点	6	12.8%	4点	6	12.8%
6点	4	8.5%	6点	4	8.5%
8点	4	8.5%	8点	7	14.9%
10点	4	8.5%	10点	0	0.0%
12点	7	14.9%	12点	10	21.3%
14点	4	8.5%	14点	0	0.0%
16点	1	2.1%	16点	4	8.5%
計	47	100.0%	計	47	100.0%
歪度		0.29	歪度		0.31

（３）個別指標の分析

１）体制・取組指標群のうち、得点率等が高い（低い）指標

○　得点率80%超、満点だった市町村割合が60%超、歪度が絶対値１以上の指標は、推進分で３項目、支援分で６項目の計９項目であった。
○　得点率の高い評価指標の回答分布は著しく負の方向に歪んでおり、多くの市町村が高得点域に集中していることを示している。
○　また、得点率40%未満、0点だった市町村割合が30%超の指標は、支援分で１項目であった。

■体制・取組指標群：得点率が高い指標

指標内容		得点率	満点だった市町村割合	歪度
推進Ⅰ-1	地域の介護保険事業の特徴を把握しているか。	93.0%	78.6%	-2.86
推進Ⅰ-2	介護保険事業計画の進捗状況（介護サービス見込量の計画値と実績値の乖離状況）を分析しているか。	83.1%	65.6%	-1.50
推進Ⅰ-3	自立支援、重度化防止等に関する施策について、実施状況を把握し、必要な改善を行っているか。	84.3%	60.6%	-1.67
支援Ⅰ-1	サービス・活動事業及び一般介護予防事業の実施に当たって、データを活用して課題の把握を行っているか。	83.0%	70.2%	-1.55
支援Ⅰ-3	介護予防等と保健事業を一体的に実施しているか。	87.7%	73.4%	-2.03
支援Ⅰ-4	通いの場の参加者の健康状態等の把握・分析により、サービス・活動事業及び一般介護予防事業の内容等の検討を行っているか。	80.2%	63.9%	-1.44
支援Ⅱ-2	認知症状のある人に対して、専門医療機関との連携により、早期診断・早期対応に繋げるための体制を構築しているか。	83.0%	61.5%	-1.30
支援Ⅲ-2	在宅医療と介護の連携の強化・推進に向け、相談支援、研修会の開催といった具体的取組を行っているか。	87.8%	73.7%	-2.06
支援Ⅲ-3	患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が実施できるよう、具体的な取組を行っているか。	86.2%	76.2%	-1.91

■体制・取組指標群：得点率が低い指標

指標内容		得点率	0点だった市町村割合
支援Ⅱ-3	難聴高齢者の早期発見・早期介入に係る取組を行っているか。	34.3%	30.4%

２）取組状況が二極化している指標

○　満点の市町村が50%未満、０点の市町村が10%以上の指標は、推進分で１項目、支援分で３項目の計４項目であった。
○　取り組めている市町村と取り組めていない市町村とで二極化している指標と言える。

■体制・取組指標群：取組状況が二極化している指標

指標内容		得点率	満点だった市町村割合	０点だった市町村割合
推進Ⅰ-4	保険者機能強化推進交付金等に係る評価結果を関係者間で共有し、自立支援、重度化防止等に関する施策の遂行に活用しているか。	66.9%	43.9%	16.0%
支援Ⅰ-5	地域におけるリハビリテーションの推進に向けた具体的な取組を行っているか。	66.0%	32.9%	14.1%
支援Ⅰ-7	多様なサービス・活動の活用の推進に向け、実施状況の調査・分析・評価を行っているか。	56.9%	30.0%	14.4%
支援Ⅱ-3	難聴高齢者の早期発見・早期介入に係る取組を行っているか。	34.3%	4.8%	30.4%

３）PDCA サイクル推進の状況

○　介護保険事業計画の策定やモニタリングに関する指標など、PDCAサイクルのうち「P（計画）」と「D（実行）」段階の指標のなかには、該当率が95%以上の高い指標がみられた。

○　外部への公表や具体的な事業見直しに関する指標など、「C（評価）」と「A(改善)」段階の指標のなかには、課題等の把握・分析が評価される「P（計画）」と「D（実行）」段階と比べて該当率の低い指標がみられた。

■「P（計画）」と「D（実行）」段階で高い該当率を示している指標

指標内容		該当率
推進Ⅰ-1	ア 「地域包括ケア「見える化」システム」を活用し、サービス資源や給付費等の現状把握・分析等を行っている	97.7%
	イ 日常生活圏域別の特徴を把握・整理している	97.1%
推進Ⅰ-2	ア 毎年度、計画値と実績値の乖離状況について、モニタリングを行っている	97.3%
推進Ⅰ-3	ア 毎年度、次の施策分野ごとに事業の実施状況を定量的に把握し、データとして整理・分析している	98.3%
支援Ⅰ-2	ア 通いの場への参加促進を図るための課題を把握・分析している	95.6%
支援Ⅲ-2	ア 在宅医療と介護の連携の強化・推進に向け、医療・介護関係者のニーズを把握している	96.0%
支援Ⅲ-3	ア 医療・介護関係者の情報共有の実施状況を把握している	95.2%

■課題等の把握・分析（体制）と公表（活動）にギャップがみられる指標

推進Ⅰ-2	**介護保険事業計画の進捗状況（介護サービス見込量の計画値と実績値の乖離状況）を分析しているか。**	該当率	
	ア 毎年度、計画値と実績値の乖離状況について、モニタリングを行っている	**97.3%**	把握・分析（体制）
	イ モニタリングの結果を外部の関係者と共有し、乖離の要因やその対応策について、外部の関係者を含む議論の場で検証を行っている	88.0%	**ギャップ 26.1**
	ウ モニタリングの結果やイの検証を踏まえ、サービス提供体制について必要な見直しを行っている	75.8%	
	エ モニタリングの結果を公表している	**71.2%**	公表（活動）

推進Ⅰ-4	**保険者機能強化推進交付金等に係る評価結果を関係者間で共有し、自立支援、重度化防止等に関する施策の遂行に活用しているか。**	該当率	
	ア 年に１回以上、評価結果を庁内の関係者間で説明・共有する場がある	**83.1%**	把握・分析（体制）
	イ アの場には、庁内のみならず、外部の関係者が参画している	64.4%	**ギャップ 32.8**
	ウ アの場における意見を、施策の改善・見直し等に活用している	70.0%	
	エ 市町村において全ての評価結果を公表している	**50.3%**	公表（活動）

推進Ⅱ-1	**介護給付費の適正化に向けた方策を策定しているか。**	該当率	
	ア 地域のサービス資源や給付費等の動向を把握し、他の地域とも比較・分析の上、介護給付費の適正化方策を策定している	**90.2%**	把握・分析（体制）
	イ 介護給付費の適正化方策に基づく取組の効果を検証するための評価指標を定めている	85.2%	**ギャップ 28.2**
	ウ イの指標に対する実績等を踏まえ、毎年度、取組の課題の分析、改善・見直し等を行っている	76.3%	
	エ イの指標の達成状況を含む取組の成果を公表している	**62.0%**	公表（活動）

推進Ⅲ-1	地域における介護人材の確保・定着のため、都道府県等と連携しつつ、必要な取組を実施しているか。	該当率	
	ア　地域における介護人材の現状や課題を把握し、これを都道府県や関係団体と共有している	**83.3%**	把握・分析（体制）
	イ　都道府県や関係団体の取組と協働した取組を行っている	76.6%	**ギャップ 25.2**
	ウ　市町村としての独自事業を実施している	74.8%	**62.4**
	エ　イ又はウの取組の成果を公表している	**58.2%**	公表（活動）
	オ　地域における介護人材の将来的な必要数の推計を行い、これを公表している	**20.9%**	公表（活動）

（４）第１号被保険者規模別の分析

○　最も小規模な第１号被保険者規模３千人未満の市町村は、体制・取組指標群の全ての指標において全国平均を下回っていた。

○　一方、人口10万人以上の自治体は、体制整備系の指標ではほぼ満点に近いスコアを記録しているが、活動指標群においては必ずしも高くない状況であった。

■体制・取組指標群：推進Ⅰ　持続可能な地域のあるべき姿をかたちにする

評価項目一覧	該当市町村数	3千人未満 該当市町村数	1万人未満 該当市町村数	5万人未満 該当市町村数	10万人未満 該当市町村数	10万人以上 該当市町村数	全国平均と3千人未満の差が10%以上
i　1 地域の介護保険事業の特徴を把握しているか。	**93.0%**	**92.1%**	**93.2%**	**92.7%**	**94.6%**	**98.4%**	
i　ア「地域包括ケア「見える化」システム」を活用し、サービス資源や給付費等の現状把握・分析等を行っている	1,701 97.7	439 97.3%	526 98.3%	590 97.0%	82 98.8%	64 100.0%	
i　イ 日常生活圏域別の特徴を把握・整理している	1,690 97.1	444 98.4%	524 97.9%	579 95.2%	79 95.2%	64 100.0%	
i　ウ 地域の介護保険事業の特徴を踏まえ、相談窓口やサービスの種類・内容、利用手続などについて、住民に周知を行っている	1,680 96.5	437 96.9%	519 97.0%	583 95.9%	77 92.8%	64 100.0%	
i　エ 地域の介護保険事業の特徴を公表している	1,405 80.7	341 75.6%	426 79.6%	502 82.6%	76 91.6%	60 93.8%	
i　2 介護保険事業計画の進捗状況（介護サービス見込量の計画値と実績値の乖離状況）を分析しているか。	**83.1%**	**75.7%**	**82.1%**	**86.7%**	**93.4%**	**94.5%**	
i　ア 毎年度、計画値と実績値の乖離状況について、モニタリングを行っている	1,694 97.3	427 94.7%	520 97.2%	600 98.7%	83 100.0%	64 100.0%	
i　イ モニタリングの結果を外部の関係者と共有し、乖離の要因やその対応策について、外部の関係者を含む議論の場で検証を行っている	1,532 88.0	372 82.5%	471 88.0%	549 90.3%	79 95.2%	61 95.3%	
i　ウ モニタリングの結果やイの検証を踏まえ、サービス提供体制について必要な見直しを行っている	1,319 75.8	305 67.6%	400 74.8%	484 79.6%	72 86.7%	58 90.6%	
i　エ モニタリングの結果を公表している	1,239 71.2	262 58.1%	367 68.6%	475 78.1%	76 91.6%	59 92.2%	●
i　3 自立支援、重度化防止等に関する施策について、実施状況を把握し、必要な改善を行っているか。	**84.3%**	**70.2%**	**85.8%**	**90.9%**	**92.6%**	**97.5%**	●
i　ア 毎年度、次の施策分野ごとに事業の実施状況を定量的に把握し、データとして整理・分析している	1,711 98.3	427 94.7%	531 99.3%	606 99.7%	83 100.0%	64 100.0%	
i　イ 次の施策分野ごとに事業の効果を検証するための評価指標を定めている	1,627 93.5	373 82.7%	511 95.5%	596 98.0%	83 100.0%	64 100.0%	●
i　ウ イの指標に対する実績等を踏まえ、毎年度、次の施策分野ごとに課題の分析、改善・見直し等を行っている	1,582 90.9	352 78.0%	502 93.8%	583 95.9%	81 97.6%	64 100.0%	●
i　エ 次の施策分野ごとにイの指標の達成状況を含む取組の成果を公表している	1,339 76.9	257 57.0%	412 77.0%	530 87.2%	76 91.6%	64 100.0%	●
i　4 保険者機能強化推進交付金等に係る評価結果を関係者間で共有し、自立支援、重度化防止等に関する施策の遂行に活用しているか。	**66.9%**	**59.8%**	**65.4%**	**69.7%**	**81.9%**	**84.0%**	
i　ア 年に１回以上、評価結果を庁内の関係者間で説明・共有する場がある	1,446 83.1	365 80.9%	438 81.9%	507 83.4%	77 92.8%	59 92.2%	
i　イ アの場には、庁内のみならず、外部の関係者が参画している	1,122 64.4	269 59.6%	345 64.5%	395 65.0%	65 78.3%	48 75.0%	
i　ウ アの場における意見を、施策の改善・見直し等に活用している	1,218 70.0	277 61.4%	373 69.7%	440 72.4%	71 85.5%	57 89.1%	
i　エ 市町村において全ての評価結果を公表している	875 50.3	168 37.3%	243 45.4%	354 58.2%	59 71.1%	51 79.7%	●

■体制・取組指標群：推進Ⅱ　公正・公平な給付を行う体制を構築する

評価項目一覧	該当市町村数	3千人未満 該当市町村数	1万人未満 該当市町村数	5万人未満 該当市町村数	10万人未満 該当市町村数	10万人以上 該当市町村数	全国平均と3千人未満の差が10%以上
i　1 介護給付費の適正化に向けた方策を策定しているか。	**78.4%**	**68.8%**	**78.2%**	**83.1%**	**88.9%**	**91.4%**	
i　ア 地域のサービス資源や給付費等の動向を把握し、他の地域とも比較・分析の上、介護給付費の適正化方策を策定して	1,571 90.2	392 86.9%	493 92.1%	548 90.1%	77 92.8%	61 95.3%	
i　イ 介護給付費の適正化方策に基づく取組の効果を検証するための評価指標を定めている	1,484 85.2	339 75.2%	458 85.6%	549 90.3%	78 94.0%	60 93.8%	●
i　ウ イの指標に対する実績等を踏まえ、毎年度、取組の課題の分析、改善・見直し等を行っている	1,328 76.3	297 65.9%	407 76.1%	493 81.1%	73 88.0%	58 90.6%	●
i　エ イの指標の達成状況を含む取組の成果を公表している	1,080 62.0	213 47.2%	315 58.9%	430 70.7%	67 80.7%	55 85.9%	●
i　2 介護給付費適正化事業を効果的に実施しているか。	**70.6%**	**62.4%**	**70.2%**	**73.8%**	**81.4%**	**86.1%**	
i　ア 3事業の全てを実施している	1,687 96.9	414 91.8%	523 97.8%	603 99.2%	83 100.0%	64 100.0%	
i　イ 縦覧点検10帳票のうち、効果が高いと期待される４帳票をいくつ点検しているか	1,695 97.4	426 94.5%	522 97.6%	601 98.8%	82 98.8%	64 100.0%	
i　ウ ケアプラン点検の実施に当たって、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の入居者に係るものも含めている	1,066 61.2	190 42.1%	323 60.4%	422 69.4%	72 86.7%	59 92.2%	●
i　エ 福祉用具の貸与後に、リハビリテーション専門職等が用具の適切な利用がなされているかどうかを点検する仕組みがある	823 47.3	193 42.8%	246 46.0%	298 49.0%	46 55.4%	40 62.5%	
i　オ 福祉用具購入費・住宅改修費の申請内容について、リハビリテーション専門職等がその妥当性を検討する仕組みがある	1,133 65.1	268 59.4%	343 64.1%	404 66.4%	64 77.1%	54 84.4%	

■体制・取組指標群：推進Ⅲ　介護人材の確保その他のサービス提供基盤の整備を推進する

評価項目一覧	該当市町村数		3千人未満 該当市町村数		1万人未満 該当市町村数		5万人未満 該当市町村数		10万人未満 該当市町村数		10万人以上 該当市町村数		全国平均と3千人未満の差が10%以上
1 地域における介護人材の確保・定着のため、都道府県等と連携しつつ、必要な取組を実施しているか。	**62.8%**		**50.3%**		**59.7%**		**69.7%**		**79.3%**		**89.4%**		●
ア 地域における介護人材の現状や課題を把握し、これを都道府県や関係団体と共有している	1,451	83.3	353	78.3%	430	80.4%	528	86.8%	78	94.0%	62	96.9%	
イ 都道府県や関係団体の取組と協働した取組を行っている	1,334	76.6	288	63.9%	391	73.1%	513	84.4%	78	94.0%	64	100.0%	●
ウ 市町村としての独自事業を実施している	1,302	74.8	273	60.5%	385	72.0%	503	82.7%	77	92.8%	64	100.0%	●
エ イ又はウの取組の成果を公表している	1,013	58.2	175	38.8%	286	53.5%	425	69.9%	66	79.5%	61	95.3%	●
オ 地域における介護人材の将来的な必要数の推計を行い、これを公表している	364	20.9	46	10.2%	104	19.4%	149	24.5%	30	36.1%	35	54.7%	●
2 地域におけるサービス提供体制の確保や、自立支援・重度化防止、介護人材確保に関する施策等の推進に当たって、庁内・庁外における関係者との連携体制が確保されているか。	**70.1%**		**63.6%**		**66.8%**		**74.2%**		**81.4%**		**90.7%**		
ア 介護・福祉関係部局や医療、住まい、就労関係部局など、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた庁内の連携を確保するための場又	1,528	87.8	378	83.8%	462	86.4%	550	90.5%	77	92.8%	61	95.3%	
イ 都道府県や事業者、関係団体、専門職等外部の関係者との連携を確保するための場がある	1,602	92.0	387	85.8%	488	91.2%	582	95.7%	82	98.8%	63	98.4%	
ウ アⅱ及びイの連携体制を、次の施策分野ごとの取組に活用している	1,561	89.7	376	83.4%	471	88.0%	570	93.8%	81	97.6%	63	98.4%	
① サービス・活動事業	1,352	77.7	326	72.3%	394	73.6%	498	81.9%	74	89.2%	60	93.8%	
② 一般介護予防事業	1,418	81.4	337	74.7%	414	77.4%	531	87.3%	74	89.2%	62	96.9%	
③ 認知症総合支援	1,432	82.3	338	74.9%	419	78.3%	535	88.0%	79	95.2%	61	95.3%	
④ 在宅医療・介護連携	1,448	83.2	335	74.3%	431	80.6%	541	89.0%	78	94.0%	63	98.4%	
⑤ 介護人材確保等	1,062	61.0	238	52.8%	301	56.3%	397	65.3%	66	79.5%	60	93.8%	
エ アⅱ及びイによる連携体制を活用し、高齢者の住まいの確保と生活の一体的支援に関する取組を実施している	750	43.1	182	40.4%	199	37.2%	268	44.1%	48	57.8%	53	82.8%	
オ アⅱ及びイによる連携体制を、重層的支援体制整備事業の実施や地域の誰もが参画できる場づくりなど、介護保険事業に留まらない地域づくりにも活用してい	802	46.1	155	34.4%	223	41.7%	322	53.0%	52	62.7%	50	78.1%	●

■体制・取組指標群：支援Ⅰ　介護予防/日常生活支援を推進する

評価項目一覧	該当市町村数		3千人未満 該当市町村数		1万人未満 該当市町村数		5万人未満 該当市町村数		10万人未満 該当市町村数		10万人以上 該当市町村数		全国平均と3千人未満の差が10%以上
1 サービス・活動事業及び一般介護予防事業の実施に当たって、データを活用して課題の把握を行っているか。	**83.0%**		**77.2%**		**82.5%**		**86.1%**		**88.4%**		**92.4%**		
ア 介護予防のケアプランや要介護認定の調査票等を確認している	1,577	90.6	422	93.6%	494	92.3%	532	87.5%	75	90.4%	54	84.4%	
イ ＫＤＢや見える化システム等既存のデータベースやシステムを活用している	1,603	92.1	401	88.9%	499	93.3%	563	92.6%	77	92.8%	63	98.4%	
ウ 毎年度、アⅱイのデータを活用して課題の分析・共有を行っている	1,452	83.4	343	76.1%	443	82.8%	531	87.3%	74	89.2%	61	95.3%	
エ データに基づく課題分析等の結果を施策の改善・見直し等に活用している	1,295	74.4	290	64.3%	385	72.0%	492	80.9%	70	84.3%	58	90.6%	●
2 通いの場やボランティア活動その他の介護予防に資する取組の推進を図るため、アウトリーチ等の取組を実施しているか	**69.6%**		**64.9%**		**69.5%**		**72.0%**		**70.0%**		**80.6%**		
ア 通いの場への参加促進を図るための課題を把握・分析している	1,665	95.6	417	92.5%	515	96.3%	589	96.9%	82	98.8%	62	96.9%	
イ 通いの場に参加していない者の健康状態や生活状況、医療や介護サービスの利用状況等を定量的に把握し、データとして整理・分析している	1,374	78.9	365	80.9%	428	80.0%	473	77.8%	57	68.7%	51	79.7%	
ウ アⅱ及びイを踏まえ、通いの場を含む介護予防に資する取組に対して、次のような具体的なアプローチを行っている	1,601	92.0	396	87.8%	494	92.3%	570	93.8%	78	94.0%	63	98.4%	
① 通いの場に参加していない者の居宅等へのアウトリーチに関する取組	1,439	82.7	368	81.6%	448	83.7%	501	82.4%	65	78.3%	57	89.1%	
② 医療機関等が通いの場等への参加を促す仕組みの構築	1,153	66.2	271	60.1%	339	63.4%	428	70.4%	64	77.1%	51	79.7%	
③ 介護予防に資する取組やボランティアへの参加に対するポイント付与の実施	1,124	64.6	234	51.9%	343	64.1%	434	71.4%	58	69.9%	55	85.9%	●
④ ③のポイント事業参加者の健康状態等のデータベース化	485	27.9	104	23.1%	140	26.2%	192	31.6%	22	26.5%	27	42.2%	
エ 毎年度、ウの取組の成果を分析し、取組の改善・見直し等を行っている	1,146	65.8	255	56.5%	353	66.0%	424	69.7%	59	71.1%	55	85.9%	
3 介護予防等と保健事業を一体的に実施しているか。	**87.7%**		**78.7%**		**88.5%**		**92.2%**		**92.4%**		**94.6%**		
ア 通いの場における健康チェックや栄養指導・口腔ケア等を実施している	1,700	97.6	430	95.3%	525	98.1%	600	98.7%	81	97.6%	64	100.0%	
イ 通いの場での健康チェック等の結果を踏まえて医療機関等による早期介入（個別支援）につなげる仕組みを構築	1,537	88.3	381	84.5%	468	87.5%	553	91.0%	75	90.4%	60	93.8%	
ウ 現役世代の生活習慣病対策と、介護予防とが連携した取組を実施している	1,434	82.4	327	72.5%	449	83.9%	527	86.7%	73	88.0%	58	90.6%	
エ 毎年度、一体的実施の成果を分析し、取組の改善・見直し等を行っている	1,521	87.4	319	70.7%	478	89.3%	582	95.7%	80	96.4%	62	96.9%	●
4 通いの場の参加者の健康状態等の把握・分析により、サービス・活動事業及び一般介護予防事業の内容等の検討を行っているか。	**80.2%**		**73.5%**		**79.6%**		**84.4%**		**82.6%**		**90.4%**		
ア 通いの場の参加者の健康状態を継続的・定量的に把握する体制が整っている	1,582	90.9	401	88.9%	489	91.4%	559	91.9%	72	86.7%	61	95.3%	
イ 毎年度、経年的な評価や分析等を行っている	1,439	82.7	342	75.8%	440	82.2%	529	87.0%	68	81.9%	60	93.8%	
ウ 行政以外の外部の関係者の意見を取り入れている	1,400	80.4	324	71.8%	429	80.2%	519	85.4%	69	83.1%	59	92.2%	
エ 通いの場の参加者の意見を取り入れている	1,440	82.7	345	76.5%	445	83.2%	524	86.2%	71	85.5%	55	85.9%	
オ 分析結果等をサービス内容の充実等に活用している	1,239	71.2	283	62.7%	369	69.0%	466	76.6%	66	79.5%	55	85.9%	
5 地域におけるリハビリテーションの推進に向けた具体的な取組を行っているか。	**66.0%**		**52.6%**		**64.2%**		**73.9%**		**79.5%**		**83.5%**		●
ア 国が示すリハビリテーションサービス提供体制に関する指標を現状把握や施策の検討に活用し、リハビリテーションに関する目標を市町村介護保険事業計画に	898	51.6	202	44.8	274	51.2%	336	55.3%	48	57.8%	38	59.4%	
イ 都市医師会等の関係団体と連携して協議の場を設置し、介護予防の場や介護事業所にリハビリテーション専門職等が関与する仕組みを設けている	1,423	81.7	311	69.0	429	80.2%	541	89.0%	78	94.0%	64	100.0%	●
ウ リハビリテーション専門職を含む医療専門職を介護予防の場や地域ケア会議等に安定的に派遣するための具体的な内容を議論するなど、イの協議の場を活用	1,321	75.9	265	58.8	403	75.3%	517	85.0%	77	92.8%	59	92.2%	●
エ 毎年度、取組内容の成果を分析し、改善・見直し等を行い、公表している	830	47.7	153	33.9	234	43.7%	346	56.9%	52	62.7%	45	70.3%	●
6 生活支援コーディネーターの活動等により、地域のニーズを踏まえた介護予防・生活支援の体制が確保されているか。	**64.7%**		**51.0%**		**66.0%**		**71.6%**		**72.0%**		**76.0%**		●
ア 地域における生活支援・介護予防サービスの提供状況、地域資源、利用者数の推移、心身及び生活状況の傾向、高齢者の地域の担い手としての参画状	1,582	90.9	354	78.5%	503	94.0%	583	95.9%	82	98.8%	60	93.8%	●
イ アで整理したデータを、地域住民や関係団体等に提供・説明している	1,461	83.9	307	68.1%	467	87.3%	548	90.1%	81	97.6%	58	90.6%	●
ウ アで整理したデータを踏まえ、生活支援コーディネーターとともに、協議体を活用しながら、地域の課題を分析・評価	1,366	78.5	285	63.2%	431	80.6%	525	86.3%	71	85.5%	54	84.4%	●
エ ウの分析・評価を踏まえ、市町村として、生活支援・介護予防サービスの推進方策を策定し、関係者に周知してい	1,064	61.1	209	46.3%	338	63.2%	414	68.1%	56	67.5%	47	73.4%	●
オ エの推進方策を策定する際に、庁内の高齢者施策以外の部門と連携し、様々な分野の多様な主体と連携することを含めて検討を行っている	874	50.2	177	39.2%	264	49.3%	350	57.6%	43	51.8%	40	62.5%	●
カ エで策定した市町村としての推進方策を定期的に見直し、関係者に周知する仕組みがある	929	53.4	176	39.0%	286	53.5%	368	60.5%	53	63.9%	46	71.9%	●
7 多様なサービス・活動の活用の推進に向け、実施状況の調査・分析・評価を行っているか。	**56.9%**		**46.2%**		**55.2%**		**63.3%**		**62.5%**		**78.6%**		●
ア 介護予防・日常生活支援総合事業のサービス・活動の実施状況、地域資源、利用者数の推移、心身及び生活状況の傾向のほか、現状では対応が困難	1,477	84.8	349	77.4%	456	85.2%	538	88.5%	75	90.4%	59	92.2%	
イ 介護予防・日常生活支援総合事業の利用者等の意見を取り入れる仕組みを整えている	1,187	68.2	279	61.9%	361	67.5%	431	70.9%	61	73.5%	55	85.9%	
ウ アで整理したデータ又はイの意見を踏まえ、多様なサービス・活動の推進に向け、地域の課題を分析・評価・共有し	1,240	71.2	277	61.4%	376	70.3%	462	76.0%	66	79.5%	59	92.2%	
エ ウの分析・評価を踏まえ、多様なサービス・活動の推進に向け、市町村としての推進方策を策定し、関係者に周知	982	56.4	188	41.7%	292	54.6%	398	65.5%	53	63.9%	51	79.7%	●
オ エの推進方策の策定にあたり、多様なサービス・活動の対象者モデルの提示や、第一号介護予防支援事業における目標指向型のケアマネジメントの取組を評価する仕組みを整えている	555	31.9	89	19.7%	159	29.7%	237	39.0%	32	38.6%	38	59.4%	●
カ アへオのプロセスを踏まえ、エで策定した市町村としての推進方策を定期的に改善・見直し等を行う仕組みがある	747	42.9	139	30.8%	212	39.6%	313	51.5%	38	45.8%	45	70.3%	●

■体制・取組指標群：支援Ⅱ　認知症総合支援を推進する

評価項目一覧	該当市町村数	3千人未満 該当市町村数	1万人未満 該当市町村数	5万人未満 該当市町村数	10万人未満 該当市町村数	10万人以上 該当市町村数	全国平均と3千人未満の差が10%以上
i 1 認知症サポーター等を活用した地域支援体制の構築及び社会参加支援を行っているか。	60.8%	42.7%	58.3%	70.8%	80.0%	90.1%	●
i ア 認知症の人の声を聞く機会（本人ミーティング、活動場所への訪問など）を設けている	1,514 87.0	325 72.1%	476 89.0%	567 93.3%	82 98.8%	64 100.0%	●
i イ 成年後見制度利用支援事業に関し、対象を市町村長申立や生活保護受給者に限定しない要綱等を整備して	1,360 78.1	290 64.3%	435 81.3%	503 82.7%	72 86.7%	60 93.8%	●
i ウ 認知症サポーター等による支援チーム等の活動グループ（チームオレンジなど）を設置している	1,315 75.5	238 52.8%	399 74.6%	540 88.8%	77 92.8%	61 95.3%	●
i エ 認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につながるよう、ウによる活動グループを含む地域の担い手とのマッチングを行っている	920 52.8	160 35.5%	252 47.1%	389 64.0%	62 74.7%	57 89.1%	●
i オ 認知症の人が希望に応じて農業、商品の製造・販売、食堂の運営、地域活動やマルシェの開催等に参画できるよう、支援している	575 33.0	88 19.5%	161 30.1%	239 39.3%	41 49.4%	46 71.9%	●
i カ 認知症の人及び家族等の意見を踏まえた市町村認知症施策推進計画の策定に着手している	746 42.8	82 18.2%	180 33.6%	361 59.4%	65 78.3%	58 90.6%	●
i 2 認知症状のある人に対して、専門医療機関との連携により、早期診断・早期対応に繋げるための体制を構築している	83.0%	72.3%	83.6%	88.0%	91.4%	95.1%	●
i ア 認知症に関わる医療機関や認知症初期集中支援チームの周知を行っている	1,675 96.2	396 87.8%	525 98.1%	607 99.8%	83 100.0%	64 100.0%	
i イ 認知症に対応できるかかりつけ医や認知症サポート医、認知症疾患医療センター等の医療機関と連携した取組を	1,678 96.4	407 90.2%	521 97.4%	603 99.2%	83 100.0%	64 100.0%	
i ウ 認知症に関わる情報連携ツール等を活用して、関係者間で連携ルールを策定している	1,177 67.6	241 53.4%	360 67.3%	452 74.3%	67 80.7%	57 89.1%	●
i エ アからウまでを踏まえ、医療・介護専門職による早期対応や早期診断に繋げる体制づくりを構築した上で、実際に運用を図っ	1,296 74.4	274 60.8%	398 74.4%	493 81.1%	72 86.7%	59 92.2%	●
i 3 難聴高齢者の早期発見・早期介入に係る取組を行っているか。	34.3%	29.0%	32.8%	36.9%	40.1%	50.8%	
i ア 普及啓発の取組を行っているか	1,199 68.9	237 52.5%	353 66.0%	477 78.5%	72 86.7%	60 93.8%	●
i イ 早期発見の取組を行っているか	849 48.8	202 44.8%	240 44.9%	310 51.0%	46 55.4%	51 79.7%	
i ウ 受診状況の把握と未受診者への再度の受診勧奨を行っているか	255 14.6	66 14.6%	80 15.0%	82 13.5%	12 14.5%	15 23.4%	
i エ 受診勧奨者のうち50%以上の者が受診しているか	83 4.8	19 4.2%	29 5.4%	28 4.6%	3 3.6%	4 6.3%	

■体制・取組指標群：支援Ⅲ　在宅医療・在宅介護連携の体制を構築する

評価項目一覧	該当市町村数	3千人未満 該当市町村数	1万人未満 該当市町村数	5万人未満 該当市町村数	10万人未満 該当市町村数	10万人以上 該当市町村数	全国平均と3千人未満の差が10%以上
i 1 地域の医療・介護関係者等が参画する会議において、市町村が所持するデータ等に基づき、在宅医療・介護連携に関する課題を検討し、対応策が具体化されているか。	73.0%	62.9%	71.4%	77.5%	90.9%	90.1%	●
ア 今後のニーズを踏まえ、①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取りの４つの場面ごとに、在宅医療と介護の提供体制の目指すべき姿	1,258 72.3	288 63.9%	286 53.5%	591 97.2%	80 96.4%	64 100.0%	
i イ 在宅医療と介護の提供体制の目指すべき姿を介護保険事業計画に記載している	1,636 94.0	402 89.1%	510 95.3%	579 95.2%	81 97.6%	64 100.0%	
i ウ 地域の人口推計を踏まえた今後のニーズや医療・介護資源、社会資源や利用者の情報、住民の意向等を定量的な情報も含めて把握している	1,341 77.0	305 67.6%	408 76.3%	491 80.8%	76 91.6%	61 95.3%	
i エ アとウの差の確認等により抽出された課題を踏まえ、地域の特性を踏まえた目標の設定、具体的な対応策を立案してい	994 57.1	197 43.7%	286 53.5%	387 63.7%	72 86.7%	52 81.3%	●
i オ 評価指標等に基づき事業の検証や必要に応じた見直しを行う仕組みを設けている	1,050 60.3	203 45.0%	302 56.4%	417 68.6%	72 86.7%	56 87.5%	●
i 2 在宅医療と介護の連携の強化・推進に向け、相談支援、研修会の開催といった具体的取組を行っているか。	87.8%	75.6%	88.3%	94.1%	97.3%	98.6%	●
i ア 在宅医療と介護の連携の強化・推進に向け、医療・介護関係者のニーズを把握している	1,672 96.0	408 90.5%	517 96.6%	600 98.7%	83 100.0%	64 100.0%	
i イ 医療・介護関係者のニーズを踏まえ、次のような取組を実施している。	1,683 96.7	402 89.1%	528 98.7%	606 99.7%	83 100.0%	64 100.0%	
① 医療・介護関係者に対する相談窓口の設置	1,618 92.9	372 82.5%	509 95.1%	591 97.2%	82 98.8%	64 100.0%	●
② 定期的な相談内容等の取りまとめ、その結果の医療・介護関係者間での共有	1,495 85.9	344 76.3%	453 84.7%	556 91.4%	79 95.2%	63 98.4%	
③ 多職種を対象とした参加型の研修会の実施	1,599 91.8	347 76.9%	507 94.8%	600 98.7%	82 98.8%	63 98.4%	●
i ウ 取組の実施状況を踏まえ、課題分析等を行っている	1,454 83.5	306 67.8%	448 83.7%	557 91.6%	80 96.4%	63 98.4%	●
i エ 毎年度、課題分析や医療・介護関係者の双方の意見等を踏まえ、必要に応じて取組の改善・見直し等を行っている	1,412 81.1	292 64.7%	431 80.6%	548 90.1%	79 95.2%	62 96.9%	●
i 3 患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が実施できるよう、具体的な取組を行っているか。	86.2%	77.6%	86.5%	90.0%	94.8%	98.1%	
i ア 医療・介護関係者の情報共有の実施状況を把握している	1,658 95.2	417 92.5%	510 95.3%	585 96.2%	82 98.8%	64 100.0%	
i イ 実施状況等を踏まえ、在宅での看取りや入退院時等に活用できるような医療・介護関係者の情報共有ツールの作成等情報共有円滑化のための取組を実施	1,586 91.1	375 83.1%	498 93.1%	567 93.3%	82 98.8%	64 100.0%	
i ウ 取組の実施状況を踏まえ、課題分析等を行っている	1,393 80.0	305 67.6%	427 79.8%	523 86.0%	76 91.6%	62 96.9%	●
i エ 毎年度、課題分析や医療・介護関係者の双方の意見等を踏まえ、必要に応じて情報共有ツール等の改善・見直し等を	1,350 77.5	298 66.1%	408 76.3%	509 83.7%	74 89.2%	61 95.3%	●

■活動指標群：推進Ⅰ　持続可能な地域のあるべき姿をかたちにする

評価項目一覧	配点	該当市町村数	3千人未満 該当市町村数	1万人未満 該当市町村数	5万人未満 該当市町村数	10万人未満 該当市町村数	10万人以上 該当市町村数
ii 1 今年度の評価得点	12点						
ii ア 上位７割	3点	1,226 70.4	220 48.8%	367 68.6%	500 82.2%	77 92.8%	62 96.9%
ii イ 上位５割	3点	872 50.1	127 28.2%	247 46.2%	376 61.8%	65 78.3%	57 89.1%
ii ウ 上位３割	3点	524 30.1	70 15.5%	132 24.7%	231 38.0%	44 53.0%	47 73.4%
ii エ 上位１割	3点	175 10.1	21 4.7%	35 6.5%	85 14.0%	16 19.3%	18 28.1%
ii 2 後期高齢者数と給付費の伸び率の比較	12点						
ii ア 上位７割	3点	1,216 69.8	267 59.2%	386 72.1%	449 73.8%	66 79.5%	48 75.0%
ii イ 上位５割	3点	869 49.9	192 42.6%	288 53.8%	318 52.3%	48 57.8%	23 35.9%
ii ウ 上位３割	3点	521 29.9	131 29.0%	190 35.5%	178 29.3%	15 18.1%	7 10.9%
ii エ 上位１割	3点	173 9.9	63 14.0%	63 11.8%	43 7.1%	4 4.8%	0 0.0%
ii 3 PFS（成果連動型民間委託契約方式）による委託事業数	12点						
ii ア 上位７割	3点	81 4.7	15 3.3%	22 4.1%	30 4.9%	3 3.6%	11 17.2%
ii イ 上位５割	3点	81 4.7	15 3.3%	22 4.1%	30 4.9%	3 3.6%	11 17.2%
ii ウ 上位３割	3点	24 1.4	2 0.4%	8 1.5%	8 1.3%	2 2.4%	4 6.3%
ii エ 上位１割	3点	10 0.6	0 0.0%	1 0.2%	4 0.7%	2 2.4%	3 4.7%

■活動指標群：推進Ⅱ　公正・公平な給付を行う体制を構築する

評価項目一覧	配点	該当市町村数		3千人未満 該当市町村数		1万人未満 該当市町村数		5万人未満 該当市町村数		10万人未満 該当市町村数		10万人以上 該当市町村数	
ii　1 ケアプラン点検の実施割合	16点												
ii　ア 上位７割	4点	1,218	70.0	312	69.2%	372	69.5%	435	71.5%	57	68.7%	42	65.6%
ii　イ 上位５割	4点	870	50.0	257	57.0%	267	49.9%	290	47.7%	30	36.1%	26	40.6%
ii　ウ 上位３割	4点	522	30.0	161	35.7%	159	29.7%	180	29.6%	12	14.5%	10	15.6%
ii　エ 上位１割	4点	174	10.0	64	14.2%	58	10.8%	49	8.1%	3	3.6%	0	0.0%
ii　2 医療情報との突合の実施割合	16点												
ii　ア 上位７割	4点	1,336	76.7	334	74.1%	419	78.3%	473	77.8%	63	75.9%	47	73.4%
ii　イ 上位５割	4点	1,336	76.7	334	74.1%	419	78.3%	473	77.8%	63	75.9%	47	73.4%
ii　ウ 上位３割	4点	1,336	76.7	334	74.1%	419	78.3%	473	77.8%	63	75.9%	47	73.4%
ii　エ 上位１割	4点	1,336	76.7	334	74.1%	419	78.3%	473	77.8%	63	75.9%	47	73.4%

■活動指標群：推進Ⅲ　介護人材の確保その他のサービス提供基盤の整備を推進する

評価項目一覧	配点	該当市町村数		3千人未満 該当市町村数		1万人未満 該当市町村数		5万人未満 該当市町村数		10万人未満 該当市町村数		10万人以上 該当市町村数	
ii　1 高齢者人口当たりの地域住民に対する介護の仕事の魅力を伝達するための研修の修了者数	12点												
ii　ア 上位７割	3点	574	33.0	51	11.3%	141	26.4%	272	44.7%	62	74.7%	48	75.0%
ii　イ 上位５割	3点	287	16.5	47	10.4%	103	19.3%	105	17.3%	13	15.7%	19	29.7%
ii　ウ 上位３割	3点	172	9.9	41	9.1%	65	12.1%	53	8.7%	4	4.8%	9	14.1%
ii　エ 上位１割	3点	57	3.3	22	4.9%	26	4.9%	7	1.2%	1	1.2%	1	1.6%
ii　2 高齢者人口当たりの介護人材（介護支援専門員を除く。）の定着、資質向上を目的とした研修の修了者数	12点												
ii　ア 上位７割	3点	678	38.9	106	23.5%	174	32.5%	286	47.0%	54	65.1%	58	90.6%
ii　イ 上位５割	3点	339	19.5	89	19.7%	93	17.4%	121	19.9%	12	14.5%	24	37.5%
ii　ウ 上位３割	3点	203	11.7	67	14.9%	52	9.7%	69	11.3%	4	4.8%	11	17.2%
ii　エ 上位１割	3点	67	3.8	36	8.0%	15	2.8%	16	2.6%	0	0.0%	0	0.0%
ii　3 介護支援専門員を対象としたケアマネジメントの質の向上に関する研修（介護支援専門員法定研修を除く。）の総実施日数	12点												
ii　ア 上位７割	3点	1,164	66.9	192	42.6%	365	68.2%	481	79.1%	68	81.9%	58	90.6%
ii　イ 上位５割	3点	692	39.7	90	20.0%	224	41.9%	290	47.7%	38	45.8%	50	78.1%
ii　ウ 上位３割	3点	377	21.7	50	11.1%	124	23.2%	143	23.5%	21	25.3%	39	60.9%
ii　エ 上位１割	3点	131	7.5	15	3.3%	35	6.5%	44	7.2%	11	13.3%	26	40.6%

■活動指標群：支援Ⅰ　介護予防/日常生活支援を推進する

評価項目一覧	配点	該当市町村数		3千人未満 該当市町村数		1万人未満 該当市町村数		5万人未満 該当市町村数		10万人未満 該当市町村数		10万人以上 該当市町村数	
ii　1 高齢者人口当たりの地域包括支援センターに配置される３職種の人数	4点												
ii　ア 上位７割	1点	1,218	70.0	429	95.1%	368	68.8%	338	55.6%	46	55.4%	37	57.8%
ii　イ 上位５割	1点	870	50.0	413	91.6%	251	46.9%	167	27.5%	19	22.9%	20	31.3%
ii　ウ 上位３割	1点	522	30.0	356	78.9%	108	20.2%	52	8.6%	5	6.0%	1	1.6%
ii　エ 上位１割	1点	174	10.0	165	36.6%	8	1.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.6%
ii　2 地域包括支援センター事業評価の達成状況	12点												
ii　ア 総合相談支援事業、権利擁護事業	4点	1,304	74.9	248	55.0%	387	72.3%	529	87.0%	78	94.0%	62	96.9%
ii　イ 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業事業間連携	4点	1,236	71.0	218	48.3%	385	72.0%	501	82.4%	73	88.0%	59	92.2%
ii　ウ 地域ケア会議	4点	1,292	74.2	272	60.3%	388	72.5%	499	82.1%	76	91.6%	57	89.1%
ii　3 地域ケア会議における個別事例の検討割合（個別事例の検討件数／受給者数）	4点												
ii　ア 上位７割	1点	1,218	70.0	368	81.6%	398	74.4%	392	64.5%	37	44.6%	23	35.9%
ii　イ 上位５割	1点	870	50.0	313	69.4%	293	54.8%	237	39.0%	16	19.3%	11	17.2%
ii　ウ 上位３割	1点	522	30.0	253	56.1%	154	28.8%	111	18.3%	1	1.2%	3	4.7%
ii　エ 上位１割	1点	174	10.0	115	25.5%	34	6.4%	25	4.1%	0	0.0%	0	0.0%
ii　4 通いの場への65歳以上高齢者の参加率	8点												
ii　ア 週一回以上の通いの場への参加率	4点	1,218	70.0	276	61.2%	376	70.3%	450	74.0%	66	79.5%	50	78.1%
ii　イ 週一回以上の通いの場への参加率の変化率	4点	1,218	70.0	253	56.1%	378	70.7%	464	76.3%	69	83.1%	54	84.4%
ii　5 高齢者のポイント事業への参加率	4点												
ii　ア 上位７割	1点	1,095	62.9	243	53.9%	332	62.1%	405	66.6%	59	71.1%	56	87.5%
ii　イ 上位５割	1点	547	31.4	183	40.6%	198	37.0%	137	22.5%	9	10.8%	20	31.3%
ii　ウ 上位３割	1点	328	18.8	131	29.0%	106	19.8%	78	12.8%	2	2.4%	11	17.2%
ii　エ 上位１割	1点	109	6.3	58	12.9%	32	6.0%	18	3.0%	0	0.0%	1	1.6%
ii　6 通いの場等において心身・認知機能を維持・改善した者の割合	4点												
ii　ア 上位７割	1点	1,190	68.4	302	67.0%	370	69.2%	421	69.2%	57	68.7%	40	62.5%
ii　イ 上位５割	1点	595	34.2	200	44.3%	181	33.8%	170	28.0%	26	31.3%	18	28.1%
ii　ウ 上位３割	1点	357	20.5	141	31.3%	106	19.8%	84	13.8%	14	16.9%	12	18.8%
ii　エ 上位１割	1点	138	7.9	70	15.5%	40	7.5%	25	4.1%	3	3.6%	0	0.0%
ii　7 高齢者人口当たりの生活支援コーディネーター数	4点												
ii　ア 上位７割	1点	1,218	70.0	394	87.4%	427	79.8%	341	56.1%	37	44.6%	19	29.7%
ii　イ 上位５割	1点	870	50.0	394	87.4%	279	52.1%	180	29.6%	13	15.7%	4	6.3%
ii　ウ 上位３割	1点	522	30.0	324	71.8%	130	24.3%	59	9.7%	7	8.4%	2	3.1%
ii　エ 上位１割	1点	174	10.0	139	30.8%	26	4.9%	8	1.3%	1	1.2%	0	0.0%
ii　8 生活支援コーディネーターの地域ケア会議への参加割合	4点												
ii　ア 上位７割	1点	1,219	70.0	313	69.4%	351	65.6%	430	70.7%	66	79.5%	59	92.2%
ii　イ 上位５割	1点	1,035	59.4	302	67.0%	324	60.6%	337	55.4%	38	45.8%	34	53.1%
ii　ウ 上位３割	1点	1,035	59.4	302	67.0%	324	60.6%	337	55.4%	38	45.8%	34	53.1%
ii　エ 上位１割	1点	1,035	59.4	302	67.0%	324	60.6%	337	55.4%	38	45.8%	34	53.1%
ii　9 総合事業における多様なサービス・活動の実施状況	4点												
ii　ア 第一号訪問事業及び第一号通所事業実施事業所・団体数に占める多様なサービス・活動実施事業所・団	4点	518	29.8	135	29.9%	176	32.9%	174	28.6%	15	18.1%	18	28.1%
ii　イ 第一号訪問事業及び第一号通所事業の実利用者数に占める多様なサービス・活動に係る実利用者数の割	4点	285	16.4	60	13.3%	94	17.6%	102	16.8%	17	20.5%	12	18.8%
ii　ウ 第一号訪問事業及び第一号通所事業の事業費に占める多様なサービス・活動に係る事業費の割合	4点	637	36.6	121	26.8%	179	33.5%	272	44.7%	38	45.8%	27	42.2%
ii　エ 人口１万人未満の市町村であって、生活支援体制整備事業を活用し、インフォーマルサービス（住民主体の支え合い活動を含む。）を実施している場合	1点	30	1.7	23	5.1%	7	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

■活動指標群：支援Ⅱ　認知症総合支援を推進する

評価項目一覧	配点	該当市町村数		3千人未満 該当市町村数		1万人未満 該当市町村数		5万人未満 該当市町村数		10万人未満 該当市町村数		10万人以上 該当市町村数	
ii　1 高齢者人口当たりの認知症サポーター数	12点												
ii　ア 上位７割	3点	1,218	70.0	273	60.5%	383	71.5%	460	75.7%	59	71.1%	43	67.2%
ii　イ 上位５割	3点	870	50.0	208	46.1%	275	51.4%	331	54.4%	34	41.0%	22	34.4%
ii　ウ 上位３割	3点	522	30.0	139	30.8%	177	33.1%	189	31.1%	14	16.9%	3	4.7%
ii　エ 上位１割	3点	174	10.0	65	14.4%	62	11.6%	47	7.7%	0	0.0%	0	0.0%
ii　2 高齢者人口当たりの認知症サポーターステップアップ講座修了者数	12点												
ii　ア 上位７割	3点	770	44.2	93	20.6%	233	43.6%	356	58.6%	49	59.0%	39	60.9%
ii　イ 上位５割	3点	385	22.1	86	19.1%	148	27.7%	135	22.2%	10	12.0%	6	9.4%
ii　ウ 上位３割	3点	231	13.3	74	16.4%	89	16.6%	62	10.2%	3	3.6%	3	4.7%
ii　エ 上位１割	3点	77	4.4	37	8.2%	28	5.2%	12	2.0%	0	0.0%	0	0.0%
ii　3 認知症地域支援推進員が行っている業務の状況	12点												
ii　ア 上位７割	3点	1,226	70.4	270	59.9%	372	69.5%	458	75.3%	71	85.5%	55	85.9%
ii　イ 上位５割	3点	1,226	70.4	270	59.9%	372	69.5%	458	75.3%	71	85.5%	55	85.9%
ii　ウ 上位３割	3点	803	46.1	166	36.8%	229	42.8%	307	50.5%	58	69.9%	43	67.2%
ii　エ 上位１割	3点	211	12.1	45	10.0%	52	9.7%	84	13.8%	18	21.7%	12	18.8%

■活動指標群：支援Ⅲ　在宅医療・在宅介護連携の体制を構築する

評価項目一覧	配点	該当市町村数		3千人未満 該当市町村数		1万人未満 該当市町村数		5万人未満 該当市町村数		10万人未満 該当市町村数		10万人以上 該当市町村数	
ii　1 入退院支援の実施状況	16点												
ii　ア 入院時情報連携加算算定者数割合（要介護認定者数における割合）	8点	1,218	70.0	295	65.4%	410	76.6%	445	73.2%	38	45.8%	30	46.9%
ii　イ 退院・退所加算算定者数割合（要介護認定者数における割合）	8点	1,218	70.0	216	47.9%	365	68.2%	507	83.4%	71	85.5%	59	92.2%
ii　2 人生の最終段階における支援の実施状況	16点												
ii　ア 在宅ターミナルケアを受けた患者数割合（管内死亡者数における割合）	8点	1,218	70.0	203	45.0%	361	67.5%	508	83.6%	82	98.8%	64	100.0%
ii　イ 看取り加算算定者数割合（管内死亡者数における割合）	8点	1,218	70.0	205	45.5%	356	66.5%	512	84.2%	81	97.6%	64	100.0%

（５）都道府県による市町村への支援

○　都道府県による市町村への支援を評価する指標には、支援の実施有無と実施した活動量を評価する指標、市町村と調整した支援方策の有無と支援結果の成果に基づいた改善プロセスの有無を評価する指標、その他の指標の大きく３種類がある。推進分の目標Ⅰ（ⅱ）２で当該年度の市町村の評価結果の得点率が評価されることを除くと、都道府県による市町村支援の評価の多くは自己評価と活動量の評価となっている。

○　市町村支援の実施有無や評価・改善プロセスの有無を評価する項目の多くが８割超の都道府県で取り組まれていた。

■都道府県指標のうち、市町村支援を評価する指標（抜粋）
・都道府県による伴走支援の実施有無と、実施した活動量を評価する指標

推進目標Ⅰ　持続可能な地域のあるべき姿をかたちにする

（ⅰ）体制・取組指標群

	配点	該当割合
１　管内における地域課題の解決や地域差（管内市町村間の一人当たり給付費の差）の把握・分析、その改善に向けた市町村支援を実施しているか。	33	
ア　都道府県として管内市町村が抱える地域課題や地域差の分析を行い、その分析結果について、管内市町村に対して共有している	6	97.9 %
イ　地域課題や地域差の改善に向けた都道府県としての目標を定めている	6	91.5 %
ウ　イの目標を踏まえ、管内市町村における地域課題の解決や地域差の改善、介護保険事業計画の進捗管理を支援するための具体的な取組（研修事業、アドバイザー派遣等）を実施している	7	95.7 %
エ　アの都道府県による分析に加え、特定地域の地域課題や地域差について、対象市町村と一緒に議論し、市町村の目指すべき姿の実現に向けた検討を行っている	7	97.9 %
オ　エのプロセスを経て、個々の市町村の要望を踏まえ、伴走支援を実施している	7	93.6 %

オの評価指標に基づき、伴走支援を行った市町村に対する支援の延べ実施回数で評価。
※「伴走支援」は、対面若しくはオンラインによる打合せ又は現地訪問の支援

（ⅱ）活動指標群

	配点
５　市町村支援の実施状況	8
ア　上位７割	2
イ　上位５割	2
ウ　上位３割	2
エ　上位１割	2

・市町村と調整した支援方策の有無と、支援結果の成果に基づいた改善プロセスの有無を評価する指標

支援目標Ⅰ　介護予防/日常生活支援を推進する

（ｉ）体制･取組指標群

	留意点等	配点	該当割合
１　地域ケア会議の活性化を図るため、課題の把握･分析を行いつつ、その改善に向けた市町村支援を実施しているか。	自立支援、重度化防止の取組については、医学的知見も踏まえ推進するよう、留意すること	5	
ア　管内市町村の地域ケア会議の実施状況を把握･分析し、その結果等を管内市町村に対して共有している	「管内市町村の地域ケア会議の実施状況を把握･分析」は、その結果を資料（記録）として作成･整理できている場合に評価の対象とする。	1	100.0%
イ　アの分析結果等を踏まえ、課題を有すると考えられる市町村と一緒に議論し、実施状況等について個別に確認している	－	1	95.7%
ウ　地域ケア会議の活性化に向け、市町村に対する支援方策を策定している	「支援方策」は、市町村とともに担当者間で検討する機会を設けるなどにより、市町村の目指す姿や、現状の課題、当面の目標や支援内容、支援期間等の摺り合わせを行い、これらを資料（記録）として作成･整理していることが必要である。なお、対象市町村は、各都道府県の実情に応じ、年度毎に抽出した一部の市町村で差し支えない。	1	100.0%
エ　支援方策に基づき、都道府県医師会等関係団体と協力して、郡市区等医師会等関係団体の管理職･管理者、担当者に対する研修会等の実施その他の市町村支援を実施している	「管理職･管理者」は、市町村や地域包括支援センター、郡市区医師会等関係団体、介護関係者等のトップ層を、「担当者」とは、地域ケア会議に出席する者を想定。	1	91.5%
オ　市町村の意見を踏まえ、支援内容を改善するプロセスを有している	市町村支援結果の成果をアウトプットとして、「支援内容の改善」につき、書面により、当該支援対象市町村と共有するプロセスを有していることを想定（次年度行う支援方策の検討･策定時に共有を予定している場合も可）。	1	93.6%

	留意点等	配点	該当割合
２　通いの場の立ち上げ等、介護予防を効果的なものとするため、市町村支援を実施しているか。		12	
ア　介護予防･日常生活総合事業をはじめとする管内市町村における介護予防の取組状況を把握･分析し、その結果等を管内市町村に対して共有している	「管内市町村における介護予防の取組状況を把握･分析」は、その結果を資料（記録）として作成･整理できている場合に評価の対象とする。	1	100.0%
イ　アの分析結果等を踏まえ、課題を有すると考えられる市町村と一緒に議論し、実施状況等について個別に確認している	－	2	95.7%
ウ　介護予防の効果的な実施に向け、市町村に対する支援方策を策定している	「支援方策」は、市町村とともに担当者間で検討する機会を設けるなどにより、市町村の目指す姿や、現状の課題、当面の目標や支援内容、支援期間等の摺り合わせを行い、これらを資料（記録）として作成･整理していることが必要である。なお、対象市町村は、各都道府県の実情に応じ、年度毎に抽出した一部の市町村で差し支えない。	2	95.7%
エ　支援方策に基づき、次のような市町村支援を実施している	④は、「地域包括ケア「見える化」システム」等を活用した現状分析等に資するデータを活用するための市町村への情報提供や研修会等の支援を想定している。	5	100.0%
①　介護予防に従事する市町村職員や関係者に対し、技術的支援に係る研修会や情報交換の場（介護予防の取組に係る好事例の発信を含む）の設定		1	100.0%
②　都道府県による実地支援		1	85.1%
③　専門職等のアドバイザー派遣		1	100.0%
④　データ活用に対する支援		1	91.5%
⑤　その他		1	70.2%
オ　市町村の意見を踏まえ、支援内容を改善するプロセスを有している	市町村支援結果の成果をアウトプットとして、「支援内容の改善」につき、書面により当該支援対象市町村と共有するプロセスを有していることを想定（次年度行う支援方策の検討･策定時に共有を予定している場合も可）	2	95.7%

	留意点等	配点	該当割合
3　介護予防等と保健事業の一体的実施に向けた環境整備を実施しているか。		9	
ア　管内市町村における介護予防等と保健事業との一体的実施の実施状況を把握・分析し、その結果等を管内市町村に対して共有している	「管内市町村における介護予防等と保健事業との一体的実施の実施状況を把握・分析」は、その結果を資料（記録）として作成・整理できている場合に評価の対象とする。	1	97.9%
イ　アの分析結果等を踏まえ、課題を有すると考えられる市町村と一緒に議論し、実施状況等について個別に確認している	－	2	78.7%
ウ 介護予防等と保健事業との一体的実施の環境整備を図るため、市町村に対する支援方策を策定している	「支援方策」は、市町村とともに担当者間で検討する機会を設けるなどにより、市町村の目指す姿や、現状の課題、当面の目標や支援内容、支援期間等の摺り合わせを行い、これらを資料（記録）として作成・整理していることが必要である。なお、対象市町村は、各都道府県の実情に応じ、年度毎に抽出した一部の市町村で差し支えない。	2	80.9%
エ 支援方策に基づき、市町村支援を実施している	－	2	83.0%
オ 市町村の意見を踏まえ、支援内容を改善するプロセスを有している	市町村支援結果の成果をアウトプットとして、「支援結果」と「改善が必要な場合はその改善内容」につき、書面により、当該支援対象市町村と共有するプロセスを有していることを想定（次年度行う支援方策の検討・策定時に共有を予定している場合も可）。	2	80.9%

		配点	該当割合
5　多様な分野の多様な主体の参画による生活支援体制の整備の推進を図るため、課題の分析・把握を行いつつ、その改善に向けた市町村支援を実施しているか。		10	
ア　管内市町村の生活支援体制整備の状況を把握・分析して、その結果等を管内市町村に対して共有するとともに、課題を有すると考えられる市町村と一緒に生活支援体制の整備の推進に向けて検討している	「管内市町村の生活支援体制整備の状況を把握・分析」は、電話又は訪問等により都道府県から主体的に状況を聞き取り、その結果を資料（記録）として作成・整理できている場合に評価の対象とする。	1	95.7%
イ　アを踏まえ、生活支援体制整備の推進に向け、市町村に対する支援方策を策定している	「支援方策」は、アを踏まえ、まず都道府県としてどのような支援を行うのかを整理しておく必要があり、例えば年間スケジュール表等でどのような支援を行うのかを整理することも想定される。加えて、市町村とともに担当者間で検討する機会を設けるなどにより、市町村ごとに市町村の目指す姿や、現状の課題、当面の目標や支援内容、支援期間等の摺り合わせを行い、これらを資料（記録）として作成・整理していることが必要である。なお、対象市町村は、各都道府県の実情に応じ、年度毎に抽出した一部の市町村（当該年度に重点的に支援を行う予定の市町村等）で差し支えない。	1	97.9%
ウ　イの支援方策に基づき、次のような市町村支援を実施している	市町村や生活支援コーディネーターと多様な分野の多様な主体との連携に向け、各支援を行っている場合に評価の対象となる。 ②は、情報収集に加えて、「高齢者の生活支援に多様な主体が関わっている事例」の周知又は「多様な主体のリスト等」の周知を行っている場合に評価の対象とする。 ④は、「アドバイザー派遣」又は「都道府県職員等による伴走支援」を行い、その状況や結果等を資料（記録）として作成・整理できている場合に評価の対象とする。 なお、アドバイザー派遣や伴走支援を行うにあたっては、「支援パッケージ（地域づくり支援ハンドブック vol.2）について」（令和６年５月28日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課事務連絡）で周知を行った支援パッケージの活用も想定される。⑤は、「連携・協働の場」での活動の状況を資料（記録）として作成・整理できている場合に評価の対象とする。 ①～⑤は、都道府県版の生活支援体制整備に資するプラットフォーム（生活支援共創プラットフォーム）における主な実施内容として想定されるものであり、同プラットフォームとして実施する場合には地域医療介護総合確保基金の対象となるものであるが、同基金を活用していない場合であっても評価の対象となる。なお、同プラットフォームの構築にあたっては、令和６年度老人保健健康増進等事業「地域の多様な主体が介護予防・日常生活支援総合事業に参画しやすくなる枠組みの構築に資する調査研究事業」（実施主体：株式会社日本総合研究所）において作成された「高齢者の生活支援を地域の多様な主体の共創により進める都道府県プラットフォーム構築の手引き」も参考にされたい。	6	97.9%
①　市町村職員及び生活支援コーディネーターに対する研修を実施し、生活支援体制整備事業の趣旨や多様な分野の多様な主体との連携の必要性・重要性について伝達		1	97.9%
②　管内で高齢者の生活支援に関わりうる多様な主体について情報収集を行い、高齢者の生活支援に多様な主体が関わっている事例や多様な主体のリスト等を周知		1	74.5%
③　多様な主体と市町村や生活支援コーディネーターが連携して生活支援体制の整備を行う際のポイント等を整理して周知		1	76.6%
④　生活支援体制の整備の推進のためのアドバイザー派遣や都道府県職員等による伴走支援を実施		1	87.2%
⑤　市町村の生活支援体制の整備を支援するため、市町村や生活支援コーディネーターとＮＰＯ法人、ボランティア団体、民間企業等の多様な主体との連携・協働の場（交流会等）の設置		1	63.8%
⑥　その他		1	55.3%
エ　市町村及び多様な主体の意見を踏まえ、市町村支援の内容を改善するプロセスを有している	市町村及び多様な主体双方の意見をもとに、「支援結果」と「改善が必要な場合はその改善内容」を共有するプロセスを有していることを想定（次年度行う支援方策の検討・策定時に共有を予定している場合も可）。	2	87.2%

（６）評価指標数と配点の関係

○　令和８年度評価指標の項目数及び配点は下表のとおりである。
○　１指標あたりの配点をみると、都道府県では４点（推進−目標Ⅲ−活動指標）～68点（支援−目標Ⅲ−体制・取組指標群）、市町村では5.3点（支援−目標Ⅰ−活動指標）～34点（推進−目標Ⅱ−体制・取組指標群）の幅がみられた。

■令和８年度評価指標の項目数、配点等

			都道府県			市町村		
			指標数	配点	1指標あたり配点	指標数	配点	1指標あたり配点
保険者機能強化推進交付金	目標Ⅰ：持続可能な地域のあるべき姿をかたちにする	体制・取組指標群	2	60	30.0	4	64	16.0
		活動指標群	5	40	8.0	3	36	12.0
	目標Ⅱ：公正・公平な給付を行う体制を構築する	体制・取組指標群	1	64	64.0	2	68	34.0
		活動指標群	3	36	12.0	2	32	16.0
	目標Ⅲ：介護人材の確保その他のサービス提供基盤の整備を推進する	体制・取組指標群	4	72	18.0	2	64	32.0
		活動指標群	7	28	4.0	3	36	12.0
	目標Ⅳ：成果指標	成果指標群	5	100	20.0	5	100	20.0
介護保険保険者努力支援交付金	目標Ⅰ：介護予防/日常生活支援を推進する	体制・取組指標群	5	48	9.6	7	52	7.4
		活動指標群	10	52	5.2	9	48	5.3
	目標Ⅱ：認知症総合支援を推進する	体制・取組指標群	3	68	22.7	3	64	21.3
		活動指標群	4	32	8.0	3	36	12.0
	目標Ⅲ：在宅医療・在宅介護連携の体制を構築する	体制・取組指標群	1	68	68.0	3	68	22.7
		活動指標群	2	32	16.0	2	32	16.0
	目標Ⅳ：成果指標	成果指標群	5	100	20.0	5	100	20.0

第３章　評価指標の検証・検討

１．令和６～８年度評価結果の総括

（１）さらなる保険者機能強化に向けた今後の展開

○ 令和６～８年度の体制・取組指標群の評価結果をみると、第１号被保険者規模別や地域別でも上昇傾向にある。従来の評価枠組み（体制・取組指標群、活動指標群、成果指標群）による保険者機能の評価・改善の取組によって、自治体等の取組に進捗がみられ、一定の成熟期に入ったと言える。

○ 介護分野や保健分野で全国の保険者の取組を市町村等が評価する枠組みは本制度のみであり、国にとっても自治体にとっても、本評価結果は役立つデータであり、制度として継続していく必要がある。

○ 他方で、市町村結果では３分の１以上、都道府県結果では全ての体制・取組指標群の指標で得点率が８割を超える「天井効果」が顕在化しており、「指標の該当」の有無だけでは自治体間の努力の差や、「介入（取組）の質」を測ることが困難になっている。

○ 今後のさらなる保険者機能の強化を図るには、これまでの「制度構築フェーズ」から、「実効性向上フェーズ」へ移行し、制度の持続可能性と公平性を担保することが重要である。

○ 従来の評価枠組みについては、人口減少社会における「持続可能な地域経営のための指針」となるよう、評価指標の継続性を担保しながら、質の深掘りが評価される内容への充実が求められる。

【実効性を向上させるフェーズに向けて】

- **市町村及び都道府県における高得点項目の分布は負の方向に歪んでおり、多くの自治体が高得点領域に集中していることを示している。例えば、市町村分の推進Ⅰ-1の歪度「-2.86」という数値は、多くの市町村が高得点を獲得していることになる。これは、市町村のPDCAサイクルの推進にこれまで寄与したことを示す一方で、現在は「当然備えるべき前提条件」になったと言い換えることができる。このような指標は評価対象を「質の深掘り」にするなど、市町村の取組をさらに推進する方向での検討が求められる。**
- **他方で、支援Ⅱ-3のように、得点率が34.3%に留まり、2割以上の市町村が0点だった指標もある。こうした特定分野の指標は、市町村の資源や施策の優先順位によって取組が二極化していることが想定される。全国的な底上げを図るためには、実施手法のパッケージ化や好事例の重点的な共有が必要と考えられる。**
- **第１号被保険者規模別で３千人未満などの小規模自治体においては、少数の重度化ケースや死亡ケースが認定率や給付費の指標に過大な変動をもたらす「サンプルの不安定さ」が避けられない。このため、単一自治体のアウトカム指標をそのまま評価に用いることには科学的な限界があり、都道府県による広域的なデータ補正や、複数の自治体を同一グループとして評価するような枠組みの検討が求められる。市町村単独での実施だけでなく、「広域連携」や「都道府県による支援」を評価する仕組みなどが考えられる。**
- **多くの都道府県指標で天井効果が表れていることから、市町村のボトムアップを図るような都道府県の伴走支援を評価できると良い。**

○ さらなる充実に向けては、全国一律の基準で全ての自治体を評価するのではなく、各自治体が置かれた地域の実情を踏まえて、最大限の“工夫”と“連携”を行った自治体を評価する制度設計が求められる。

○ あわせて、従来の評価枠組みを維持しながら、取り組めていない自治体等への広域的な支援など、ボトムアップを図ることも必要である。

○ 今後は、アウトカム評価の内容や従来の評価枠組みと成果指向型配分枠との連動を図り、様々な制約がある中で地域の実情に応じて戦略的に保険者機能を発揮する自治体等が評価される制度への充実が求められる。

○ 自治体の活動(施策)の結果として、住民あるいは専門職の意識・行動がどう変容し(中間アウトカム)、高齢者が主観的な幸福感を持って地域で暮らし続けられるか(最終アウトカム)を評価す

る、多段階のロジックモデルによる評価をより明確にしていく必要がある。

（２）成果指向型配分枠の報告フォーマットの充実に向けて

○　第４章のアンケート結果及び第５章の実地調査結果を整理すると、成果指向型配分枠に選定された市町村等の取組は、日本の介護保険制度を「行政事務」から、データと現場の知恵を融合させた「地域経営」へと進化させる強力なエンジンと言える。これは、自治体が自律的なマネジメントを実践し、2040年の課題を乗り越えるための基盤になり得る。

○　成果指向型配分枠で採択された市町村等の取組報告にあたっては、次の３つの視点が重要となる。

1.「活動量」から「行動変容」へ

研修・会議の開催(手順)ではなく、その結果として「専門職のプランがどう変わったか」「住民の習慣がどう変わったか」という行動変容を最大の報告・評価軸とする。

2.ロジックモデルの実質化

書類上の「絵に描いた餅」にせず、日々の事例検討や多職種連携といった具体的な行動を評価することで、常に軌道修正(PDCA)を回しているかを評価する。

3.データマネジメントの高度化

都道府県は、データの科学的妥当性を担保し、市町村が「自律的なマネジメント（Managed Care）」を行えるよう戦略的支援を行う点を評価する。

○　具体的には、次の５つの軸で評価・報告がなされると良い。

報告フォーマットで把握する軸	評価・報告の視点
背景と地域課題 **【都道府県】** **背景と広域行政としての課題**	• 課題の真因まで踏み込んでいるか • 地域の「脆弱性」を解像度高く読み取ったか • 小規模自治体だからこそ「濃密なデータ」を活かせたか、日頃の関係性を活かした課題の特定ができたか 【都道府県】 • 市町村の行動変容をいかに引き出し、広域的なガバナンスを発揮したか（直接住民を支援する市町村とは異なり、後方支援の質を問う） • 支援対象となった市町村がどのように変わったか（単なる「予算の執行」や「研修の開催」といったプロセス評価からの脱却）
戦略的ロジックモデル	• 施策や取組と、定めている目標等とのつながりの妥当性、論理的な展開はあるか • プロセスとアウトカムとの連動性は可視化されているか
主要な施策（意識変容・行動変容を促す主な取組）	• 専門職や住民の意識や行動を変える打ち手となっているか • 専門職や住民の意識や行動をどのように変えたか
アウトカム（施策による意識変容・行動変容）	• 最終成果に至るまでの兆しの定量化が図られているか • 施策対象の具体的な変化は可視化されているか 【都道府県】 • 支援の結果、市町村のサービス利用実績や住民の参加率が具体的に向上しているか
2040 年を見据えた持続可能性	• 省人化と質の向上の両立が可能なモデルか、人口減少に耐えられる効率的な運営体制か • 介護の枠を超えた「地域経営」の視点があるか • 専門職の不足を補完する視点があるか

（３）今後、検討すべき事項

１）短期的に検討すべき事項

○　次の３点が考えられる。

①　天井効果・床下効果が表出している体制・取組指標群の評価指標や配点の見直し、結果が二極化している評価指標に関する事例提供

【委員意見】

- 市町村等が対応するには、時間を要する取組もある。効果が出る前に指標が変わることのないように、また、小規模市町村を中心に取組が進んでいない指標もあることから、大きく指標を変更しない方針は継続できると良い。
- 評価指標を変更しないことが原則だが、予算事業のため変えざるをえないこともある。天井効果が表れている指標は項目を変えずに配点を変える、都道府県の伴走支援の結果を市町村の得点の伸び等で評価するなど、項目を変えずに改善する工夫が図れると良い。
- 従来の評価枠組みを今後も維持していくこと、また、維持できない小規模市町村に対しては都道府県が広域支援をしていくことが大事である。
- マルバツの付け方については、都道府県内での平準化が図られるように、都道府県指標に盛り込めると良いのではないか。また、「とりあえず取り組んでいる」場合のマルをなくしていくために、実際に評価目的に沿った取組・運用がされているかを確認する視点も必要である。

②　第10期計画期間において求められる保険者機能に関わる内容の追加

【委員意見】

- 介護保険事業計画を３年ごとに策定するため、指標の継続性や新規項目の追加は計画策定スケジュールとあわせて検討できると良い。

③　成果指向型配分枠で採択された自治体の報告フォーマットの充実

【委員意見】

- 成果指向型配分枠の軸ができると、体制・取組指標群も上がるだろう。この視点は、従来の評価枠組みにも取り入れられると良い。

２）中長期的に検討すべき事項

○　次の４点が考えられる。

①　人口規模別の評価の検討

【委員意見】

- 人口規模によって財政状況も人員配置も異なるため、小規模自治体では取り組めない指標もある。指標自体は変更しないとしても、基準点などで加味できると良い。
- 人口減少社会においては、AIなどの技術の利活用を促す視点も必要ではないか。

②　活動指標群の見直しに向けた検討

【委員意見】

- 活動指標群は活動内容を評価していくべき。３年間のトータルで評価し、その結果を次年度の配分に反

映することなどは考えられる。

③　都道府県評価指標の実効性強化に向けた検討

【委員意見】

- 多くの都道府県指標で天井効果が表れていることから、市町村のボトムアップを図るような都道府県の伴走支援を評価できると良い。
- 保険者が取り組めていない場合、そのことで住民が不利益を被っていないかも都道府県は確認し、必要なところに支援ができ、そのことが体制・取組指標群で評価されるのであれば、保険者機能の強化につながるのではないか。
- 取り組めていないところには交付金が配分されず、格差を生んでいる現状もある。そのために都道府県が役割を発揮することが重要で、今後は都道府県の評価の在り方を検討する必要がある。ただし、都道府県が主導することで自治体が疲弊し、取り組めていた他の取組も衰退してしまっては問題である。
- 小規模自治体の構造的な不利が専門職の偏在や確保困難であれば、都道府県が支援する仕組みを入れているかどうかも評価基準にできると良い。
- 都道府県による支援の評価が、市町村に働きかけた結果として、住民等の行動変容をどう促せたかということだと考えると、支援を受けた市町村がどう受け止めたのか双方向の評価が必要ではないか。
- 都道府県の伴走支援については、市町村のボトムアップの状況など実効性を評価する項目を高い得点で盛り込むと良い。
- 小規模自治体はサンプルが不安定になるため、データマネジメント機能を都道府県が持ち、データに基づいた伴走支援等をすべきである。今後は、都道府県に説明責任を持たせるような保険者機能評価にしていくことも課題と言える。どう行動変容したかを評価するために、成果指向型でデータを集め、ロジックモデルの実質化を図る方向性が良いだろう。

④　体制・取組指標群と成果指向型配分枠の連動に向けた検討

【委員意見】

- 今後は、成果指向型配分枠との関係も含め、アウトカム評価をどのように考えるのかという視点も重要である。
- 現行の成果指標群は真のアウトカムを示していないとの意見もあることから、長期的には多様なアウトカムを評価していくことも考えられる。今後３年間も大枠を変えずに、成果指向型配分枠なども使って真のアウトカムや活動指標群の見直しに向けた素材集めとしても良いだろう。
- 成果指向型配分枠に採択された自治体の実効性については、採択前後での従来の評価枠組みの評価結果への影響を示せると良い。

２．今後の改善に向けた提言（意見書）

○　今後の改善に向けた提言（意見書）を次ページのとおり、とりまとめた。

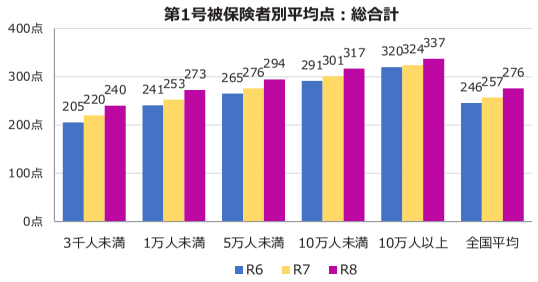
保険者機能強化推進交付金等の評価指標等の見直し等に関する意見書

- 令和６年度から令和８年度にかけて保険者機能強化推進交付金等の評価結果の得点率は上昇し、自治体等の取組が一定進捗したと言える。
- 今後は、従来の評価枠組みを維持しつつ成果指向型配分枠との連動を図り、様々な制約がある中で地域の実情に応じて戦略的に保険者機能を発揮する自治体等が評価される制度への充実が求められる。

令和６年度～令和８年度の評価結果の振り返り

■従来の評価（体制・取組指標～成果指標）による制度構築の推進

- 全国の平均点（体制・取組指標群）は、３年間で上昇傾向にある。
- 第１号被保険者規模別や地域特性別にみても、得点率は上昇傾向にあり、自治体等の取組が一定進捗したと言える。
- 都道府県指標も同様に、３年間で上昇傾向にある。



■成果指向型配分枠の採択自治体の自律的マネジメントの推進

- 令和７年度より、地域のデータ分析に基づき、自らターゲットとなる対象者や成果目標などを設定した上で、成果指向型の介護予防・健康づくりの取組を行う市町村等に対する新たな支援の枠組みとして、「成果指向型配分枠」が設けられた。
- 採択された市町村等の取組報告からは、地域課題を定性・定量面から特定し、施策対象の意識変容・行動変容を促す取組が行われるなど、自律的なマネジメントを行い、保険者機能を発揮していることが確認できた。

■総括

- これまでの保険者機能の評価・改善の取組によって自治体等の取組に一定程度の進捗がみられたため、「制度を構築するフェーズ」から、今後は「実効性を向上させるフェーズ」へと移行が可能となった。
- 従来の評価枠組みについては、人口減少社会における「持続可能な地域経営のための指針」となるよう、評価指標の継続性を担保しながら、質の深掘りが評価される内容への充実が求められる。

さらなる保険者機能強化に向けた今後の展開

■制度全体

- 今後は、一律の基準で全自治体に取組を評価させる現行制度から、様々な制約がある中で地域の実情に応じて戦略的に“工夫”と“連携”を図る自治体が評価される制度への充実が求められる。
- 他方で、従来の評価枠組みを維持しながら、取り組めていない自治体等への広域的な支援など、ボトムアップを図ることも必要である。

■従来の評価枠組みと成果指向型配分枠との連動

- 自治体の活動(施策)の結果として、住民あるいは専門職の意識・行動がどう変容し(中間アウトカム)、高齢者が主観的な幸福感を持って地域で暮らし続けられるか(最終アウトカム)を評価する、多段階のロジックモデルによる評価をより明確にしていく必要がある。
- 中長期的には、アウトカム評価の内容や、従来の評価枠組みと成果指向型による評価枠組みの更なる連動を検討する必要がある。

■成果指向型配分枠の充実

- 次のような質の向上や施策対象の意識・行動の変容を評価する制度設計が求められる。
  - ✓ 活動量の評価から、「行動変容の評価」へシフトを図る
  - ✓ ロジックモデルの「実質化」を図る
  - ✓ データマネジメントの「高度化」を図る

【短期的に検討すべき事項】

- 天井効果・床下効果が表出している体制・取組指標群の評価指標や配点の見直し、結果が二極化している評価指標に関する事例提供
- 第10期計画期間において求められる保険者機能に関わる内容の追加
- 成果指向型配分枠で採択された自治体の報告フォーマットの充実

【中長期的に検討すべき事項】

- 人口規模別の評価の検討
- 活動指標群の見直しに向けた検討
- 都道府県評価指標の実効性強化に向けた検討
- 体制・取組指標群等と成果指向型配分枠の連動に向けた検討

第４章　アンケート調査結果

1．目的

○　令和７年度に成果指向型配分枠で採択された市町村等の申請された取組状況（令和７年度の実施見込み含む）を把握することで、保険者機能強化推進交付金等の評価指標の検討及び他保険者等の施策検討に資する資料として活用することを目的として実施した。
○　なお、回答内容は調査を実施した**令和７年10月時点の情報**である点に留意が必要である。

2．調査概要

○　上記目的を達成するため、下記のとおり調査を実施した。

■調査概要

調査対象	令和７年度採択自治体 ・４都道府県 ・15 市町村
調査系統	・厚生労働省から、採択自治体担当者に、メールにて調査を依頼、事務局に提出
主な回答者	・保険者機能強化推進交付金、介護保険保険者努力支援交付金担当者
調査手法	・自記式（Excel の電子ファイルに回答）、メール配布・メール回収
調査期間	・令和７年８月 22 日（金）～令和７年 10 月 10 日（金）
回収率	・100.0%
調査時点	・令和７年 10 月

3．調査結果

○　各団体の調査結果は次のとおりであった。
○　なお、令和７年度当初に厚生労働省が依頼した報告内容も参考資料としてあわせて掲載している。

	アンケート(令和７年度までの取組状況　※見込み含む)			期首報告（厚労省に提出された内容）
		工程表	別添資料	
茨城県	P62	P68	―	P69
滋賀県	P72	P78	―	P81
兵庫県	P82	P87	・兵庫県 ロジックモデル P88	P90
大分県	P92	P97	・ロジックモデル P99	P100
東京都八王子市	P102	P106	・令和７年度保険者機能強化推進交付金（成果指向型配分枠）該当状況調査票（市町村分） P107 ・ロジックモデル P111 ・取組の全体像 P114 ・成果指向型配分枠へのエントリー内容 P115	P137
静岡県静岡市	P141	P145	・静岡市成果指向型介護予防事業（概要） P146	P146
愛知県豊田市	P148	P152	―	P153
山形県山形市	P155	P159	―	P160
神奈川県平塚市	P162	P167	・ロジックモデル P170	P172
静岡県富士市	P173	P177	・ロジックモデル P178	P179
岐阜県瑞浪市	P180	P184	・ロジックモデル P186	P185
愛知県豊明市	P187	P192	・ロジックモデル P195	P196
滋賀県米原市	P198	P202	・取組内容の全体像（ロジックモデル） P203	P203
北海道むかわ町	P204	P208	-	P209
埼玉県吉見町	P210	P214	・インセンティブ評価結果・ロジックモデル P215	P215
熊本県水俣市	P217	P221	―	P222
北海道奈井江町	P224	P228	・R7 インセンティブ交付金の成果指向型配分枠の事例紹介資料 P230	P230
北海道平取町	P231	―	・令和７年度保険者機能強化推進交付金(成果指向型配分枠)（市町村分）評価指標に係る該当状況調査票 P236	P241
熊本県湯前町	P242	P248	―	P250

成果指向型配分枠：取組状況の報告シート

茨城県

Ⅰ.課題について

①課題の把握方法

○	1 データ分析結果
	2 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
	3 地域ケア会議等における議論
	4 他事業によるニーズの把握
	5 社会動向
	6 国・都道府県等からの情報提供
	7 その他

②データ分析の内容

主に以下のデータより、各市町村の取組状況を総合的に把握し、県全体での課題を把握している。
また、各市町村における課題は、データを活用し、将来を見据えた事業の構成となっているのか、費用対効果の高い事業となっているのか、市町村と一緒に検討している。
・インセンティブ交付金該当状況調査
・地域支援事業交付金実績報告
・地域包括支援センター事業状況調査
・県独自の総合事業実施状況調査
・各市町村の担当者から聞き取った現状・課題

③課題の内容

・新規要支援・要介護認定者について、高齢化率同規模他県よりも平均年齢が低く、また前期高齢者割合が大きいため、できる限り多くのフレイル状態の高齢者へ短期集中予防サービス等効果的なサービスが行き届くことで、要介護状態への進行を抑制することが必要である。
・しかし、現状では、サービス・活動事業のうち従前相当サービスの利用が大部分を占めていることや、既に多様なサービス・活動を実施している市町村においても、サービス・活動Cの対象者の選定やサービス卒業後を見据えたSCとの連携、明確な目的を持ったサービス・活動Aの実施等に関して課題がある。また、一般介護予防事業については、複数サービスにまたがるリピーターが多い現状もあり、総合事業全体での対象者とその選定、提供サービス内容について見直しをするよう支援していく必要がある。

Ⅱ.対象層について

①対象層

○	1 虚弱な高齢者
○	2 事業対象者・要支援認定者
	3 要介護認定者
	4 特定の疾患を持つ高齢者
	5 認知症（の疑いがある）高齢者
	6 独居高齢者
	7 元気な高齢者
	8 高齢者全般
	9 住民全般
	10 介護家族
	11 その他

②具体的な内容

・介護予防事業の取組状況や、担当者が認識する課題の明確さについて、市町村によって差がある。そのため、各市町村の現状に応じた支援を行うことで、虚弱な高齢者や事業対象者・要支援認定者を対象とした事業の充実を図っていく。
・具体的には、以下の対象を選定する。
①事業の見直しに積極的な市町村への支援により全体の底上げを図るため、支援を希望する市町村
②総合事業の効果的な実施の見直しを図る必要のある地域支援事業総合事業上限額超過市町村
③虚弱な高齢者や事業対象者・要支援認定者への効果的な介入を行うサービス・活動C未実施市町村と実施市町村に分けて研修会を実施

Ⅲ.目標等

①中長期・短期の目標

短期目標：
・R7中にサービス・活動C実施の21市町村のうち5市町村が事業見直しに係るモデル的実施を行う
・R9サービス・活動C実施市町村が29市町村（R6：21市町村）。

中期目標：第10期計画期間終了年度にサービス・活動C利用者が年間1,000名となる。（R6：546名）

長期目標：
・R12　総合事業上限額超過市町村が4市町村減となる。（R6：14市町村）
・R12末に高齢化率同規模他の５県と比較して、新規要支援・要介護認定者の平均年齢が６県平均以上となる。
・R12末に要支援・要介護認定者に占める前期高齢者の割合が全国平均以下となる。
・R12介護給付費が現在の推計よりも550,800千円減の258,194,225千円

②目標や指標の設定・進捗管理・評価の実施体制

・年度当初に県独自の総合事業実施状況調査の実施
・県実施の研修会内での事業見直しの意向確認
・伴走支援対象市町村及び地域支援事業交付金総合事業上限額超過市町村への個別ヒアリングによる情報収集

③設定している評価指標

・アウトプット指標：参加者数や研修の開催回数など、施策や事業の直接の結果を測るもの

・総合事業上限超過市町村ヒアリング市町村数
・研修会受講市町村数・受講者数（データ活用研修、サービス・活動C未実施市町村向け研修会、サービス・活動C実施市町村向け研修会、自立支援に係る動画研修、リハ職向け総合事業に関する研修）
・市町村伴走支援　支援市町村数

・アウトカム指標：利用者本人の状態の改善や主観的幸福観の向上、要介護認定率の低下など、サービス等の結果としての受益者の変化や効果を表すもの

（中間アウトカム）
・次年度の事業の方針が明確化した市町村数の増加
・地域支援事業交付金総合事業上限額超過市町村数の減少
・サービス・活動C未実施市町村のうちC開始に向けモデル的実施を行う市町村数の増加、C実施市町村数の増加
・サービス・活動C実施市町村のうちC見直しに係るモデル的実施を行う市町村数の増加、C利用者数の増加
・元の生活に戻すことを目的としたサービス・活動C実施市町村数の増加
・C利用後1年間で従前相当サービスを利用しなかったC利用者割合の増加（評価方法検討中）

（アウトカム）
・新規要支援・要介護認定者の平均年齢の上昇
・要支援・要介護認定者に占める前期高齢者の割合の減少
・介護給付費抑制（現在の将来推計より減）

④進捗管理・評価の方法

毎年度、県実施の総合事業実施状況調査（サービス・活動C利用者数、課題、C対象者の選定、実施方法、卒業後を見据えた対応、リハ職同行訪問実施件数等）、地域支援事業交付金事前協議及び実績報告書（各事業の事業費）により市町村の事業実施状況を確認するとともに、各市町村における課題をヒアリングにより把握することで、市町村や地域包括支援センター職員、SC、リハ職等を対象とした研修の内容を検討する。
また、支援を要すると判断した市町村については、訪問による課題のヒアリングにより、次年度以降の伴走支援に繋げる。

⑤取組の段階

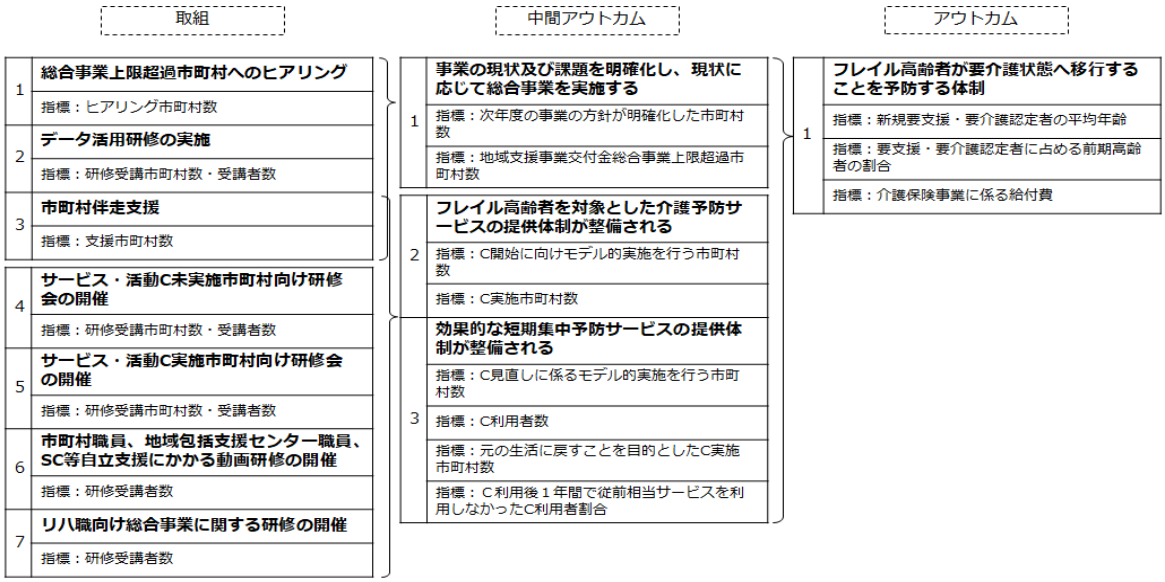
2

1 仮説段階
2 実証（取組）段階
3 評価段階
4 改善・継続段階

Ⅳ.取組の全体像

①取組内容の全体像

令和8年度以降の長期的な市町村支援の方針については、現在検討中であり、以下ロジックモデルは暫定版。（今年度中に検討）



Ⅴ.取組の詳細

※複数の取組を申請された場合は、設定した目標を達成するためにより効果的と思われる取組を２つ取り上げて回答

①目標を達成するための具体的な手法：取組ｉ

○	1 データ分析・調査
○	2 アセスメント
○	3 個別支援
○	4 研修・勉強会
○	5 アドバイザー、専門家等の派遣
	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
	12 その他

②取組内容の詳細：取組ｉ

（新規事業）市町村伴走支援

１　目的

市町村における介護予防・日常生活支援総合事業や生活支援体制整備事業、地域ケア会議、介護予防ケアマネジメント等の高齢者の自立支援に係る地域支援事業に関する現状及び課題の把握と、事業見直しへの助言及び情報提供することで、事業の効果的な実施を目指す。

（アウトプット）

支援市町村数

（アウトカム）

次年度の事業の方針が明確化した市町村数、C開始に向けモデル的実施を行う市町村数、C実施市町村数、C見直しに係るモデル的実施を行う市町村数、C利用者数、元の生活に戻すことを目的としたC実施市町村数、Ｃ利用後１年間で従前相当サービスを利用しなかったC利用者の割合、地域支援事業交付金総合事業上限額超過市町村数の減少

２　対象　県内10市（希望のあった市町村）

３　実施方法　委託

４　内容

・支援方法

市町村により取組状況や課題の把握状況に差があるため、各市町村の現状に応じて支援回数や支援方法（オンライン、対面）については調整する。

・年間スケジュール

8−9月　第1回支援（ヒアリング）：支援の方針、内容決定

9−11月　第2回支援：進捗確認及び助言

12−2月　第3回支援：進捗確認及び助言

・サービス・活動Cモデル実施市町村向け研修会

令和7年度は、伴走支援対象10市のうち5市において、サービス活動Cをモデル実施することとなったため、以下の関係者向け研修会を合同開催。

10月　地域包括支援センター職員向け研修会

10月　リハ職向け研修会①同行訪問

11月　リハ職向け研修会②リエイブルメント型C

③予算：取組ｉ

6,133千円（インセンティブ交付金）

④目標を達成するための具体的な手法：取組 ii

	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
	3 個別支援
○	4 研修・勉強会
	5 アドバイザー、専門家等の派遣
	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
	12 その他

⑤取組内容の詳細：取組 ii

（拡充）サービス・活動C研修会の開催（未実施市町村向け、実施市町村向け）

1　目的

サービス・活動Cについて、既に事業を実施している市町村については、他事業との連動を意識した事業の見直しを図り、未実施市町村については、他県市町村による事例提供により既存の介護予防事業の見直しやサービス・活動C等介護予防・生活支援サービスの実施の検討を促す。

（アウトプット）

研修受講市町村数・受講者数

（アウトカム）

C開始に向けモデル的実施を行う市町村数、C実施市町村数、C見直しに係るモデル的実施を行う市町村数、C利用者数、元の生活に戻すことを目的としたC実施市町村数、C利用後1年間で従前相当サービスを利用しなかったC利用者割合

2　内容

（1）サービス・活動C未実施市町村向け研修会

日　時：令和7年7月17日（木）13時30分～16時

場　所：茨城県庁会議室（講師はオンライン、ハイブリッド視聴可）

対象者：主にサービス・活動C未実施市町村の介護予防担当者

内　容：事例提供「サービス・活動C等介護予防事業の取組について（大分県竹田市）」、意見交換会「効果的な介護予防事業の実施に向けて取り組むこと」

（2）サービス・活動C実施市町村向け研修会

日　時：令和7年７月23日（水）13時30分～16時30分

場　所：イーアスつくばイーアスホール（ハイブリッド視聴可）

対象者：主にサービス・活動C実施市町村の介護予防担当者（ハイブリッド視聴可）

内　容：講演「サービス・活動Cの効果的な実施について（愛知県豊明市　松本小牧氏）」、意見交換会「サービス・活動Cの実施で難しいこと」

⑥予算：取組 ii

621千円（インセンティブ交付金）

Ⅵ.現状と今後の展開

①現在までの実績

・地域支援事業交付金総合事業上限額超過市町村数の減少
…R6 14市町村であり、現在4市がサービス・活動事業の充実に向けた取り組みを進めている状況であるため、R7実績値は減少が見込まれないが、R8には減少する可能性があり、順調である。
・サービス・活動C実施市町村数の増加
…R6 21市町村であり、現在サービス・活動Cを新たに開始する準備を進めている市町村が2市あるため、R7実績値は増加は見込まれないが、R8には2市増加することが見込まれ、進捗は順調である。
・サービス・活動C利用者数の増加
…R6 546人であり、現在サービス・活動Cの内容の見直しによる充実を進めている市町村が5市程度あるため、R7は600名程度が見込まれる。R8は、見直し後の実施方法及び対象者の選定方法により、更に利用者の増加が見込まれ、進捗は順調である。
・元の生活に戻すことを目的としたサービス・活動C実施市町村数の増加
…R6 1市であるが、現在、リエイブルメント型のサービス・活動Cへの移行を検討している市町村が6市あるため、R7の増加は見込まれないが、R8以降は7市へと増加することが見込まれるため、進捗は順調である。

②今後見込む成果

・令和6年度以降実施しているサービス・活動Cに関する研修会や、生活支援体制整備事業に係る研修会等の機会に、県から総合事業等事業の見直しを促している。また、県開催の研修会内で先行市による先行事例の視察やリエイブルメント型サービス・活動Cの効果の共有等をきっかけに、サービス・活動Cをはじめとするサービス・活動事業の見直しへ前向きな市町村が増えているため、今後、総合事業全体の事業整理が進むことが予想される。

③その他、アピールポイント

・先行市や伴走支援対象市が事業見直しの必要性や、サービス・活動事業の充実による効果、先行事例の視察の呼びかけを積極的に県内他市町村と共有している現状がある。今後も引き続き、意見交換会の開催や先行事例の紹介、事業見直しに積極的な市町村の底上げを図る市町村伴走支援により、県内全市町村におけるフレイル高齢者に効果的なサービスが行き届くよう市町村を支援していく。
・令和7年度は成果指向型配分枠で追加交付を受けることで、既存の県の事業も含めた県全体の事業の見直しを図る機会となった。今後、市町村支援の長期的な方針を検討するため、他県視察や庁内での認識合わせにより更なる市町村支援の充実を図っていく。

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

↓取組・事業の内容		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度
総合事業上限超過市町村へのヒアリング		● ２市町村	● ５市町村	●3市町村	●4市町村
データ活用研修の実施			●オンライン1回開催	●オンライン1回開催	●オンライン1回開催
市町村伴走支援			●10市町村	●4市町村 ●県内アドバイザー選定（新規）	●4市町村
サービス・活動C研修会の開催		● ２会場1回開催	●実施市町村向け1回開催 ●未実施市町村向け1回開催	●総合事業担当者×SC研修 ●先行事例紹介、意見交換会	●総合事業担当者×SC研修 ●先行事例紹介、意見交換会
市町村職員、地域包括支援センター職員、SC等自立支援にかかる動画研修の開催			●動画作成	●R7作成動画の周知	●R7作成動画の周知
リハ職向け総合事業に関する研修の開催			●対面1回開催	●対面1回開催	●対面1回開催
地域包括支援センター職員等介護予防ケアマネジメント研修の開催				●1回開催（新規）	●1回開催
効果測定（アウトプット）	目標	①総合事業上限超過市町村ヒアリング3市町村 ②研修会受講40市町村・受講者数120人	①総合事業上限超過市町村ヒアリング4市町村 ②研修会受講40市町村・受講者80人 ③市町村伴走支援5市町村	①総合事業上限超過市町村ヒアリング3市町村 ②研修会受講40市町村・受講者100人 ③市町村伴走支援4市町村数	①総合事業上限超過市町村ヒアリング4市町村 ②研修会受講40市町村・受講者100人 ③市町村伴走支援4市町村数
	実績	①2市町村 ②C意見交換会34市町村63名、リハ職50名	①8市町村 ②データ活用研修27市町村70名、C未実施市町村向け研修会4市町6名、C実施市町村向け研修会12市町村22名 ③10市町村		
効果測定（アウトカム）	目標		・C見直しに係るモデル的実施5市町村		・C実施29市町村 ・C利用者数818名 ・元の生活に戻すことを目的としたC実施7市町村
	実績				

茨城県内高齢者の現状・課題

県内高齢者の現状（2024）

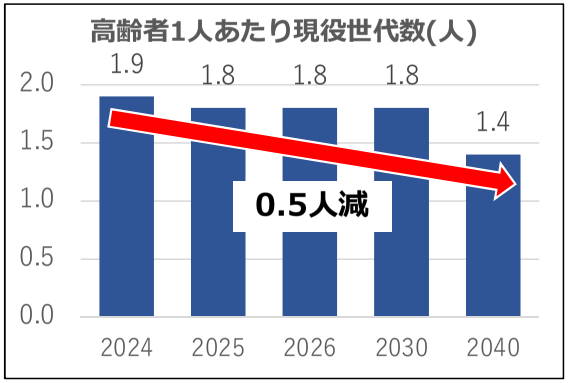
○高齢化率同規模他県と比較すると新規要支援・要介護認定者の平均年齢が低い

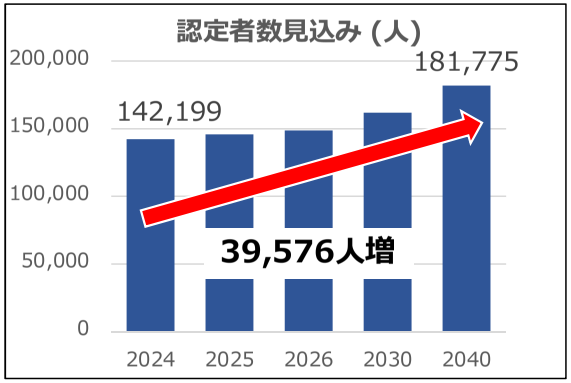
	全国	石川県	三重県	岡山県	**茨城県**	広島県	群馬県	静岡県
高齢化率(%)	28.0	29.5	29.5	29.5	**29.3**	29.0	29.7	29.8
新規要介護認定者の平均年齢(歳)	81.7	82.5	81.9	81.9	**81.8**	81.9	82.0	82.3

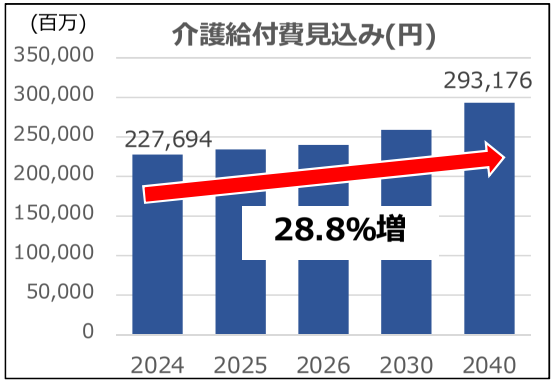
○新規要支援・要介護者のうち前期高齢者の割合が大きい

→要介護状態となることを予防できる可能性があるにも関わらず、前期高齢者のフレイルが進行し、本人の望む生活が継続できていない可能性がある。

今後の見込み（推計）







◆ 高齢者個人に応じた短期集中的な介入により、**高齢者へセルフマネジメント能力の獲得を促す**とともに、**フレイル状態の高齢者が要介護状態となることを遅らせる**ことで、**認定者数や介護給付費額の増加を抑制**していくことが必要。

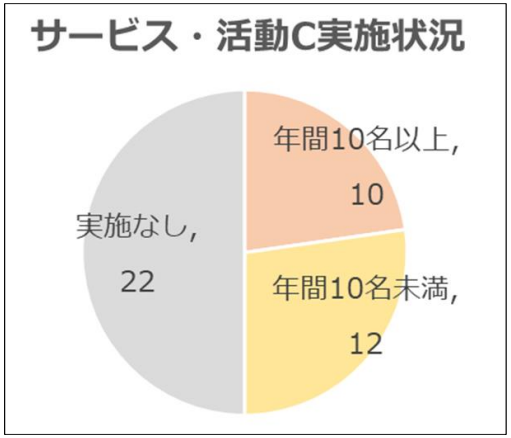
茨城県内市町村の現状・課題

県内市町村の取組状況（2023）

○サービス・活動C（訪問型又は通所型）

- 県内半数の市町村がサービス・活動Cを実施している
- サービス・活動C実施市町村のうち**半数以上の市町村で年間の利用者実人数が10名未満、県内計382名（実施市町村高齢者1万対8.6人）**
- 14市町村（32%）が地域支援事業交付金総合事業分について、上限額を超過して申請

（そのうち多くの市町村で従前相当サービスが主な事業となっている）



○サービス・活動C 実施市町村の課題

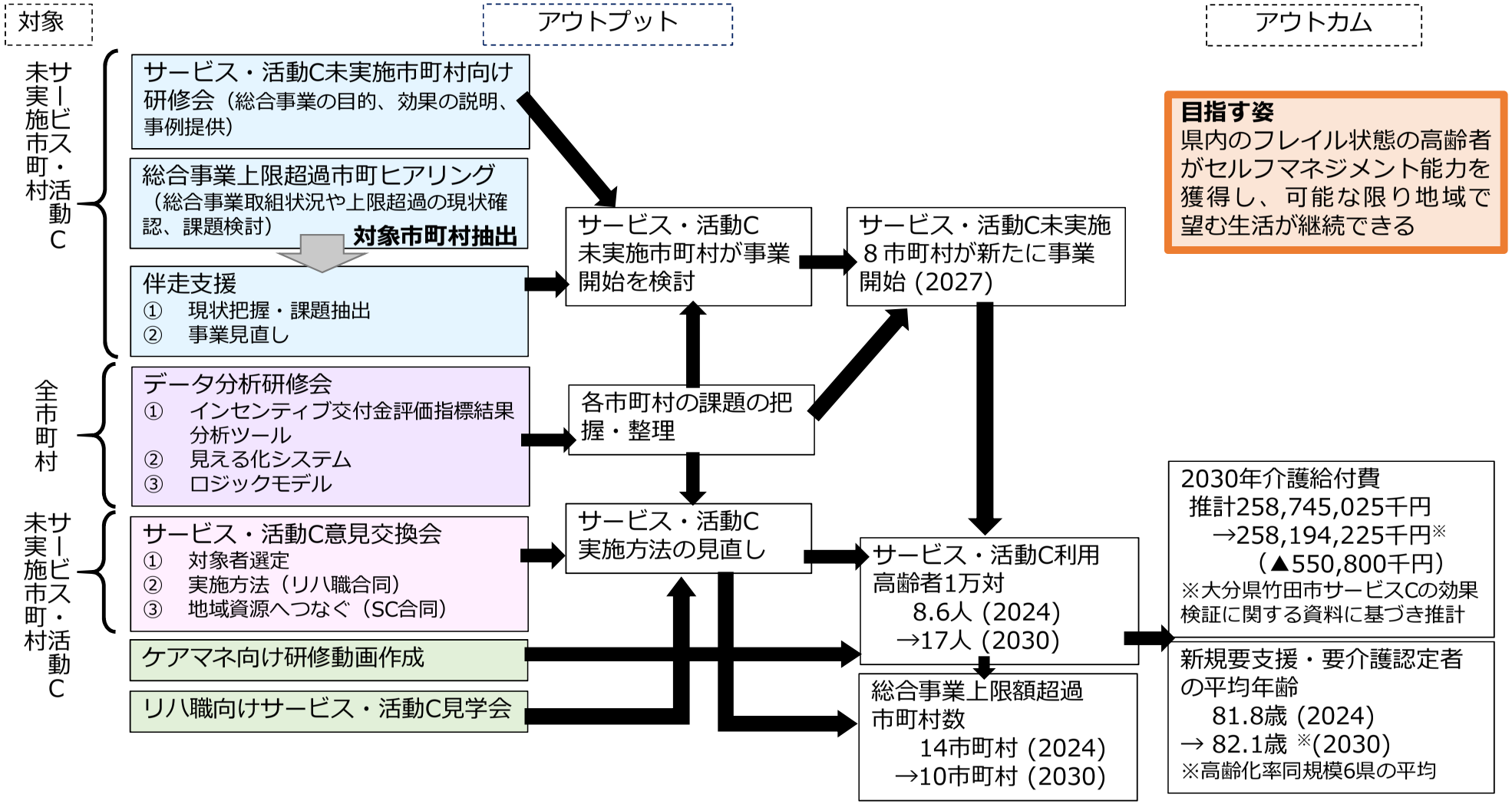
- サービス利用者が増えない（対象者の選定）
- 事業終了後に従前相当サービス以外の地域資源に繋がりにくい

サービス・活動A、Bの実施市町村数

	サービス・活動A	サービス・活動B
訪問型	20	6
通所型	24	5

◆ 支援の必要な高齢者に効果的に介入し、望む地域生活を実現できるような**事業の見直しが必要**。

茨城県総合事業の推進に係るロジックモデル



成果指向型配分枠：取組状況の報告シート

滋賀県

Ⅰ.課題について

①課題の把握方法

○	1 データ分析結果
	2 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
	3 地域ケア会議等における議論
	4 他事業によるニーズの把握
	5 社会動向
	6 国・都道府県等からの情報提供
	7 その他

②データ分析の内容

1、医療費の状況（①骨折医療費の状況、②性・年齢別骨折医療費の状況、③地区別骨折医療費の状況、④部位別骨折医療費の状況 ）
２、骨粗鬆症の状況（①骨粗鬆症医療費の状況、②性・年齢別骨粗鬆症医療費の状況、③骨粗鬆症治療の状況）
３、骨折危険因子の状況（①低体重、②喫煙、③飲酒、④運動習慣、⑤歩行速度、⑥危険因子の重なり）

③課題の内容

・骨折レセプトのある者のうち、骨粗鬆症のレセプトがある者の状況をみると、国保の男性は約３％、女性は約 14%、後期高齢者では、男性は約９％、女性は約 20%であり、治療が必要な者が治療につながっていない、治療を継続できていない状況があると考えらえる。
・骨折及び骨粗鬆症の医療費が、60歳以降75～79歳をピークに増加している。
・骨折の危険因子を持っている人は、特定健診受診者の約70%であり、「運動習慣なし」と「歩行速度が速くない」の保有割合が高い。

Ⅱ.対象層について

①対象層

	1 虚弱な高齢者
	2 事業対象者・要支援認定者
	3 要介護認定者
	4 特定の疾患を持つ高齢者
	5 認知症（の疑いがある）高齢者
	6 独居高齢者
○	7 元気な高齢者
	8 高齢者全般
	9 住民全般
	10 介護家族
○	11 その他　骨折ハイリスク者（眠剤を使用している者）、モデル市町在住の骨折歴のある50歳以上の者

②具体的な内容

①モデル事業の実施：７元気な高齢者（前期高齢者をはじめとする特定健診受診者）
骨折の危険因子である「運動習慣なし」「歩行速度が速くない」の該当者が多いという課題について、元気なうちからの対策が重要であると考えるため。

②骨折ハイリスク者への啓発：11その他（骨折ハイリスク者（眠剤を使用している者））
眠剤の使用は転倒・骨折のリスクを高めるとされており、適正な服薬の実施、転倒予防のための知識、生活環境の工夫等を行うことが重要であると考えるため。

③二次骨折予防事業：11その他（モデル市町在住の骨折歴のある50歳以上の者）
要介護になった原因として骨折・転倒は13%で主因の一つであり、骨折を原因として介護が必要になった人の5人に1人は寝たきりの生活を送っていること、また大腿骨骨折を二度すると多くの人は寝たきりになることから、骨折を１％予防できると年間60人程度の介護予防につながり、健康寿命延伸のために効果的な層であると考えるため。

Ⅲ.目標等

①中長期・短期の目標

①モデル事業の実施
中・長期：県内全市町でフレイル予防対策のための取組が実施される
短期：測定会にて初回測定後３か月以降の測定結果にてフレイル質問票項目の「ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか」に「はい」と答える人の数が1.5倍になる。

②骨折ハイリスク者への啓発
短期、中・長期：骨折ハイリスク者の骨折予防を県内どの市町も等しく進められる
短期：骨折ハイリスク訪問対象者のうち、50%に訪問指導を行う。最低年間15名程度の訪問等を予定。

③二次骨折予防事業
中・長期：ア.令和10年度までに県内市町で実施できるよう成果資料、マニュアル等を整える。
イ.病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーションに高齢者の転倒・骨折予防を周知し、予防に向けて連携を取れる基盤を作る。
短期：県内300人程度の対象者に対して、7割が検診を受診し、受診した者のうち２割が受診につながる

②目標や指標の設定・進捗管理・評価の実施体制

①モデル事業の実施
滋賀県データヘルス計画にて目標を定め、各市町の実施状況について毎年把握し、計画の中間評価、最終評価の際に評価を行う。

②骨折ハイリスク者への啓発
毎年市町との調整により対象者抽出、訪問を実施。翌年度にかけて実施結果を取りまとめ、会議の場で市町ごとの状況について共有している。

③二次骨折予防事業
検診協力医療機関より実績報告を受領し、対象の受診状況について随時把握する。
令和7年度対象者について、レセプトで治療開始状況を確認。
また、令和7～9年度のモデル事業の結果について、評価を行い、費用対効果等を判定し、令和10年度以降各市町に拡大予定。

③設定している評価指標

・アウトプット指標：参加者数や研修の開催回数など、施策や事業の直接の結果を測るもの

①モデル事業の実施
・フレイル予防事業の実施市町数
・測定会にて初回測定後３か月以降の測定結果にてフレイル質問票項目の「ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか」に「はい」と答える人の数が1.5倍になる。

②骨折ハイリスク者への啓発
・骨折ハイリスク訪問対象者のうち、50%に訪問指導を行う。最低年間15名程度の訪問等を予定。

③二次骨折予防事業
・骨粗しょう症検診対象者（再骨折リスク者）300人の受診率70%以上、約50人を治療につなげる。

・アウトカム指標：利用者本人の状態の改善や主観的幸福観の向上、要介護認定率の低下など、サービス等の結果としての受益者の変化や効果を表すもの

①モデル事業の実施
令和８年度以降できるだけ早期に、県内全市町でフレイル予防対策に係る事業を実施する。

②骨折ハイリスク者への啓発
骨折ハイリスク者の骨折の市町間格差を県平均より±10%以内とする。

③二次骨折予防事業
令和10年度までに県内市町で実施できるよう成果資料、マニュアル等を整える。
病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーションに高齢者の転倒・骨折予防の周知を行い、予防に向けての連携を取れる基盤を作る。

④進捗管理・評価の方法

①モデル事業の実施
開始年度：令和７年度
達成目標年度：令和11年度
評価手法：市町への調査、聞き取りによりモデル事業実施市町について把握し評価を実施
国民健康保険団体連合会保健事業評価・支援委員会にて結果の提示、助言をいただき
事業内容に反映予定。

②骨折ハイリスク者への啓発
開始年度：令和６年度
達成目標年度：令和11年度
評価手法：
訪問指導実施率、ハイリスク者の骨折率の市町間比較等により評価を実施
国民健康保険団体連合会保健事業評価・・支援委員会にて結果の提示、助言をいただき事業内容に反映予定。

③二次骨折予防
開始年度：令和７年度
達成目標年度：令和10年度
評価手法：
検診を受けたものが治療につながった率、関係者への啓発実施状況等により評価を実施する。
国民健康保険団体連合会保健事業評価・・支援委員会にて結果の提示、助言をいただき事業内容に反映予定。

⑤取組の段階

2

1 仮説段階
2 実証（取組）段階
3 評価段階
4 改善・継続段階

Ⅳ.取組の全体像

①取組内容の全体像

① モデル事業の実施
・ 市町のフレイル対策事業実施のノウハウ提供のため、モデル市町への支援を実施。
・ 体組成計を用いた骨量、筋肉量等の測定に加え、フレイル質問票結果も踏まえた個別の保健指導事業を実施。
・ 測定機械と専門職の派遣を実施し、来年度以降市町のみで実施できるよう、市町への指導も実施。
・ 保健指導の成果をまとめ、効果的な実施方法について検討を行う。

② 骨折ハイリスク者への啓発
・ 骨折ハイリスク者の選定（抽出）を実施する。
・ 上記対象者に対して、訪問等による指導を実施する。
・ 実施に当たっては、市町に対し、国保連の人的支援を得る。

③ 二次骨折予防事業
・ 二次骨折予防のため、モデル市町にて骨折歴のある50歳以上の者を対象に、骨粗しょう症検診の助成事業実施。事業効果のデータ分析、事業体制の改善を探る。
・ 費用対効果を実証し、効果があれば、市町独自で実施できるよう、体制作りを行う。
・ 県医師会、県病院協会等に委託して医療関係者に骨折予防の研修会を開催する。

全体像の詳細は令和７年５月に送付のあった、取組事例資料のとおり。

Ⅴ.取組の詳細

※複数の取組を申請された場合は、設定した目標を達成するためにより効果的と思われる取組を２つ取り上げて回答

①目標を達成するための具体的な手法：取組ｉ

	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
	3 個別支援
	4 研修・勉強会
	5 アドバイザー、専門家等の派遣
	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
○	12 その他　二次骨折予防検診の実施

②取組内容の詳細：取組ｉ

【実施体制】
①二次骨折予防モデル事業（骨粗しょう症検診）
・事業の企画・調整等、費用助成、情報提供資料の調整：県
・データ分析、対象者抽出、受診券・受診勧奨の送付：国民健康保険団体連合会
・検診の実施、治療の開始：協力医療機関（5医療機関）

②骨折予防基盤づくり事業（医療関係者、医事担当職員等への啓発）
・事業の企画・調整等：県
・研修会の実施：滋賀県医師会、滋賀県病院協会

【対象者層】
①二次骨折予防モデル事業（骨粗しょう症検診）
・骨折歴のある、現在骨粗しょう症の治療を行っていない、50歳以上の国保被保険者（50～74歳）※要介護者を除く

②骨折予防基盤づくり事業（医療関係者、医事担当職員等への啓発）
・県内病院・診療所等に勤務する医師、薬剤師、看護師等の骨粗しょう症治療に関わる医療関係者、県内病院等に勤務する医事担当職員等

【具体的な手法・取組内容】
①二次骨折予防モデル事業（骨粗しょう症検診）
・腰椎・大腿骨２方向DEXA法による検診の受診勧奨、費用助成、情報提供、治療へのつなぎ

②骨折予防基盤づくり事業（医療関係者、医事担当職員等への啓発）
・骨粗しょう症に関する基本的な知識と併せ、骨粗しょう症の治療継続の必要性、二次性骨折予防継続管理料についての知識を得るもの

【当面のスケジュール】
①二次骨折予防モデル事業（骨粗しょう症検診）
令和7年9月　受診券送付・検診（～２月まで）
令和8年3月～令和8年5月頃　対象者の受診状況等とりまとめ、評価

②骨折予防基盤づくり事業（医療関係者、医事担当職員等への啓発）
令和７年10月28日、令和８年２月１日　病院協会
令和８年２月21日　医師会

③予算：取組 i

①二次骨折予防モデル事業（骨粗しょう症検診）
・検診費用のうち、7割に相当する額
・国民健康保険団体連合会負担金

②骨折予防基盤づくり事業（医療関係者、医事担当職員等への啓発）
・研修会委託料（滋賀県医師会、滋賀県病院協会）

④目標を達成するための具体的な手法：取組 ii

	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
	3 個別支援
	4 研修・勉強会
○	5 アドバイザー、専門家等の派遣
	6 広報・啓発、情報提供
○	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
○	12 その他　モデル事業の実施

⑤取組内容の詳細：取組 ii

【実施体制】
・事業の企画・調整：県
・データ分析、専門職の派遣、当日運営補助：国民健康保険団体連合会
・当日運営、保健指導：雇上げ専門職、市町専門職

【対象者層】
・元気な高齢者（前期高齢者をはじめとする特定健診受診者）

【具体的な手法・取組内容】
・体組成計を用いた測定会を実施
・結果に応じて運動指導や栄養指導を実施し、フレイル予防につなげる
・国保連合会と共同事業として実施
・雇上げ専門職により当日運営、保健指導を実施するが、市町担当職員も同席し、
　事業の運営方法や指導方法についてノウハウを提供できるものとする

【当面のスケジュール】
・令和７年９月29日、12月24日　日野町　実施
・令和８年3月　竜王町実施予定

⑥予算：取組 ii

・国民健康保険団体連合会負担金

Ⅵ.現状と今後の展開

①現在までの実績

①モデル事業の実施
県内全市町でフレイル予防対策のための取組が実施されるというアウトカム指標の目標値に対し、現時点での実績は今年度中に把握予定。予定通り3市町にモデル事業の実施を行い、来年度の実施に向けて調整を行っている段階。進捗は順調である。

②骨折ハイリスク者への啓発
「骨折ハイリスク訪問対象者のうち、50%に訪問指導を行う。最低年間15名程度の訪問。」というアウトプット目標に対して、令和６年度実績では34名、57.6%を達成し、順調である。今後、目標値の修正等の検討が必要である。

③二次骨折予防事業
ア.令和10年度までに県内市町で実施できるよう成果資料、マニュアル等を整える。
イ.病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーションに高齢者の転倒・骨折予防を周知し、予防に向けて連携を取れる基盤を作る。
上記アウトカム目標に対して、現状5市町を対象に検診のモデル事業が開始しているところであり、医師会、病院協会による研修会も開催に向けて調整を進めているところ。来年度以降、検診事業については対象市町を変えて実施、研修会等による関係者への啓発については歯科医師会等にも広げて実施していく予定であり、これらを推進することで、骨折ハイリスク者が骨粗しょう症検診を受けることや、そこから治療につながることの基盤づくりにつながり、目標ア、イが達成される見込みであり、順調に進んでいる。

②今後見込む成果

①～③の事業を推進し、各種目標を達成することで、加齢に伴心身の虚弱な状態を改善し、県民全体の「健康寿命の延伸」を図ることができると見込んでいる。

③その他、アピールポイント

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

↓取組・事業の内容	令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和10年度
モデル事業の実施 （テーマ①骨折・骨粗しょう症）	企画・調整 ・国民健康保険団体連合会との打ち合わせ（事業内容のすり合わせや、担当者の確保） ・市町への周知	事業実施 ５月　市町へ事業案内、対象市町の募集 ９月～３月　市町におけるモデル事業実施		再データ分析（令和11年度評価予定）
モデル事業の実施 （テーマ②オーラルフレイル）		企画・調整 ・国民健康保険団体連合会との打ち合わせ（事業内容の検討、担当者の確保） ・市町への周知	事業実施 ５月　市町へ事業案内、対象市町の募集 ５月以降　市町におけるモデル事業実施	※テーマ①と同様のながれでテーマ④まで実施する。 （テーマ①骨折・骨粗しょう症状 テーマ②オーラルフレイル テーマ③低栄養 テーマ④社会参加）
モデル事業の実施 （テーマ③低栄養）			企画・調整 ・国民健康保険団体連合会との打ち合わせ（事業内容の検討、担当者の確保） ・市町への周知	※テーマ①と同様のながれでテーマ④まで実施する。 （テーマ①骨折・骨粗しょう症状 テーマ②オーラルフレイル テーマ③低栄養 テーマ④社会参加）
骨折ハイリスク者への啓発	事業実施 ４月～10月　対象者抽出 ６月～２月　訪問指導の実施 ３月　訪問実施者数等とりまとめ	事業実施 ４月～10月　対象者抽出 ６月～２月　訪問指導の実施 ３月　訪問実施者数等とりまとめ	事業実施 ４月～10月　対象者抽出 ６月～２月　訪問指導の実施 ３月　訪問実施者数等とりまとめ	事業実施 ４月～10月　対象者抽出 ６月～２月　訪問指導の実施 ３月　訪問実施者数等とりまとめ
二次骨折予防事業	企画・調整 ・協力医療機関の確保、調整（協力依頼、実施体制・委託料等の調整） ・国民健康保険団体連合会との打ち合わせ ・関係市町への調整	事業実施 9月　受診券送付開始（～12月まで） 9月以降　結果送付、医療機関での治療の開始 企画・調整 令和８年度対象市町の調整、令和7年度事業と同様に関係機関との調整	事業実施（令和７年度と異なる市町を対象として実施） 9月　受診券送付開始（～12月まで） 10月以降　結果送付、医療機関での治療の開始	※令和９年度まで毎年対象市町を変え、県のモデル事業として実施。費用対効果を判定し、効果ありの場合、令和10年度以降、市町での実施に拡充する。

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

↓取組・事業の内容		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和10年度
効果測定（アウトプット）	目標	①モデル事業の実施 － ②骨折ハイリスク者への啓発 骨折ハイリスク訪問対象者のうち、50%に訪問指導を行う。最低年間15名程度の訪問を予定。 ③二次骨折予防事業 －	①モデル事業の実施 ア.フレイル予防の取組を３割の市町で実施 イ.測定会にて初回測定後３か月以降の測定結果にてフレイル質問票項目の「ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか」に「はい」と答える人の数が増加する。 ②骨折ハイリスク者への啓発 ・骨折ハイリスク訪問対象者のうち、50%に訪問指導を行う。最低年間15名程度の訪問を予定。 ③二次骨折予防事業 ・骨粗しょう症検診対象者（再骨折リスク者）300人の受診率70%以上、約50人を治療につなげる。	①モデル事業の実施 ア.フレイル予防の取組を5割の市町で実施 イ.検討中 ②骨折ハイリスク者への啓発 ・骨折ハイリスク訪問対象者のうち、50%に訪問指導を行う。最低年間15名程度の訪問を予定。 ③二次骨折予防事業 ・骨粗しょう症検診対象者（再骨折リスク者）400人の受診率60%以上、約120人を治療につなげる。	①モデル事業の実施 ア.フレイル予防事業の取組を9割の市町で実施 イ.検討中 ②骨折ハイリスク者への啓発 ・骨折ハイリスク訪問対象者のうち、50%に訪問指導を行う。最低年間15名程度の訪問を予定。 ③二次骨折予防事業 検討中
	実績	①モデル事業の実施 － ②骨折ハイリスク者への啓発 訪問指導　34名/対象者　59名 57.6% ③二次骨折予防事業 －	①モデル事業の実施 ア.未把握（年度中に把握予定） イ.未把握（年度末～令和８年度前半までに把握予定） ②骨折ハイリスク者への啓発 未把握（令和8年10月把握予定） ③二次骨折予防事業 受診券送付　　287名 受診者　集計中	①モデル事業の実施 － ②骨折ハイリスク者への啓発 － ③二次骨折予防事業 －	①モデル事業の実施 － ②骨折ハイリスク者への啓発 － ③二次骨折予防事業 －

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

↓取組・事業の内容		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和10年度
効果測定（アウトカム）	目標	①モデル事業の実施 令和８年度以降できるだけ早期に、県内全市町でフレイル予防対策に係る事業を実施する。 ②骨折ハイリスク者への啓発 令和８年度以降早期に、県内の骨折ハイリスク者の骨折の市町間格差を県平均より±10%以内とする。 ③二次骨折予防事業 ア.令和10年度までに県内市町で実施できるよう成果資料、マニュアル等を整える。 イ.病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーションに高齢者の転倒・骨折予防を周知し、予防に向けて連携をできる基盤を作る。	①モデル事業の実施 フレイル予防の取組を３割の市町で実施 ②骨折ハイリスク者への啓発 県内の骨折ハイリスク者の骨折の市町間格差を県平均より±10%以内とする。 ③二次骨折予防事業 ア.令和10年度までに県内市町で実施できるよう成果資料、マニュアル等を整える。 イ.病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーションに高齢者の転倒・骨折予防を周知し、予防に向けて連携できる基盤を作る。	①モデル事業の実施 フレイル予防の取組を５割の市町で実施 ②骨折ハイリスク者への啓発 県内の骨折ハイリスク者の骨折の市町間格差を県平均より±10%以内とする。 ③二次骨折予防事業 ア.令和10年度までに県内市町で実施できるよう成果資料、マニュアル等を整える。 イ.病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーションに高齢者の転倒・骨折予防を周知し、予防に向けて連携できる基盤を作る。	①モデル事業の実施 フレイル予防の取組を９割の市町で実施 ②骨折ハイリスク者への啓発 県内の骨折ハイリスク者の骨折の市町間格差を県平均より±10%以内とする。 ③二次骨折予防事業 ア.令和10年度までに県内市町で実施できるよう成果資料、マニュアル等を整える。 イ.病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーションに高齢者の転倒・骨折予防を周知し、予防に向けて連携できる基盤を作る。
	実績	①モデル事業の実施 － ②骨折ハイリスク者への啓発 － ③二次骨折予防事業 －	①モデル事業の実施 未把握（年度中に把握予定） ②骨折ハイリスク者への啓発 未把握（年度中に把握予定） ③二次骨折予防事業 ア.5医療機関にて骨粗しょう症健診を委託できる体制を構築 イ.医師会、病院協会により、病院や診療所の医療関係者、医事事務担当者等への研修を実施	①モデル事業の実施 － ②骨折ハイリスク者への啓発 － ③二次骨折予防事業 －	①モデル事業の実施 － ②骨折ハイリスク者への啓発 － ③二次骨折予防事業 －

滋賀県

課　題

- 前期高齢者の医療費に占める骨折の割合（2.2%）と比べ、後期高齢者の医療費に占める骨折の割合（6.4%）が高くなっており、フレイル予防が重要であるが、各市町の取組は進んでいない。
- 早い時期からのフレイル予防に取り組む市町を増やすとともに、市町で対応困難なデータ分析や仕組みづくり、医療関係団体への働きかけ、人的支援等を県で行う必要がある。

（利用したデータ）
前期高齢者や後期高齢者の骨折に係る医療費、特定健診における検査値やレセプト情報

対象層

75歳未満の国保被保険者（R６：243,486人）
（国保被保険者が正しい知識を持ち、予防に努めることで、加齢に伴う心身の虚弱な状態を改善することを目的とする。）

成果目標

・　加齢に伴う心身の虚弱な状態を改善し、県民全体の「健康寿命の延伸」を図る。その一つとして、骨折予防の事業を進める。

【基本的な推進体制として】
①　フレイル予防対策に係る事業を実施する市町が増加する。
【早急に対応する保健指導として】
②　骨折ハイリスク者の骨折予防を県内どの市町も等しく進める。
【将来を見据えた体制作りとして】
③　二次骨折予防の検診モデルを県内市町で導入する。
　また、二次骨折だけでなく、骨折予防のための検診、受診体制を医療関係者とともに築く。

実施方法

①　モデル事業の実施
・　市町のフレイル対策事業実施のノウハウ提供のため、モデル市町への支援を実施。
・　体組成計を用いた骨量、筋肉量等の測定に加え、フレイル質問票結果も踏まえた個別の保健指導事業を実施予定。
・　測定機械と専門職の派遣を実施し、来年度以降市町のみで実施できるよう、市町への指導も実施。
・　保健指導の成果が市町に感じられるよう成果向上の研究を行う。

②　骨折ハイリスク者への啓発
・　骨折ハイリスク者の選定（抽出）を実施する。
・　上記対象者に対して、訪問等による指導を実施する。
・　実施に当たっては、市町に対し、国保連の人的支援を得る。

③　二次骨折予防事業
・　二次骨折予防のため、モデル市町にて骨折歴のある50歳以上の者を対象に、骨粗しょう症検診の助成事業を実施し、事業効果のデータ分析、事業制度の改善を図る。
・　費用対効果を実証し、効果があれば、市町独自で実施できるよう、体制作りを行う。
・　県医師会、県病院協会等に委託して医療関係者に骨折予防の研修会を開催する。

アウトプット指標

①　モデル事業の実施
・　令和７年度は、モデル事業を３市町で実施
・　測定会にて初回測定後３カ月以降の測定結果にてフレイル質問票項目の「ウォーキング等の運動を週に１回以上していますか」に「はい」と答える人の数が増加する。
②　骨折ハイリスク者への啓発
・　骨折ハイリスク訪問対象者のうち50%に訪問指導を行う。最低年間15名程度の訪問等を予定。
・　うち半数は改善に結びつける。
③　二次骨折予防事業
・　骨粗しょう症検診対象者（再骨折リスク者）300人の受診率70%以上、50人以上を治療につなげる。
・　「二次性骨折予防継続管理料３」を取得する医療機関は県下71機関であるが令和９年度には倍増する。

アウトカム指標

①　モデル事業の実施
・　令和８年度以降できるだけ早期に、県内19市町すべてがフレイル予防対策に係る事業を実施する。
②　骨折ハイリスク者への啓発
・　令和８年度以降できるだけ早期に、県内の骨折ハイリスク者の骨折の市町間格差を県平均より±10%以内とする。
③　二次骨折予防事業
・　令和10年度までに県内市町で実施できるよう成果資料、マニュアル等を整える。
・　病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーションに高齢者の転倒・骨折予防を周知し、予防に向けての連携を取れる基盤を作る。

成果指向型配分枠：取組状況の報告シート

兵庫県

Ⅰ.課題について

①課題の把握方法

○	1 データ分析結果
	2 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
	3 地域ケア会議等における議論
○	4 他事業によるニーズの把握
	5 社会動向
	6 国・都道府県等からの情報提供
	7 その他

②データ分析の内容

・地域支援事業アンケート調査（県独自調査）
(訪問サービスA指定・委託状況/サービスC実施状況/通いの場参加者の要介護度把握状況/SC配置状況/地域包括支援センター設置状況等）
・介護予防・日常生活支援総合事業等の実施状況調査
（通いの場の参加率/参加者数/年齢・性別参加者割合/介護予防・生活支援サービス事業実施状況）
・見える化システム（お守り認定率/人口推計/高齢化率/要介護認定率/給付額）

③課題の内容

各統計データより、兵庫県全体でみると従前相当サービスの利用割合は訪問サービス74%、通所サービス93%（R5実績）と従前相当サービスに利用が偏っている状況であり、住民が自身でサービスを選択できる状況が構築出来ているとは言い難い。また、ケアマネジメントBやCを活用している市町は約２割にとどまっており、地域包括支援センターの業務負担軽減の観点からも、今後ｲﾝﾌｫｰﾏﾙサービスやサービスA～D等を充実させていく必要がある。
よって現状より、「インフォーマルサービスやサービスA～Dといった介護予防に資するサービス・社会資源を有効活用できていない状況の改善」を課題として抽出した。

Ⅱ.対象層について

①対象層

	1 虚弱な高齢者
	2 事業対象者・要支援認定者
	3 要介護認定者
	4 特定の疾患を持つ高齢者
	5 認知症（の疑いがある）高齢者
	6 独居高齢者
	7 元気な高齢者
	8 高齢者全般
	9 住民全般
	10 介護家族
○	11 その他 市町行政職員及び介護予防事業に関わる関係機関職員

②具体的な内容

「インフォーマルサービスやサービスA～Dといった介護予防に資するサービス・社会資源を有効活用できていない状況の改善」という課題に対し、サービスの選択肢の充実、有効活用のためには、地域の実情に応じた検討と介護予防事業に携わる関係者間での方針統一と連携が重要であることから対象を行政職員と関係機関職員に設定。

Ⅲ.目標等

①中長期・短期の目標

【長期】
・支援者が連携し、介護予防や自立に向けたサービスの選択肢を充実させることで、今後の要介護者の増加を緩やかにする
【中期】
・支援者(行政職員・介護事業者等)の介護予防に対する意識を統一し、介護予防に資するサービス活用の連携体制を強化する
【短期】
・市町としての方針を固め、関係者との連携に向け働きかける

②目標や指標の設定・進捗管理・評価の実施体制

【実施体制】
専門家の支援を受けながら、市町の介護予防担当部署の職員が中心となり、地域の課題に応じて介護予防事業関係者（ケアマネ・リハ事業者等）と連携して実施する。
【進捗管理・評価】
定期的に支援会議を実施し進捗状況を管理・評価。また、各会議間も専門家と連携しながら必要に応じて随時支援を行う。

③設定している評価指標

・アウトプット指標：参加者数や研修の開催回数など、施策や事業の直接の結果を測るもの

・介護予防に携わる支援者に対し、従前相当サービス・サービスA～D・インフォーマルサービス活用状況と重度化防止に向けたサービス活用の意識に関する調査を支援前後に実施。各設問項目において、いずれの項目においても支援後の結果が支援前の調査結果を上回る
・支援関係者を対象とした自市町の方針を共有する研修または説明会を年２回以上開催

・アウトカム指標：利用者本人の状態の改善や主観的幸福観の向上、要介護認定率の低下など、サービス等の結果としての受益者の変化や効果を表すもの

・介護予防・生活支援サービス事業において、従前相当サービス(訪問サービス)の占める割合が70%以下
・介護予防・生活支援サービス事業において、従前相当サービス(通所サービス)の占める割合が90%以下

④進捗管理・評価の方法

専門家と県による伴走支援を令和７年度に１年間実施する。
アウトプット指標については支援開始前と支援開始後に行う意識調査・取り組み調査の結果により評価を行う。アウトカム指標については、３年後に介護予防・日常生活支援総合事業等の実施状況調査結果をもとに評価予定。
伴走支援中には、各支援会議（年５回）前後に県と専門家とで支援の振り返りを行い、目標や指標達成に向け改善すべき点について随時見直し、改善を図っていく。

⑤取組の段階

2

1 仮説段階
2 実証（取組）段階
3 評価段階
4 改善・継続段階

Ⅳ.取組の全体像

①取組内容の全体像

※別添参照

Ⅴ.取組の詳細

※複数の取組を申請された場合は、設定した目標を達成するためにより効果的と思われる取組を２つ取り上げて回答

①目標を達成するための具体的な手法：取組ｉ

○	1 データ分析・調査
○	2 アセスメント
○	3 個別支援
○	4 研修・勉強会
○	5 アドバイザー、専門家等の派遣
	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
○	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
○	11 地域資源の活用
	12 その他

②取組内容の詳細：取組ｉ

【実施体制】
・市町が実施する総合事業の促進・関係者間の連携に焦点を当て、１年間かけて県と専門家による市町伴走支援を実施する。
・専門家の支援を受けながら、市町の介護予防担当部署の職員が中心となり、地域の課題に応じて介護予防事業関係者（ケアマネ・リハ事業者等）と連携し介護予防事業の見直しや地域のニーズに沿ったサービスの創出に繋げる。
【対象層】
伴走支援希望のある市町の中から３市町を選定。市町の介護予防担当部署職員、地域で介護予防に携わる関係者を対象に実施。
【具体的な手法・取組内容】
・現地支援とオンライン支援（全５回）を組み合わせ、全国の自治体を支援している専門家から助言を得ながら、対象市町の現状・課題分析、目標設定、事業検討、評価といった一連の過程全てにおいて伴走支援を行う。
・１年目で現状・課題分析、目標設定、事業方針検討、事業への着手までの展開を想定しており、事業展開と成果評価については３～５年の長期的な期間での達成・充実を想定している。
・伴走支援対象市町の取組状況や好事例を研修等で管内市町と共有し、積極的な横展開を図る。
【当面のスケジュール】
８月～１月の間で約１か月に１回（全５回）の支援会議を実施。
各支援会議では以下を目標として取り組み予定。
１回目：事前アンケートをもとに現状把握を行うとともに、関係者も含めて目指したい姿を共有
２回目：課題と因果関係の整理
３回目：今後の取り組みについて優先順位を設定
　　課題解決に向けて小さくともすぐに実行に移すことが出来る取り組みを設定
４回目：実際取り組んでみての課題の抽出・取り組みの修正
５回目：これまでの取り組みの振り返り
　　今後のロードマップの検討
【課題・見込む成果・実施する事業のつながり】
課題やその解決に向けた具体的な取り組みについては市町によって異なる。今後、支援会議を重ねていく中で具体化していく予定であり、現時点では具体的には記載出来ない。
※全体のつながりについては報告様式２(工程表)を参照。

③予算：取組ｉ

9,900千円

Ⅵ.現状と今後の展開

①現在までの実績

「Ⅲ.目標」の③で設定したアウトプット指標について：
現時点では、事業実施前の事前アンケートを実施し、第１回目の支援会議を終えたところである。今後、支援会議を重ねていき、見えてきた課題を核として関係機関との連携や取り組みを進めていく予定。支援市町より、会議を経て、市町職員間での現状や課題認識の違い、関係機関から見た現状や課題認識の違いを感じることが出来たとの前向きな意見をいただいており、目標達成に向けた進捗は順調である。
「Ⅲ.目標」の③で設定したアウトカム指標について：
今後、支援会議を重ね課題や取り組みの検討を進めていく予定である。現時点では進捗状況を評価することは難しい。

②今後見込む成果

伴走支援を通して、庁内職員間だけでなく地域の介護予防事業関係者とも市町の目指す姿について、共通認識を持ち連携しあう体制を構築することで、対象者の自立・重度化防止を目指したケアプランの作成、サービスの提供が出来る体制構築を見込んでいる。

③その他、アピールポイント

専門家による伴走支援が終了しても、市町と地域関係者間で対話を重ね、目指す目標に向かって連携し取り組んでいくことの出来る体制を構築出来るよう取り組んでいます。また、支援を受けている最中から実際に課題解決に向けて取り組みをスタートさせ動き出すことで、伴走支援終了後も市町が自走して取り組みを進められる体制作りを目指しています。

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

↓取組・事業の内容		令和７年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度
		伴走支援事業実施 （R7年度実施）			
		○事前アンケート（支援前アンケートの実施）			
		○現地・オンライン支援 （8月～1月の間で計5回支援）			
		○地域の課題解決に向けた取り組みの開始			
		○上記取り組みの振り返り及び次年度以降に向けた改善の検討	→	→	→
		○次年度以降のロードマップの作成	段階を踏みながら目標に向けて取り組みを継続・改善		
		○事後アンケート（支援終了後アンケートの実施）			
		○成果報告会の開催 （年度末）			
効果測定（アウトプット）	目標	市町としての方針を固め、関係者との連携に向け働きかける	支援者の介護予防に対する意識を統一し、介護予防に資するサービス活用の連携体制を強化する	→	介護予防や自立に向けたサービスの選択肢を充実させる。要介護者の増加を緩やかにする。
	実績	・支援前後のアンケート調査（意識・連携調査） ・支援関係者を対象とした事業目的及び方針を共有するための会議または研修の開催 開催回数　○回/年	・支援関係者を対象とした事業目的及び方針を共有するための会議または研修の開催 開催回数　○回/年		・介護予防・生活支援サービス事業の利用者数において、従前相当サービスの占める割合 R7年度：○割 →R10 年度：○割
効果測定（アウトカム）	目標				
	実績				

兵庫県　ロジックモデル

介護予防・日常生活支援総合事業に係る市町支援事業

現状	・兵庫県の訪問型サービスの構成をみると、約74%が従前相当サービス、約24%がサービスAであり、サービスB、サービスC、サービスDの割合は非常に少ない。 ・通所サービスの構成をみると、従前相当サービスが93%とほとんどを占めている。 ・各市町の地域の状況に応じてサービスやインフォーマルサー　ビスが存在しているにも関わらず上手く活用出来ていないとの声もある。
課題	インフォーマルサービスやサービスA～Dといった介護予防に資するサービス・社会資源を有効活用できていない
事業目的	総合事業の取組にあたり課題等を抱える市町を選定し、専門家の具体的な助言等による支援を行うとともに、その取組や成果を県内市町に横展開することで、総合事業の更なる充実の促進を図る。
成果目標	・支援者(行政職員・介護事業者等)の介護予防に対する意識を変え、介護予防に資するサービス活用の連携体制を強化する ・支援者が連携し、介護予防や自立に向けたサービスの選択肢を充実させることで、今後の要介護者の増加を緩やかにする

【現状・課題を示すデータ】

・地域支援事業アンケート調査（県独自調査）
（訪問サービスA指定・委託状況/サービスC実施状況/通いの場参加者の要介護度把握状況）

・介護予防・日常生活支援総合事業等の実施状況調査
（通いの場の参加率/参加者数/年齢・性別参加者割合/介護予防・生活支援サービス事業実施状況）

・インセンティブ交付金評価指標得点結果(市町村分)
（活動指標群の各市町得点結果及び平均点/得点率）

・インセンティブ交付金評価指標得点結果(都道府県分)
（性年齢要介護度分布調整済み平均要介護の変化率・認定率）

・KDBデータ(お守り認定率)

インプット（資源）	アクティビティ（活動内容）	アウトプット指標	アウトカム指標
R7年度予算 約990万円	・市町が実施する総合事業の促進・関係者間の連携に焦点を当て、県による伴走支援を実施する ・現地支援とオンライン支援を組み合わせ、全国の自治体を支援している専門家から助言を得ながら、対象市町の現状・課題分析、目標設定、事業検討、評価といった一連の過程全てにおいて伴走支援を行う ・１年目で現状・課題分析、目標設定、事業方針検討、事業への着手までの展開を想定しており、事業展開と成果評価については３～５年の長期的な期間での達成・充実を想定している ・伴走支援対象市町の取組状況や好事例を研修等で管内市町と共有し、積極的な横展開を図る	・介護予防に携わる支援者に対し、従前相当サービス・サービスA～D・インフォーマルサービス活用状況と重度化防止に向けたサービス活用の意識に関する調査を支援前後に実施。各設問項目において、いずれの項目においても支援後の結果が支援前の調査結果を上回る →(根拠) インフォーマルサービスやサービスA～Dといった介護予防に資するサービス・社会資源の有効活用のためには、まず支援に携わる関係者間で問題意識を統一し、地域の実情に応じた対応策を検討できる土壌作りが必須。支援前後で上記を調査し比較することで、連携体制の強化・構築が進展しているかを評価 ・支援関係者を対象とした自市町の方針を共有する研修等の開催 →(根拠) 介護予防や自立に向けたサービスの選択肢を充実させるためには、地域の実情を踏まえ見直すべき部分や具体策を支援関係者間で検討する必要がある。よって、連携体制構築、サービスの充実に向けた取組状況を評価するため本指標を設定	・介護予防・生活支援サービス事業において、従前相当サービス(訪問サービス)の占める割合が70%以下【３年後】 ・介護予防・生活支援サービス事業において、従前相当サービス(通所サービス)の占める割合が90%以下【３年後】 →(根拠) 兵庫県全体における、従前相当サービスの利用割合は訪問サービス74%、通所サービス93%(介護予防・日常生活支援総合事業等の実施状況調査より)であるため、これを基準とし、現状の割合を下回るよう数値目標を設定することで、従前相当サービス以外のサービス活用状況を評価

兵庫県　ロジックモデル

介護予防・日常生活支援総合事業に係る市町支援事業

現状	・兵庫県の訪問型サービスの構成をみると、約74%が従前相当サービス、約24%がサービスAであり、サービスB、サービスC、サービスDの割合は非常に少ない。 ・通所サービスの構成をみると、従前相当サービスが93%とほとんどを占めている。 ・各市町の地域の状況に応じてサービスやインフォーマルサー　ビスが存在しているにも関わらず上手く活用出来ていないとの声もある。
課題	インフォーマルサービスやサービスA～Dといった介護予防に資するサービス・社会資源を有効活用できていない
事業目的	総合事業の取組にあたり課題等を抱える市町を選定し、専門家の具体的な助言等による支援を行うとともに、その取組や成果を県内市町に横展開することで、総合事業の更なる充実の促進を図る。
成果目標	・支援者(行政職員・介護事業者等)の介護予防に対する意識を変え、介護予防に資するサービス活用の連携体制を強化する ・支援者が連携し、介護予防や自立に向けたサービスの選択肢を充実させることで、今後の要介護者の増加を緩やかにする

【現状・課題を示すデータ】

・地域支援事業アンケート調査（県独自調査）
（訪問サービスA指定・委託状況/サービスC実施状況/通いの場参加者の要介護度把握状況）

・介護予防・日常生活支援総合事業等の実施状況調査
（通いの場の参加率/参加者数/年齢・性別参加者割合/介護予防・生活支援サービス事業実施状況）

・インセンティブ交付金評価指標得点結果(市町村分)
（活動指標群の各市町得点結果及び平均点/得点率）

・インセンティブ交付金評価指標得点結果(都道府県分)
（性年齢要介護度分布調整済み平均要介護の変化率・認定率）

・KDBデータ(お守り認定率)

インプット（資源）	アクティビティ（活動内容）	アウトプット指標	アウトカム指標
R7年度予算 約990万円	・市町が実施する総合事業の促進・関係者間の連携に焦点を当て、県による伴走支援を実施する ・現地支援とオンライン支援を組み合わせ、全国の自治体を支援している専門家から助言を得ながら、対象市町の現状・課題分析、目標設定、事業検討、評価といった一連の過程全てにおいて伴走支援を行う ・１年目で現状・課題分析、目標設定、事業方針検討、事業への着手までの展開を想定しており、事業展開と成果評価については３～５年の長期的な期間での達成・充実を想定している ・伴走支援対象市町の取組状況や好事例を研修等で管内市町と共有し、積極的な横展開を図る	・介護予防に携わる支援者に対し、従前相当サービス・サービスA～D・インフォーマルサービス活用状況と重度化防止に向けたサービス活用の意識に関する調査を支援前後に実施。各設問項目において、いずれの項目においても支援後の結果が支援前の調査結果を上回る →(根拠) インフォーマルサービスやサービスA～Dといった介護予防に資するサービス・社会資源の有効活用のためには、まず支援に携わる関係者間で問題意識を統一し、地域の実情に応じた対応策を検討できる土壌作りが必須。支援前後で上記を調査し比較することで、連携体制の強化・構築が進展しているかを評価 ・支援関係者を対象とした自市町の方針を共有する研修等の開催 →(根拠) 介護予防や自立に向けたサービスの選択肢を充実させるためには、地域の実情を踏まえ見直すべき部分や具体策を支援関係者間で検討する必要がある。よって、連携体制構築、サービスの充実に向けた取組状況を評価するため本指標を設定	・介護予防・生活支援サービス事業において、従前相当サービス(訪問サービス)の占める割合が70%以下【３年後】 ・介護予防・生活支援サービス事業において、従前相当サービス(通所サービス)の占める割合が90%以下【３年後】 →(根拠) 兵庫県全体における、従前相当サービスの利用割合は訪問サービス74%、通所サービス93%(介護予防・日常生活支援総合事業等の実施状況調査より)であるため、これを基準とし、現状の割合を下回るよう数値目標を設定することで、従前相当サービス以外のサービス活用状況を評価

数値目標①

介護予防・日常生活支援総合事業等の実施状況調査

介護予防・生活支援サービス事業実施状況

サービスの利用者の実人数（単位：人）

	訪問型従前相当サービス（旧介護予防訪問介護に相当するサービス）	訪問型サービスA（基準を緩和したサービス）	訪問型サービスB（住民主体によるサービス）	訪問型サービスC（短期集中予防サービス）	訪問型サービスD（移動支援）	訪問型サービス（その他）	総計
兵庫県内市町村データ	23,208	7,589	351	45	25	0	31,218
	8,029	2,360	57	－	－	－	10,446
	2,675	10	－	0	－	－	2,685
	224	2,387	172	－	－	－	2,783
	1,635	72	－	－	－	－	1,707
	1,323	968	－	－	－	－	2,291
	163	－	－	－	－	－	163
	3,468	512	－	－	－	－	3,980
	341	314	－	－	－	－	655
	124	4	5	－	－	－	133
	282	－	－	－	－	－	282
	1,225	1	－	－	－	－	1,226
	121	4	－	－	－	－	125
	78	14	14	－	－	－	106
	1,040	12	－	5	－	－	1,057
	12	241	－	－	－	－	253
	441	5	－	3	－	－	449
	703	3	－	0	－	－	706
	6	19	－	－	25	－	50
	290	0	8	－	－	－	298
	74	－	14	－	－	－	88
	14	20	－	－	－	－	34
	27	7	－	－	－	－	34
	26	42	40	－	－	－	108
	42	125	4	－	－	－	171
	78	43	－	－	－	－	121
	17	72	－	21	－	－	110
	107	26	12	－	－	－	145
	2	24	10	0	0	－	36
	9	172	－	－	－	－	181
	119	－	－	－	－	－	119
	2	16	－	－	－	－	18
	114	4	－	－	－	－	118
	111	20	－	－	－	－	131
	34	－	－	－	－	－	34
	36	12	－	－	－	－	48
	24	－	－	－	－	－	24
	17	4	15	－	－	－	36
	5	52	－	－	－	－	57
	56	－	－	－	－	－	56
	75	13	－	16	－	－	104
	39	11	－	－	－	－	50

兵庫県全体(R5)

サービス種別	実人数	割合	(参考)R4割合
訪問型従前相当サービス（旧介護予防訪問介護に相当するサービス）	23,208	74.34%	72.32%
訪問型サービスA（基準を緩和したサービス）	7,589	24.31%	25.75%
訪問型サービスB（住民主体によるサービス）	351	1.12%	1.37%
訪問型サービスC（短期集中予防サービス）	45	0.14%	0.11%
訪問型サービスD（移動支援）	25	0.08%	0.03%
訪問型サービス（その他）	0	0.00%	0.39%

数値目標②

介護予防・日常生活支援総合事業等の実施状況調査

介護予防・生活支援サービス事業実施状況
サービスの利用者の実人数（単位：人）

	通所型従前相当サービス（旧介護予防通所介護に相当するサービス）	通所型サービスA（基準を緩和したサービス）	通所型サービスB（住民主体によるサービス）	通所型サービスC（短期集中予防サービス）	通所型サービス（その他）	総計
兵庫県内市町村データ	38,534	2,387	251	254	0	41,426
	12,182	－	－	115	－	12,297
	4,228	－	－	－	－	4,228
	2,906	－	－	－	－	2,906
	2,057	－	－	－	－	2,057
	2,531	－	－	－	－	2,531
	291	－	－	－	－	291
	3,411	－	－	－	－	3,411
	993	343	－	－	－	1,336
	148	－	－	－	－	148
	602	108	－	51	－	761
	2,247	32	－	－	－	2,279
	395	55	－	－	－	450
	215	16	－	－	－	231
	1,367	－	－	－	－	1,367
	257	－	－	－	－	257
	772	6	41	1	－	820
	1,226	0	－	1	－	1,227
	14	162	－	－	－	176
	332	－	194	－	－	526
	72	221	－	－	－	293
	39	61	－	－	－	100
	83	74	－	－	－	157
	112	221	－	－	－	333
	261	－	－	－	－	261
	362	－	－	－	－	362
	80	52	－	－	－	132
	176	163	－	－	－	339
	1	137	16	0	－	154
	7	532	－	－	－	539
	132	－	－	－	－	132
	87	－	－	4	－	91
	165	0	－	－	－	165
	242	14	－	－	－	256
	57	11	－	－	－	68
	58	24	－	13	－	95
	51	－	－	21	－	72
	60	13	－	8	－	81
	－	107	－	40	－	147
	83	－	－	－	－	83
	123	35	－	－	－	158
	109	－	－	－	－	109

兵庫県全体(R5)

サービス種別	実人数	割合	(参考)R4割合
通所型従前相当サービス（旧介護予防通所介護に相当するサービス）	38,534	93.02%	92.94%
通所型サービスA（基準を緩和したサービス）	2,387	5.76%	5.49%
通所型サービスB（住民主体によるサービス）	251	0.61%	0.73%
通所型サービスC（短期集中予防サービス）	254	0.61%	0.82%
通所型サービス（その他）	0	0.00%	0.00%

成果指向型配分枠：取組状況の報告シート

大分県

Ⅰ.課題について

①課題の把握方法

○	1 データ分析結果
	2 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
○	3 地域ケア会議等における議論
○	4 他事業によるニーズの把握
	5 社会動向
	6 国・都道府県等からの情報提供
○	7 その他　市町村によるヒアリングによる（毎年度、年度当初に全市町村で実施）

②データ分析の内容

毎年県が実施している介護予防ケアマネジメント実施状況調査において、事業対象者の主要疾患とサービス利用状況を調査している。

当該調査によって、令和４年度の事業対象者のうち廃用症候群系（関節疾患、骨折・転倒、その他）の疾患割合は55%であることを確認。一方でサービス利用状況では、廃用症候群系のうち通所型サービス・活動Ｃ※を利用した割合は２割程度に留まるなど、依然として低調な利用であった。

※通所型サービス・活動Ｃは、令和４年度に県内全市町村でサービス提供体制が整備

③課題の内容

・市町村ヒアリング等においても市町村担当者からは「サービス・活動Ｃの利用者が増えない」、またケア会議においても事業所から「これ以上利用者が増えないのであれば撤退するほかない」といった声があり、利用が低調な状況を把握していたところ。

一方、別事業において、現行相当、サービス・活動Ａ、サービス・活動Ｃの利用者像について質問をしたところ、曖昧な回答であったり、対応した窓口職員によって基準等のバラつきが伺えたところ。

ついては、そもそものサービスごとの対象者像を明確（ある程度の言語化）にすることで、より効果的な打ち手の検討が図れると考えた。

・あわせて、これまで市町村ヒアリングで手法に関しての質問があった通いの場の事業評価、そしてサービス・活動C、通いの場の双方の取組で重要な役割となる専門職の育成についても本事業で取り組むこととしている。

Ⅱ.対象層について

①対象層

○	1 虚弱な高齢者
○	2 事業対象者・要支援認定者
	3 要介護認定者
	4 特定の疾患を持つ高齢者
	5 認知症（の疑いがある）高齢者
	6 独居高齢者
	7 元気な高齢者
○	8 高齢者全般
	9 住民全般
	10 介護家族
○	11 その他　リハビリテーション専門職

②具体的な内容

・総合事業実態調査では、各サービス・活動の対象者像を明確にするため、対象層については、虚弱な高齢者、事業対象者・要支援認定者を選択。

・通いの場の事業評価では、通いの場の参加者には、フレイル気味の方から元気な高齢者までいるため、対象層については、高齢者全般を選択。

・効果的なサービス・活動Cや通いの場の充実に向けて、リハビリテーション専門職向けの育成が必要であることから、リハビリテーション専門職についても対象層に選択。

Ⅲ.目標等

①中長期・短期の目標

長期目標｜平均自立期間（日常生活動作が自立している期間の平均）
基準：令和４年度　男性 80.10歳／女性 84.60歳
目標：令和10年度　男性 81.73歳／女性 85.50歳
　　令和15年度　男性 82.53歳／女性 86.20歳

短期・中期目標｜サービス・活動Ｃの利用者数
基準：令和５年度　１，９６６名
目標：令和８年度　２，６００名

②目標や指標の設定・進捗管理・評価の実施体制

・平均自立期間については、『大分県長期総合計画「安心・元気・未来創造ビジョン2024」～新しいおおいたの共創～』に明記しており、その取組の進捗状況については、毎年１回、企業関係者、各種団体関係者、学識経験者等によって組織される「安心・元気・未来創造ビジョン２０２４」推進委員会にて報告を行っている。
・サービス・活動Ｃの利用者数については、おおいた高齢者いきいきプラン（第９期）に明記しており、その取組の進捗状況については、毎年２回、各専門職団体や保険者、住民代表等によって組織される「大分県介護予防・地域づくり推進部会」で報告を行っている。

③設定している評価指標

・アウトプット指標：参加者数や研修の開催回数など、施策や事業の直接の結果を測るもの

（1）短期集中予防サービスの利用実態調査の市町村数　１市町村
（2）通いの場の事業評価実施の市町村数　１市町村
（3）リハビリテーション専門職向け研修会　１回

・アウトカム指標：利用者本人の状態の改善や主観的幸福観の向上、要介護認定率の低下など、サービス等の結果としての受益者の変化や効果を表すもの

短期集中予防サービス利用者数　令和８年度　２，６００名
（参考：令和５年度延べ利用者数　１，９６６名）

④進捗管理・評価の方法

・アウトカム指標（短期集中予防サービス利用者数）の把握については、毎年度５月頃に、県から市町村あて照会を行い、前年度の当該数値を把握。
・当該測定結果については、毎年度２回（8月頃、翌年1月頃）、各専門職団体や保険者、住民代表等によって組織される「大分県介護予防・地域づくり推進部会」で報告を行っている。

⑤取組の段階

4

1 仮説段階
2 実証（取組）段階
3 評価段階
4 改善・継続段階

Ⅳ.取組の全体像

①取組内容の全体像

別添ロジックモデルを参照

Ⅴ.取組の詳細

※複数の取組を申請された場合は、設定した目標を達成するためにより効果的と思われる取組を２つ取り上げて回答

①目標を達成するための具体的な手法：取組ｉ

○	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
	3 個別支援
	4 研修・勉強会
○	5 アドバイザー、専門家等の派遣
	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
	12 その他

②取組内容の詳細：取組ｉ

１．事業名　総合事業利用実態調査及び伴走支援【R7新規】

２．事業内容

モデル自治体（１市町村）が実施する総合事業におけるサービス・活動事業等の利用実態（利用者数や性別のほか、利用者の具体的な状態像など）の把握及び利用実態における課題の抽出を支援した上で、モデル自治体が有する課題の解決策について、モデル自治体とともに検討・整理を行う。

３．当面のスケジュール

令和７年８月　委託事業者の選定
令和７年９月　モデル自治体の選定
令和７年10月　第0.5回支援｜モデル自治体への事前協議（状況把握、顔合わせ）
令和７年11月　第１回支援｜ビジョンの明確化、総合事業に関する課題の意見交換
令和７年12月　第２回支援｜課題の明確化、対象者像の再設定と意見交換
令和８年１月　第３回支援｜課題の整理とロードマップの作成
令和８年３月　県内市町村を対象とした事業報告会（※通いの場の事業評価に係る事業を含む）

４．課題及び見込む成果

（１）課題

サービス・活動Ｃについては、県内すべての市町村でサービス提供体制が整った一方、利用状況については多くの市町村で低調な状況である。

また、そもそものサービス・活動の利用実態についても、人数、性別などの把握に留まり、詳細な利用者像を関係者間で共有できていない市町村が多くある状況である。

本事業では、専門家によるデータ分析等や助言等の支援を受け、サービス・活動毎における利用者像の共有を関係者間で設定するとともに、利用対象となる層への効果的なアプローチについて検討・整理を行う。

（２）見込む成果

モデル市町村における取組や専門家による効果的な取組手法等を他の市町村にも共有し、サービス・活動Ｃの利用促進を図る。

アウトプット：短期集中予防サービスの利用実態調査支援の行った市町村数　１市町村
アウトカム　：短期集中予防サービス利用者数　令和８年度　２，６００名
（参考：令和５年度延べ利用者数　１，９６６名）

③予算：取組ｉ

３，０４９千円

④目標を達成するための具体的な手法：取組 ii

○	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
	3 個別支援
	4 研修・勉強会
○	5 アドバイザー、専門家等の派遣
	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
	12 その他

⑤取組内容の詳細：取組 ii

１．事業名通いの場事業評価及び伴走支援【R7新規】

２．事業内容

モデル自治体（１市町村を想定）が実施する総合事業における一般介護予防事業（地域介護予防活動支援事業等（以下、通いの場等という））の利用実態（箇所数や参加人数のほか、利用している参加者層など）の把握及び通いの場等の評価の支援を行うとともに、これらの支援を通じて、モデル自治体が有する課題の解決策について、モデル自治体とともに検討・整理を行う。

３．当面のスケジュール

令和７年８月　委託事業者の選定
令和７年９月　モデル自治体の選定
令和７年10月　第0.5回支援｜モデル自治体への事前協議（状況把握、顔合わせ）
令和７年11月　第１回支援｜ビジョンの明確化、通いの場の情報共有
令和７年12月　第２回支援｜課題の明確化、通いの場の目的に応じた評価に活用できるデータ、指標の整理
令和８年１月　第３回支援｜課題の整理とロードマップの作成
令和８年３月　県内市町村を対象とした事業報告会（※総合事業利用実態調査に係る事業を含む）

４．課題及び見込む成果

（１）課題

本県における通いの場への参加率は、11年連続日本一を達成する状況ではあるが、参加者数、参加率はともに前回調査時点から減少している状況である。

多様なニーズへの対応や参加できていない層へのアプローチにあたっては、既存の通いの場への評価が重要となるが、一般介護予防事業における事業評価に取り組めている市町村は少数であり、市町村からは「どのように事業評価をすべきかわからない」といった声を伺っている。

本事業では、専門家によるデータ分析等や助言等の支援を受け、通いの場の事業評価に取り組むとともに、通いの場の充実に向けた効果的な取組について検討・整理を行う。

（２）見込む成果

モデル市町村における取組や専門家による効果的な取組手法等を他の市町村にも共有し、魅力的な通いの場の取組を支援する。

アウトプット：通いの場の事業評価実施支援を行った市町村数　１市町村
アウトカム　：通いの場の参加率　令和８年度 18.0%（参考：令和４年度 15.2%）

⑥予算：取組 ii

３，０４９千円

Ⅵ.現状と今後の展開

①現在までの実績

■短期集中予防サービス利用者数（訪問＋通所の合計実人数）
平成30年度　1,775人　　令和元年度　1,717人　　令和２年度　1,683人
令和３年度　1,754人　　令和４年度　1,851人　　令和５年度　1,966人
令和６年度　2,034人
«取り組みの進捗状況»
スーパーバイザーによる伴走支援を通じて、これまで短期集中予防サービス事業所の立ち上げ支援や、アセスメント強化の研修、ICTを活用した介護予防ケアマネジメントの取組を実施。
利用者数については、コロナ後においても利用者数の伸びはやや鈍化傾向にある。

②今後見込む成果

サービス・活動Ｃの利用者向上に向けて、これまでも各種取組を進めてきたが、対象者への効果的なアプローチや通いの場との事業間連動を図ることにより、サービス・活動Ｃの利用者が増えるとともに、改善した機能の維持を見込んでいる。

成果見込み｜令和７年度　2,400人
令和８年度　2,600人

③その他、アピールポイント

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

↓取組・事業の内容	令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和　　年度
地域ケア会議を中心としたスーパーバイザー派遣推進事業による市町村伴走支援	市町村に対して、C型事業所の立ち上げ支援や住民向け介護予防講演会、効果的なリハ職の活用に関する研修会を実施（支援回数：年40回）	市町村に対して、C型事業所の立ち上げ支援や住民向け介護予防講演会、効果的なリハ職の活用に関する研修会を実施（支援回数：年30回）	市町村に対して、C型事業所の立ち上げ支援や住民向け介護予防講演会、効果的なリハ職の活用に関する研修会を実施（支援回数：年30回）	
ICTを活用した自立支援型サービス推進事業（ICTを活用した介護予防ケアマネジメントモデル事業）	市町村を通じて、包括支援センター及びC型事業所に対して、ICTを活用した介護予防ケアマネジメント及び運動負荷の見える化に取り組み、アセスメントの平準化や効率的・効果的な運動プログラムの取り組みを支援	令和6年度に取り組んだ実証事業の結果を、モデル市町村以外にも横展開を図るとともに、ICTシステムの体験会を開催し、効率的・効果的な介護予防ケアマネジメントに向けて、ICT・デジタルの活用に向けて機運の醸成を図る	モデル市町村に対しては、R8以降は伴走支援を通じて継続支援	
自立支援サイクル構築支援事業（総合事業実態調査モデル事業）		モデル市町村に対して、総合事業の利用実態を把握し、各サービス・活動の対象者像の明確化を図るとともに、当該対象者への効果的なサービスのつなぎに向けた方策の検討・整理を実施（モデル自治体１団体）		
自立支援サイクル構築支援事業（通いの場の事業評価モデル事業）		モデル市町村に対して、通いの場の事業評価を支援し、総合事業との連動や多様な住民ニーズを踏まえた通いの場の充実・強化に向けた方策の検討・整理を実施（モデル自治体1団体）	必要に応じて、通いの場の内容充実に向けた新たなプログラムを提案	

通いの場魅力向上事業（通いの場の内容充実に向けたモデル事業｜運動強化型、eｽﾎﾟｰﾂ、認知症、料理教室）		市町村を通じ、県内の通いの場に対して、活動内容の多様化に向けたモデル事業を実施（モデル地区：県内8箇所）	市町村を通じ、県内の通いの場に対して、活動内容の多様化に向けたモデル事業を実施（モデル地区：県内8箇所）	市町村を通じ、県内の通いの場に対して、活動内容の多様化に向けたモデル事業を実施（モデル地区：県内8箇所）	
効果測定（アウトプット）	目標	①市町村に対する支援回数　40回 ②通いの場モデル事業実施箇所　8箇所	①市町村に対する支援回数　40回 ②通いの場モデル事業実施箇所　8箇所	①市町村に対する支援回数　40回 ②通いの場モデル事業実施箇所　8箇所	
	実績	①市町村に対する支援回数　40回 ②通いの場モデル事業実施箇所　8箇所	-	-	
効果測定（アウトカム）	目標	①短期集中予防サービス利用者数 令和６年度　2,200人 ②通いの場の参加率　17.0%	①短期集中予防サービス利用者数 令和７年度　2,400人 ②通いの場の参加率　17.5%	①短期集中予防サービス利用者数 令和８年度　2,600人 ②通いの場の参加率　18.0%	
	実績	①令和６年度　2,034人 ②未集計	-	-	

ロジックモデル

テーマ：効率的・効果的な自立支援サイクルの構築に向けて

仮説	インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム		インパクト
課題仮説	誰に	どう働きかける	まずどうなって	何が変わる		ありたい姿

現状・課題

- 県内全市町村に短期集中予防サービスが整備
- 通いの場の参加率
  １０年連続日本一
  （2022年度15.2%）
- 短期集中予防サービスの利用割合は低調
  疾患別総合事業利用割合（廃用症候群系）
  －短期集中（C） 26.0%
- 短期集中予防サービス卒業後のつなぎ先に苦慮（特に男性高齢者）

課題の真因

- 想定するサービス利用者像と、実際のサービス利用像にギャップがあり、効果的なアプローチが出来ていない
- 通いの場の事業評価ができておらず、戦略的な通いの場の創出に取り組めていない
- 地域における効果的なリハ職の活用ができておらず、またそのようなノウハウを有するリハ職も少ない

市町村

リハ専門職

サービスごとの利用者の属性（日常生活自立度等）を調査し、想定利用像と現状とのギャップの状況を分析、データ活用の研修会を開催

- 各サービスの利用者の現状を認識することにより、事業所数の見直しやアプローチできていない層を明確化

通いの場の事業評価（実施回数、参加率、男女比、運動機能の有無や体力測定結果の状況等）を行い、根拠に基づた戦略的な通いの場の推進に向けた研修会を開催

- 通いの場の事業評価を行うとともに、総合事業全体の建付けを踏まえた上で通いの場の内容の充実や見直しを実施

短期集中予防サービスの対象者像の見極め及び通いの場における効果的な指導、声掛け等を学ぶ研修会を開催

地域内のおけるニーズがより明確となり、第10期計画等に向けた検討が活性化

今まで届いていなかった層に対してのアプローチ手法を検討・実施

新たな通いの場の創出や既存の通いの場の内容が充実

- 地域における想定される利用者（年齢、性別、趣味等）を踏まえた通いの場の創出や、総合事業と連動した通いの場の内容にブラッシュアップ

通いの場等へのリハビリテーション専門職派遣が増加

- 令和８年度
  目標 300回
  令和４年度
  251回

市町村における総合事業のサービス・活動事業の内容が充実・多様化

短期集中予防サービスの利用者数の増加

- 令和８年度
  目標2,600名

※令和５年度
利用者数
1,966名
(通所C+訪問C)

これまで社会参加の機会がなかった方々が、通いの場等への活動に参加し、参加率が上昇

- 令和８年度
  目標 18.0%

令和４年度
15.2%

地域で可能な限り長く自立した生活を送ることができる高齢者が増加

- 平均自立期間(R10)
  目標｜男性 81.73歳
  女性 85.50歳

平均自立期間(R4)
男性 80.10歳
女性 84.60歳

要介護認定率が維持、減少する

- R6.9月末現在
  大分県　19.2%

全国平均 20.1%

介護給付費が適正化され、介護保険料の抑制が図られる

- 第9期介護保険料
  大分県　6,235円
  全国平均 6,225円

健康上問題のない状態で日常生活を送ることができる期間である「健康寿命」を延伸し、すべての県民が生涯にわたり、健康で活力ある生活を送ることができるよう「健康寿命日本一」を実現

- R4年時点

男性
72.37歳
全国順位
25位

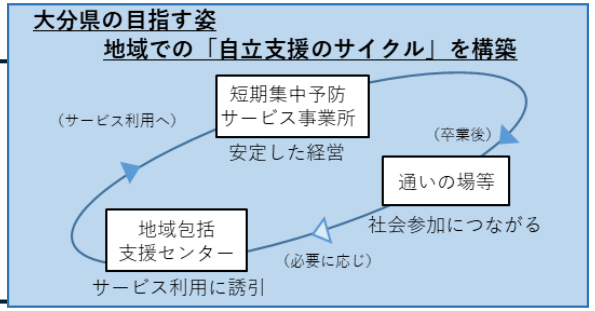
女性
75.94歳
全国順位
10位

高齢者が生きがいを持って、健康で、安心して暮らせる地域づくりの実現

大分県の介護予防における現状・課題

現　状

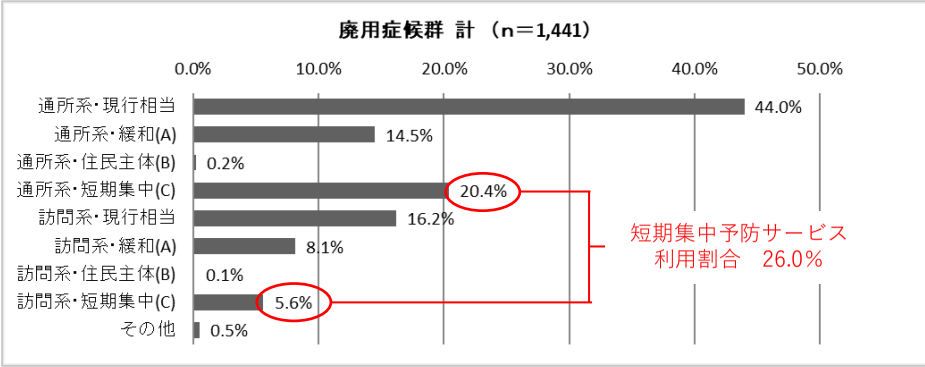
- **短期集中予防サービス**（サービス・事業Ｃ型）**が県内全市町村で整備**（Ｒ４～）
- **通いの場の参加率 １０年連続日本一**（2022年度通いの場参加率 15.2%）



課　題

- 疾患別サービス利用状況で比較すると**短期集中予防サービスの利用割合は以前として低調**（右図参照）
- また、運動習慣が身についた**短期集中予防サービス終了者のその後の社会参加の場の調整に苦慮**
  単なる通いの場ではなく、地域ニーズや総合事業と連動した「**戦略的な通いの場**」**の創出が必要**

令和4年度 介護予防ケアマネジメント実施状況調査（大分県調査）



課題の真因（仮説）

- 保険者が想定する短期集中予防サービスの対象像に対して効果的なアプローチが出来ていない
  ➢取組の前提となる**総合事業のサービスごとの利用実態を把握できていないのではないか**
- 通いの場を増やすことが目的化しており、地域ニーズや総合事業と連動した通いの場が少ない
  ➢**通いの場の事業評価に取り組めていないため、住民等に対して各プログラム**(趣味・住民交流・運動)**の有用性を定量的に伝えられていないのではないか**
- 利用対象者への効果的なアプローチや戦略的な通いの場の運営には専門職種の関与が重要
  ➢対象者の見極めや住民への効果的な声掛けなどの**ノウハウを有する専門職が少ないのではないか**

現状・課題に対するアクション

効果的なアプローチに向けた
総合事業利用実態調査

アクティビティ
総合事業におけるサービスごとの利用者の属性（日常生活自立度や生活機能評価票、疾患情報など）**を調査**し、**市町村が想定する利用者像と現状のギャップの状況を分析**、またこれらのデータを踏まえた上で**効果的なアプローチ手法についての研修会を開催**

アウトプット
サービスごとの利用者実態把握により、**総合事業全体の建付け**(箇所数や内容など)**の見直しや各サービスの利用対象者への効果的なアプローチ手法の検討・実施**

アウトカム
短期集中予防サービスの利用者数が増加
《現状》令和5年度利用者数 1,966名
《目標》令和8年度利用者数 2,600名

戦略的な通いの場の創出に向けた
通いの場の事業評価

アクティビティ
効果的な通いの場の事業評価の手法を学び、それらの手法による評価を踏まえた上で**地域ニーズや総合事業と連動した戦略的な通いの場の創出・充実に向けた研修会を開催**

連動

アウトプット
行政施策と連動した新たな通いの場の創出や既存の通いの場の内容が充実
- 地域ニーズを踏まえた通いの場の創出や、総合事業と連動した通いの場の内容にブラッシュアップ

連動

アウトカム
介護給付費が適正化され、介護保険料の抑制が図られる
第9期介護保険料
《大 分 県》 6,235円
《全国平均》 6,225円

「元気～フレイル予防」期への適切な介入に向けた
リハ専門職の育成

アクティビティ
短期集中予防サービスの対象者像の見極め及び通いの場における効果的な声掛け等、**「フレイル」期だけではなく、「フレイル予防」期においても専門職種の適切な介入に向けた研修会を開催**

連動

アウトプット
通いの場等へのリハ専門職の派遣回数の増加
《現状》令和4年度派遣回数 251回
《目標》令和8年度派遣回数 300回

連動

アウトカム
- **短期集中予防サービスの利用者数が増加**(再掲)
- **通いの場参加者の運動機能の維持が図れることにより、短期集中予防サービスのリピート率が減少**

高齢者が生きがいを持って、健康で、安心して暮らせる地域づくりの実現

すべての県民が生涯にわたり、健康で活力ある生活を送ることができるよう
「健康寿命日本一」を実現

男性 72.37歳
全国順位 25位
女性 75.94歳
全国順位 10位
（R4時点）

成果指向型配分枠：取組状況の報告シート

東京都八王子市

Ⅰ.課題について

①課題の把握方法

○	1 データ分析結果
	2 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
	3 地域ケア会議等における議論
	4 他事業によるニーズの把握
○	5 社会動向
	6 国・都道府県等からの情報提供
	7 その他

②データ分析の内容

・後期高齢者を対象にした悉皆形式の調査で、コロナ禍による外出・交流の減少や運動量の低傾向を把握
・ニーズ調査により通いの場の参加率や参加者の傾向（後期高齢者・女性に偏っている）
・総務省の通信利用動向調査から、高齢者へのスマートフォン普及状況を把握。
・見える化システムから、軽度認定率が突出して高い傾向を把握
・独自集計により、要支援１に認定された方の重度化状況を把握し、全国平均と比較。

③課題の内容

【ポピュレーションアプローチ視点】外出・交流が制限された状況が当面続くこと、通いの場だけでは多数且つ多様な高齢者のごく一部しかカバーできていない。「焼け石に水」の状態を脱するには、限られたコストで健康無関心層を含む多くの高齢者にアプローチできる仕組みが必須。

【ハイリスクプローチ視点】本市は軽度認定率が全国及び都平均と比較して高い一方で、要支援認定を受けた方の状態改善が効果的にできているとはいいがたい状況だった。そのため、リスクのある方を早期に把握し、暮らしを取り戻せるよう効果的に支援する仕組みの構築が重要であった。

Ⅱ.対象層について

①対象層

○	1 虚弱な高齢者
○	2 事業対象者・要支援認定者
	3 要介護認定者
	4 特定の疾患を持つ高齢者
	5 認知症（の疑いがある）高齢者
	6 独居高齢者
○	7 元気な高齢者
	8 高齢者全般
	9 住民全般
	10 介護家族
	11 その他

②具体的な内容

【取組ⅰ】てくポ（ポピュレーションアプローチ）・・・制度上の対象者は「60歳以上の市民」だが、既存の一般介護予防事業がカバーしきれていない「前期高齢者」、「男性」、「社交的ではない方」、「健康無関心層」にも受け入れられることを意識した。
【取組ⅱ】ＳＯＦＴ（ポピュレーションアプローチ）・・・サロンなどの通いの場に参加している方、介護予防や地域の盛り上げのために何か始めたい方をターゲットに、通いの場における「運営負担が少なく」「介護予防効果が期待できる」プログラム普及を目指す。
【取組ⅲ】短期集中予防サービス（ハイリスクアプローチ）・・・「郵送調査での高リスク者」及び「要支援者・事業対象者」のうち改善可能性が高い方が対象。対象層を確実にサービスにつなげるために、アウトリーチとインテークを組み合わせて実施。
【取組ⅳ】ＥＢＰＭプラットフォーム構築に向けた研究事業・・・データ連携とＡＩ分析により、個々人の要介護リスク等を推計する仕組みを構築。ポピュレーションアプローチの効果検証やハイリスクアプローチのターゲット抽出につなげることを目指す。

Ⅲ.目標等

①中長期・短期の目標

添付１、２参照

②目標や指標の設定・進捗管理・評価の実施体制

アウトプット指標は年に１回以上確認し、市民や関係者が集まる社会保障審議会高齢者福祉専門分科会で報告及び意見交換を実施。
アウトカム指標は計画の見直しスパンと合わせて３年に１回の評価を基本とするが、初期アウトカムの一部はアプリのデータ等から把握可能なため、随時確認して事業の見直しに活かしている。

③設定している評価指標

・アウトプット指標：参加者数や研修の開催回数など、施策や事業の直接の結果を測るもの

添付１、２参照

・アウトカム指標：利用者本人の状態の改善や主観的幸福観の向上、要介護認定率の低下など、サービス等の結果としての受益者の変化や効果を表すもの

添付１、２参照

④進捗管理・評価の方法

アウトプット指標は年に１回以上確認し、市民や関係者が集まる社会保障審議会高齢者福祉専門分科会で報告及び意見交換を実施。
アウトカム指標は計画の見直しスパンと合わせて３年に１回の評価を基本とするが、初期アウトカムの一部はアプリのデータ等から把握可能なため、随時確認して事業の見直しに活かしている。

⑤取組の段階

2

1 仮説段階
2 実証（取組）段階
3 評価段階
4 改善・継続段階

Ⅳ.取組の全体像

①取組内容の全体像

①てくポ
②ＳＯＦＴ
③短期集中予防サービス
④ＥＢＰＭプラットフォーム構築（さらなるEBPM推進に向けた研究）

別添「取組の全体像」を参照

Ⅴ.取組の詳細

※複数の取組を申請された場合は、設定した目標を達成するためにより効果的と思われる取組を２つ取り上げて回答

①目標を達成するための具体的な手法：取組ｉ

	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
○	3 個別支援
	4 研修・勉強会
	5 アドバイザー、専門家等の派遣
	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
○	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
	12 その他

②取組内容の詳細：取組ｉ

【取組名】
てくポ

【取組内容・具体的な手法】
スマートフォンアプリを活用して、日々の歩数や食事品目、脳トレのほかイベント・ボランティア・地域活動への参加でポイントがたまる制度「てくポ」を運用。
限られたマンパワーと予算で多数の高齢者にアプローチし続けられるよう、民間サービスによる健康増進や民間企業からのポイント原資獲得に向けた研究を進めている。
イベント・ボランティアについてのプッシュ型通知や検索機能を備えており、ユーザーを通いの場や他の介護予防関連事業につなげるハブにもなっている。
収集したデータ等は、EBPMプラットフォーム構築事業での研究でも使用している。

【対象層】
制度上の対象者は「60歳以上の市民」だが、既存の一般介護予防事業がカバーしきれていない「前期高齢者」、「男性」、「社交的ではない方」、「健康無関心層」にも受け入れられることを意識した。

③予算：取組ｉ

令和7年度　22,889千円

④目標を達成するための具体的な手法：取組 ii

○	1 データ分析・調査
○	2 アセスメント
	3 個別支援
	4 研修・勉強会
	5 アドバイザー、専門家等の派遣
	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
○	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
	12 その他

⑤取組内容の詳細：取組 ii

【取組名】
ＥＢＰＭプラットフォーム構築に向けた研究事業

【取組内容・具体的な手法】
介護予防分野においては、事業成果を定量的に把握することの難しさや、事業実施と成果発現までの時間差などにより、EBPMの推進に多大なコストを要してしまうことが課題となっている。
そこで、医療と介護のデータを安全に連携させ、ＡＩによる要介護リスク等の推計を行うデータ連携・分析基盤（ＥＢＰＭプラットフォーム）について、令和８年度（2026年度）以降の実装に向けた研究事業を実施している。
このプラットフォームでは、ＡＩにより要介護状態につながるリスク因子を抽出し、個人ごとに将来リスクを推計できる。さらに、傾向スコアマッチング等の技法によりデータから対照群を設定する機能を備えることで、介入前後における介入群・対照群のリスクの変化を評価することを目指している。
従来は、事業アウトカム（例：介護費削減効果）の定量評価を高いエビデンスレベルで行うには、個別に研究機関への委託等が必要であった。本プラットフォームは、これを素早く・容易に行うことを可能にするもので、エビデンスに基づくＰＤＣＡサイクルを日常的に回していく基礎になる。

⑥予算：取組 ii

令和7年度　70,950千円

Ⅵ.現状と今後の展開

①現在までの実績

概ね想定通りに進捗

②今後見込む成果

脱「焼け石に水」の介護予防事業を目指す。

③その他、アピールポイント

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

↓取組・事業の内容		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度～
【取組ｉ】てくポ		更なる普及やＵＩ・ＵＸ改善	広告募集スキームの実証 アンバサダー育成に向けた試行	広告募集・アンバサダー活用の本格化	事業実施と並行した効果検証・ブラッシュアップ
【取組ii】ＳＯＦＴ		共同研究の開始	モデル地区を選定し、普及・定着にあたっての課題を探る	前年度の成果をもとに、さらなる普及を目指す	事業の効果検証と持続可能な事業スキーム作り
【取組iii】短期集中予防サービス		事業実施と並行した効果検証・ブラッシュアップ	事業実施と並行した効果検証・ブラッシュアップ／効果的な活用に向けた検討	事業実施と並行した効果検証・ブラッシュアップ／効果的な活用に向けた検討	事業実施と並行した効果検証・ブラッシュアップ／効果的な活用に向けた検討
【取組iv】ＥＢＰＭプラットフォーム構築に向けた研究事業			実装に必要な仕様・運用の具体化 広域的活用に向けた検討と働きかけ	Ｒ９実装に向けた予算化 広域的活用に向けた検討と働きかけ	
効果測定（アウトプット）	目標				
	実績				
効果測定（アウトカム）	目標				
	実績				

添付２のとおり

令和7年度保険者機能強化推進交付金(成果指向型配分枠)（市町村分）
評価指標に係る該当状況調査票

市町村名
八王子市

課　題	（利用したデータ） ・ 令和2年度からの八王子健康アンケート（要介護等の認定がない後期高齢者への、基本チェックリストをベースにした悉皆調査　調査結果は研究機関と共同で分析し、地域への情報提供に活用している） ・ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 ・ 介護保険データ（認定・給付） ※　全国平均データ及び八王子市データ ・ 介護予防ケアマネジメント実績データ ・ ケアプランデータ ・ 介護事業所調査 ・ 総務省通信利用動向調査 ・ 介護事業所調査　及びこれをもとにした介護人材需給推計結果 ・ その他 地域包括ケア「見える化システム」による自治体間比較データ
	（設定した課題） ■ 共通 令和2年度の八王子健康アンケートの結果からコロナ禍による外出・交流の減少や運動量の低下が明らかとなった。さらにこの結果から、現在要介護（要支援）の認定は保有していないものの潜在的な要介護リスクの高い方が9.4％程度いると推計された。 また、本市では2040年には介護人材が約2千人不足すると推計しており、この点でも介護予防や重度化防止の必要性は極めて大きい。 ■ ポピュレーションアプローチ視点の課題 外出・交流が制限された状況が当面続くと予想されたため、一人でも心身の健康を保てるようなセルフマネジメント支援の必要性が高いと判断。 また、コロナ禍以前からの課題として通いの場への参加率は5％未満にとどまっており、さらに参加者が後期高齢者や女性に偏っているなど、通いの場だけでは15万人を超えて増え続ける高齢者をカバーできないという課題認識もあった。 そこで、限られたコストで健康無関心層を含む多くの高齢者にアプローチできるよう、高齢者に急速に普及してきたスマートフォンに注目。アプリを使った「身体活動・栄養・社会参加」の習慣化を目指した。 → 事業①「てくポ」へ また、新型コロナウイルス感染症が5類に移行し、通いの場での介護予防の重要性が再び高まるなか、従来の「通いの場づくり」の取り組みでは、

	・　運営者の負担が大きく、立ち上げや持続が困難　→　参加者数が頭打ちに ・　必ずしも介護予防につながる活動が行われるとは限らない といった限界があった。 そこで、プロのインストラクターと通いの場をオンラインでつなげる「SOFT（スローオンラインフィットネス）というプログラムに着目。「一度に多くの高齢者に対し、エビデンスのあるプログラムを提供可能」、「多くの方が楽しめるコンテンツが配信されるため、通いの場の企画者の負担がない」といった利点により、**効果と規模、費用対効果**の点で既存の取り組みに対する優位性が期待できると考えた。 →　事業②「SOFT」へ ■　ハイリスクアプローチ視点の課題 本市は軽度認定率が全国平均、都平均と比較して高い傾向が続いている。さらに、H27～28の認定データを独自集計した結果、本市で要支援1の方が要支援2以上に変化（重度化）した割合は 77.7%と、全国平均（32.1%）よりも相当高かった。 このため、要支援認定を受けた方の状態改善（少なくとも重度化防止）が本市として喫緊の課題であると判断。 一方で、本市は令和2年段階でリハビリテーション専門職が540人おり、リハビリテーションに関する人的資源は充実していた。 そこで、通所型短期集中予防サービス（通所C）を核に、要支援者に対するリエイブルメント（望む暮らしの再獲得）を効果的に実施することを目指した。
対象層	■　事業①てくポ（ポピュレーションアプローチ） 制度上の対象者は「60歳以上の市民」だが、既存の一般介護予防事業がカバーしきれていない「前期高齢者」、「男性」、「社交的ではない方」、「健康無関心層」にも受け入れられることを意識した。 ■　事業②SOFT（ポピュレーションアプローチ） すでにサロンなどの通いの場に参加している方はもちろん、介護予防や地域の盛り上げのために何か始めたい方をターゲットに、通いの場における「運営負担が少なく」「介護予防効果が期待できる」プログラム普及を目指している。 ■　事業③短期集中予防サービス（ハイリスクアプローチ） 「八王子健康アンケートでの高リスク者」及び「要支援者・事業対象者」のうち、専門職の見立てで改善可能性が高い方が対象。 対象層を確実にサービスにつなげるために、アウトリーチ（八王子健康アンケートでの高リスク者への包括職員訪問）とインテーク（リハビリテーション専門職のアセスメント同行による改善可能性評価）を実施。
成果目標	■　①てくポ ・　15万人を超える高齢者に対し「焼け石に水」とならないよう、多数の利用者を対象に「身体活動・栄養・社会参加」の習慣を定着させ、ハイリスク者数を減らす。 ※ 令和7年2月現在、登録者数は約1万2千人（年度末目標：1万5千人） ■　②SOFT ・　既存の通いの場への普及と、通いの場における介護予防効果の向上 ・　負担の少ないプログラムで、新たな通いの場を立ち上げやすくする

	・ 5年程度の試行実施期間で、市が負担するコスト以上の効果（医療・介護費削減効果等）があることを実証し、持続的に拡大していく。 ■ ②短期集中予防サービス ・ ハイリスク者を効果的に把握し、望む暮らしを取り戻せる見込みがある方を素早く短期集中予防サービスに接続する。 ・ 短期集中予防サービスにより、対象者が自立した暮らしを取り戻し、サービス終了後も暮らしを維持できるように支援する。 ・ 上記により、要支援者や事業対象者の状態悪化を防ぐ。
事業の実施予定	■ ①てくポ･･･令和3年度から実施中 ■ ②SOFT･･･令和6年度から協定にもとづく共同研究を開始 ■ ③短期集中予防サービス ・ 通所型短期集中予防サービス（通所C）は令和3年度から本格実施 ・ 訪問型短期集中予防サービス（訪問C）は令和元年度から本格実施しており、適宜事業見直しながら引き続き実施中
実施方法	■ ①てくポ スマートフォンアプリを活用して、日々の歩数や食事品目、脳トレのほかイベント・ボランティア・地域活動への参加でポイントがたまる制度を運用。 限られたマンパワーと予算で多数の高齢者にアプローチし続けられるよう、民間サービスによる健康増進や民間企業からのポイント原資獲得に向けた研究を進めている。 イベント・ボランティアについてのプッシュ型通知や検索機能を備えており、ユーザーを通いの場や他の介護予防関連事業につなげるハブにもなっている。 ■ ②SOFT 「SOFT」は、市内に所在する明治安田厚生事業団体力医学研究所が開発した、有酸素運動や筋力トレーニングなどのプログラムをオンラインで通いの場に配信するものである。 ※ 令和7年（2025年）2月現在、約50箇所で継続的に実施されている ※ 八王子健康アンケートでは、回答者33,000人のうち892人（2.7%）が「SOFTを実施している」と回答（数値は暫定集計値）。 令和6年～15年までの10年間を同事業団との共同研究期間とし、前半5年間は、事業団がSOFTの実施に必要な講師の調達・動画の配信を実施。 この間に、効果的な普及と持続の手法を探りながら、SOFTの普及が地域に与えるインパクトを検証していく。 ■ ③短期集中予防サービス ・ 通所型短期集中予防サービス（通所C） リハビリ専門職による面談により、利用者自身の「本当の望む暮らし」を改めて確認したうえで、利用者自ら望む暮らしを維持できるような習慣を身に着けるよう支援するサービス。 サービス実施にあたっては、生活支援体制整備事業との連動により利用者の望みや状態にあわせた通いの場・民間サービスへのつなぎを行うほか、住民主体による介護予防のための通いの場（通所B）事業につなげるなど、地域への着地まで実情に合わせて丁寧に行っている。 ・ 訪問型短期集中予防サービス（訪問C） 高齢者の「食べること」に着目して管理栄養士が訪問で行うサービスであ

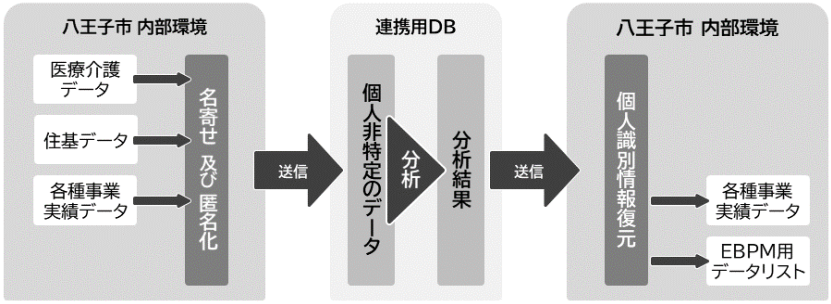
り、基本的な理念は通所Cと同様。

■ EBPMプラットフォーム構築（さらなるEBPM推進に向けた研究）

介護予防分野においては、事業成果を定量的に把握することの難しさや、事業実施と成果発現までの時間差などにより、EBPMの推進に多大なコストを要してしまうことが課題となっている。

そこで、医療と介護のデータを安全に連携させ、AIによる要介護リスク等の推計を行うデータ連携・分析基盤（EBPMプラットフォーム）について、令和8年度（2026年度）以降の実装に向けた研究事業を実施している。

【参考：データ連携・分析のイメージ】



このプラットフォームでは、AIにより要介護状態につながるリスク因子を抽出し、個人ごとに将来リスクを推計できる。さらに、傾向スコアマッチング等の技法によりデータから対照群を設定する機能を備えることで、介入前後における介入群・対照群のリスクの変化を評価することを目指している。

従来は、事業アウトカム（例：介護費削減効果）の定量評価を高いエビデンスレベル（右表レベル3該当）で行うには、個別に研究機関への委託等が必要であった。本プラットフォームは、これを素早く・容易に行うことを可能にするもので、エビデンスに基づくPDCAサイクルを日常的に回していく基礎になる。

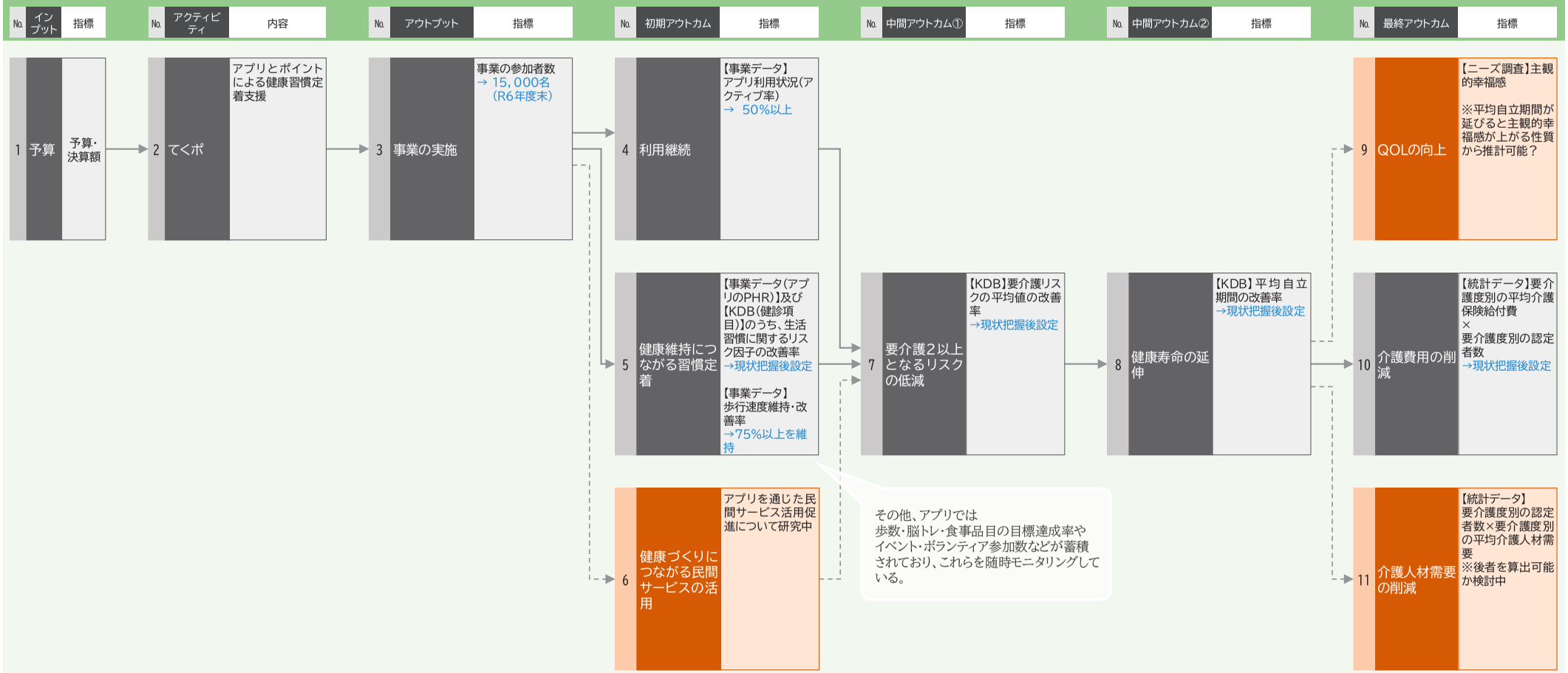
レベルの高低	利用データと分析手法の概要
5（最も高い）	ランダム化比較試験（RCT）
4	実験に類する状況を利用した分析（回帰不連続デザイン（RDD）、抽選を使った操作変数法など）
3	実験はなく（観察のみ）、介入群と対照群の両方の介入前後のデータを用いた分析（差の差分析（DID）など）
2	① 介入群だけの前後比較（コントロール変数あり） ② 介入群と対照群の1時点（介入後）のデータだけを利用した分析（コントロール変数あり）
1（最も低い）	① 介入群だけの前後比較（コントロール変数あり） ② 介入群と対照群の1時点（介入後）のデータだけを利用した分析（コントロール変数なし）

資料：What Works Centre for Local Economic Growth（注10）を元に作成。

評価指標	アウトプット指標 アウトカム指標	それぞれ別紙「ロジックモデル」のとおり ※ 通所Cについては、八王子市高齢者計画・第9期介護保険事業計画にもロジックモデルがあるが、こちらは「サービスを積極的に活用してもらうための環境づくり」も含めたロジックを表している。事業の効果検証にフォーカスしたロジックモデルと指標は別紙「ロジックモデル」のとおり。

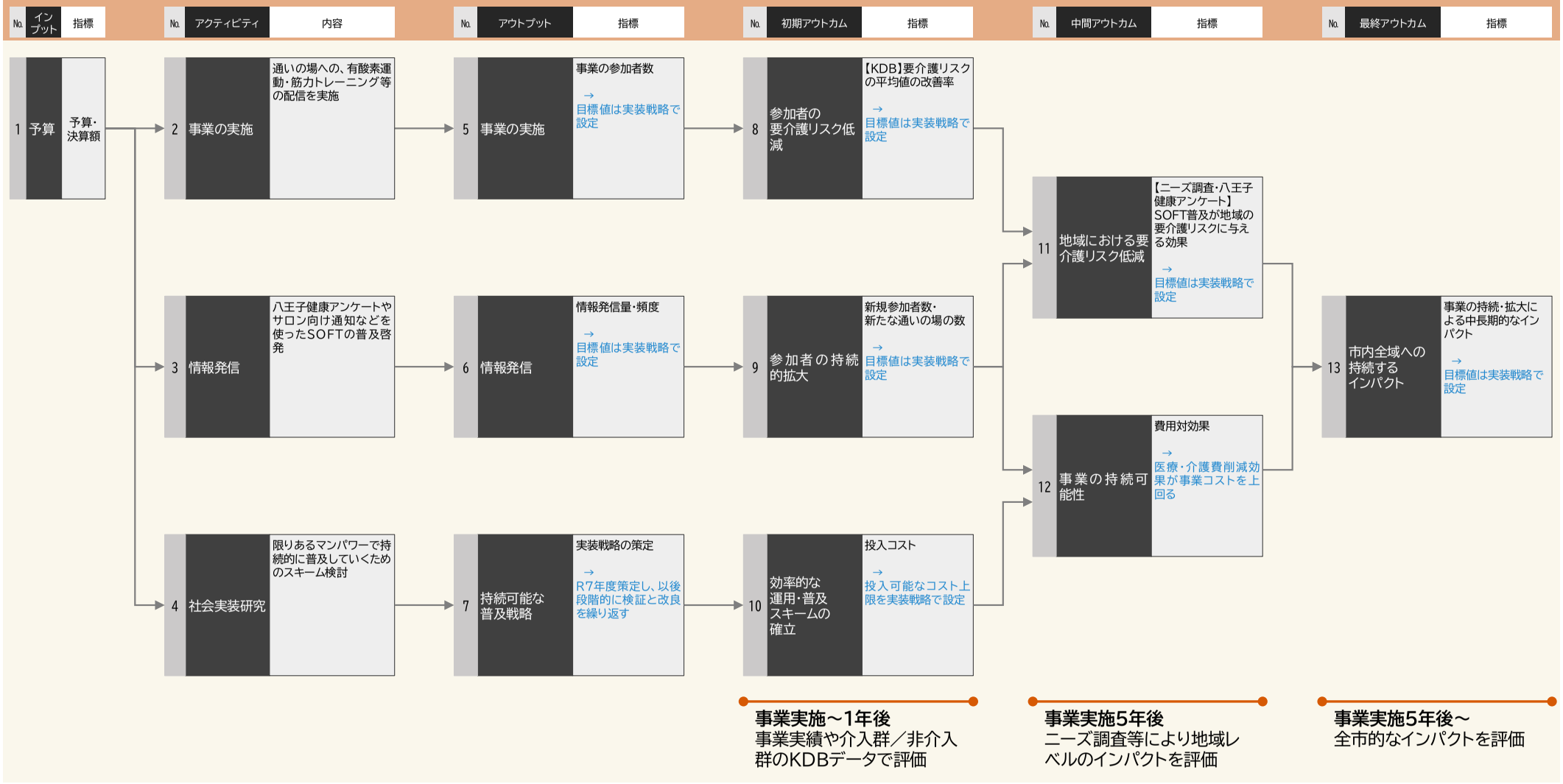
てくポ ロジックモデル（EBPMプラットフォーム対応版）

青字は目標値



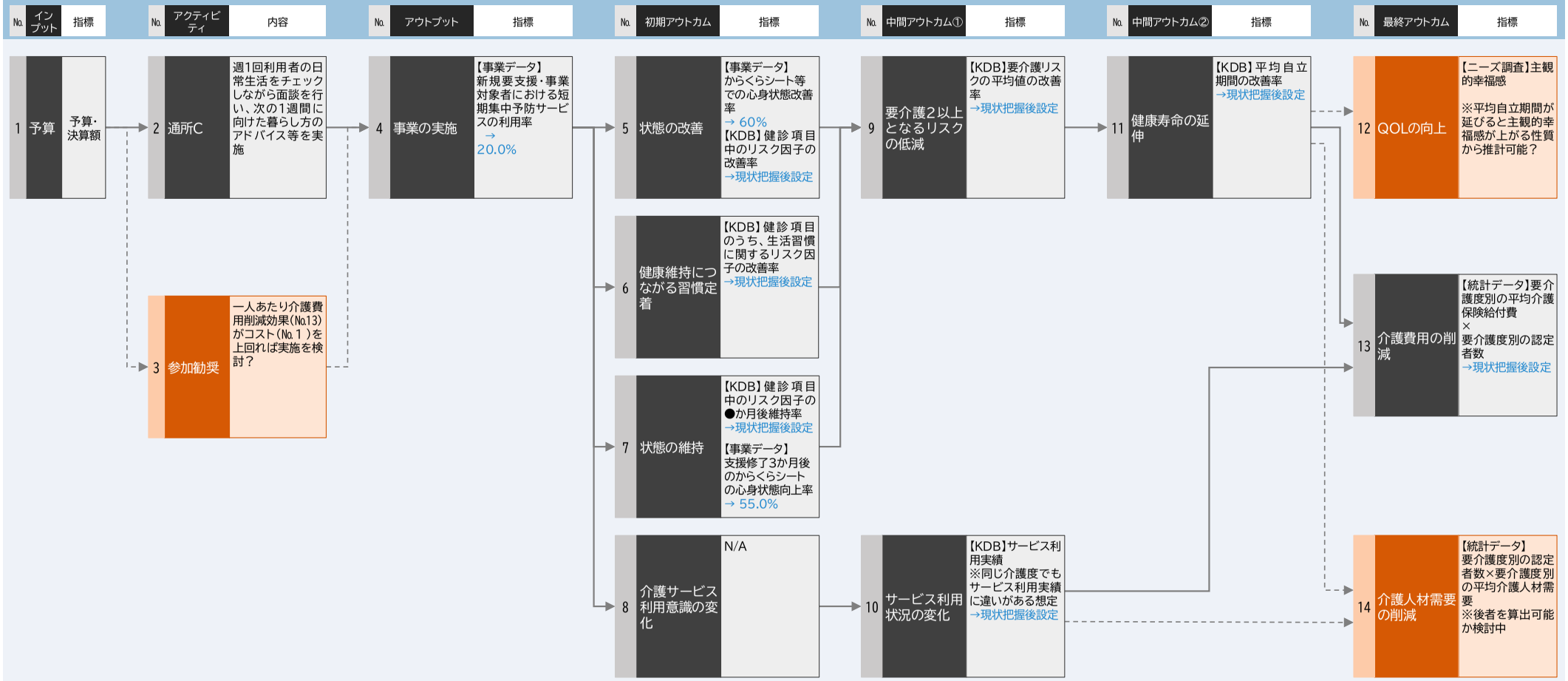
SOFT ロジックモデル（EBPMプラットフォーム対応版）

青字は目標値



通所C ロジックモデル（EBPMプラットフォーム対応版）

青字は目標値



多くの自治体が直面する介護予防の「焼け石に水」問題

全国的に高齢者の増加や生産年齢人口の減少が進む中、限りある予算・マンパワーで普及啓発や介護予防教室などに力を入れても、参加者は100人、1000人といった規模の健康関心層に限定されてしまい、健康無関心層の行動につなげることが難しい。

→ 99%以上に手が届いていない

脱「焼け石に水」のための両輪

限られた資源で、健康無関心層も含む多くの高齢者を対象にできる ポピュレーションアプローチ

てくポ（八王子てくてくポイント）

スマートフォンアプリを使い、日々の歩数や脳トレ、ボランティア・イベント参加にポイントを付与。フレイル予防の3本柱「身体活動・栄養・社会参加」を楽しく・お得に習慣化することを目指す。
R6年度末時点での参加者は約1万3千人。
従来の事業で取込みが難しかった前期高齢者や男性の参加率が高いのも特徴。
さらに持続可能性・健康効果を高めるため、民間による健康づくりサービス等の情報を利用者に提供し、広告料をポイント原資に充てる仕組みを研究中。

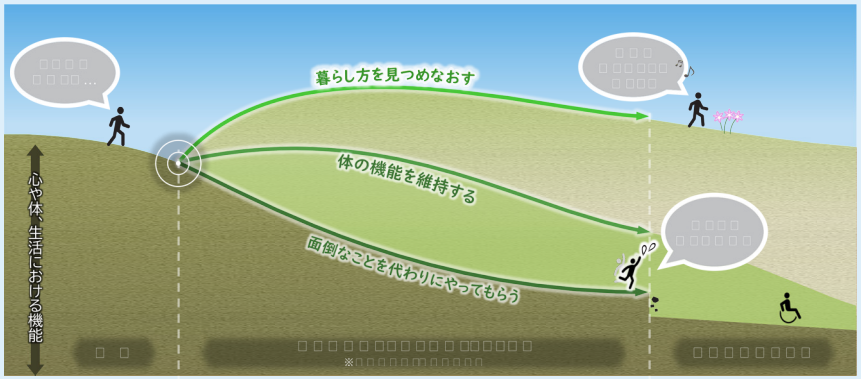
SOFT（スローオンラインフィットネス）

プロのインストラクターと通いの場をオンラインでつなぐ仕組みで、市内にある明治安田厚生事業団体力医学研究所が開発したもの。
「多くの高齢者に効果的なプログラムを提供可能」、「通いの場の企画者の負担が軽い」といった利点により、これまでの通いの場づくりの限界を超えられる可能性を感じ、社会実装に向けた共同研究を実施中。

フレイル状態で対象者を確実に把握し、暮らしを取り戻す支援をする ハイリスクアプローチ

通所型短期集中予防サービス（通所C）

リハビリ専門職による面談により、利用者自身の「本当の望む暮らし」を改めて確認したうえで、利用者自ら望む暮らしを維持できるような習慣を身に着けるよう支援する。
「やってあげる」のサービスではなく、「やってみよう！」のコーチングが基本的な考え方。
対象層を確実にサービスにつなげるために、アウトリーチ（後期高齢者悉皆調査を活用した高リスク者への包括職員訪問）とインテーク（リハビリテーション専門職のアセスメント同行による改善可能性評価）を実施。



それぞれのアプローチについて、要介護リスクや予測医療・介護費を定量的に推計する「EBPMプラットフォーム」構築を並行して実施し、効果を検証。

資料４－２

成果指向型配分枠へのエントリー内容

～脱「焼け石に水」への挑戦～

令和7年8月15日　高齢者福祉専門分科会　高齢者いきいき課

あなたのみちを、あるけるまち。八王子

目次

1 保険者機能強化推進交付金　成果指向型配分枠について

2 プロジェクト立案の背景

3 各研究事業概要

- 1 てくポ(八王子てくてくポイント)
- 2 SOFT(スローオンラインフィットネス)
- 3 EBPMプラットフォーム
- 4 短期集中予防サービス

4 立案・実行にあたって重視したこと

1. 保険者機能強化推進交付金　成果指向型配分枠について

保険者機能強化推進交付金

自治体が行う自立支援・重度化防止の取組に対し、
評価指標の達成状況に応じて国から交付金を交付するもの。

成果指向型配分枠

今年度交付分から「成果指向型配分枠」が新設（R07.02.05厚労省通知）

データ・ロジックモデルを活用した実効性あるPDCAサイクル推進の観点から特に優れた自治体に交付される

全国で15市町村（高齢者人口10万人以上の自治体のうち3市町村）のみが対象

本市が進める研究事業及び短期集中予防サービスにつきエントリー

→　**交付対象として選出された（R07.03.24通知）。**

1. 保険者機能強化推進交付金　成果指向型配分枠について

交付金額

116,762千円(10割補助)

参考:全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料(令和7年3月)より抜粋

④交付金の有効活用について

令和5年度の調査研究事業におけるアンケート調査では、一部の市町村において、新規事業若しくは既存事業の拡充に本交付金を活用しておらず、その理由として「具体的な取組のアイディアを見出すことができなかった」とする回答が最も多く挙げられていた。

保険者機能の強化によって交付金を得て、さらに保険者機能を強化する取組を推進するといったPDCA サイクルによる好循環を生み出すことが重要であり、

・評価指標に基づく得点が低い分野における取組状況の改善や、

・評価指標に基づく得点が高い分野において、

今後の地域ニーズの変化などを踏まえつつ、さらなる取組の充実などを図ることに対し、本交付金を活用していくといった視点が重要である。

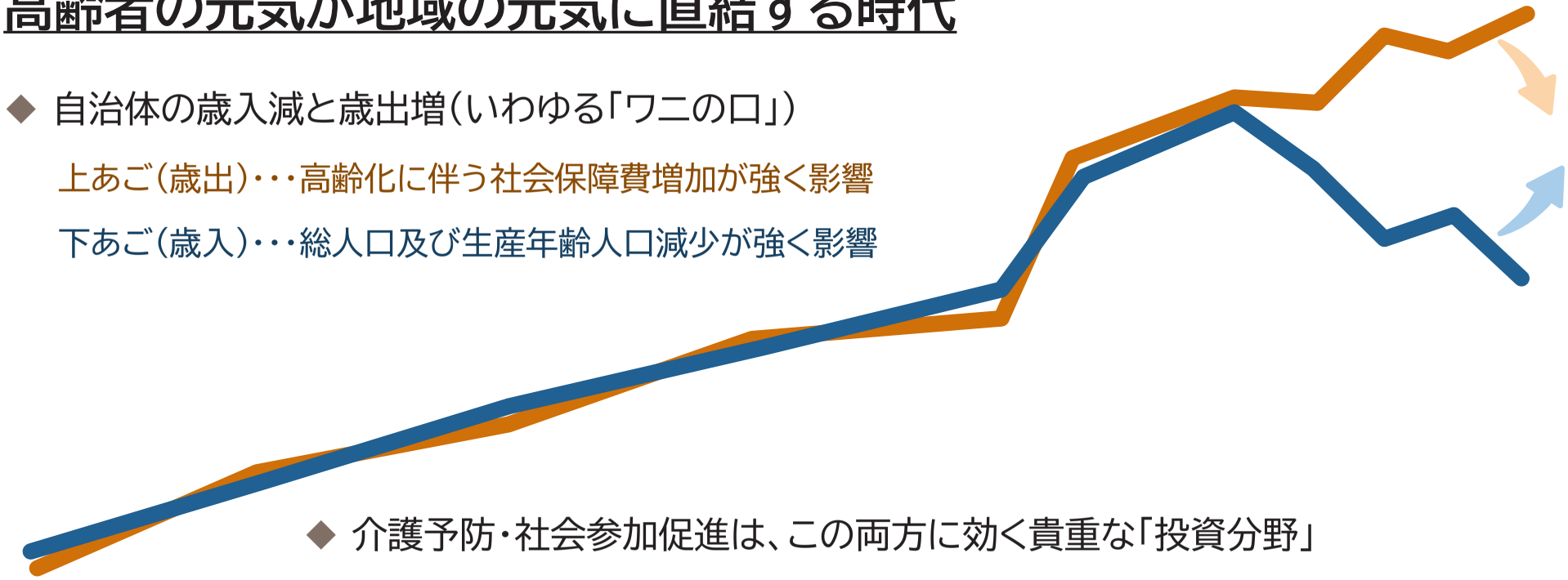
2. プロジェクト立案の背景

高齢者の元気が地域の元気に直結する時代

◆ 自治体の歳入減と歳出増（いわゆる「ワニの口」）

上あご（歳出）・・・高齢化に伴う社会保障費増加が強く影響

下あご（歳入）・・・総人口及び生産年齢人口減少が強く影響



◆ 介護予防・社会参加促進は、この両方に効く貴重な「投資分野」

上あご（歳出）・・・要介護リスク低下や高齢者の地域参加で社会保障費の伸びを抑える

下あご（歳入）・・・高齢者の就労やヘルスケア産業の活性化により、地域経済の好循環へ

2. プロジェクト立案の背景

一方で、多くの自治体の介護予防事業は「焼け石に水」問題に直面

一般的な介護予防教室やイベントでは、
参加者数（実人数）は高齢者15万人のうち100人、1000人が限界。

健康無関心層へのアプローチも難しい。

→ 99%以上に手が届いていないのではないか。

さらに、「水をかけて石は冷えたのか」の問題も

介入（対象者の事業参加）と結果（要介護になる／ならない）の因果関係が検証できていない。

3. 各研究事業概要

脱「焼け石に水」に向けた取り組みの全体像

限られたコストで、健康無関心層も含む多くの高齢者を対象にできる
ポピュレーションアプローチ

① てくポ　② SOFT

×

要介護予備軍の対象者を確実に把握し、暮らしを取り戻す支援をする
ハイリスクアプローチ

④ 短期集中予防サービス

＋

要介護リスクや
医療・介護費を評価

③
ＥＢＰＭ
プラット
フォーム

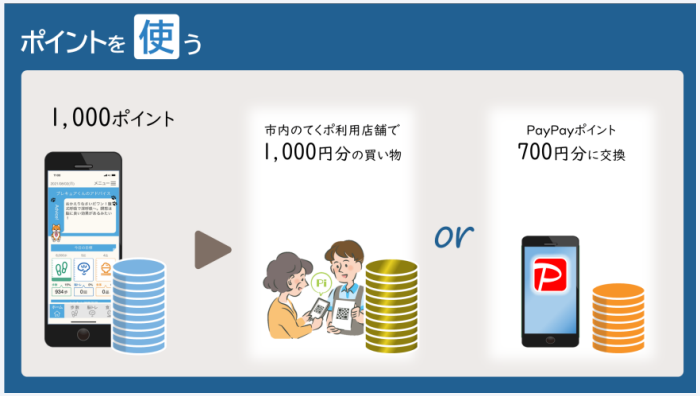
3-① てくポ　概要

脳と体の健康習慣をポイントで応援

- （株）ベスプラが無料で公開している「脳にいいアプリ」がベース
- 歩く・食べる・脳トレ、ボランティア・イベント参加でポイントが貯まる
- フレイル予防の3本柱「身体活動・栄養・社会参加」を楽しく・お得に習慣化

貯めたポイントは地域のお店やQRコード決済で利用可能

市内の協力店（現在約50店舗）で使用するほか、PayPayへの換算も可能



3-① てくポ

登録者数など

2025年3月末日現在　登録者**12,765**名

約4割が**男性**

約6割が**74歳以下**

従来の介護予防事業のスキマ

3-① てくポ　ウェルネスプラットフォーム(WPF)構想

アプリには、活動データ(歩数・歩行速度、脳トレ、食事)が自動で蓄積されるほか、体重等の記録も可能。
これらのデータから、一人ひとりの健康づくりに資するサービスを紹介し、広告費を得る仕組みを構築する。

てくポユーザー　対象:市内在住の60歳以上

健康習慣 ↓ ↑ ポイント付与

サービス・イベント等紹介 ↑ ↓ サービス利用 イベント等参加

てくポ ～毎日の健康習慣でポイント獲得～

歩数 食事 脳トレ

イベントや
ボランティア

データ活用 ⇄ 運営費用

WPF ～様々な企業が健康づくりを手助け～

イベント
講座など

商品・サービス

通いの場づくり事業が直面していた壁

・運営者の負担が大きく、立ち上げや持続が困難　→　参加者数が頭打ちに

・必ずしも介護予防につながる活動が行われるとは限らない

そこで、プロのインストラクターと通いの場をオンラインでつなぐ「SOFT」に着目。

SOFT（スローオンラインフィットネス）とは

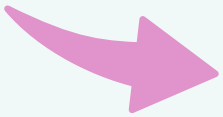
- 明治安田厚生事業団体力医学研究所（戸吹町）が開発
- ベースとなったプログラム（有酸素運動や筋力トレーニングなど）も含め、実施効果えを研究所で検証済み
- 双方向のやり取りを楽しめるリアルタイム配信と、時間を選ばない録画配信の2つの参加方法

3-② SOFT

SOFTに着目した理由

単に「健康にいい活動」だけなら数多くあるが・・・

SOFTは
「一度に多くの高齢者に対し、エビデンスのあるプログラムを提供可能」
「多くの方が楽しめるコンテンツが配信され、通いの場企画の負担が軽い」
といった利点がある。



脱「焼け石に水」に必要な**拡大・持続可能性**や**費用対効果**を期待

3-② SOFT　これまでの状況と今後のスケジュール

- 令和5年度までは、体研が独自に各圏域の高齢者あんしん相談センターや保健福祉センターと連携してSOFTの普及・運用を実施。
- 令和6年度に、**市（高齢者いきいき課）と体研が共同研究協定を締結**し、本格的な普及に向けた取り組みを加速。
- 令和6年度末時点で、サロンや自主グループを含め約**50か所**で実施されている。
- 令和10年度までの5年間は重点実施期間として体研が主なコストを負担しながら事業を実施。市と体研の共同研究として地域に根付かせるための仕組み（＝実装戦略）を開発していくとともに、事業実施による効果を検証する。
- 研究・検証の結果、
  「SOFT推進による介護予防効果が人件費を含むコストを上回る」と確認できれば、以降は市が事業の運営主体となり、地域での持続的普及を進めていく。

背景：介護予防分野におけるEBPMの難しさ

介入と結果の因果関係を説明することが困難

- 事業に参加しているから元気なのか、元気だから事業に参加しているのかがわからない。
- 介入（事業参加）から結果（要介護になる／ならない）までに時間を要し、
  また結果に影響する他の要因も無数にある。
- 事業アウトカム（例：介護費削減効果）の定量評価を
  高いエビデンスレベル（右表レベル3該当）で行うには、
  個別に研究機関への委託等が必要

レベルの高低	利用データと分析手法の概要
5（最も高い）	ランダム化比較試験（RCT）
4	実験に類する状況を利用した分析（回帰不連続デザイン（RDD）、抽選を使った操作変数法など）
3	実験はなく（観察のみ）、介入群と対照群の両方の介入前後のデータを用いた分析（差の差分析（DID）など）
2	① 介入群だけの前後比較（コントロール変数あり） ② 介入群と対照群の1時点（介入後）のデータだけを利用した分析（コントロール変数あり）
1（最も低い）	① 介入群だけの前後比較（コントロール変数あり） ② 介入群と対照群の1時点（介入後）のデータだけを利用した分析（コントロール変数なし）

資料：What Works Centre for Local Economic Growth（注10）を元に作成。

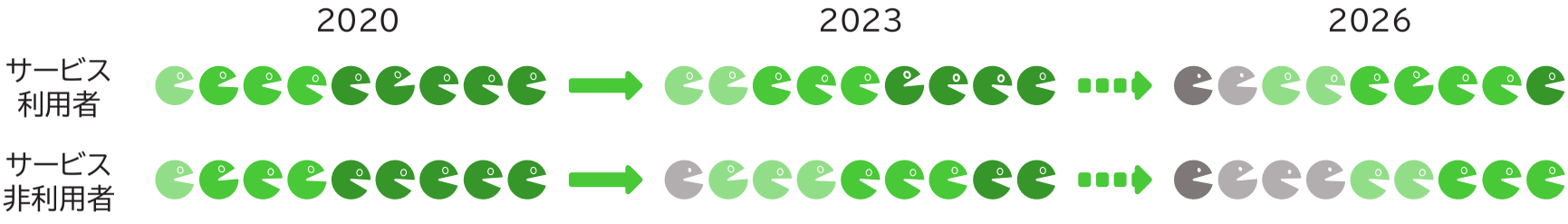
エビデンスに基づくPDCAサイクルを日常的に回していくことが困難

3-③ EBPM PF

【参考】事業効果推計のイメージ

例：2020年～2023年の3年間における体操教室の介護予防効果分析

1. 医療・介護データと、教室で取得した運動量などのデータを、**匿名化した状態のまま結合。**
2. 2020年から2023年に教室に参加した1,000人についてデータを取得（グループA）
3. 2020年時点の年齢・性別、健診結果等がグループAと同様になるように、別の1,000人を選定（グループB）
4. 2023年時点で、グループAとBそれぞれの要介護者の割合を比較。
5. さらに、各グループで3年後に要介護になる方が何人いるか、介護費がいくらになるかを推計。
6. 両グループの予想介護費の差が3年間の事業による効果となり、**費用対効果を数値化**できる。



これを実現するには、「安全なデータ連携」×「AIを使った高精度の分析」が必須！

3-③ EBPM PF

これまでの取組と今後のスケジュール

- 令和4年度までは都補助金により㈱日立製作所が研究を実施（本市は協力団体として参加）
- 令和5年度より、市が主体となり㈱日立製作所への業務委託により研究を継続
  ※ 財源はてくポと合わせて東京都の「子供・長寿・居場所区市町村包括補助事業補助金」を活用。
- 令和5～6年度に、具体的な要件整理や推計モデル構築を実施
- 令和7年度は、プロトタイプ構築とシステム試用・改善等を実施
- 本市独自での実装可能性検討と並行して、広域連携基盤としての活用を検討している

3-④ 短期集中予防サービス

望む暮らしの再獲得(リエイブルメント)の考え方

短期集中予防サービス

リハビリ専門職による面談により、利用者自身の「本当の望む暮らし」を改めて確認したうえで、利用者が自ら望む暮らしを維持できるような習慣を身に着けるよう支援する。

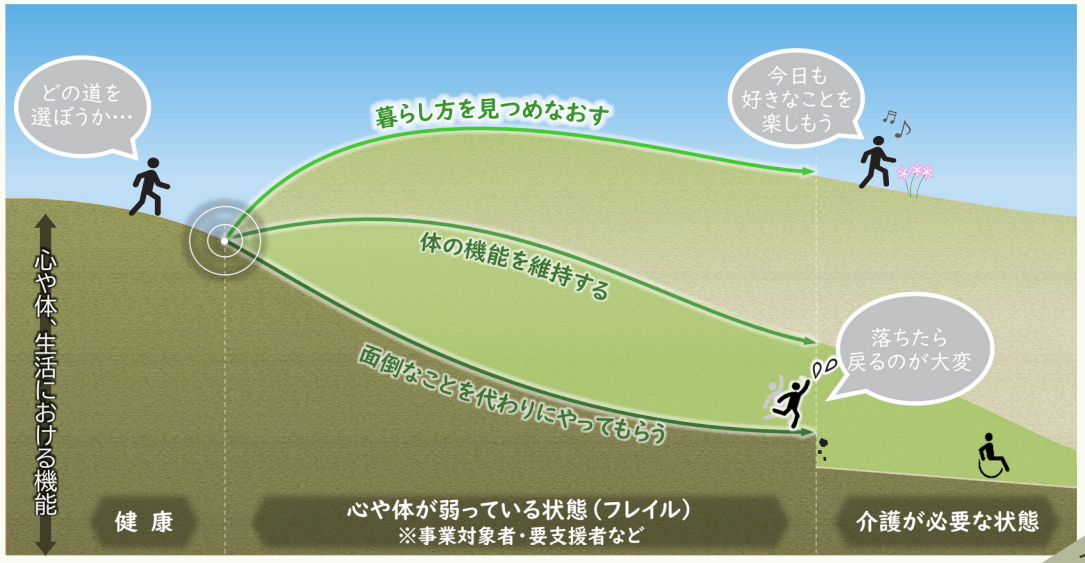
「やってあげる」のサービスではなく、「やってみよう！」のコーチングが基本的な考え方。

対象層を確実にサービスにつなげるため

・アウトリーチ(後期高齢者悉皆調査を活用した高リスク者への包括職員訪問)

・インテーク(リハビリテーション専門職のアセスメント同行による改善可能性評価)

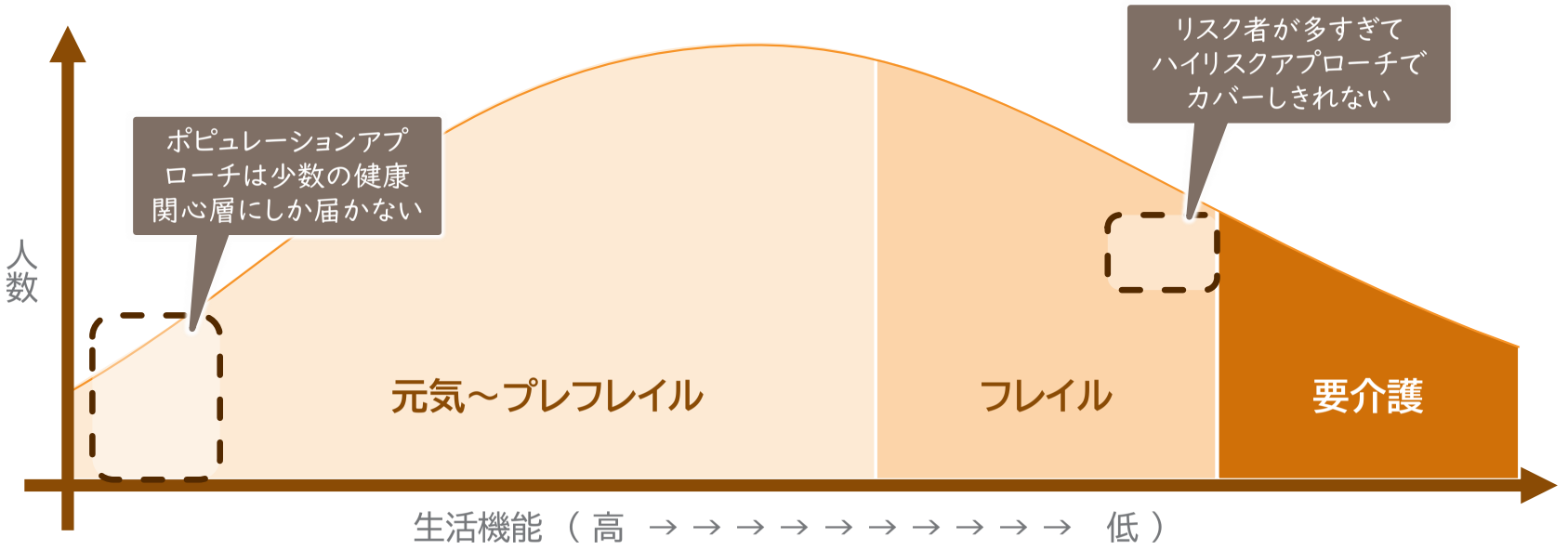
を組み合わせて実施。



3. 各研究事業概要

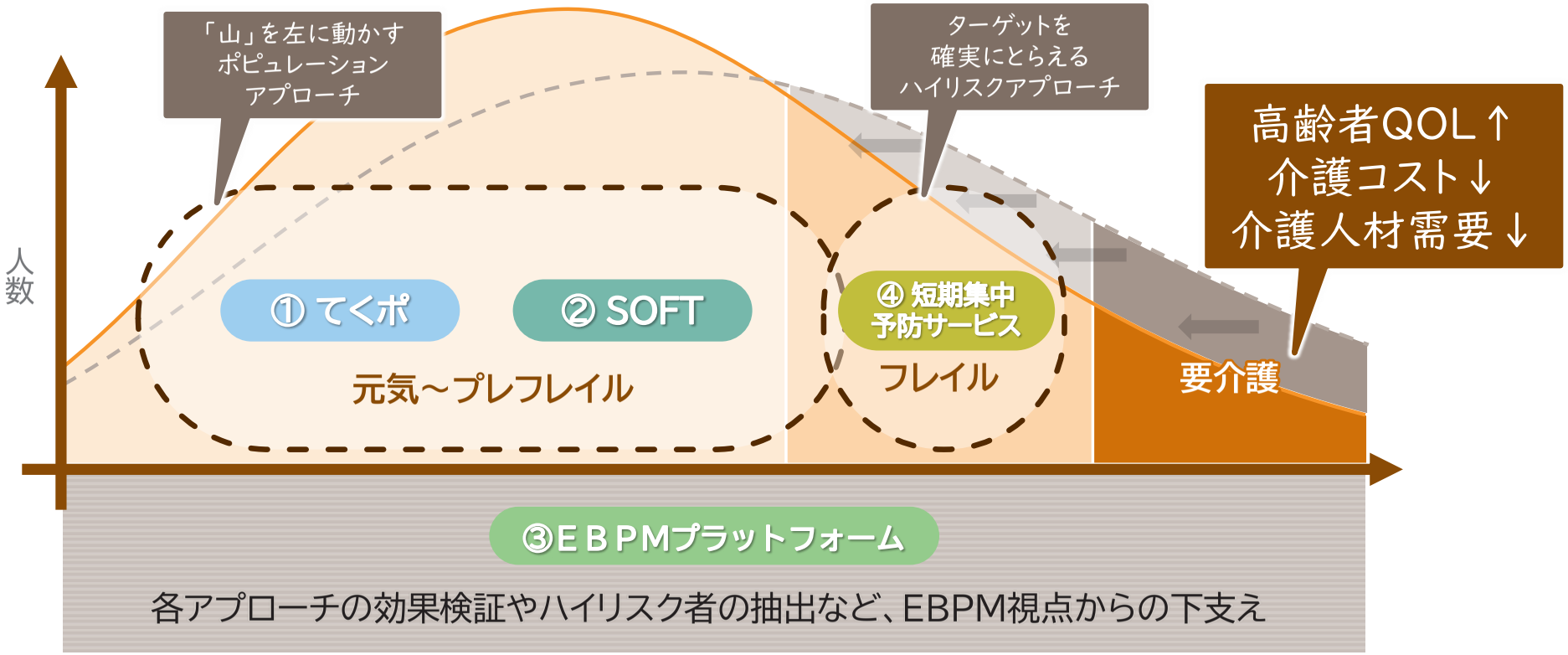
まとめ　各アプローチの組み合わせで目指すもの

従来



3. 各研究事業概要

将来像



4. 立案・実行にあたって重視したこと

立案段階

ビジョンに基づくゴール設定

- 「今までどうしてきたか」ではなく、「どうなったら成功なのか」から出発
  前提として、データと現場感覚の両面から地域の課題を分析することが重要。

ロジックに基づくルート設定

- 目的達成までのプロセスを示す「ロジックモデル」と、各プロセスの達成を計測する指標を設定

＋

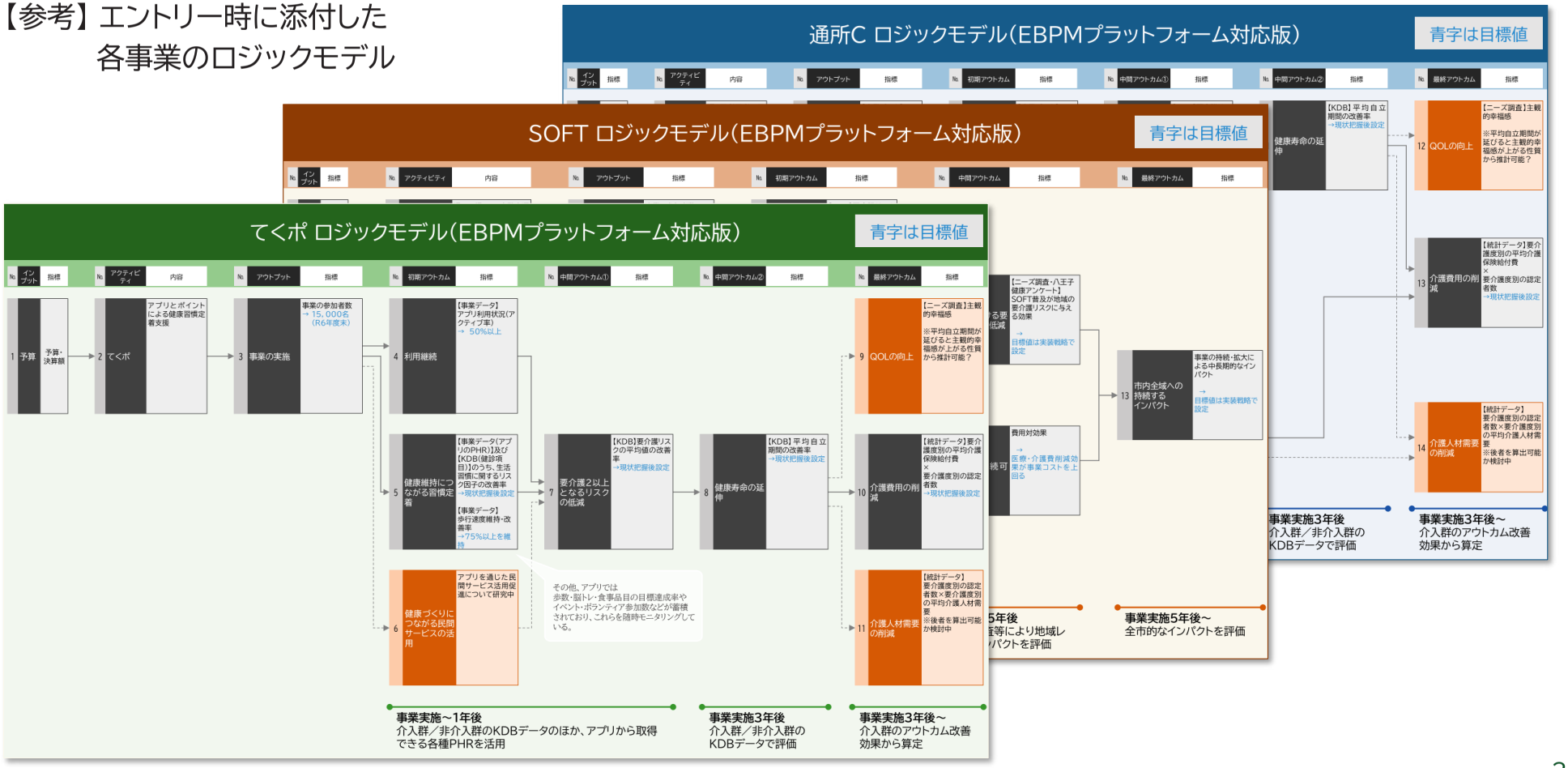
協創の視点・・・・・・「何がしたいか」「市役所に何ができないか」を示して外から知恵や技術を求める

持続可能性・・・・・・事業規模が拡大しても、補助金等がなくなっても続けられる事業デザインを意識

展開可能性・・・・・・多くの自治体が悩んでいる課題であるほど、補助金やパートナー獲得につながる

4. 立案・実行にあたって重視したこと

【参考】エントリー時に添付した
各事業のロジックモデル



4. 立案・実行にあたって重視したこと

実行段階

エビデンスに基づく進捗管理

- アウトプット・アウトカム指標を随時分析し、ロジックモデルそのもの（想定した論理関係）も検証
  例：計画どおりにイベントを開催したら本当に高齢者の社会参加率が上がるのか。

スモールPDCAサイクルを事業レベルで回す

- すぐに測定可能な初期アウトカムの設定がキモ
- 所管が個々に設定・運用する必要があるため、前提として「EBPMリテラシー」の底上げが必須

＋

先発の利を生かす・・・・・・・・・・・・　前例がないからこそ補助金・パートナー獲得に有利　ニュースバリューも増す

小さく始め、大きく巻き込む・・・　ステークホルダーが少ないうちに試行錯誤を繰り返す
事業規模が拡大することで、企業や地域の連携メリットが増えることも

東京都八王子市

多くの自治体が直面する介護予防の「焼け石に水」問題

八王子市には15万人もの高齢者が暮らしているが、限られた職員が介護予防教室やイベントにマンパワーをかけても、参加者はせいぜい100人、1000人の健康関心層。普及啓発も、健康無関心層に見てもらうことが難しい。

→ 99%以上に手が届いていないかも

脱「焼け石に水」のための両輪

限られたコストで、健康無関心層も含む多くの高齢者を対象にできる ポピュレーションアプローチ

てくポ(八王子てくてくポイント)

スマートフォンアプリを使い、日々の歩数や脳トレ、ボランティア・イベント参加にポイントを付与。フレイル予防の3本柱「身体活動・栄養・社会参加」を楽しく・お得に習慣化することを目指す。

R6年度末時点での参加者は約1万3千人。従来の事業で取込みが難しかった前期高齢者や男性の参加率が高いのも特徴。

さらに持続可能性・健康効果を高めるため、民間による健康づくりサービス等の情報を利用者に提供し、広告料をポイント原資に充てる仕組みを研究中。

SOFT(スローオンラインフィットネス)

プロのインストラクターと通いの場をオンラインでつなぐ仕組みで、市内にある明治安田厚生事業団体力医学研究所が開発したもの。

「多くの高齢者に効果的なプログラムを提供可能」、「通いの場の企画者の負担が軽い」といった利点により、これまでの通いの場づくりの限界を超えられる可能性を感じ、社会実装に向けた共同研究を実施中。

×

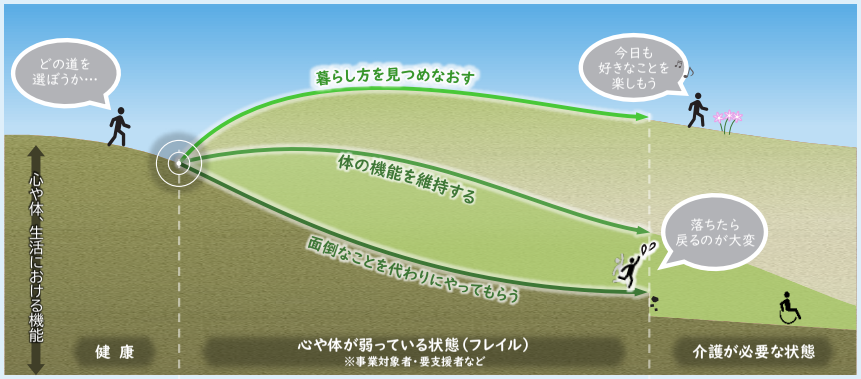
フレイル状態で対象者を確実に把握し、暮らしを取り戻す支援をする ハイリスクアプローチ

通所型短期集中予防サービス(通所C)

リハビリ専門職による面談により、利用者自身の「本当の望む暮らし」を改めて確認したうえで、利用者自ら望む暮らしを維持できるような習慣を身に着けるよう支援する。

「やってあげる」のサービスではなく、「やってみよう!」のコーチングが基本的な考え方。

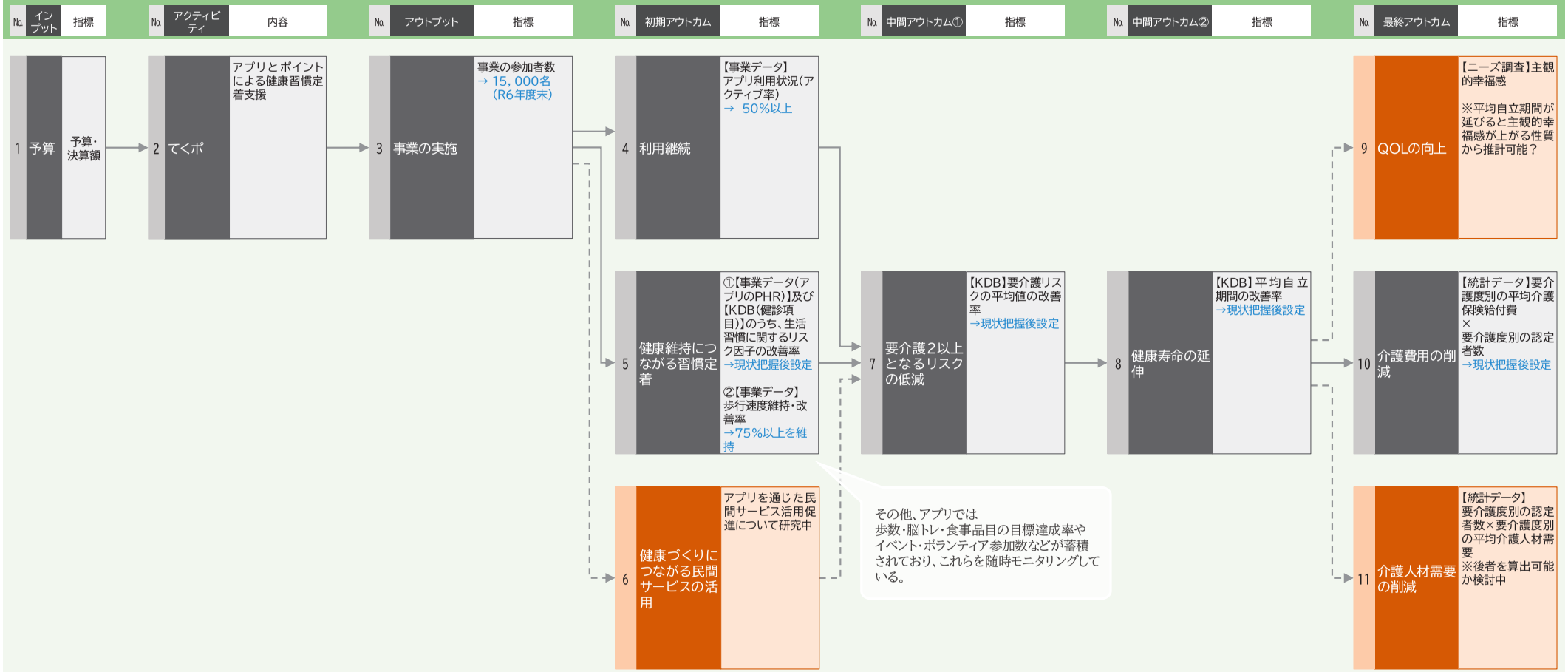
対象層を確実にサービスにつなげるために、アウトリーチ(後期高齢者悉皆調査を活用した高リスク者への包括職員訪問)とインテーク(リハビリテーション専門職のアセスメント同行による改善可能性評価)を実施。



それぞれのアプローチについて、要介護リスクや予測医療・介護費を定量的に推計する「EBPMプラットフォーム」構築を並行して実施

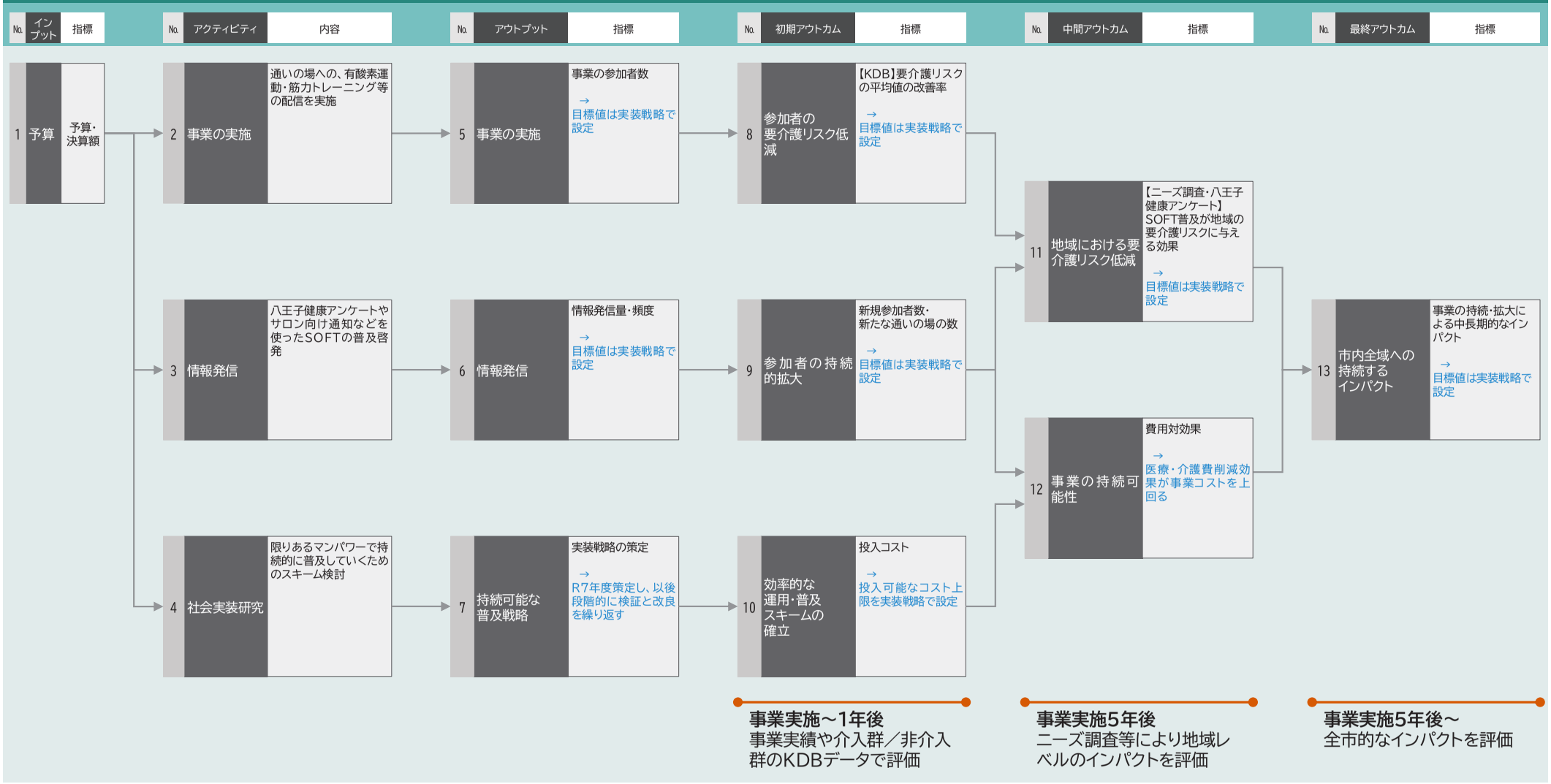
てくポ ロジックモデル

青字は目標値



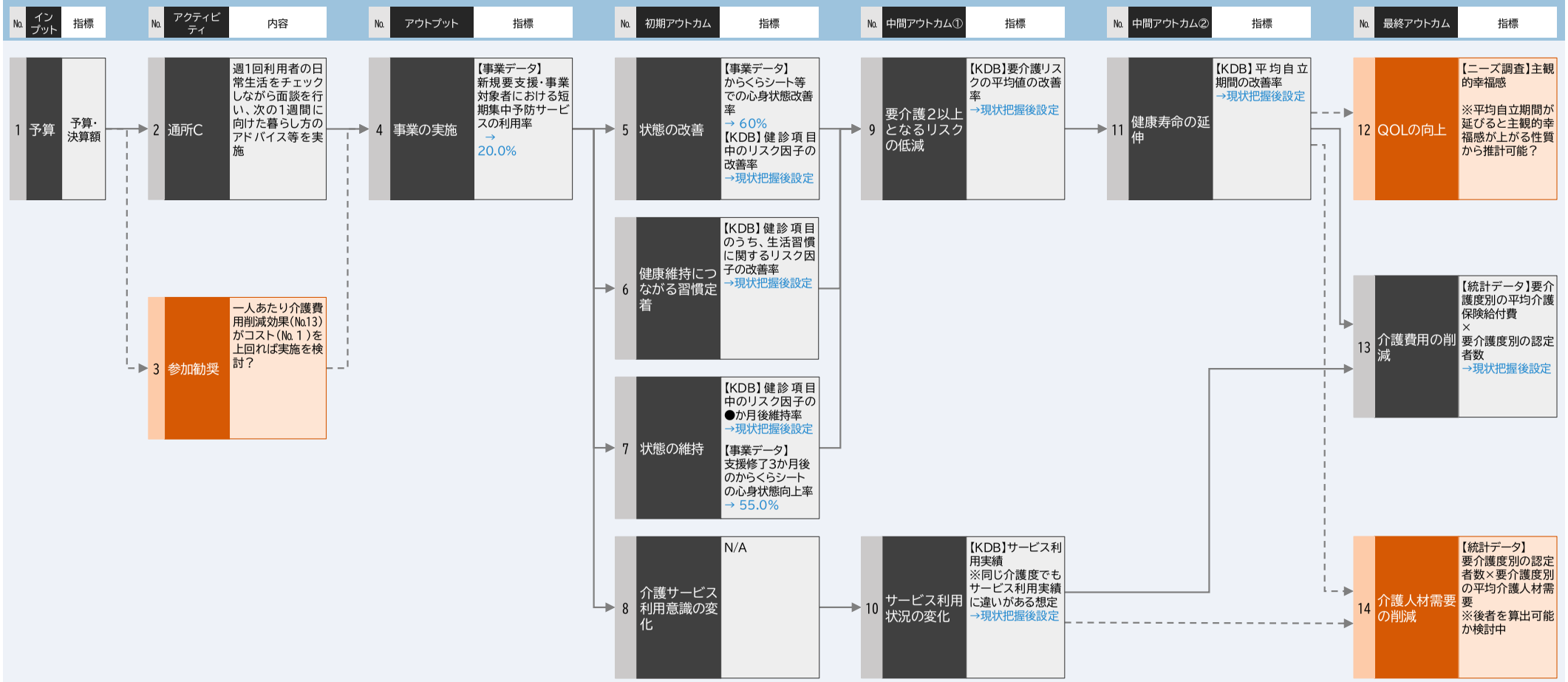
SOFT ロジックモデル

青字は目標値



通所C ロジックモデル

青字は目標値



成果指向型配分枠：取組状況の報告シート

静岡県静岡市

Ⅰ.課題について

①課題の把握方法

○	1 データ分析結果
	2 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
	3 地域ケア会議等における議論
	4 他事業によるニーズの把握
	5 社会動向
	6 国・都道府県等からの情報提供
	7 その他

②データ分析の内容

➤要介護・要支援認定者数の増加に伴う介護給付費の増嵩
令和５年度の要介護・要支援認定者数が、平成30年度の約38,500人から約42,000人に増え、それに伴う介護給付費が634億円から711億円に増加。
➤介護人材不足の深刻化
介護を支える人材は、令和７年の需要約13,500人に対し、その約10%に相当する、1,200人の不足となる見込みであり、介護サービスを提供する人材不足が深刻化。

③課題の内容

健康寿命の延伸を図るためには、介護予防を強化して、要介護・要支援にならないようにする、あるいはそれらの時期を遅らせることが必要。
本市の既存事業における高齢者の参加率をはじめ、令和４年度の内閣府による「ＰＦＳ導入可能性調査支援」で、本市の前期及び後期高齢者数や要介護認定者数の推移を分析し、また、事業効果を評価検証する機関（以下、「第三者評価機関」という。）で、リスク評価尺度を使った他市との比較等を行い、本事業の参加者と、住所、性別、年齢などの属性が参加者と近い不参加者の健康状態をアンケートで比較分析することで、要介護認定率の抑制と介護給付費の縮減を図る。

Ⅱ.対象層について

①対象層

	1 虚弱な高齢者
	2 事業対象者・要支援認定者
	3 要介護認定者
	4 特定の疾患を持つ高齢者
	5 認知症（の疑いがある）高齢者
	6 独居高齢者
	7 元気な高齢者
○	8 高齢者全般
	9 住民全般
	10 介護家族
○	11 その他 高齢者のみの世帯及び高齢者一人暮らし世帯がメインターゲット。

②具体的な内容

本市は、高齢者のみの世帯や高齢者ひとり暮らし世帯が令和５年度に市内全世帯の31%以上を占め、10万世帯を超え、増加傾向となっている。
高齢者のみの世帯や高齢者一人暮らし世帯は、病気や介護などで支援が必要になった際に頼れる方が限られている。日常生活の不安や閉じこもり・孤立などのリスクが高まり、さらに、必要となる医療費・介護費などの社会保障費が大きくなることから、介入を通じて、早急に介護予防効果を高め、健康寿命の延伸を図る必要があるため対象を設定。

Ⅲ.目標等

①中長期・短期の目標

➤要介護認定率の抑制
　令和６年度から８年度までの事業実施３年間で、
要介護認定率を27%抑制。５年間で45%の抑制を推計。
➤介護給付費の縮減
　令和６年度から８年度までの事業実施３年間で、
介護給付費額を0.63億円縮減。５年間で２億円の縮減を推計。

②目標や指標の設定・進捗管理・評価の実施体制

市から成果を発注される実施事業者と、実施事業者の成果を評価検証する第三者評価機関と市が緊密な連携を図りながら、成果目標の達成を目指す。市は、自治会や民生委員・児童委員などの関係者と調整しながら円滑な運営を下支えする。
進捗管理・評価では、事業不参加の対象群に対し、令和７年１月にアンケートを実施。その内容を３年間、事業実施者の行っているアンケートと比較することで、介護予防効果として、要介護認定率の抑制率と介護給付費の縮減額を推計する。また、市は、評価の過程で、第三者評価機関から見直しが必要と助言があった事業実施者の取組について、第三者評価機関と事業実施者との協議の場を設け、見直す。

③設定している評価指標

・アウトプット指標：参加者数や研修の開催回数など、施策や事業の直接の結果を測るもの

・介護予防プログラム継続参加者数
・介護予防プログラム啓発参加者数
・推計要介護状態の進行遅延者数

・アウトカム指標：利用者本人の状態の改善や主観的幸福観の向上、要介護認定率の低下など、サービス等の結果としての受益者の変化や効果を表すもの

・要介護認定率の抑制
・介護給付費の縮減

④進捗管理・評価の方法

令和６年４月に、第三者評価機関と契約を締結し、成果を評価検証するために必要な事業に参加しない対象群に対し、令和７年１月にアンケートを実施。その内容を３年間、事業実施者の行っているアンケートと比較することで、介護予防効果として、要介護認定率の抑制率と介護給付費の縮減額を推計する。
また、市は、評価の過程において、事業実施者の取組について、第三者評価機関から見直しが必要との助言があった場合は、第三者評価機関と事業実施者との協議の場を設け、取組を深化・進化しながら、介護予防効果のさらなる向上に取り組む。

⑤取組の段階

3

1 仮説段階
2 実証（取組）段階
3 評価段階
4 改善・継続段階

Ⅳ.取組の全体像

①取組内容の全体像

別添のとおり

Ⅴ.取組の詳細

①目標を達成するための具体的な手法：取組ｉ

	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
	3 個別支援
	4 研修・勉強会
	5 アドバイザー、専門家等の派遣
	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
○	12 その他　介護予防プログラム（継続及び啓発）

②取組内容の詳細：取組ｉ

➤事業の企画立案・運営は、令和６年６月に公募式プロポーザルで採択された実施事業者と契約を締結し、同年９月から新たな介護予防プログラムを開始して、令和９年３月まで実施する。
➤令和６年度は、市民が親しみを持ち、介護予防を楽しみながら長く続けるためのブランディングとして、事業名称を「しずおか　ちゃちゃちゃ」、ロゴも作成。「ちゃ」は、健康長寿を表象する静岡特産のお茶と、これからの人生を健康に楽しく過ごすお互いを応援する掛け声を表現。「しずおか　ちゃちゃちゃ」の名称やロゴを見かけたら、そこでは楽しい介護予防プログラムがあるといった認識が市民の間に広がっている。
➤また、地域との連携が必要と考え、「しずおか　ちゃちゃちゃ」の実施前から、自治会や民生委員・児童委員、社会福祉協議会などに事業の趣旨を説明し、賛同を得るなど、信頼関係を構築している。
➤令和７年度以降は、趣味を通じて、外出する機会や新たな仲間と出会うきっかけを作ることで介護予防につなげる取組を新規・拡充して実施する。令和６年度に実施した取組の実施回数を増やすことに加え、新たな企画や介護予防プログラムの内容を充実し、多種多様な生きがいづくりや仲間づくりを本格的に実施する。
➤市は、自治会や民生委員・児童委員などの関係者との強固な信頼関係のもと、円滑な運営を下支えする。事業参加後も主体的に介護予防を続ける「介護予防の自走」をはじめ、事業参加者数を増やすための「官民連携」や「政策間連携」、事業効果を高めるための「広域連携」を行う。新規性があり、参加後も連続して介護予防に取り組む継続性の高い新たな介護予防プログラムを実施事業者及び第三者評価機関と共創する。
➤また、成果指向型を「就活支援」などに取り入れるよう本事業をモデルに庁内の多分野横展開を図る。
➤さらに、プログラム参加者に対しては、参加することでの健康状態を把握するためのアンケートを、参加の都度、実施する。
➤市は、事業実施期間中の年度末に実施事業者からプログラム参加者数の報告を受けながら、第三者評価機関と事業成果や効果を協議し、必要に応じ、プログラムの新規・拡充、縮減などの見直しを行い、参加者数の増加や事業効果の向上に取り組む。

③予算：取組ｉ

令和６から８年度までの３年間で4,500万円（債務負担）。

Ⅵ.現状と今後の展開

①現在までの実績

「Ⅲ.目標等」で設定したアウトプット指標に対し、現時点での実績は、継続参加者数386人、啓発参加者数352人となっており、目標を下回っている。参加者の満足度は95%以上と高く、日常での行動変容を自覚した人は参加者の90%となっている。
「Ⅲ.目標等」で設定したアウトカム指標は、事業参加者と、無作為抽出した参加者と属性の近い事業不参加者に対し、健康状態に係る同一内容のアンケート調査を実施、事業実施３年後（令和８年度）に評価検証する。

②今後見込む成果

趣味を通じて外出する機会や新たな仲間と出会うきっかけを作ることで介護予防につなげる取組を新規・拡充して、参加者数の増加や事業効果の向上に取り組み、「Ⅲ.目標等」で設定したアウトプット指標及びアウトカム指標の達成を目指す。

③その他、アピールポイント

・ブランディング戦略：市民が参加したくなる取組としてイメージを浸透させるため、本事業を「しずおか　ちゃちゃちゃ」とブランディング。
・産官学の連携：関心のある他の企業や団体をはじめ、市内の大学と連携。
・政策間の連携：介護予防を通じて地域振興を図るなど、異なる政策と連携。
・他分野横展開：就労支援への成果連動型民間委託契約方式導入を推進。

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

↓取組・事業の内容		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和10年度
介護予防プログラム（継続） 令和８年度まで、介護予防プログラムを月１回以上、かつ連続３か月以上の頻度で実施する。		介護予防プログラム（継続）の実施（令和6年9月～令和8年11月）		成果を評価検証	成果を評価検証
介護予防プログラム（啓発） 令和８年度まで、介護予防プログラムを単発的に実施する。		介護予防プログラム（啓発）の実施（令和6年9月～令和8年11月）			
効果測定（アウトプット）	目標	継続参加者数：500人 啓発参加者数：900人	継続参加者数：500人 啓発参加者数：900人	継続参加者数：500人 啓発参加者数：900人 推計要介護状態進行遅延者数：1,125人	－
	実績	継続参加者数：386人 啓発参加者数：352人	－	－	－
効果測定（アウトカム）	目標	－	－	要介護認定率27%抑制 介護給付費0.63億円縮減	要介護認定率45%抑制 介護給付費２億円縮減
	実績	－	－	－	－

【概要】成果指向型介護予防の取組「しずおか　ちゃちゃちゃ」について（市HP　https://www.city.shizuoka.lg.jp/s4523/s013027.html）

1　概要

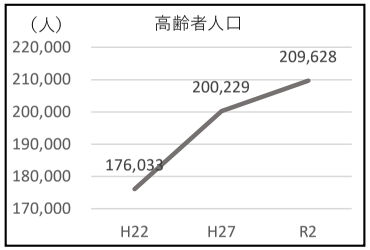
高齢化が進む中で、要介護状態となることを防ぐための「介護予防」の取組は、その重要性を増している。４次総の５大重点政策のひとつである「子どもの育ちと長寿を支えるまちの推進」を実現するための計画である「健康長寿・誰もが活躍のまちづくり計画」においても、「介護予防」を施策として位置づけ、推進している。

この取組の実施にあたり、**新たな公民連携手法**である、**成果に連動した委託契約方式（ＰＦＳ：Pay For Success）を導入**することにより、**企業等の事業意欲のより一層の向上**を図り、また、その**ノウハウ等を引き出し、従来型の委託事業と比べ、より効率的、効果的に取組を進め、介護予防効果を高めることで健康寿命の延伸を図る**。

2　主な課題

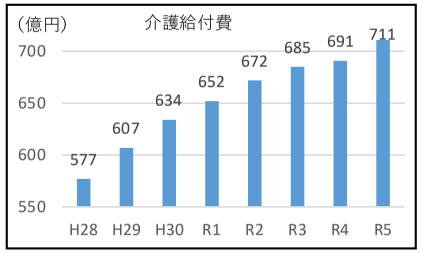
（１）静岡市の**高齢者人口が増加**している。
200,229人（H27）→209,628人（R２）　出典：国勢調査

（２）静岡市の**要介護要支援認定率（年齢調整後）は、減少したが、静岡県の平均（14.5%）より高く、認定者数は、増加**している。
16.7%・35,395人（H29.3）→16.6%・41,956人（R6.3）
出典：認定率　地域包括ケア「見える化」システムから算出
　　認定者数（１号のみ）　静岡市



（３）静岡市の**介護給付費が増加**している。
577億円（H28）→711億円（R５）　出典：静岡市

（４）**要介護認定を受けていない市内在住の65歳以上の高齢者のうち、就労や社会活動をしていない人の割合が上昇**している。
13.9%（H28）→18.0%（R４）
出典：静岡市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査



3　主な内容

（１）**事業期間**
令和６年６月から令和９年３月31日まで（３年間）

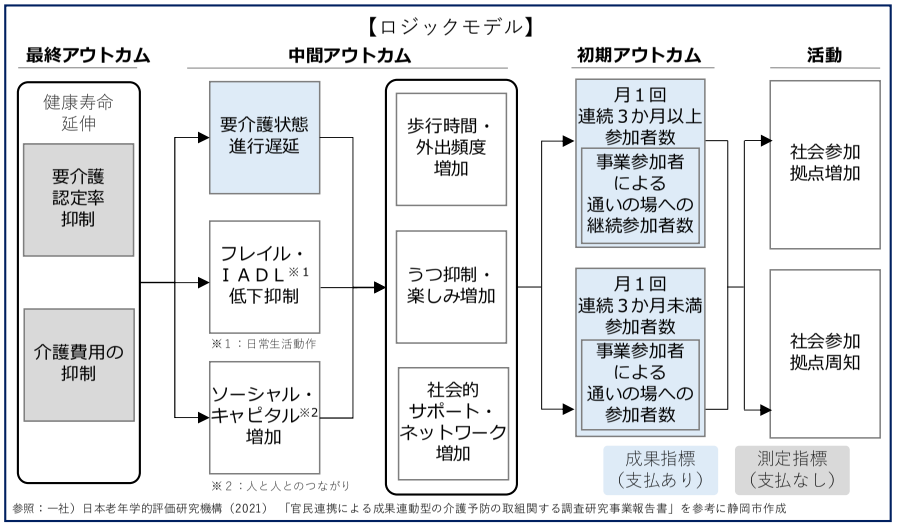
（２）**ターゲット**
対象を市内在住のおおむね65歳以上の高齢者としながらも、高齢者のみの世帯及び高齢者一人暮らし世帯がメインターゲット。
（静岡市高齢者実態調査から令和５年度に100,531世帯。市内全世帯の31.1%相当）

（３）**成果指標**

①月１回連続３か月以上の継続参加者数（事業実施１年目～３年目の支払い根拠）
継続プログラム（月１回以上の頻度で３か月以上の継続参加となるプログラム）及び同等の頻度で事業参加者により創設される通いの場に参加した高齢者の実人数をカウント。
１年間の上限500人（３年間で新規1,500人、延3,000人）。

②月１回連続３か月未満の啓発参加者数（事業実施１年目～３年目の支払い根拠）
啓発プログラム（月１回以上の頻度で３か月未満の参加となる単発的なプログラム）及び同等の頻度で事業参加者により創設される通いの場に参加した高齢者の実人数、並びに、継続プログラムの参加が３か月未満となった高齢者の実人数をカウント。
１年間の上限900人（３年間で延2,700人）。

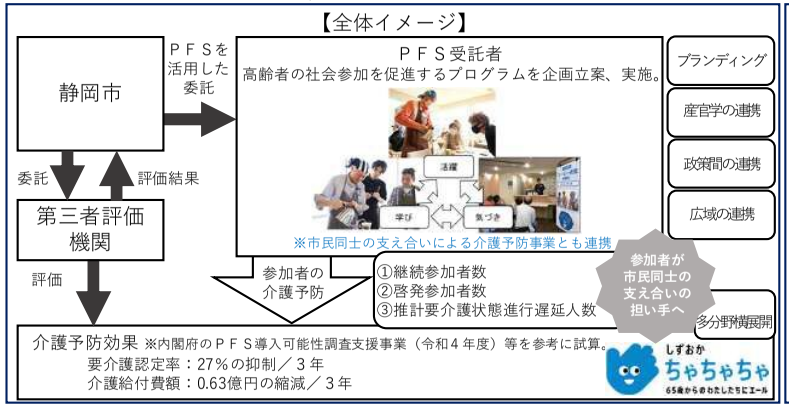
③推計要介護状態進行遅延人数（事業実施３年目の支払い根拠）
上記①の参加者にアンケートを行い、その結果から、要介護状態進行の遅延が推測された人数を第三者評価機関と協議し、試算。
３年間での上限1,125人。



（４）**支払方法**
支払は、総事業費の40%にあたる最低保証額（固定）と60%にあたる成果報酬額（変動）がある。
固定と変動を１年目～３年目にそれぞれ支払う。

（５）**事業効果（内閣府のＰＦＳ導入可能性調査支援事業（令和４年度）等を参考に試算）**
３年間の事業実施により、要介護認定率27%の抑制及び介護給付費額0.63億円の縮減。

（６）**必要経費**
総事業費：0.63億円／３年（事業実施委託：0.45億円／３年　事業評価委託：0.18億円／３年）



【市の主な取組】

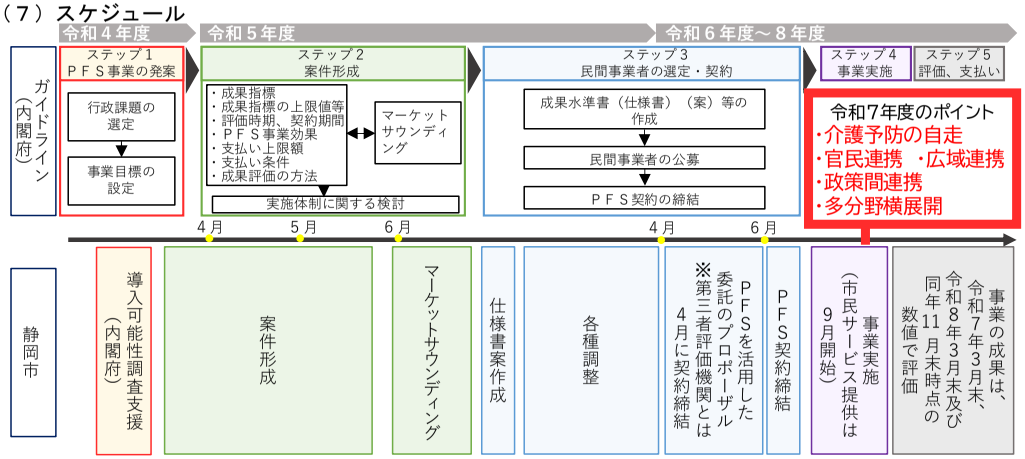
①Ｓ型デイサービス事業
家に閉じこもりがちな高齢者を対象に介護予防を目的としたミニデイサービス。

②運動器機能向上事業
高齢者に対し、静岡市版介護予防体操等を実施。

③元気いきいき！シニアサポーター事業
高齢者が地域貢献活動を行うと、静岡市の地場産品と交換できるポイントを付与。

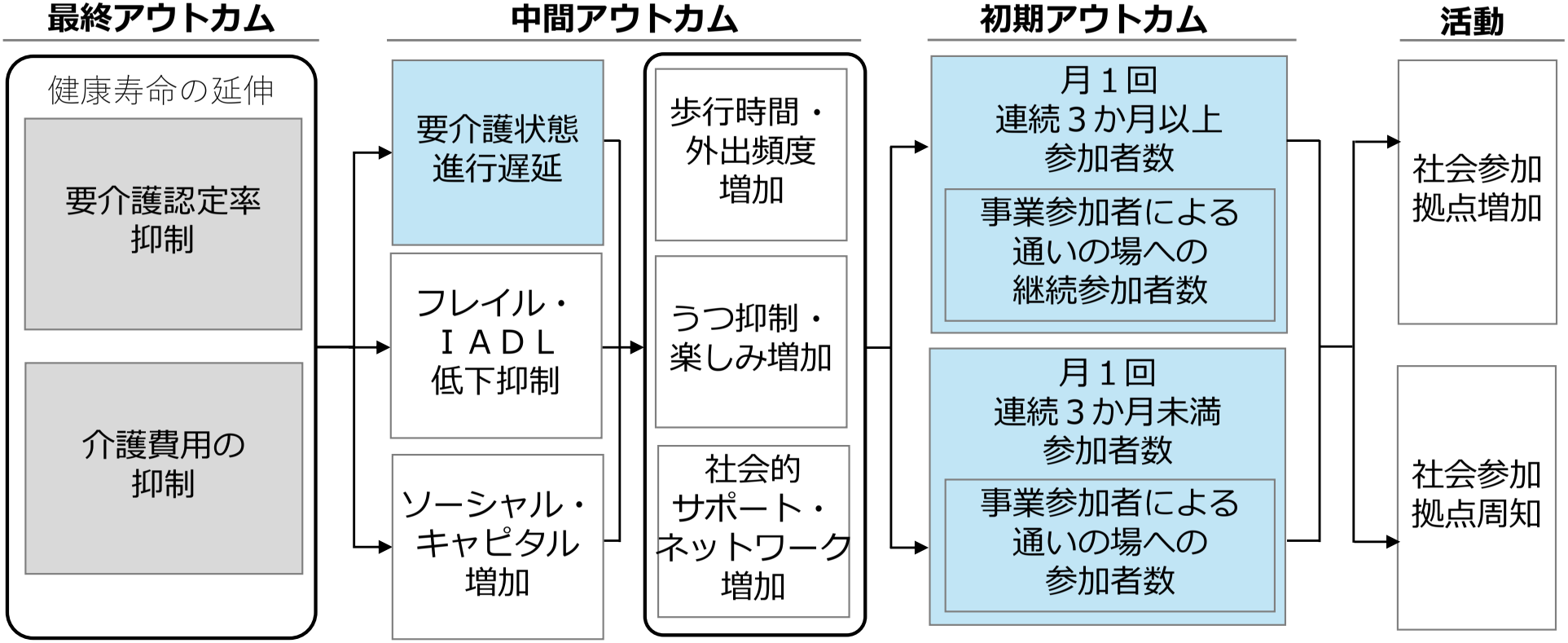
④フレイル予防事業
高齢者に楽しく健康（虚弱度）チェックをしてもらうことにより、自身の健康についての「気づき」を促して健康意識を高め、介護予防等に取り組んでもらう。

（７）**スケジュール**



静岡市　ロジックモデルの説明

・成果目標（要介護認定率抑制及び介護給付費縮減）を最終アウトカムに設定し、その達成のための中間アウトカムとして、最も関連が深い「要介護状態遅延」「フレイル・IADL低下抑制」「ソーシャル・キャピタル増加」を位置付けた。
・それらを達成するためには、「歩行時間・外出頻度増加」「うつ抑制・楽しみ増加」「社会的サポート・ネットワーク増加」が必要となることから、その達成に向けた、初期アウトカムとして、「月1回3か月以上の頻度で介護予防に参加すること」「月1回3か月未満の頻度で介護予防に参加すること」を整理した。
・さらに、介護予防の場は、本事業の参加者が作ることも想定されることから、事業参加者が作った場に参加することも設定した。
・そして、初期アウトカムを達成するため、介護予防に参加する拠点を増やすことと周知することを事業内容（活動）とした。



参照：一社）日本老年学的評価研究機構（2021）「官民連携による成果連動型の介護予防の取組関する調査研究事業報告書」を参考に静岡市作成

成果指向型配分枠：取組状況の報告シート

愛知県豊田市

Ⅰ.課題について

①課題の把握方法

○	1 データ分析結果
	2 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
	3 地域ケア会議等における議論
	4 他事業によるニーズの把握
	5 社会動向
○	6 国・都道府県等からの情報提供
	7 その他

②データ分析の内容

豊田市の「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」より豊田市の高齢者（65歳以上、特に75歳以上）人口の推移や割合の変化を確認、介護認定率、介護給付費の実績、1人当たり給付費の増加傾向を把握。
国立社会保障・人口問題研究所の人口推計（全国・地域別）より、団塊の世代（1947～1949年生まれ）が2025年前後で75歳を超えることを確認。豊田市の地域別75歳以上人口推計を参照し、増加のタイミングと量を把握。

③課題の内容

団塊の世代の７５歳到達による後期高齢者の急増（2010年比約2倍）という超高齢社会化、新型コロナウイルスの影響で高齢者の外出機会が減少したことの理由により、肥大化することが懸念されている介護保険給付費額の抑制

Ⅱ.対象層について

①対象層

	1 虚弱な高齢者
	2 事業対象者・要支援認定者
	3 要介護認定者
	4 特定の疾患を持つ高齢者
	5 認知症（の疑いがある）高齢者
	6 独居高齢者
○	7 元気な高齢者
	8 高齢者全般
	9 住民全般
	10 介護家族
	11 その他

②具体的な内容

介護給付費の削減という観点から、要介護認定を受けていない元気な高齢者に設定

Ⅲ.目標等

①中長期・短期の目標

本事業では、介護給付費の適正化を目指し、5年間で累計25,000人の高齢者に社会参加促進サービスを提供し、12.5億円の介護給付費削減を達成することを長期目標とする。
短期的には、年間5,000人の参加者を確保することを目指し、参加による要介護リスクの低減を通じて、段階的に成果を積み上げていく。
なお、今年度より追加で1.25億円を再投資し、目標参加者数を上回る実績を踏まえて、削減目標を当初の10億円から12.5億円へと拡大した。

②目標や指標の設定・進捗管理・評価の実施体制

本事業では、6.25億円の投資に対して、その2倍にあたる12.5億円の介護給付費削減を長期目標として設定。
この目標に対し、必要な社会参加者数を年5,000人と算出（5年間で25,000人）。
この算出には、JAGES（日本老年学的評価研究）の研究協力を得て、科学的根拠に基づいた推計を実施。
事業の効果検証は、以下の2段階で実施
中間評価： 事業2年目終了時点（令和5年度）に、進捗状況の確認を目的として実施
最終評価： 事業終了時（令和8年度）に、事業全体の効果を総合的に評価
これらの評価は、目標設定や指標の算定に協力いただいた JAGES に委託し、客観的かつ専門的な検証を行う。

③設定している評価指標

・アウトプット指標：参加者数や研修の開催回数など、施策や事業の直接の結果を測るもの

社会参加者数

・アウトカム指標：利用者本人の状態の改善や主観的幸福観の向上、要介護認定率の低下など、サービス等の結果としての受益者の変化や効果を表すもの

介護給付費の削減

④進捗管理・評価の方法

要介護リスクの変化は、JAGESの評価方法を用いて、事業開始時（令和３年度）と終了時（令和８年度）の2時点で参加者・非参加者の比較を行い、リスク低減効果を検証。
また、この結果をもとに将来の介護給付費の削減額を推計し、さらに事業期間中の実際の給付費を比較することで、実績としての削減額も算出。

⑤取組の段階

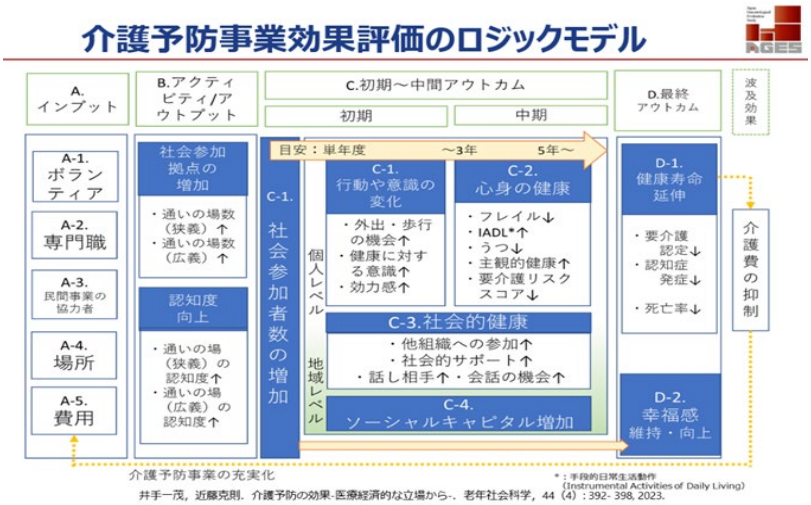
2

1 仮説段階
2 実証（取組）段階
3 評価段階
4 改善・継続段階

Ⅳ.取組の全体像

①取組内容の全体像

人、もの、金が豊田市をフィールドに投入され、社会参加が要介護リスクを低減する効果があるという研究結果（添付資料2）に基づき、社会参加を促進する。その効果として、行動や意識の変化が起き、心身の健康が維持・向上し、要介護リスクも減少。
結果、介護保険給付費額が適正化される。



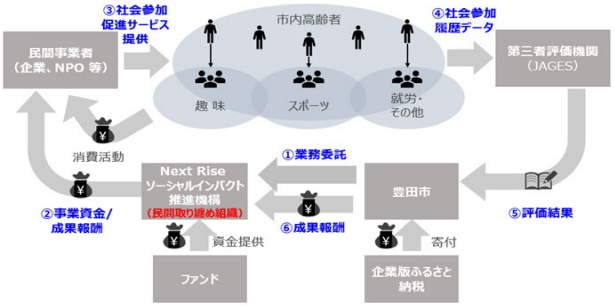
Ⅴ.取組の詳細

①目標を達成するための具体的な手法：取組ｉ

	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
	3 個別支援
	4 研修・勉強会
	5 アドバイザー、専門家等の派遣
	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
○	11 地域資源の活用
○	12 その他　官民連携

②取組内容の詳細：取組ｉ

行政が民間資金を活用して行う成果連動型の事業で、社会課題を解決する新たな官民連携の手法であるソーシャル・インパクトボンドを活用し、ずっと元気！プロジェクトとして以下の体制を構築



・豊田市はNext Riseソーシャルインパクト推進機構（以下、NRS）へ社会参加促進サービスを提供できる事業所の取りまとめを令和３年から８年にかけて委託
・NRSは成果目標を達成するために介護予防に効果的な社会参加促進サービスを提供できる事業所をプロジェクトに参入させ、ファンドから受給した資金を提供
・事業所は提供された資金を活用して、市内高齢者へ社会参加促進サービスを展開
・上記効果を第三者評価機関が要介護リスク点数と介護給付費の削減額を評価
・豊田市は評価に基づき報酬を支払う

上記の体制により、５４社の事業所と連携し、１３０件の社会参加促進サービスを提供し、延べ18,814名の高齢者に参加されている

③予算：取組ｉ

令和３年度～令和８年度の５年間で6.25億円

Ⅵ.現状と今後の展開

①現在までの実績

事業4年目（令和7年度時点）で18,814名に参加いただき、中間の事業評価として令和３年度からの２年間の実績として、給付削減額として、実際にJAGESに評価いただいたところ3.7億円の削減が認められ、目標達成に向けて順調。

②今後見込む成果

目標のアウトプットの5年間で25,000人は達成の見込み
また、介護給付費の削減12.5億円も達成の見込み

③その他、アピールポイント

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

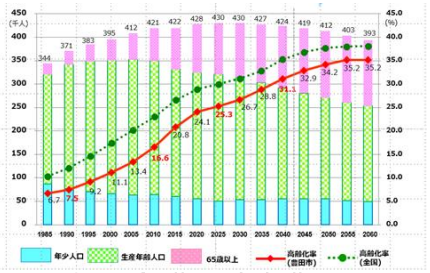
↓取組・事業の内容		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和　　年度
社会参加プログラムの提供		→	→	→	
参加者の集計		○	○	○	
アンケートの実施				→	
介護給付費の算定				○	
効果測定（アウトプット）	目標	5,000	5,000	5,000	
	実績	9,068	9,242		
効果測定（アウトカム）	目標			1,250,000,000円	
	実績				

SIBを活用したずっと元気！プロジェクト（愛知県豊田市）

ミライのフツーをつくろう
SDGs
未来都市とよた

1、プロジェクトの発足経緯

豊田市では毎年、高齢化が進行し、介護認定者が増加
➡ 豊田市の活力が低下、かつ介護の財源負担が増大



状況を改善する新規手法として、令和３年に介護予防事業として発足

2、プロジェクトの概要

高齢者に**社会参加**を促すことで、健康寿命を延伸し、介護給付費を削減

対象者	６５歳以上の高齢者
事業年数	５年（令和３年７月～令和８年６月）
予算	６.２５億円
目標	１２.５億円の給付費削減

3、事業開始からの実績

	新規参加者数	継続参加者数
１年目	２,６０３人	４１１人
２年目	５,８３８人	１,８８１人
３年目	９,０６８人	３,３７２人

事業開始２年時点での第三者評価機関が試算した将来の給付費削減額 **３.７億円**

➡ **介護予防事業として順調**

4、プロジェクトの詳細

ソーシャル・インパクト・ボンド（SIB）※の仕組みを活用し、介護予防に資する社会参加プログラムを様々な事業者が提供するプラットホームを構築

ポイント

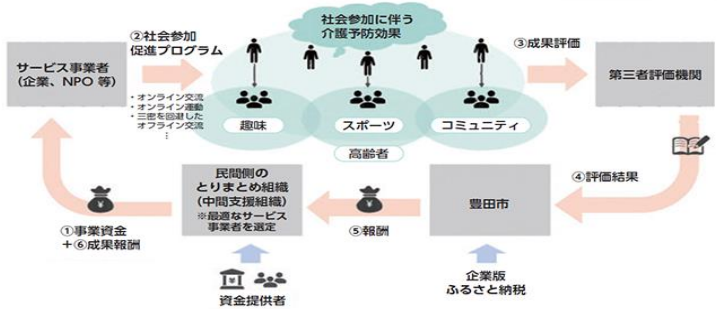
①様々な選択肢の提供
官民連携により、運動のみならず、趣味、エンタメなど様々な分野のプログラムを提供（５８事業所/１３４プログラム）

②民間リソース　・アイデアの積極的活用

③成果を客観的に評価（数値化）
学術機関の研究成果に基づき、プロジェクトの実施効果を評価検証し成果を数値化

プログラム一覧：https://www.city.toyota.aichi.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/044/582/r0611/01.pdf

※ＳＩＢとは、民間資金を活用して革新的な社会課題解決型の事業を実施し、その成果を社会的インパクトとして数値化し、数値に応じて成果報酬を支払う仕組み

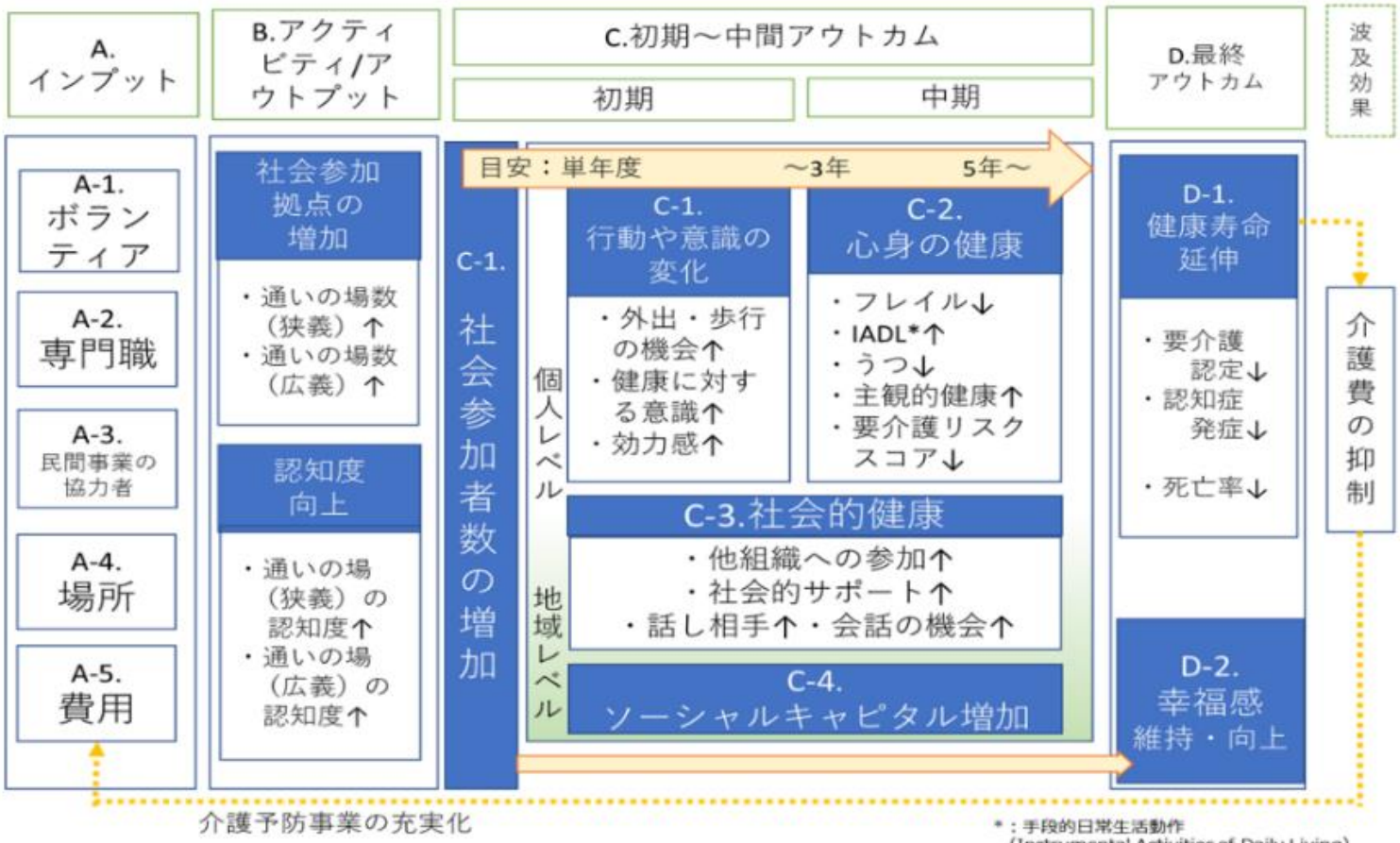


SIBを活用したずっと元気！プロジェクト

ミライのフツーをつくろう
SDGs
未来都市とよた

5、ロジックモデル

介護予防事業効果評価のロジックモデル



*：手段的日常生活動作
(Instrumental Activities of Daily Living)

井手一茂，近藤克則．介護予防の効果-医療経済的な立場から-．老年社会科学，44（4）：392- 398, 2023.

成果指向型配分枠：取組状況の報告シート

山形県山形市

Ⅰ.課題について

①課題の把握方法

○	1 データ分析結果
	2 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
○	3 地域ケア会議等における議論
	4 他事業によるニーズの把握
	5 社会動向
	6 国・都道府県等からの情報提供
	7 その他

②データ分析の内容

地域包括ケア推進協議会において、社会参加による介護予防や、認知症予防により一層効果的な取組を関係機関と共に検討していく必要があるとの指摘があり、また、一般介護予防評価事業においては、社会参加の促進が重度化リスク低減することがわかった。加えて、高齢者実態調査等によると、コロナ禍の影響もあり「閉じこもりリスク」がある高齢者が８．８%から３３．６%に増加しており、高齢者の閉じこもり予防・社会参加を促進するための取組が必要であることが示唆された。

③課題の内容

一般介護予防事業評価事業及び住民のニーズを踏まえ、各訪問型・通所型サービスについて、より自立支援に資するものにするようサービスの見直しが必要であり、従来から実施している介護予防事業や外出支援事業の改善に加え、一番の課題となっている閉じこもりリスクを軽減する必要であることがわかった。また、コロナ禍においても就労等の役割を持った社会参加に対するニーズが明らかになり、よりエビデンスに基づいた高齢者の社会参加に資する取組が重要となる。

Ⅱ.対象層について

①対象層

	1 虚弱な高齢者
	2 事業対象者・要支援認定者
	3 要介護認定者
	4 特定の疾患を持つ高齢者
	5 認知症（の疑いがある）高齢者
	6 独居高齢者
	7 元気な高齢者
○	8 高齢者全般
	9 住民全般
	10 介護家族
	11 その他

②具体的な内容

ニーズ調査により、閉じこもりリスクのある高齢者の割合が前計画策定時の8.8%から33.6%に増加した。また、７５歳、８０歳アンケートにおける社会参加への課題の中で、聴こえの問題について回答する方が一定数みられた。難聴のためにコミュニケーションがうまくいかなくなると、人との会話をつい避けるようになり、次第に抑うつ状態に陥ったり、社会的に孤立してしまう危険もある（一般社団法人 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会）。また、認知症予防ガイドライン（2019、WHO）では、高齢者に対する難聴のスクリーニングと補聴器導入の適時適切な提供が推奨されている。アンケート結果やエビデンス（Lancet）から総合的に判断した結果、難聴のある高齢者が社会参加するために必要な取組として、聴こえのフレイルの予防、早期発見及び早期対応等を行うことにより、聴こえを取り戻すことで自信につながり、社会的孤立を防ぎ、社会活動への参加を可能にすることで、介護予防や認知症予防、ひいては健康寿命の延伸につなげる取組を行っている。

Ⅲ.目標等

①中長期・短期の目標

【長期目標】
要介護(要支援)を受けずに地域で健康に生活している高齢者の割合の維持改善
【中期目標】
聴こえのチェック参加者で語音聴取率60%未満の者の補聴器相談医への受診率の向上
介護予防教室の参加者累計（加齢性難聴や聴こえのフレイルに関する内容）の増加
【短期目標】
アウトリーチ
⑴普及啓発
・これまで実施していない地区コミュニティセンターを中心に介護予防教室を開催（聴こえのチェックと連動）
・関係者向けにヒアリングフレイルサポーター養成講座の開催を継続
・補聴器相談医や言語聴覚士と連携し、より効果的な講座の開催方法を検討
⑵早期発見
・これまで実施していない地区コミュニティセンターを中心に聴こえのチェックを開催（介護予防教室と連動）

②目標や指標の設定・進捗管理・評価の実施体制

医産学官連携による協働機関において年１回以上の進捗状況及びデータの報告を実施することでPDCAサイクルを回し、事業の改善や提案を実施している。事業の実施体制や進捗管理・評価については地域包括ケア推進協議会にて報告及び評価をうけている。

③設定している評価指標

・アウトプット指標：参加者数や研修の開催回数など、施策や事業の直接の結果を測るもの

・介護予防教室（加齢性難聴や聴こえのフレイルに関する内容）の参加者数累計

・アウトカム指標：利用者本人の状態の改善や主観的幸福観の向上、要介護認定率の低下など、サービス等の結果としての受益者の変化や効果を表すもの

・語音聴取率60%未満の者の補聴器相談医への受診率の向上
・要支援１、２及び要介護１の認定者数推移
上記事業のアウトカムが本市計画全体の目標に影響を与える
↓
・要介護（要支援）認定を受けずに地域で健康に生活している高齢者の割合の維持・改善

④進捗管理・評価の方法

令和６年度からの介護保険事業計画に合わせ、年１回、地域包括ケア推進協議会において、進捗状況と評価を報告、外部委員より承認を受けている。また、医学産官の連携協働機関との間で、年１回以上の報告会を開催し、進捗状況及びデータの報告を実施することでPDCAサイクルを回し事業の改善や提案を実施している。最終的には、データ分析による補聴器の装用による社会参加との関連や聴こえが及ぼす認知機能や社会参加への影響等を測り、事業効果を測定する。

⑤取組の段階

2

1 仮説段階
2 実証（取組）段階
3 評価段階
4 改善・継続段階

Ⅳ.取組の全体像

①取組内容の全体像

別添

Ⅴ.取組の詳細

①目標を達成するための具体的な手法：取組ⅰ

○	1 データ分析・調査
○	2 アセスメント
○	3 個別支援
○	4 研修・勉強会
○	5 アドバイザー、専門家等の派遣
○	6 広報・啓発、情報提供
○	7 コーディネーター等の人員配置
○	8 財政支援
○	9 ルール・マニュアルづくり
○	10 ICT・デジタル技術の活用
○	11 地域資源の活用
○	12 その他　医産学官連携による協働機関におけるPDCAサイクル実施

②取組内容の詳細：取組ⅰ

〇聴こえくっきり事業(拡充)
【内容】
　聴こえのフレイルの普及啓発、早期発見・早期対応、フォローアップ及び追跡調査等によるデータ分析をパッケージにした事業を医学産官の関係機関との連携協働により実施することで、PDCAサイクルを回した好循環の取組を行うことで、聴こえにくさが原因による社会参加の障壁をなくし、高齢者の社会参加を促進する。
【普及啓発】ヒアリングフレイルの普及啓発、介護予防教室、75歳・80歳アンケート等
【早期発見】アプリ「みんなの聴脳力チェック」を活用した語音聴力チェック・言語聴覚士による個別相談、自ら補聴器相談医を受診
【早期対応】補聴器相談医による診察、補聴器処方箋、補聴器購入費の支援（一部補助）、補聴器相談医と認定補聴器専門店による補聴器の使い方等の指導・調整
【フォローアップ】補聴器相談医での定期受診(聴こえの状況の確認・評価)、認定補聴器専門店による補聴器の調整・使用状況の確認、相談
【データ分析】対象者の聴こえや活動意欲・行動の変化の調査分析
【スケジュール】
⑴普及啓発
・これまで実施していない地区を中心に介護予防教室の開催を拡大（ﾁｪｯｸと連動）
・居宅介護支援事業所職員等を対象に開催
・医師や言語聴覚士と連携し、より効果的な講座開催方法を検討
⑵早期発見
・これまで実施していない地区を中心に実施拡大
⑶データ分析：補聴器装用者のアンケート結果を蓄積し、分析することで事業効果の検証につなげていく

③予算：取組ｉ

9,050千円

Ⅵ.現状と今後の展開

①現在までの実績

アウトプット
介護予防教室参加者累計　363人
Ｒ４　　44人
Ｒ５　　86人
Ｒ６　　72人
Ｒ７　161人
アウトカム
・語音聴取率60%未満の者の補聴器相談医への受診率の向上　Ｒ６　75%
・要支援１、２及び要介護１の認定者数推移　指標として実績値のみ
・要介護(要支援)を受けずに地域で健康に生活している高齢者の割合の維持改善　３年毎に評価

②今後見込む成果

・チェックで受診勧奨を受けた方の受診率１００%を目指し、未受診者の個人因子を分析することで、今後の効果的な受診勧奨につなげる
・補聴器購入群と非購入群との社会参加状況の比較を行い、事業が市民の社会参加につながるかの効果検証を行う
・要介護(要支援)を受けずに地域で健康に生活している高齢者の割合を維持改善する

③その他、アピールポイント

参加者の拡大を目指し、引き続き、これまで実施していない地区コミュニティセンターを中心に介護予防教室を開催、事業の協力者となる居宅介護支援事業所や地域包括支援センターを中心にヒアリングフレイルサポーター養成講座の開催を継続する。加えて、医産学官連携による協働機関と連携し、PDCAサイクルを回すことで事業の改善につなげる。

また、エビデンスに基づく事業の質的向上を目指し、聴こえが及ぼす高齢者の社会参加や認知機能への影響や聴こえのチェック後の受診行動と個人因子の関連を分析し、より効果的な事業となるようブラッシュアップしていく。

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

↓取組・事業の内容		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度
介護予防教室の参加者累計（加齢性難聴や聴こえのフレイルに関する内容）					
効果測定（アウトプット）	目標	150人	220人	390人	560人
	実績	202人	363人（R7.6月末）		
聴こえのチェック参加者で語音聴取率60%未満の者の補聴器相談医への受診率の向上					
効果測定（アウトカム）	目標	100%	100%	100%	100%
	実績	75%			
要支援１、２及び要介護１の認定者数推移（１号）					
効果測定（アウトカム）	目標				
	実績	5,683人	5,713人（R7.6月末）		
要介護(要支援)を受けずに地域で健康に生活している高齢者の割合の維持改善					
効果測定（アウトカム）	目標	83.2%	83.2%	83.2%	
	実績	83.0%	83.0%（R7.6月末）		

山形市ロジックモデル(抜粋)

【基本理念とビジョン】

基本理念「**地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの深化・推進**」を踏まえ、山形市が目指す高齢者の未来像をビジョンとして設定し、その達成に有効な施策を本計画に位置付け推進している。また、ビジョンのもとに大目標を掲げ、さらに大目標ごとに、具体的な視点ごとに中目標を掲げている。

【目標と指標】

中目標ごとに、ビジョンを達成するための具体的な取組（小目標）を設定するとともに、大目標・中目標・小目標それぞれに指標を設定した。それぞれの指標は関連しており、事業実施により参加者(市民)等及び地域全体へ影響を与えることで、ビジョンを達成できる仕組みとなっている。この指標をみることで施策の有効性や投入量などの検証につながる設定をしている。

【課題と取組】

ニーズ調査から閉じこもりリスクの増加が懸念され、また、認知症高齢者の増加が予想されることから、閉じこもり予防・社会参加を促進するための取組をエビデンスに基づき実施する。

《進捗状況を示す指標について》

①健やかに生きがいを持って生活するためのビジョン			令和4年度時点
大目標	高齢者が自らの能力を活かしながら、住み慣れた地域で支え合い、いきいきとした暮らしができている	大目標の指標：主観的健康感が向上した高齢者の増加	79.0%
		大目標の指標：主観的幸福感が向上した高齢者の増加	61.8%
中目標 視点Ⅰ：社会参加	高齢者が社会の中で役割を持って活動的に暮らしている	中目標の指標：社会参加活動への参加割合を高める	75.6%
小目標①	短期集中の運動機能向上プログラムにより、生活行為を改善し、生活を継続できるよう、通所型サービスCの利用を促進する 【施策の体系】 2 介護予防・生活支援・地域づくりの推進 (1) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進 ① 介護予防・生活支援サービス事業	小目標の指標 地域全体への影響：週2回以上外出している高齢者の増加	81.7%
		小目標の指標 地域全体への影響：階段を手すり等をつたわらず昇っている高齢者の増加	63.4%
		小目標の指標 参加者等への影響：椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がっている高齢者の増加	77.4%
		小目標の指標 参加者等への影響：１５分位続けて歩いている高齢者の増加	66.8%
		施策の展開状況：総合事業の通所型サービス新規利用者に占める通所型サービスCから始める利用者の割合	45.7%

【全体目標】

「要介護(要支援)認定を受けずに地域で健康に生活している高齢者の割合８３．２％を維持・改善すること」

(小目標)

「住民主体の通いの場」の立ち上げと活動の継続を支援するとともに、リハビリテーション専門職の派遣などによる充実を図る」

(目標値)

- **通いの場の箇所数　１０４(R５)→１２８か所(R8)**
- **通いの場の参加者数　１，８６２(R５)→２，２１４人(R8)**

※高齢者実態調査結果を分析したところ、社会活動に参加している人としていない人の要介護リスク出現率の差が明らかになったことから、通いの場への参加により効果を受ける人数（認定者数及び事業対象者数を減少）を算出し、目標値を達成することで、令和８年度までに６０人の認定者数及び事業対象者数を減少させることができる。

《計画全体のビジョン》

《健やかに生きがいを持って生活するためのビジョン》

（大目標）： 高齢者が自らの能力を活かしながら、住み慣れた地域で支え合い、いきいきとした暮らしができている

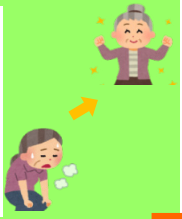
（中目標）

視点Ⅰ：社会参加

高齢者が社会の中で役割を持って活動的に暮らしている

視点Ⅱ：介護予防、生活支援

高齢者が住み慣れた地域の中でいきいきと暮らしている



《介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して生活するためのビジョン》

（大目標）： 要介護者が住み慣れた地域で安心して自らの意思で望む暮らしができている

（中目標）

視点Ⅰ：本人の在宅生活の継続性の確保

住み慣れた地域で安心して自らの意思で望む暮らしができている

視点Ⅱ：家族等介護者の就労の継続

支え合いながら安心して介護ができ仕事も続けられている

視点Ⅲ：サービス提供体制の確保

必要なサービスが確保できている

要介護認定を受けずに健康に生活している高齢者の割合(８３．２%)を維持・増加

山形市事例紹介

高齢者移動支援サービス検討事業

【内容】 高齢者の外出機会の確保・拡大を支援するため、買い物など日常生活上必要となる行先の希望をとり、地区住民が主体となって民間タクシーへの同乗をコーディネートする活動に対して補助を行う。

【事業】 コーディネーター（地域住民）が、買い物や通院など日常生活を営む上で必要となる行先（方面）の希望をとり、AIマッチングアプリ等を活用しながら、タクシーへの同乗をマッチングする。運行はタクシーを使用し、利用料は乗客から徴収した利用料と市からの補助でまかなう。対象団体は、高齢者等の移動を支援する団体、ボランティア等。

【事業の効果】 **大目標の指標への影響**

・主観的健康感が向上した高齢者の増加
・主観的幸福感が向上した高齢者の増加

関連

中目標の指標への影響

・高齢者の機能低下等の判定に該当する高齢者の減少
・社会参加活動への参加割合を高める

関連

小目標（地域・参加者）の指標への影響

・友人・知人と会う頻度の多い高齢者の増加・週２回以上外出している高齢者の増加　・社会参加活動の参加意向がある高齢者の増加　・外出を控えている高齢者の減少　等

聴こえくっきり事業

【内容】

高齢者が社会参加するために必要な取組として、聞こえの衰え(加齢性難聴)の早期発見及び早期対応、対応後のフォローアップ等を行うことにより、社会的孤立を防ぎ、介護予防や認知症予防、ひいては健康寿命の延伸につなげる。あわせて、官民協働によりデータ分析まで行うことで効果的な事業とする。

【①普及啓発】

聴こえのフレイルの普及啓発、介護予防教室、75歳・80歳アンケート等

【②早期発見】

アプリを活用した語音聴力チェック・言語聴覚士による個別相談、自ら補聴器相談医を受診

【③早期対応】

補聴器相談医による診察、必要に応じ補聴器処方箋の発行、補聴器購入費の支援、補聴器相談医と認定補聴器専門店による補聴器の使い方等の指導・調整

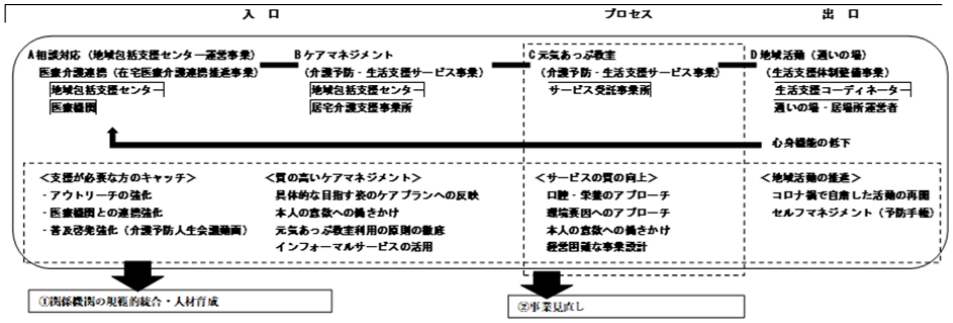
【④フォローアップ・データ分析】

補聴器相談医での定期受診、認定補聴器専門店による補聴器の調整、対象者の聴こえや活動意欲・行動の変化の調査分析

介護予防モデル再構築事業

【内容】 高齢者が住み慣れたまちで自分らしい生活にチャレンジできるよう、身体機能や意欲の向上を目指し、「地域包括支援センターの相談対応」「元気あっぷ教室（通所型サービスC）」「生活支援コーディネーターによる地域づくり」「居場所や通いの場の推進」等の取組を有機的に連動させ、パッケージ化することで、高齢者に対して切れ目のない効果的な支援が継続的に行われるような介護予防モデルを構築していく。

【事業】 介護予防が効果的に稼働・継続するように、サービス従事者の規範的統合を図るための研修、ワーキングによる対話、内容検討等を実施する。



成果指向型配分枠：取組状況の報告シート

神奈川県平塚市

Ⅰ.課題について

①課題の把握方法

○	1 データ分析結果
	2 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
	3 地域ケア会議等における議論
○	4 他事業によるニーズの把握
	5 社会動向
	6 国・都道府県等からの情報提供
	7 その他

②データ分析の内容

オーラルフレイル健康課題の検証
【同県他市比較】神奈川県が公開したフレイル事業データを参照し、他市のフレイルリスクの有症率と比較した。結果、本市では口腔機能低下の出現率が多いことを確認した。
【同市地域比較】口腔機能低下の頻度と人口統計補正済み地域差を日常生活圏域ニーズ調査やKDBシステムにより確認した。
【地域資源分析】課題解決の実践に向けて、介護予防に積極的に取り組む意識を有する高齢者の割合、商店街等で健康体操等に取り組む地区、歯科医療専門職の充填、地域の活動拠点の有無など、日常生活圏域ニーズ調査や担当者面接等質的調査により明らかとした

③課題の内容

県内他市と比較して高齢者の「口腔機能低下（オーラルフレイル）」の該当者が多く、市内地域差が認められた。そこで東京大学 高齢社会総合研究機構の監修のもと、住民主体のオーラルフレイル予防教室を新規企画し、R３年度から実施した。その結果、教室参加者のオーラルフレイル、フレイルリスク指標は改善した。しかし、従来型の健康教室と同様に、自発的に参加する高齢者のみへの限局的な啓発にとどまった。そこで日常生活圏域ニーズ調査やKDBシステムを元に市内の傾向を分析し、口腔機能低下傾向の高齢者が多くかつ健康増進や地域活動への意欲が比較的高い圏域をターゲットとした地域集中型のオーラルフレイル啓発を実施することとなった。

Ⅱ.対象層について

①対象層

○	1 虚弱な高齢者
○	2 事業対象者・要支援認定者
	3 要介護認定者
	4 特定の疾患を持つ高齢者
	5 認知症（の疑いがある）高齢者
○	6 独居高齢者
○	7 元気な高齢者
○	8 高齢者全般
○	9 住民全般
	10 介護家族
	11 その他

②具体的な内容

オーラルフレイルという課題に対し、
①積極的啓発（予定も含む）
オーラルフレイル予防教室の実施。主体的に参加を希望する高齢者だけでなく、KDBデータの分析から口腔フレイルに該当し、年度末年齢80歳以下の者に対し、通知にて教室等の参加を勧奨。また、一体的実施ハイリスクアプローチ担当者や地域包括支援センター等の地域組織と連携し、フレイル傾向の高齢者に対して教室参加を勧奨
②地域全体への介護予防普及啓発（予定も含む）
KDBシステム及び日常生活圏域ニーズ調査等から集中啓発圏域を決定。歯科医院や薬局、ドラッグストア等と連携しオーラルフレイル予防の啓発、地域包括支援センターによる普及啓発、自治会と連携し回覧等による普及啓発を実施。

Ⅲ.目標等

①中長期・短期の目標

中・長期目標
・要支援・要介護認定新規認定率の軽減
・要支援・要介護認定介護度の維持
（介入地域と非介入地域間の比較を行い、各指標の効果量に対して相対比20%程度の地域差を目標とする。）
・介護給付費の削減
短期目標
・オーラルフレイルの認知率向上（40歳以上住民の50%以上が認知）
・予防意識・行動変容者率（認知者の30%以上が意識・行動実践）

②目標や指標の設定・進捗管理・評価の実施体制

指標の設定や評価は、「地域におけるフレイル予防の活性化に関する連携協力協定」を締結している東京大学高齢社会総合研究機構の助言をもとに実施。進捗管理は担当課内の会議等で概ね１か月ごとに実施したり、大学に出向している市職員が中心となって大学と適宜相談し実施している。また、地域包括支援センターとも連携し、地域健康課題の共有や地域集中啓発事業の進捗管理をし、年度末や年度当初に事業効果検証結果や今後の方向性を報告している。単年度ごとの実績評価及び報告は、一般介護予防事業評価会議等を活用している。

③設定している評価指標

・アウトプット指標：参加者数や研修の開催回数など、施策や事業の直接の結果を測るもの

①介護予防に関する積極的介入：
オーラルフレイル予防教室実施回数及び参加者数
②地域全体への介護予防普及啓発
地域のキーパーソンの動員組織数（自治会、商店街、医師会、歯科医師会、医療専門職、歯科等＋産業）
啓発媒体掲示・配布数

・アウトカム指標：利用者本人の状態の改善や主観的幸福観の向上、要介護認定率の低下など、サービス等の結果としての受益者の変化や効果を表すもの

①介護予防に関する積極的介入：
・オーラルフレイルリスクの改善（OF-5有症率、滑舌測定値）、要支援・要介護新規認定率の軽減、要支援・要介護認定レベルの維持・改善、短期的介護給付費の削減
②地域全体への介護予防普及啓発
・オーラルフレイルの認知率向上、予防意識・行動変容者率、オーラルフレイルの発症率減少、要支援・要介護新規認定率の軽減、要支援・要介護認定レベルの維持、短期的介護給付費の削減
集中啓発地区とその他の地域間の比較を行い、各指標の効果量に対して相対比20%程度の地域差を目標とする

④進捗管理・評価の方法

開始年度：令和4年度　達成目標年度：令和12年度
評価手法・測定方法：
・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び一般高齢者調査（３年ごと）
・郵送アンケートによる意識・行動変容調査（令和8年度実施予定）
・KDB（後期高齢者健康診査結果及びレセプト情報）分析・フレイルチェック分析（単年度ごと）
結果は庁内会議及び連携協力協定を締結している東京大学高齢社会総合研究機構と共有し、目標値との乖離が大きい場合は事業内容を見直す。
事業の進捗管理については②参照

⑤取組の段階

2

1 仮説段階
2 実証（取組）段階
3 評価段階
4 改善・継続段階

Ⅳ.取組の全体像

①取組内容の全体像

別添ロジックモデル参照

Ⅴ.取組の詳細

※複数の取組を申請された場合は、設定した目標を達成するためにより効果的と思われる取組を２つ取り上げて回答

①目標を達成するための具体的な手法：取組ｉ

○	1 データ分析・調査
○	2 アセスメント
	3 個別支援
○	4 研修・勉強会
○	5 アドバイザー、専門家等の派遣
○	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
○	11 地域資源の活用
	12 その他

②取組内容の詳細：取組ｉ

介護予防に関する積極的介入：高齢者のオーラルフレイル・フレイル意識変容及び予防行動を促進するため、フレイルサポーターによる住民主体のオーラルフレイル予防カムカム教室を実施する。
対象層は地域在住65歳以上高齢者（施設入所者は含まず）である。
見込む成果→「教室実施回数及び参加者数」と「オーラルフレイルリスク改善率（滑舌測定）」
具体的な手法→住民ボランティア（フレイルサポーター）によるオーラルフレイル予防カムカム教室の開催
教室の概要→フレイルサポーターが市専門職（保健師、歯科衛生士、管理栄養士、理学療法士）と東京大学高齢社会総合研究機構が監修した教室プログラムを学び、主体的に運営。市内全域で約２０回（１会場につき２日間）実施する中で、集中啓発地区では小学校区ほどの範囲で回数多く開催している。
教室の内容→フレイル・オーラルフレイル、噛むことの健康効果、噛む力を育てる調理方法等の工夫、口腔体操などの実例をフレイルサポーターが講師となって講話する。また参加者とフレイルサポーターがグループワークを行い、日常生活習慣の中で実践できそうな各々のオーラルフレイル・フレイル予防の目標を考え、行動変容の動機付けを行っている。また、参加者自身のオーラルフレイルの見える化（滑舌測定、咀嚼チェックガム）や、オーラルケア体験、ケア啓発品を配布し自宅で実践することで行動変容の維持を促している。更に教室の内容や啓発品を会話のきっかけとして他者への普及を図っている。教室の効果は、参加者アンケートや滑舌測定、咀嚼チェックガム吸光度測定数値の前後比較やフレイルチェック等で検証している。

③予算：取組ｉ

5,000,000円（介護保険特別会計 地域支援事業費） なお教室テキスト及びオーラルケア啓発品等は企業及び東京大学高齢社会総合研究機構から提供

④目標を達成するための具体的な手法：取組 ii

○	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
	3 個別支援
	4 研修・勉強会
	5 アドバイザー、専門家等の派遣
○	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
○	10 ICT・デジタル技術の活用
○	11 地域資源の活用
	12 その他

⑤取組内容の詳細：取組 ii

地域全体への介護予防普及啓発：R4年度にモデル地区で実施した産官学民協働によるオーラルフレイル予防の普及啓発を効果検証し、令和７年度からの新規事業として実施します。
対象層→40歳以上住民
見込む効果→オーラルフレイル認知率向上及び有症率の改善、介入地区の要介護新規認定の抑制、介護度の維持及び改善、短期的介護給付費の抑制
具体的な手法→産官学民協働によるオーラルフレイル予防普及啓発ポスター及びリーフレットの制作、同ポスター、リーフレットを市内歯科医院、薬局、医療機関、ドラッグストア等へ配布、平塚歯科医師会歯科医師によるオーラルフレイル予防講座や住民主体のオーラルフレイル予防教室の集中開催、老人会や地域包括支援センターなど地区組織が実施するイベントでのオーラルフレイルチェック体験、教育、普及啓発媒体の配布、産業界提供のオーラルケア品の体験や配布等
実施体制→
・啓発媒体の作成・監修：市介護予防担当とフレイルサポーター、産業界で企画、作成。作成に当たっては平塚歯科医師会や平塚保健福祉事務所歯科医師、歯科衛生士等からの助言を受けた。また、全体の監修は東京大学高齢社会総合研究機構が担当した。
・普及啓発：オーラルフレイル予防教室を担うのはフレイルサポーターで、教育内容については市介護予防担当の専門職が助言。また、地域の通いの場、老人会等のサロンには地域包括支援センター専門職が出向き教育を実施。これらのオーラルフレイル教育参加者に対し、産業界から提供を受けたオーラルケア用品を配布し自宅での予防行動を促した。また、市内を走るバス車内デジタルサイネージでの啓発等によるオーラルフレイル予防啓発を実施
なお、集中啓発は令和7年10月頃から対象地区で実施予定。R8年度以降は地域の健康課題等のアセスメントをもとに対象地区を選定し、令和12年度を目標に市内全圏域に展開します。効果検証については、R8年度に郵送によるアンケート調査及びKDBデータ解析等にて評価を予定。その後は主に日常生活圏域ニーズ調査やKDBデータ分析をもとに評価予定。

⑥予算：取組 ii

5,600,000円（介護保険特別会計地域支援事業費）、なおＲ8年度実施予定のアンケート調査・分析費用については東京大学高齢社会総合研究機構との共同研究として大学が負担予定。

Ⅵ.現状と今後の展開

①現在までの実績

これまでの実績（地域集中啓発地区の実績のみ記載）
【アウトプット】カムカム教室開催回数８回/参加者数87人、オーラルフレイル予防講座（歯科医師と歯科衛生士による講話）開催回数2回/参加者数25人、キーパーソン動員組織数52組織、ポスター・リーフレット配布枚数約2300枚
地域イベントでの啓発約450人
【アウトカム】オーラルフレイル認知率：市内全域平均63.3→73.5%　介入地区59.8→75%、オーラルフレイルの発症比率：介入地区は市内全域に比べて0.72倍、　フレイルのリスクの維持比率：介入地区は市内全域に比較して1.21倍、フレイルリスク悪化傾向の比率：介入地区は市内全域に比べて0.74倍
これらの状況から目標達成に向けた進捗は順調である。
なおR7年度の集中啓発は10月から実施予定。

②今後見込む成果

住民主体のオーラルフレイル予防教室は市内全域にて実施している。令和7年10月頃から対象地域でのオーラルフレイル地域集中啓発を実施することで、市内全域のオーラルフレイル認知率向上と同時に、対象地域の更なるオーラルフレイル認知率向上及びオーラルフレイル有症率の軽減、要支援・要介護新規認定者の軽減、要支援・要介護認定度の維持、短期的介護給付費の抑制などの効果を見込んでいる。

③その他、アピールポイント

行政がKDBシステムや各種調査結果をもとに日常生活圏域ごとの健康課題をアセスメントし、地域と住民ボランティアや産業界、学術機関等の資源を連携（産官学民連携）することで、地域全体へのフレイル予防の普及啓発、意識変容の促進を期待できることがこの取組の魅力だと感じています。産官学民連携のそれぞれが持つ力は以下のように考えています。
・フレイルサポーター（住民ボランティア）：フレイル予防の当事者であり、かつ先駆的に実践している者として、高齢者同士のエンパワメントによる意識行動変容の促進を図る
・産業界：フレイル予防の意識・行動変容や予防行動の維持のための豊富な啓発手法や啓発媒体の提供
・学術機関：エビデンスに基づく知見の提供と効果検証
・行政：地域の健康課題の分析や地域資源、キーパーソンの発掘、計画に基づく戦略的な事業展開

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

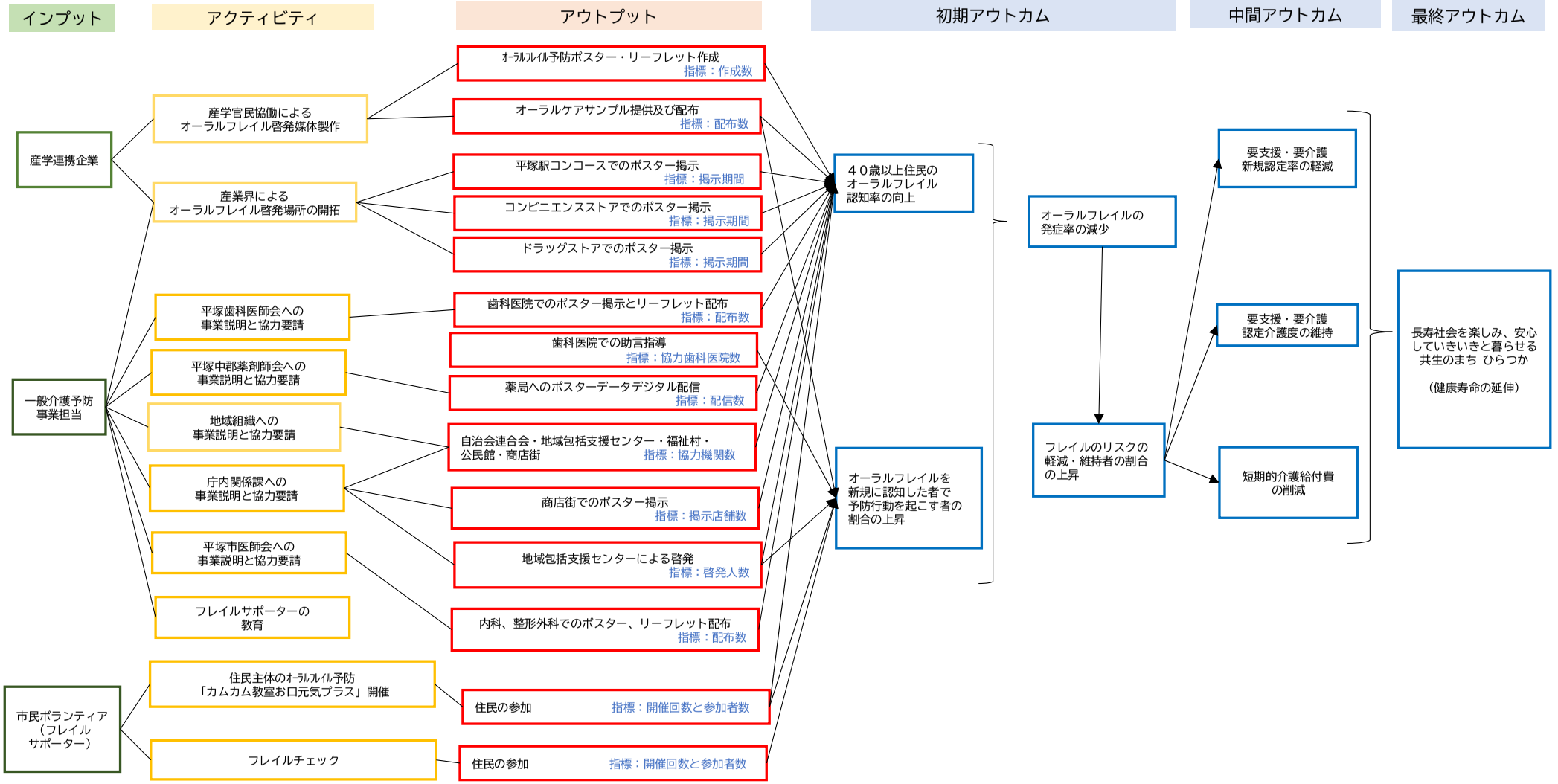
↓取組・事業の内容	令和４年度	令和７年度	令和８年度以降	令和１２年度（目安）
住民主体のオーラルフレイル予防カムカム教室の開催	集中啓発地区（花水・なでしこ地区）でオーラルフレイル予防教室を実施	集中啓発地区（旭北・旭南地区）でオーラルフレイル予防教室を実施（目標：4回）（市内全域では年間20回実施）	市内の２圏域で集中的に実施（対象地区を検討中）	市内全ての日常生活圏域にて実施
オーラルフレイル予防啓発ポスター配布	歯科医院、薬局、ドラッグストア、飲食店、駅コンコース等へ配布・掲示	歯科医院、薬局、ドラッグストア等へ配布・掲示（目標：約30枚）	歯科医院、薬局、ドラッグストア等へ配布・掲示（目標約30枚）	市内全ての日常生活圏域にて実施
オーラルフレイル予防啓発リーフレット配布	歯科医院、地域包括支援センター、市主催の健康教室等で配布	歯科医院、薬局、医療機関、ドラッグストア、地域包括支援センター、通いの場、オーラルフレイル予防教室や市主催のフレイル予防イベント等で配布（目標：約1000部）	各啓発拠点効果を確認しながらより効果的な拠点での配布を実施	市内全ての日常生活圏域にて実施
オーラルフレイル教育の実施（地域包括支援センター）	集中啓発地区の地域包括支援センターによるオーラルフレイル予防教育の実施	集中啓発地区の地域包括支援センターによるオーラルフレイル予防教育の実施（目標１圏域につき約250人）	集中啓発地区の地域包括支援センターによるオーラルフレイル予防教育の実施（目標１圏域につき約250人）	市内全ての日常生活圏域にて実施
オーラルフレイル教育の実施（平塚市）	平塚歯科医師会等と連携したオーラルフレイル教育やフレイル予防セミナーの実施	平塚歯科医師会等と連携したオーラルフレイル教育の実施（目標：市内中心部と集中啓発地区で各1回）、市中心部でフレイル予防セミナーを実施	平塚歯科医師会等と連携したオーラルフレイル教育の実施（目標：市内中心部と集中啓発地区で各1回）、市中心部でフレイル予防セミナーを実施	市内全ての日常生活圏域にて実施
フレイルサポーターへのオーラルフレイル教育	東京大学高齢社会総合研究機構や平塚保健福祉事務所と連携して教育を実施	フレイルサポーターの養成及び東京大学高齢社会総合研究機構や平塚保健福祉事務所と連携してオーラルフレイル教育を実施	東京大学高齢社会総合研究機構や平塚保健福祉事務所と連携して教育を実施	市内全ての日常生活圏域にて実施

デジタル技術等の活用によるオーラルフレイル・フレイル予防普及啓発			バス車内広告（デジタルサイネージ）によるオーラルフレイル予防啓発	バス車内広告（デジタルサイネージ）によるオーラルフレイル・フレイル予防啓発のの他効果的な方法を検証	市内全ての日常生活圏域にて実施
平塚歯科医師会・医師会・薬剤師会及び平塚保健福祉事務所等関係機関との連携		年度当初や中間での意見集約や年度末の事業報告等、適時連携を図る	年度当初や中間での意見集約や年度末の事業報告等、適時連携を図る	年度当初や中間での意見集約や年度末の事業報告等、適時連携を図る	事業効果検証結果の報告や今後の方向性の協議を実施
フレイルチェックの実施		市内全域で年間４０回を目安に実施	市内全域で年間４０回を目安に実施	市内全域で年間４０回を目安に実施	市内全域で年間４０回を目安に実施
効果測定（アウトプット）	目標		集中啓発地区のオーラルフレイル予防教室開催回数8回参加者数120人、リーフレット配布数1000枚、ポスター掲示30枚、地域包括支援センターによるOF教育実施者数500人	集中啓発地区のオーラルフレイル予防教室開催回数8回参加者数120人、リーフレット配布数1000枚、ポスター掲示30枚、地域包括支援センターによるOF教育実施者数500人	集中啓発地区のオーラルフレイル予防教室開催回数8回参加者数120人、リーフレット配布数1000枚、ポスター掲示30枚、地域包括支援センターによるOF教育実施者数500人
	実績	教室開催回数８回/参加者数87人、オーラルフレイル予防講座（歯科医師と歯科衛生士による講話）開催回数2回/参加者数25人　キーパーソン動員数52　ポスター・リーフレット配布枚数約2300枚　地域イベントでの啓発約450人			

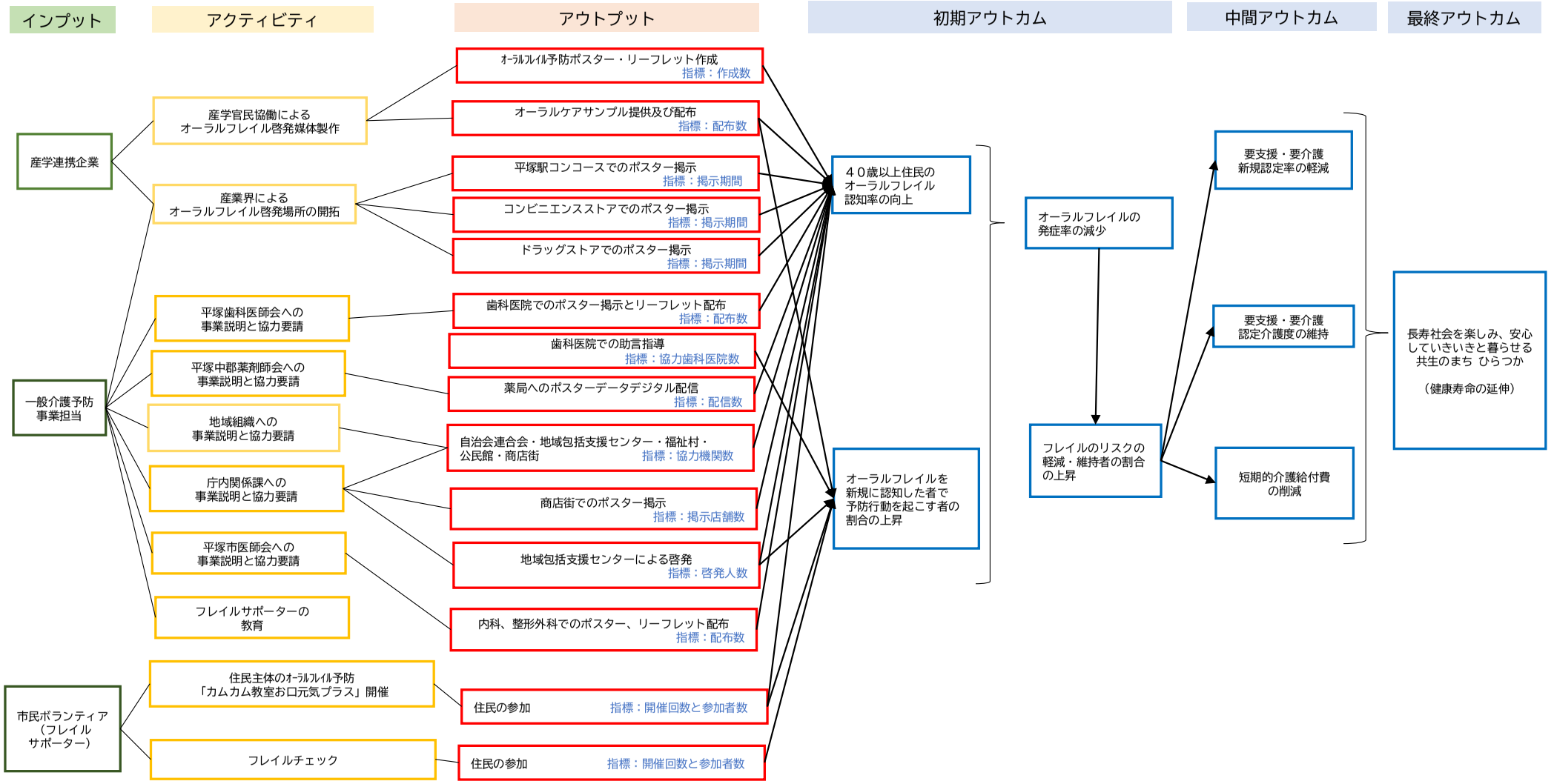
効果測定（アウトカム）	目標	オーラルフレイル（OF）認知率向上 オーラルフレイル発症者の軽減 フレイル重症化の抑制	オーラルフレイル（OF）認知率の向上 （日常生活圏域ニーズ調査より）	地域集中啓発地区のオーラルフレイル認知率の向上 予防意識・行動変容者率の増加（新規認知者の30%） ｵｰﾗﾙﾌﾚｲﾙ発症者の軽減（年間10%程度）	令和12年度までにオーラルフレイル認知率の向上（40歳以上市民の50%）要支援・要介護認定新規認定率の抑制（３年間で３%程度）、要支援要介護認定度の維持・軽減率（認定者の80%）、介護給付費の軽減
	実績	OF認知率：市内全域平均63.3→73.5%　介入地区59.8→75% OF発症比率：介入地区0.72倍 オーラルフレイル改善比率：介入地区 1.21倍 フレイル傾向悪化比率：介入地区0.74倍			

平塚市オーラルフレイル・フレイル予防普及啓発ロジックモデル

別紙４



平塚市オーラルフレイル・フレイル予防普及啓発ロジックモデル



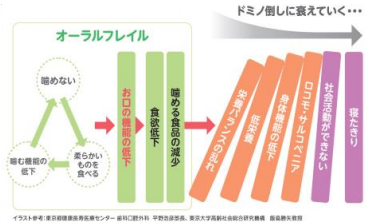
【概要】産官学民協働によるオーラルフレイル地域丸ごと普及啓発の取組について

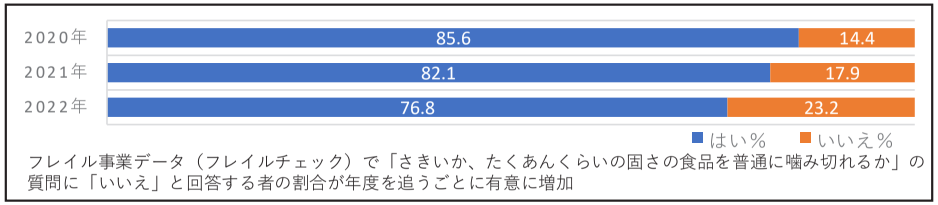
1 背景

高齢化が急速に進む中で、「高齢者が地域で生きがいを持ち健康で生き生きと毎日を楽しむことができる社会の実現」の重要性が増している。そのため本市では介護保険事業計画【第9期】の重点施策に「フレイル予防」を位置づけ推進している。

2 課題

高齢者におけるフレイルリスク評価の中で特に「オーラルフレイル（口腔機能の軽微な衰え）リスク」の該当者が同県他市と比べ多く、市内地域差が認められた。オーラルフレイルはフレイルの前段階であり、フレイルの進行とその後の要介護状態に続く要因となり、将来的な介護給付費逼迫が懸念される。そのためオーラルフレイル予防を重視したフレイル対策が急務であると判断した。





フレイル事業データ（フレイルチェック）で「さきいか、たくあんくらいの固さの食品を普通に噛み切れるか」の質問に「いいえ」と回答する者の割合が年度を追うごとに有意に増加

（1）**同県他市比較：** 神奈川県が公開したフレイル事業データを参照し、他市のフレイル有症率と比較した結果、本市では口腔機能低下リスクの出現率が高いことを確認。
（2）**同市地域比較：** 口腔機能低下リスクの頻度と人口統計補正済み地域差を日常生活圏域ニーズ調査により確認した。同様に介護予防と保健事業の一体的実施事業の活動支援ツールを活用し、後期高齢者のKDBにより確認
（3）**地域資源分析：** 課題解決の実践に向けて、介護予防に積極的に取り組む意識を有する高齢者の割合、通いの場や商店街等で健康体操等に取り組む地区、歯科医療専門職の充填状況、地域の活動拠点の有無など担当者面接等も含めた質的調査にて対象地域を選定

2 取組内容

日常生活圏域（13圏域）の中から集中啓発圏域を年度ごとに選定し、以下の集中啓発を実施。
（1圏域6,203名程度。市全体では1３圏域66,950名程度）

（1）オーラルフレイル・フレイル予防に関する積極的な啓発（集団介入）
高齢者のオーラルフレイル・フレイルに対する意識変容・予防行動を促進するため、フレイルサポーターによる住民主体のオーラルフレイル予防教室「カムカム教室（お口元気プラス）」の実施
対象：地域在住65歳以上高齢者（施設入所者は含まず）。

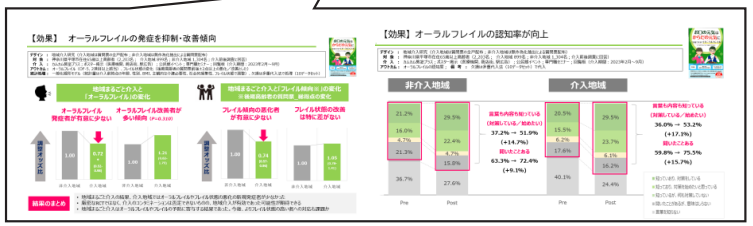
（2）地域全体への普及啓発（啓発介入）
産官学民連携による普及啓発媒体等と地域資源（医師会、歯科医師会、通いの場・商店街等）を活用した普及啓発を実施
対象：概ね40歳以上の地域住民

3 成果指標

40歳以上の自立した地域住民の50％以上が、オーラルフレイルの重大性と早期からの介護予防の重要性を把握し、その内、30％程度の予防意識や行動変容を促す。結果として、地域住民のオーラルフレイル発症率やフレイルの進行を年間10％軽減させることで、3年間の要介護認定の新規受給者を３％程度減少させる。

4 スケジュール

令和4～5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度～
・啓発媒体作成 ・フレイルサポーター教育 ・対象地域への事業説明 ・モデル地区での集中啓発を実施	・効果検証 ・検証結果を対象地域及び関係機関へ報告 ・より効果的なスキームを検討	・モデル地区で、行政として持続可能なスキームでの集中啓発を実施 ・KDB等データによる検証	・市内全域へ啓発を展開（順次）



成果指向型配分枠：取組状況の報告シート

静岡県富士市

Ⅰ.課題について

①課題の把握方法

○	1 データ分析結果
	2 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
	3 地域ケア会議等における議論
○	4 他事業によるニーズの把握
	5 社会動向
	6 国・都道府県等からの情報提供
○	7 その他 各事業実績

②データ分析の内容

・本市高齢者の要介護リスクの傾向の把握、分析
・総合事業利用実態の分析
・総合事業利用にあたっての実務フローの確認
・地域支援事業費の将来推計の算出

③課題の内容

・介護予防・日常生活圏域二―ズ調査の要介護リスクの項目のうち、運動機能に関わる割合が高く、年齢階層が上がるとともに該当者の割合が増加していること。
・サービス・活動事業の利用実績から、従前相当サービスに利用が集中しており、身体機能の低下が見られる高齢者の心身の状態の課題を把握したサービスの案内ができていないこと。
・配食サービスの利用実績と介護予防・日常生活圏域二―ズ調査の低栄養状態の該当率から、ひとり暮らしの高齢者の配食サービス事業において、本来必要な低栄養の方に行き届いていないこと。
・介護予防ケアプラン点検の結果から、一般介護予防事業の意識啓発に繋がる課題として、セルフケアに対する意識の向上が必要であること。
・高齢者の認知機能を把握し、低下が見られるものに対し、適切なリスク対策をすること。
・地域支援事業費と上限額の推移から、介護予防・日常生活支援総合事業における原則の上限額超過の状況が継続していること。
上記内容を仮説的に課題と位置付け、地域包括支援センター職員、主任介護支援専門員、デイサービス事業所職員、リハビリ専門職からヒアリングを実施し、仮設を立証する形で課題として設定した。

Ⅱ.対象層について

①対象層

○	1 虚弱な高齢者
○	2 事業対象者・要支援認定者
	3 要介護認定者
	4 特定の疾患を持つ高齢者
	5 認知症（の疑いがある）高齢者
	6 独居高齢者
	7 元気な高齢者
	8 高齢者全般
	9 住民全般
	10 介護家族
	11 その他

②具体的な内容

Ⅰ③の課題について、総合事業は多岐にわたるものであるが、中でも地域支援事業費を多く占めるサービス・活動事業の対象者である、虚弱な高齢者と事業対象者・要支援認定者を対象に設定

Ⅲ.目標等

①中長期・短期の目標

【長期】高齢者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むための支援や、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減、悪化防止に取り組む。
【中期】要支援状態等にある高齢者が総合事業のサービスを利用することで、その利用者の身体機能が向上し、可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう運動に特化したサービス「健康づくりデイトレーニング」の展開と利用者数及び事業者数の増加。また、既存の通所型サービスの利用者のうち男女比が男性１０%、女性９０%のため、男性の利用率を上げる。
介護予防・日常生活圏域二―ズ調査の結果、介護予防に取り組んでいる割合が50.5%となっているため引き続きより多くの高齢者に取り組んでもらうことを推進し要介護状態になるのを遅らせる。
介護予防・日常生活支援総合事業費の抑制。
【短期】高齢者の心身の状態の課題をフレイル予防の観点から「運動」、「口腔・栄養」、「社会参加」に大別したサービスの案内の実現による最適化された介護予防ケアマネジメント実施体制の構築。
適切なサービスを案内することで、介護が必要な状態になることを予防し、自立した生活が送り続けられるよう取り組む。

②目標や指標の設定・進捗管理・評価の実施体制

【長期】総合計画に記載の上、総合計画策定委員会にて進捗管理
【中期】高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画に記載の上、介護保険運営協議会にて進捗管理
【短期】通常業務内のケアプラン点検にて状況把握

③設定している評価指標

・アウトプット指標：参加者数や研修の開催回数など、施策や事業の直接の結果を測るもの

・基本チェックリスト、通所型サービス診断票とケアプランの全数点検
・通所型サービス・活動Ａの利用実人数
・介護予防通所介護相当サービスの利用実人数
・訪問型サービス・活動Ｃ利用者数
・一般介護予防事業（脳の健康教室）の参加者数
・一人暮らしの高齢者の配食サービスの利用者数
・介護予防手帳（パンフレット）の配布数

・アウトカム指標：利用者本人の状態の改善や主観的幸福観の向上、要介護認定率の低下など、サービス等の結果としての受益者の変化や効果を表すもの

・要介護認定率の上昇抑制
・介護給付費の抑制
・総合事業費の抑制
・総合事業利用者の身体機能機能の維持・向上

④進捗管理・評価の方法

【長期】令和４年度から１年ごと　令和13年度まで
介護認定率から逆算して介護認定を必要としない人の割合を算出して単純推計と比較し、その乖離率で評価
【中期】令和６年度から１年ごと　令和８年度まで
サービス利用者の利用実態から男女比を把握するとともに、令和７年度中に実施する介護予防・日常生活圏域ニーズ調査にて介護予防の取組状況の変動を測定
【短期】令和６年度から１年ごと
本人の状態に応じたケアプラン内容となっているか適宜確認し、事例を積み重ねた上で必要に応じて介護支援専門員向けの研修にて紹介

⑤取組の段階

2

1 仮説段階
2 実証（取組）段階
3 評価段階
4 改善・継続段階

Ⅳ.取組の全体像

①取組内容の全体像

別添

Ⅴ.取組の詳細

※複数の取組を申請された場合は、設定した目標を達成するためにより効果的と思われる取組を２つ取り上げて回答

①目標を達成するための具体的な手法：取組ｉ

○	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
	3 個別支援
	4 研修・勉強会
	5 アドバイザー、専門家等の派遣
	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
○	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
	12 その他

②取組内容の詳細：取組ｉ

通所型サービス・活動Ａ　健康づくりデイトレーニング（新規事業）
・実施体制　委託
・対象層　要支援認定者・事業対象者のうち、運動機能の低下が見られる者
・具体的な手法　運動機能の向上に特化した内容で、かつ利用者が自宅でも運動する習慣をつけるための通所型サービス・活動Ａを創設
【特徴】
①サービス提供時間を90分以上と比較的短時間から実施可能としたこと
（既存のサービス・活動Ａは４時間以上で実施）
②利用開始時と利用開始から６か月ごとに運動機能評価テスト（握力測定、２ステップテスト、TUGテスト）を実施すること
③サービス内容を運動機能評価テストの結果向上に資する内容にするとともに、自宅でもできる運動をも指導する内容としたこと
④多様な主体の参画を呼びかけた結果、介護保険事業所のみならず、スポーツジムや接骨院が事業を実施している
・当面のスケジュール　令和６年度　事業開始、令和７年度　事業所数の拡大に向け普及啓発
・見込む成果等　工程表を参照

③予算：取組ｉ

令和６年度　49,292千円　令和７年度　15,672千円

④目標を達成するための具体的な手法：取組 ii

○	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
	3 個別支援
○	4 研修・勉強会
	5 アドバイザー、専門家等の派遣
○	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
○	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
	12 その他

⑤取組内容の詳細：取組 ii

訪問型サービス・活動Ｃ　短期集中訪問指導（既存事業）
・実施体制　委託
・対象層　要支援認定者・事業対象者のうち、転倒リスクのある者や低栄養状態・口腔機能の低下が見られる者
・具体的な手法及び当面のスケジュール
＜令和６年度＞
【利用実績がほとんどないことから、把握した心身の状態に応じて本事業が利用される体制を整備する】
市独自の基本チェックリスト及び通所型サービス診断票により、特に低栄養状態・口腔機能の低下が見られる高齢者に対して、本事業の利用を検討するよう提言
自立支援型地域ケア会議にて、本人の自立支援に向けた支援の一つとして本事業の活用を提言
＜令和７年度＞
【本事業の利用から見えてきた事業運用上の課題の解消】
サービス実施担当の専門職との事業内容に関する協議の場の設定
実施報告様式の見直し
支援目的に応じて作業療法士と理学療法士を区別して派遣する体制の検討
＜令和８年度＞
【協議結果を踏まえた事業実施形態の見直し】
協議結果に基づき、本事業の実施形態等を見直す。現時点で把握してるポイントは以下のとおり。
本事業利用の是非について、ケアプラン作成前から検討する体制が構築できれば、より適切・効果的な時期に本事業の利用ができるのではないか。
本事業終了後にも、1年後にどのように状態が変わっているかを追跡調査することで、事業の効果をより見える化できるのではないか。
・見込む成果等　工程表を参照

⑥予算：取組 ii

令和６年度　1,010千円　令和７年度　818千円

Ⅵ.現状と今後の展開

①現在までの実績

②今後見込む成果

引き続きアウトプット指標の達成率向上

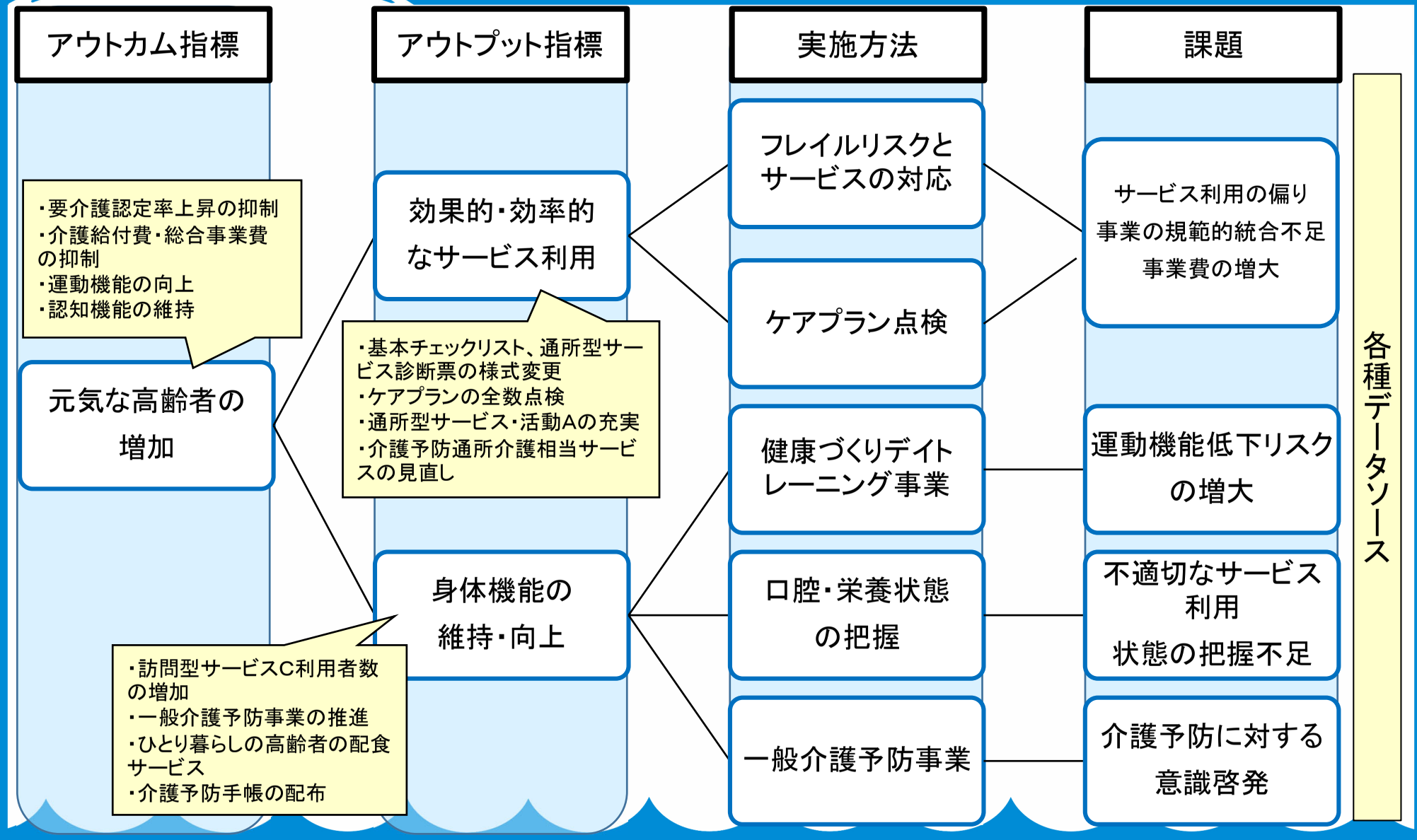
③その他、アピールポイント

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

↓取組・事業の内容		令和６年度	令和７年度	令和８年度
健康づくりデイトレーニング		事業の開始 事業実施体制の構築	事業の定着	事業の定着
効果測定（アウトプット）	目標	実施事業所数の増加（10か所以上） 男性利用率の上昇（10%以上）	利用者数の増加（190人）	利用者数の増加（200人） 男性利用率の上昇（40%以上）
	実績	事業所数　12か所 男性利用率　32.41%	利用者数 男性利用率	利用者数 男性利用率
短期集中訪問指導		事業の利用促進	事業の利用促進	事業の利用促進
事業内容の見直し		－	実施体制の検討	実施体制の見直し
効果測定（アウトプット）	目標	利用者数の増加（20人）	リハビリ専門職と協議の場の設置 理学療法士派遣体制の構築	事業利用までの流れにリハビリ専門職が関与できないか検討
	実績	利用実人数　35人	打合せの実施 理学療法士の派遣も可能に	－
効果測定（アウトカム）	目標	身体機能の維持・向上（70%以上） サービスの適正利用（移行期）	身体機能の維持・向上（72%以上） サービスの適正利用（95%以上）	身体機能の維持・向上（72%以上） サービスの適正利用（95%以上）
	実績	身体機能が維持・向上した者の割合 （72%）	－	－

ロジックモデル


アウトカム指標
アウトプット指標
実施方法
課題
元気な高齢者の増加
・要介護認定率上昇の抑制
・介護給付費・総合事業費の抑制
・運動機能の向上
・認知機能の維持
効果的・効率的なサービス利用
・基本チェックリスト、通所型サービス診断票の様式変更
・ケアプランの全数点検
・通所型サービス・活動Aの充実
・介護予防通所介護相当サービスの見直し
身体機能の維持・向上
・訪問型サービスC利用者数の増加
・一般介護予防事業の推進
・ひとり暮らしの高齢者の配食サービス
・介護予防手帳の配布
フレイルリスクとサービスの対応
ケアプラン点検
健康づくりデイトレーニング事業
口腔・栄養状態の把握
一般介護予防事業
サービス利用の偏り
事業の規範的統合不足
事業費の増大
運動機能低下リスクの増大
不適切なサービス利用
状態の把握不足
介護予防に対する意識啓発
各種データソース

静岡県富士市

いただきへの、はじまり
富士市 ～富士市ブランドメッセージ大作戦展開中！～

各事業の規範的統合を通じた総合事業の合理的整理による介護予防の推進

データから見た課題

・本市における総合事業の利用実態を鑑みると、介護予防通所介護相当サービスに利用が偏り、結果として事業費が地域支援事業交付金交付上限額を大幅に上回っていた。
・また本市の高齢者は加齢とともに運動機能に関わる要介護リスクを抱える者が増加すること、口腔機能や栄養状態の把握が不足していること、運動や健康維持に向けた取組への意欲が低い傾向にあることが判明した。

アウトプット及び実施方法

・アウトプット指標を設定するにあたり、これら課題を総合事業が過不足なく（効率的・効果的に）利用されるようにするという視点と総合事業を利用することで身体機能の維持・向上に繋がるようにするという視点の2方向で整理することとした。
・総合事業の効果的・効率的な運用に向けては通所型サービスの利用を基本チェックリスト（通所型サービス診断票）の診断結果と一致させる仕組みとし、高齢者の心身の状態に応じたサービス利用となる仕組みを構築するとともに、その仕組みが正しく運用できているかを確認できるよう、通所型サービスを利用しているケアプランを全件点検することとした。
・また身体機能の維持・向上に向けた総合事業の利活用に向けて本市で実施する事業を整理したところ、介護予防通所介護相当サービス以外に運動機能の向上に資するものがないことから、通所型サービス・活動Aにおいて短時間で運動機能向上に特化した内容を実施する「健康づくりデイトレーニング」を創設した。
・口腔機能や栄養状態の把握については配食サービス利用申請にチェック機能を追加することで必要性や利用できる回数を判断する仕組みとした。また前述の基本チェックリスト（通所型サービス診断票）において低栄養状態又は口腔機能の低下に該当した場合は訪問型サービス・活動Cの利用を促す仕組みとした。
・介護予防についての意識啓発に向けては介護予防手帳を作成・配付し、一般介護予防を中心に取組を周知することでセルフケアへの意識向上を図ることとした。

最終アウトカム

・総合事業が過不足なく（効率的・効果的に）利用されるという側面と、総合事業を利用することで身体機能の維持・向上がされるという側面の2面からアプローチするよう整理することで、総合事業の実施を通じて「元気な高齢者」が増えることを最終アウトカムとした。

成果指向型配分枠：取組状況の報告シート

岐阜県瑞浪市

Ⅰ.課題について

①課題の把握方法

○	1 データ分析結果
○	2 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
○	3 地域ケア会議等における議論
○	4 他事業によるニーズの把握
○	5 社会動向
○	6 国・都道府県等からの情報提供
	7 その他

②データ分析の内容

アンケート結果の分析

③課題の内容

新しい認知症観の浸透
令和４年度実施「介護に関するアンケート調査」の「認知症に関する相談窓口を知っているか」の設問の回答結果から、高齢者の認知症相談窓口の認知度の低下がみられたことから、認知症への関心が低下していると思われるため、認知症の正しい理解の周知、新しい認知症観の周知が必要と考えた。
第三者意見：介護保険等運営協議会委員より意見有

Ⅱ.対象層について

①対象層

	1 虚弱な高齢者
	2 事業対象者・要支援認定者
	3 要介護認定者
	4 特定の疾患を持つ高齢者
	5 認知症（の疑いがある）高齢者
	6 独居高齢者
	7 元気な高齢者
○	8 高齢者全般
○	9 住民全般
○	10 介護家族
	11 その他

②具体的な内容

認知症の正しい理解の周知、新しい認知症観の周知のためには、全ての市民を対象とすることが適切であると考えた。

Ⅲ.目標等

①中長期・短期の目標

認知症に関する各種施策を実施することで、新しい認知症観を周知し、認知症の人の意思が尊重され、住み慣れた地域で自分らしく暮らせる地域の構築を目指す。

②目標や指標の設定・進捗管理・評価の実施体制

認知症地域支援推進員会議・・・年3回程度／構成員：認知症地域支援員／アンケート結果の確認、今後の取り組み方法の検討

高齢者福祉計画等推進委員会・・・3年毎開催／構成員：医師、歯科医師、薬剤師、民生委員、介護サービス事業所、被保険者代表等／認知症施策の状況報告、今後の取り組みの検討

③設定している評価指標

・アウトプット指標：参加者数や研修の開催回数など、施策や事業の直接の結果を測るもの

■指標１：認知症サポーター養成講座 受講者数
■指標２：啓発品配布数
■指標３：認知症の人の社会参加の機会となるイベント開催数
■指標４：認知症カフェ実施箇所数
■指標５：認知症講演会受講者数
■指標６：脳活イキイキ教室 参加者数
■指標７：認知症予防啓発イベント参加者数
■指標８：認知症初期集中支援チーム利用者数

・アウトカム指標：利用者本人の状態の改善や主観的幸福観の向上、要介護認定率の低下など、サービス等の結果としての受益者の変化や効果を表すもの

■最終アウトカム目標：令和１０年度：認知症推進員が市内の認知症の人に聞き取りを行った結果、自身の意思が尊重され、住み慣れた地域で自分らしく生活できると感じている人の令和１０年度調査割合が、令和７年度調査から２％以上上昇していること

■中間アウトカム目標：令和１０年度：令和７年度調査と比較し、新しい認知症観を持つ市民の割合が２％以上、上昇していること／
令和７年度：令和６年度調査と比較し、新しい認知症観を持つ市民の割合が０．５％以上上昇していること

④進捗管理・評価の方法

開始年度：令和６年度　目標年度：令和１０年度
評価手法：アンケート結果から新しい認知症観を持つ市民の割合を確認
①令和６年度：新しい認知症観の浸透状況調査（講演会参加者アンケートにて）
②令和７年度：新しい認知症観の周知、新しい認知症観の浸透状況調査（介護予防・日常生活支援ニーズ調査を活用）
③令和８，９年度：新しい認知症観の周知
④令和１０年度：新しい認知症観の周知、新しい認知症観の浸透状況調査（介護予防・日常生活支援ニーズ調査を活用）
評価の頻度：介護に関するアンケート調査　3年毎／各事業アンケート　年5回程度
結果は認知症地域支援推進員会議等で評価し、今後の取組に反映させる

⑤取組の段階

2

1 仮説段階
2 実証（取組）段階
3 評価段階
4 改善・継続段階

Ⅳ.取組の全体像

①取組内容の全体像

別紙ロジックモデル参照

Ⅴ.取組の詳細

※複数の取組を申請された場合は、設定した目標を達成するためにより効果的と思われる取組を２つ取り上げて回答

①目標を達成するための具体的な手法：取組ｉ

	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
	3 個別支援
○	4 研修・勉強会
	5 アドバイザー、専門家等の派遣
○	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
	12 その他

②取組内容の詳細：取組ｉ

認知症サポーター養成講座（継続）
■実施体制：高齢福祉課、地域包括支援センター、キャラバンメイト
■対象層：市民
■具体的な手法・取組内容：認知症サポーター養成講座、認知症サポーターステップアップ講座にて、新しい認知症についての周知啓発を行う。
■当面のスケジュール
R7～新しい認知症観の周知
R7　新しい認知症観の周知、新しい認知症観の浸透状況調査（介護予防・日常生活支援ニーズ調査を活用）
R8、9　新しい認知症観の周知
R１０　新しい認知症観の周知、新しい認知症観の浸透状況調査（介護予防・日常生活支援ニーズ調査を活用）

③予算：取組ｉ

R7予算　193千円

④目標を達成するための具体的な手法：取組 ii

	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
	3 個別支援
○	4 研修・勉強会
	5 アドバイザー、専門家等の派遣
○	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
	12 その他

⑤取組内容の詳細：取組 ii

認知症講演会（継続）
■実施体制：高齢福祉課、地域包括支援センター
■対象層：市民
■具体的な手法・取組内容：新しい認知症観の周知のため、認知症への理解を深める市民講演会を開催する。
■当面のスケジュール
R7～講演会の開催
R7 新しい認知症観の周知、新しい認知症観の浸透状況調査（介護予防・日常生活支援ニーズ調査を活用）
R8、9 講演会の開催
R１０ 新しい認知症観の周知、新しい認知症観の浸透状況調査（介護予防・日常生活支援ニーズ調査を活用）

⑥予算：取組 ii

R7予算 300千円

Ⅵ.現状と今後の展開

①現在までの実績

設定した活動内容は全て実施中。
アウトプット指標の実績は次のとおり（特記が無い場合はR7.9月末実績）で、概ね進捗は順調である。
①ささエール養成講座受講者数 45人（R7.8月末）
②啓発品配布数 725
③イベント開催数 1回
④認知症カフェ実施個所数 5箇所
⑤認知症講演会受講者数 52人
⑥脳活イキイキ教室参加者実人数 12人
⑦認知症予防啓発イベント延べ参加者数 57人
⑧認知症初期集中支援チーム利用者数 0人
初期アウトカム＝アンケート結果・・・R7.12月からR8.１月までにアンケート実施予定

②今後見込む成果

中間アウトカム：介護予防・日常生活支援ニーズ調査において、新しい認知症観を持つ市民の割合の向上
最終アウトカム：認知症の人の意思が尊重され、認知症の人が住み慣れた地域で自分らしく生活できる
インパクト：認知症の人を含めた住民一人ひとりが、その個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会の実現

③その他、アピールポイント

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

↓取組・事業の内容		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和9年度
認知症サポーターの養成		学生及び一般向けに養成講座開催。開催実績　8回　講座受講者数　204人	学生及び一般向けに養成講座開催。受講者数目標　165人	学生及び一般向けに養成講座開催。受講者数目標　170人	学生及び一般向けに養成講座開催。受講者数目標　175人
啓発活動		認知症月間にて啓発活動及びイベントの実施／スーパーでの街頭啓発啓発品配布数　561個、特集本コーナー設置　2箇所、展示1か月実施、特設相談会　1回開催	認知症月間にて啓発活動及びイベントの実施／スーパーでの街頭啓発啓発品配布数　725個、、特集本コーナー設置　2箇所、展示1か月実施、特設相談会・参加型イベント1回開催	認知症月間にて啓発活動及びイベントの実施。啓発品配布目標800、イベント1回開催予定	認知症月間にて啓発活動及びイベントの実施。啓発品配布目標800、イベント1回開催予定
認知症カフェの普及		認知症カフェ設置事業助成金の交付等運営支援を実施／助成金交付　2団体、カフェ実施個所　5箇所	認知症カフェ設置事業助成金の交付等運営支援を実施／助成金交付　2団体、カフェ実施個所　5箇所	認知症カフェ設置事業助成金の交付等運営支援を実施／助成金交付　2団体、カフェ実施個所　5箇所	認知症カフェ設置事業助成金の交付等運営支援を実施／助成金交付　2団体、カフェ実施個所　5箇所
認知症講演会の開催		市民講演会2回開催　参加者数延べ454人	講演会開催　3月開催予定／市民講座　参加者数　52人	市民講演会開催　参加者数目標100人	市民講演会開催　参加者数目標100人
認知症予防教室の開催		もの忘れが心配と感じている高齢者向け教室開催。全6回×2クール、参加実人数　29人	もの忘れが心配と感じている高齢者向け教室開催。全7回×2クール、前期参加実人数　12人	もの忘れが心配と感じている高齢者向け教室開催。参加実人数目標32人	もの忘れが心配と感じている高齢者向け教室開催。参加実人数目標32人
認知症予防啓発イベントの実施		総合文化センターにて脳トレ体操講座開催。延べ参加者31人	認知症予防啓発イベント　参加者数目標　40人	認知症予防啓発イベント　参加者数目標　40人	認知症予防啓発イベント　参加者数目標　40人
認知症初期集中支援チームの活動の充実		初期集中支援チーム利用者数　2人	初期集中支援チーム利用者数目標　2人	初期集中支援チーム利用者数目標　2人	初期集中支援チーム利用者数目標　2人
効果測定（アウトプット）	目標	別紙ロジックモデルのとおり	別紙ロジックモデルのとおり	別紙ロジックモデルのとおり	別紙ロジックモデルのとおり
	実績	上記のとおり	上記のとおり	-	-
効果測定（アウトカム）	目標	別紙ロジックモデルのとおり	別紙ロジックモデルのとおり	別紙ロジックモデルのとおり	別紙ロジックモデルのとおり
	実績	-	未実施	-	-

瑞浪市

課　題

新しい認知症観の浸透
理由：高齢者の認知症相談窓口の認知度の低下がみられたことから、認知症への関心が低下していると思われるため、認知症の正しい理解の周知、新しい認知症観の周知が必要と考えた。
（利用したデータ）
令和４年度実施「瑞浪市介護に関するアンケート調査」
「認知症に関する相談窓口を知っているか」の結果
「知っている」の割合　令和元年度　29.8%、令和４年度23.7%

対象層

高齢者をはじめとする市民

成果目標

認知症に関する各種施策を実施することで、新しい認知症観を周知し、認知症の人の意思が尊重され、住み慣れた地域で自分らしく暮らせる地域の構築を目指す。

実施方法

１．実施体制
高齢福祉課が主体となり、地域包括支援センター、チームオレンジ、キャラバンメイト、認知症の人とその家族などの関係者と協力しながら認知症施策を実施する中で、新しい認知症観を周知する。
２．スケジュール
①令和６年度
新しい認知症観の浸透状況調査（講演会参加者アンケートにて）
②令和７年度
新しい認知症観の周知、新しい認知症観の浸透状況調査（介護予防・日常生活支援ニーズ調査を活用）
③令和８，９年度
新しい認知症観の周知
④令和１０年度
新しい認知症観の周知、新しい認知症観の浸透状況調査（介護予防・日常生活支援ニーズ調査を活用）
３．活動内容：新しい認知症観の啓発
（事業内容）
認知症サポーターの養成、啓発活動、認知症カフェの普及、認知症予防教室の開催、チームオレンジによる活動の活性化、認知症ケアパスの活用、認知症地域支援推進員の連携強化、認知症初期集中支援チームの活動の充実

アウトプット指標

啓発を受けた市民等の数
■指標１：認知症サポーター養成講座 受講者数
Ｒ７　１６５人　Ｒ８　１７０人　Ｒ９　１７５人　Ｒ１０　１７５人
■指標２：啓発品配布数
Ｒ７　８００　Ｒ８　８００　Ｒ９　８００　Ｒ１０　８００
■指標３：認知症の人の社会参加の機会となるイベント開催数
Ｒ７　１回　Ｒ８　１回　Ｒ９　１回　Ｒ１０　２回
■指標４：認知症カフェ実施箇所数
Ｒ７　５箇所　Ｒ８　５箇所　Ｒ９　５箇所　Ｒ１０　５箇所
■指標５：認知症講演会受講者数
Ｒ７　１００人　Ｒ８　１００人　Ｒ９　１００人　Ｒ１０　１００人
■指標６：脳活イキイキ教室 参加者数
Ｒ７　３２人　Ｒ８　３２人　Ｒ９　３２人　Ｒ１０　３２人
■指標７：認知症予防啓発イベント参加者数
Ｒ７　４０人　Ｒ８　４０人　Ｒ９　４０人　Ｒ１０　４０人
■指標８：認知症初期集中支援チーム利用者数
Ｒ７　２人　Ｒ８　２人　Ｒ９　２人　Ｒ１０　２人
※第９期高齢者福祉計画・介護保険事業計画、総合計画　他より
※目標値設定根拠：実績による

アウトカム指標

【中間アウトカム】
■指標：介護予防・日常生活支援ニーズ調査において、新しい認知症観を持つ市民の割合の向上
□目標値：
令和７年度：令和６年度調査と比較し、新しい認知症観を持つ市民の割合が０．５%以上上昇していること
令和１０年度：令和７年度調査と比較し、新しい認知症観を持つ市民の割合が２%以上、上昇していること
※目標値の根拠：内閣府実施「認知症に関する世論調査」にて「認知症に対するイメージ」について、「認知症になると、暴言、暴力など周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしてきた地域で生活することが難しくなる」「認知症になると、症状が進行してゆき、何もできなくなってしまう」と回答した割合が、Ｈ２７．９月調査では１８．５%、Ｒ１．１２月調査では１６．４%と約４年で２．１%減少しており、ネガティブイメージが年間約０．５%減少していたことから、ポジティブイメージを年間０．５%向上することを目指し設定。
【最終アウトカム】
■指標：認知症の人の意思が尊重され、認知症の人が住み慣れた地域で自分らしく生活できると感じている認知症の人の割合
□目標値：令和１０年度：認知症推進員が市内の認知症の人に聞き取りを行った結果、自身の意思が尊重され、住み慣れた地域で自分らしく生活できると感じている人の令和１０年度調査割合が、令和７年度調査から２%以上上昇していること

認知症施策の推進　ロジックモデル

現状	市民の認知症への関心の低下 令和4年度実施「瑞浪市介護に関するアンケート調査」「認知症に関する相談窓口を知っているか」の結果「知っている」の割合　令和元年度29.8%、令和4年度23.7%
課題	新しい認知症観の浸透
事業目的	認知症に関する各種施策において、新しい認知症観を周知し、認知症の人の意思が尊重され、住み慣れた地域で自分らしく暮らせる地域の構築を目指す。

投入 インプット	活動内容(事業内容) アクティビティ	結果(活動目標) アウトプット	成果 初期アウトカム	成果 中間アウトカム	成果 最終アウトカム	効果 インパクト
・認知症総合支援事業 ・認知症サポーター等養成事業 ・高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定事業	新しい認知症観の啓発	啓発を受けた市民等の数	認知症に対する正しい理解が進む	介護予防・日常生活支援ニーズ調査において、新しい認知症観を持つ市民の割合の向上	認知症の人の意思が尊重され、認知症の人が住み慣れた地域で自分らしく生活できる	認知症の人を含めた住民一人ひとりが、その個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会の実現
	認知症サポーターの養成	養成講座受講者数				
	啓発活動	啓発品配布数				
		認知症の人の社会参加の機会となるイベント開催数				
	認知症カフェの普及	認知症カフェ実施箇所数				
	認知症講演会の開催	参加者数				
	認知症予防教室の開催	脳活イキイキ教室参加者数				
	認知症予防啓発イベントの実施	参加者数				
	認知症初期集中支援チームの活動の充実	利用者数				

岐阜県瑞浪市　R7.2月

成果指向型配分枠：取組状況の報告シート

愛知県豊明市

Ⅰ.課題について

①課題の把握方法

○	1 データ分析結果
○	2 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
○	3 地域ケア会議等における議論
○	4 他事業によるニーズの把握
○	5 社会動向
	6 国・都道府県等からの情報提供
	7 その他

②データ分析の内容

2022年介護予防・日常生活支援圏域ニーズ調査結果と認定・給付データのクロス集計

③課題の内容

【現状】
・2022年実施のニーズ調査において、回答者の半数近くが感染症予防のため、外出を控えているとの結果。
・市が地域全域で実施する介護予防事業「まちかど運動教室」の参加者は、2018年度は延べ約29,000人であったが、コロナ禍では約11,000人まで落ち込み、ポストコロナの2023年度は15,000人程度と、ピーク時から半減しており、直近においても回復していない。
【めざす姿】
後期高齢者の日常生活における活動量を増やし、要介護状態になるのを可能な限り遅らせる。
【課題設定）
・特に要介護認定率が上昇する80歳以上高齢者の外出頻度（活動量）を増やす。
・80歳以上高齢者の外出控えによる運動機能低下やIADL低下を防ぐ。

Ⅱ.対象層について

①対象層

	1 虚弱な高齢者
	2 事業対象者・要支援認定者
	3 要介護認定者
	4 特定の疾患を持つ高齢者
	5 認知症（の疑いがある）高齢者
	6 独居高齢者
	7 元気な高齢者
	8 高齢者全般
	9 住民全般
	10 介護家族
○	11 その他 80歳以上高齢者

②具体的な内容

80歳以上高齢者の外出頻度（活動量）を増やし、外出控えによる運動機能低下やIADL低下を防ぐという課題に対し、コロナ禍終了後も介護予防事業「まちかど運動教室」の参加人数はピーク時から半減したまま回復していないことが判明したため、要介護認定率が上昇する80歳以上に対象を設定。

Ⅲ.目標等

①中長期・短期の目標

・80歳以上高齢者の外出頻度の増加
・高齢者全体の平均自立期間の延伸
・80歳以上高齢者の年齢区分別要介護認定率
短期目標：自らの心身機能の維持向上に繋がる多様な活動への参加頻度が上がる。
中期目標：生きる意欲が高まり、毎日やることがあり生活が活動的になる。
長期目標：要介護認定を受けるまでの年齢を遅らせる。

②目標や指標の設定・進捗管理・評価の実施体制

高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定委員会において目標や指標の設定及び進捗管理を行っている。また、一般介護予防事業評価事業による評価や、2022年実施の介護予防・日常生活支援圏域ニーズ調査結果と認定及び給付データをクロス集計している。

③設定している評価指標

・アウトプット指標：参加者数や研修の開催回数など、施策や事業の直接の結果を測るもの

・C型サービスの利用実績
要支援者の通所、訪問サービス利用者に占めるC型サービスの利用割合
（目標）訪問7.0%、通所13.3%（令和7年度実績）
・介護予防事業延べ参加者数　（目標）15,500人（令和7年度実績）
・80歳以上市民のチョイソコ登録者数　（目標）1,400人（令和7年度実績）

・アウトカム指標：利用者本人の状態の改善や主観的幸福観の向上、要介護認定率の低下など、サービス等の結果としての受益者の変化や効果を表すもの

・多様な手段による80歳以上の週1回の外出
・高齢者全体の平均自立期間の延伸
・80歳以上高齢者の年齢区分別要介護認定率〈75歳以上85歳未満〉、〈85歳以上〉

④進捗管理・評価の方法

・多様な手段による80歳以上の週1回の外出　（目標）92.0%（令和7年度調査）
評価手法、測定手法：介護予防事業（まちかど運動教室）の参加者数、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
評価の頻度：3年ごと
・高齢者全体の平均自立期間の延伸　（目標）81.5歳（令和7年度末）
評価手法、測定手法：KDBの健康スコアリングの平均自立期間、要支援者の通所・訪問サービス利用者に占めるC型サービスの利用割合（サービス利用実績）　評価の頻度：1年ごと
・80歳以上高齢者の年齢区分別要介護認定率
〈75歳以上85歳未満〉（目標）14.8%（令和7年度末）
〈85歳以上〉（目標）51.5%（令和7年度末）
評価手法、測定手法：介護保険事業状況報告

測定結果は、高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定委員会で共有し、目標値との乖離が大きい場合は、事業内容の見直しや、目標値の見直しをしている。

⑤取組の段階

2

1 仮説段階
2 実証（取組）段階
3 評価段階
4 改善・継続段階

Ⅳ.取組の全体像

①取組内容の全体像

別添のとおり

Ⅴ.取組の詳細

※複数の取組を申請された場合は、設定した目標を達成するためにより効果的と思われる取組を２つ取り上げて回答

①目標を達成するための具体的な手法：取組ｉ

	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
	3 個別支援
	4 研修・勉強会
	5 アドバイザー、専門家等の派遣
	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
○	11 地域資源の活用
	12 その他

②取組内容の詳細：取組ｉ

・拡充
・SCが中心となって、元スポーツ推進員を中心としたボランティア団体と連携。
・移動手段のない80歳以上高齢者
・（ポール）ウォーキングなどの多様な活動の場を創出
・指導者（ボランティア）と自宅周辺を歩き、終了後に喫茶店で茶話会を開くなど、見守りの場も創出する。
・豊明団地ウォーキング：月1回（第2金曜日）
三崎池ウォーキング：月1回（第3水曜日）
愛知用水　舘ウォーキング：月1回（第4水曜日）
西川　おさんぽモーニング：月1回（第1月曜日）
ゆたか台お散歩の会：月1回（第4金曜日）
大根区ウォーキング：月4～5回（毎週木曜日）
桶狭間ウォーキング：月4～5回（毎週木曜日）
舘ポールウォーキングの会：月1回（第1火曜日）
・ウォーキング→「参加者数（アウトプット）」と「80歳以上の週1回の外出、高齢者全体の平均自立期間の延伸、80歳以上高齢者の年齢区分別要介護認定率（アウトカム）」

③予算：取組ｉ

生活支援体制整備事業（生活支援コーディネーター人件費）

④目標を達成するための具体的な手法：取組 ii

	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
○	3 個別支援
	4 研修・勉強会
	5 アドバイザー、専門家等の派遣
	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
	12 その他

⑤取組内容の詳細：取組 ii

・拡充
・リハビリテーション専門職の関わりによるセルフマネジメントの強化（通所C型、訪問C型サービスの提供）
・80歳以上高齢者
・外出控えにより運動機能やIADL低下のみられる高齢者に対し、3か月から6か月間集中的に通所や訪問によりリハ職が介入し、日常生活における活動量を上げる。
セルフマネジメントシートを活用し、リハ職が動機付け面談を行い、意欲と自信を回復させる介入を行う。
上記により高齢者本人に自ら活動量を増やす習慣を定着させる。
・リハ職によるリハビリ指導
・随時
・通所C型、訪問C型サービスの提供→「参加者数（アウトプット）」と「80歳以上の週1回の外出、高齢者全体の平均自立期間の延伸、80歳以上高齢者の年齢区分別要介護認定率（アウトカム）」

⑥予算：取組 ii

介護予防・日常生活支援総合事業　通所型及び訪問型サービス活動Ｃ（訪問指導　20分につき3,500円、通所指導　1回につき5,000円）

Ⅵ.現状と今後の展開

①現在までの実績

『Ⅲ.目標等』で設定したアウトプット指標の目標値に対し、令和6年度末時点の
・C型サービスの利用実績
　要支援者の通所、訪問サービス利用者に占めるC型サービスの利用割合
　　訪問3.8%、通所16.9%
　目標達成に向けた進捗は、訪問においては遅延している。
・介護予防事業延べ参加者数　15,544人
　目標達成に向けた進捗は、目標を達成し順調である。
・80歳以上市民のチョイソコ登録者数　1,622人
　目標達成に向けた進捗は、目標を達成し順調である。

アウトカム指標の目標値に対し、令和6年度末時点の
・平均自立期間の実績：81.75歳
　目標達成に向けた進捗は、目標を達成しており順調である。
・80歳以上高齢者の年齢区分別要介護認定率：
　〈75歳以上85歳未満〉15.4%、〈85歳以上〉50.8%
目標達成に向けた進捗は、「75歳以上85歳未満」は遅延しており、「85歳以上」は順調である。

②今後見込む成果

・多様な手段による80歳以上の週1回の外出　（目標）92.0%（令和7年度調査）
・高齢者全体の平均自立期間の延伸　（目標）81.5歳（令和7年度末）
・80歳以上高齢者の年齢区分別要介護認定率
　〈75歳以上85歳未満〉（目標）14.8%（令和7年度末）
　〈85歳以上〉（目標）51.5%（令和7年度末）

③その他、アピールポイント

　当該取組みは、健康寿命の延伸を目的とし、令和6年度末時点で平均自立期間が目標の81.5歳を上回る成果を達成している。今後は、80歳以上の週1回以上の外出率92.0%、さらなる平均自立期間の延伸と、要介護認定率の抑制を見込んでいる。
　現時点での多彩な地域資源に加え、今後の高齢者ニーズに応じた地域活動を生活支援コーディネーターと共に創出・充実させるほか、地域のリハビリ専門職との通所C型・訪問C型サービスの展開により、専門的支援にもつなげている点が特長である。これらの取組を通じて、高齢者の自立と社会参加を促進し、健康寿命の延伸により住み慣れた地域で今まで通りふつうに暮らし続けることができる地域社会の実現を目指すものである。

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

↓取組・事業の内容	令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和　　年度
C型サービスの利用		通所C型、訪問C型サービスを提供し、3か月から6か月間集中的にリハ職が介入し、日常生活における活動量を上げる。令和7年度実績で、要支援者の通所・訪問サービス利用者に占めるC型サービスの利用割合を訪問7.0%、通所15.0%を令和7年度実績で目指し実施しているが、令和6年度実績で、通所は目標値を超え16.9%となった。		
介護予防事業		介護予防事業（まちかど運動教室）への参加者数が、令和6年度実績で、延べ参加者数が令和7年度目標の15,500人を超え15,544人となった。さらなる参加者の増加を見込んでいる。		
80歳以上市民のチョイソコ登録		豊明市と民間企業で創出したオンデマンド型乗り合い送迎サービス「チョイソコ」を活用し、外出を促進する。令和6年度実績でチョイソコ登録者数が目標の1,400人を超え1,622人となっており、今後も増加を見込んでいる。		

効果測定（アウトプット）	目標		・C型サービスの利用実績 　要支援者の通所、訪問サービス利用者に占めるC型サービスの利用割合 　（目標）訪問7.0%、通所13.3%（令和7年度実績） ・介護予防事業延べ参加者数 （目標）15,500人（令和7年度実績） ・80歳以上市民のチョイソコ登録者数　（目標）1,400人（令和7年度実績）		
	実績	・C型サービスの利用実績 　要支援者の通所、訪問サービス利用者に占めるC型サービスの利用割合 　訪問3.8%、通所16.9% ・介護予防事業延べ参加者数 15,544人 ・80歳以上市民のチョイソコ登録者数　1,622人			

効果測定（アウトカム）	目標		・多様な手段による80歳以上の週1回の外出　（目標）92.0%（令和7年度調査） ・高齢者全体の平均自立期間の延伸　（目標）81.5歳（令和7年度末） ・80歳以上高齢者の年齢区分別要介護認定率 〈75歳以上85歳未満〉（目標）14.8%（令和7年度末） 〈85歳以上〉（目標）51.5%（令和7年度末）		
	実績	・平均自立期間の実績：81.75歳 ・80歳以上高齢者の年齢区分別要介護認定率： 〈75歳以上85歳未満〉15.4%、〈85歳以上〉50.8%			

基本目標１　健康寿命を延伸する

【施策の論理的構造】

※KPI（Key Performance Indicators）：成果指標、UX（User Experience）：サービスを利用する人（高齢者自身）の体験、EX（Employee Experience）：サービスを提供する人（専門職等）の体験、system：基盤となる制度や体制等、service：提供されるサービス

【モニタリングする指標】

KPI	指標	取得元	更新頻度
①	週１回以上社会参加している市民の数 介護予防事業の参加者数 おたがいさまセンターちゃっと 高齢者ボランティアポイントの参加者数	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 まちかど運動教室延べ参加者数 累計サポーター数 実参加者数	ニーズ調査は３年ごと（令和７年度）、その他は毎年
②	要支援者の通所・訪問サービス利用者に占めるＣ型サービスの利用割合	サービス利用実績	毎年
③	高齢者ボランティアポイント会員数	会員登録者数	毎年
④	週１回以上外出している市民の割合	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	３年ごと（令和７年度）
⑤	健康寿命、平均自立期間	国保データベース（KDB）	毎年
⑥	要支援認定者の１年後の重度化率	国保データベース（KDB）	毎年

愛知県豊明市　成果指向型介護予防・健康づくりの取組

「ふつうに　暮らせる　しあわせ」を支える
～後期高齢者の日常生活における活動量を増やし、外出控えによる運動機能低下やIADL低下を防ぐ～

課　題

【現状】

- **2022 年**実施の護予防・日常生活支援圏域ニーズ調査において、**回答者の半数近くが感染症予防のため、外出を控えている**との結果。
- 市が地域全域で実施する介護予防事業**「まちかど運動教室」の参加者**は、2018 年度は延べ約 29,000 人であったが、コロナ禍では約 11,000 人まで落ち込み、ポストコロナの 2023 年度は 15,000 人程度と、**ピーク時から半減**しており、直近においても回復していない。

【めざす姿】

後期高齢者の日常生活における活動量を増やし、要介護状態になるのを可能な限り遅らせる

【課題設定】

- 特に要介護認定率が上昇**する 80 歳以上高齢者の外出頻度（活動量）を増やす**
- 80 歳以上高齢者の**外出控えによる運動機能低下やIADL低下を防ぐ**

対　象

８０歳以上高齢者

成果目標

- 80歳以上高齢者の**外出頻度の増加**
- 高齢者全体の**平均自立期間の延伸**
- 80歳以上高齢者の**年齢区分別要介護認定率**

実施方法（実施中）

1. リハビリテーション専門職の関わりによる**セルフマネジメントの強化**（通所Ｃ型、訪問c型サービスの提供）
2. 生活支援コーディネーター（SC)による**ポールウォーキンググループ**の立ち上げ、コーディネート
3. **民間企業と連携**した移動手段の確保による外出促進

【ロジックモデル】 ふつうに 暮らせる しあわせ （愛知県豊明市）

KPI：80歳以上の要介護認定率

インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム			インパクト
誰に	どう働きかける	まずどうなって【直接の結果】	何が変わる			ありたい姿
地域包括支援センター	**活動への不安軽減及び意欲回復** ➢ 相談に来た方へ家族や高齢者本人に通所Ｃ型や訪問C型サービスの利用を勧める ➢ サービス終了後の活動や外出する１歩目として包括が高齢者にポールウォーキングを提案し、体験会への参加を促す ➢ 包括が高齢者にチョイソコを活用した日常生活のイメージを沸かせる支援を行う	**Ｃ型サービスの利用実績** ➢ 利用申し込み数 **活動量の確保** ➢ 外出回数 ➢ ポールウォーキングの指導依頼数 ➢ 包括から提案を受けポールウォーキングに参加した人数	**好事例を共有するようになる** ➢ 通所C、訪問Cがサービスの第一選択となる（C型選択率） ➢ 好事例を他の職員や関係者に伝えようとする ➢ 無い資源をSCと協力して創出しようとする	**近所を散歩する高齢者が増える** ➢ まずは家の周りから歩くこと始めるようになる ➢ 歩く時の姿勢が気になりポール購入の検討を始め、杖の代わりにポールを持って散歩する人が増える（ポール購入数） ➢ 近所の人と顔を合わせる頻度が増え、立ち話しが増える ➢ 参加を控えていたサロンやまちかど運動教室に参加するようになる ➢ 歩く時の姿勢が良くなったと口コミで広がる	**地域に活動的な後期高齢者が増える** ➢ 自分よりも元気な後期高齢者を見て、自分ももっと頑張ろうと前期高齢者が活動的になる ➢ ウォーキング以外の活動にも興味を持つようになる **市内各地でポールウォーキングの会が立ち上がる（SC）** ➢ ウォーキング後は、参加者と話したいと近くの喫茶店に行くようになる **元の生活に戻る人が増える（リハビリ職）** ➢ 高齢者が望む暮らしを実現させている **チョイソコでの移動が当たり前になる** ➢ 南部地域の方がカラットや三崎水辺公園に、北部地域の方がいっぷくの活動に参加するようになる	**後期高齢者の日常生活における活動量を増やし、要介護状態になるのを可能な限り遅らせる**
生活支援コーディネーター（SC）・リハビリ職	**ポールウォーキングの推進（SC）** ➢ ボランティア団体と連携し「ポールウォーキング」体験会の開催 ➢ 集団で行うポールウォーキングの活動を創出する ➢ ウォーキング終了後に喫茶店で茶話会を開くなど見守りの場を創出する **日常生活における活動量を上げる（リハビリ職）** ➢ 通所Ｃ型や訪問C型の提供 ➢ セルフマネジメントシートを活用し動機づけ面談を行う ➢ ポジティブフィードバックを活用し意欲と自信を回復させる ➢ 日常生活の活動に対して機能向上を図ることで、自然と活動量を上げさせる	**活動的な高齢者の把握** ➢ ポールウォーキング体験会開催数 ➢ ポールウォーキング活動の立ち上げ数 ➢ ウォーキングと茶話会をセットに活動数 **Ｃ型サービスの利用実績** ➢ 利用数 ➢ 終了数 ➢ 継続率 ➢ セルフマネジメントシート活用件数	**資源が薄い地域へ介入しようとする（SC）** ➢ 包括と協力して資源の創出しようとする **小さな成功体験を積ませられるようになる（リハビリ職）** ➢ 記録に○が増える ➢ 高齢者のやりたいことを引き出せるようになる ➢ ポジティブフィードバックの引き出しが多くなる	**サロン活動にポールウォーキングの体験会が盛り込まれるようになる（SC）** ➢ サロン代表者から体験会の依頼が入る ➢ うちのサロンでも開催して欲しいと口コミで伝わる ➢ ポールウォーキングを始めたいと相談を受けるようになる ➢ 地域で私もポールが欲しいと言う人が増える **成長段階の踏ませ方が上手くなる（リハビリ職）** ➢ 適切な訓練を行えるようになり、高齢者の身体機能が着実にステップアップしている		
民間企業	**チョイソコを活用した外出促進** ➢ 定期的にチョイソコを活用したイベントを企画する ➢ 登録者が少ない地域や利用者が少ない地域で、乗車体験会や乗り方講座を開催する ➢ 新規のエリアスポンサーの開拓活動を促す	**チョイソコのデータ収集** ➢ 80歳以上市民のチョイソコ登録者数(人) ➢ 80歳以上市民のチョイソコ利用者数 ➢ チョイソコエリアスポンサーの増加	**高齢者が実際にチョイソコの利用を始める** ➢ 初めてチョイソコを使ってお出かけした等の話しを聞くようになる	**エリアスポンサーが増え始める** ➢ エリアスポンサーを検討していますと企業からの問い合わせが増える ➢ 市内にエリアスポンサーが増える		

成果指向型配分枠：取組状況の報告シート

滋賀県米原市

Ⅰ.課題について

①課題の把握方法

○	1 データ分析結果
	2 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
	3 地域ケア会議等における議論
	4 他事業によるニーズの把握
	5 社会動向
	6 国・都道府県等からの情報提供
	7 その他

②データ分析の内容

□令和６年４月から９月までの新規要介護（支援）認定者の原因疾患として、１位が認知症（21%）、２位が整形疾患（12%）、３位が骨折（11%）である。
・KDBシステムによる令和５年度の医療費分析で、骨折に関わる医療費（入院＋外来）は、国保加入者で10位、後期高齢者で３位と、いずれも上位であった。また、後期高齢者の入院費では、骨折が１位となっていた。そして、後期高齢者において、患者千人当たりの生活習慣病患者数の内訳としては、国、県、同規模市と比較して筋・骨格系疾患が多く、後期高齢要介護（支援）者における筋・骨格系疾患の有病割合は、国、同規模市と比べて高かった。

③課題の内容

介護予防事業や認定後の支援策を検討するために、新規要介護（支援）認定者の原因疾患のデータを集積していた。認知症が最も多いという予測は立てていたが、整形疾患や骨折が多いことがわかり、医療費についてもデータを収集した。医療費データを確認し、新規要介護（支援）認定者の疾患とその疾患が医療費でも上位であったため、筋骨格系疾患(特に骨折）を課題とした。
第三者の意見として、筑波大学の共同研究者と協議し、課題を抽出した。

Ⅱ.対象層について

①対象層

○	1 虚弱な高齢者
	2 事業対象者・要支援認定者
	3 要介護認定者
	4 特定の疾患を持つ高齢者
	5 認知症（の疑いがある）高齢者
	6 独居高齢者
	7 元気な高齢者
○	8 高齢者全般
○	9 住民全般
	10 介護家族
○	11 その他 通いの場の参加者（高齢者）

②具体的な内容

2024年３月に実施した大学とのアンケート調査から１年間で転倒を経験した元気高齢者(要支援含む)は、31%であり、その内10%が骨折をしていたことから、転倒骨折という課題に対し、高齢者全般にアプローチを行い、転倒骨折予防の知識を底上げをする必要があると考えた。また、市の健康診査による骨粗しょう症検診は、55歳までであり、高齢者の骨折ハイリスク者の抽出ができないため、体力測定会を実施し、転倒リスク者や超音波による骨密度測定等を併せて骨折ハイリスク者を抽出し、DXA検査の対象を設定する。
その他にも転倒骨折予防の必要性を啓発するため全市民を対象にする。また、以前から体力測定を実施している既存の通いの場の参加者に対しても転倒骨折予防講座とグループワークを行うことで団体単位での啓発もできるよう設定する。併せて、転倒リスクの高い人を対象にリハビリ専門職が訪問を行い、運動指導と通いの場の参加勧奨を行うことでハイリスク者の早期介入を行う。

Ⅲ.目標等

①中長期・短期の目標

短期目標としては、講演会や通いの場においてアンケート調査を行い、転倒予防の意識の向上と対応策の知識の習得、骨粗しょう症予防に関する興味関心の向上と対応策の知識の習得とする。
中期目標としては、アンケート調査による転倒数の減少、転倒骨折数の減少、転倒に対する不安を持つ人の減少、片足立ち10秒以上できる自信のある人の増加、椅子から５回立ち座りすることを10秒以内にできる自信のある人の増加とする。
長期目標としては、年間の骨折発生率を３%→2.5%に低減し、年間の骨折者を46人減少する。新規要介護（要支援）認定の減少による年間の介護給付費を12,000千円削減させる。

②目標や指標の設定・進捗管理・評価の実施体制

筑波大学と共同で目標や指標の設定、評価を実施している。進捗管理については、介護予防事業担当者で実施している。
評価の頻度については、講演会終了後や事業終了後にアンケート調査を実施。2027年にも大学と共同でアンケート調査を実施予定。随時、新規要介護（要支援）認定者の原因疾患を集積し、分析評価する。
KDBシステムにおける医療費分析を年１回実施する。大学と実施しているアンケート返信者が要介護（要支援）認定を受けているかをデータ突合し、分析を行う。

③設定している評価指標

・アウトプット指標：参加者数や研修の開催回数など、施策や事業の直接の結果を測るもの

・講演会のチラシを13,000枚配布する。
・転倒予防講演会に75人参加する。
・体力測定会に500人参加する。
・リハビリ専門職による訪問指導事業の通知を2か年で740人行い、222人訪問指導できる。
・通いの場において転倒予防のグループワークを200人行う。

・アウトカム指標：利用者本人の状態の改善や主観的幸福観の向上、要介護認定率の低下など、サービス等の結果としての受益者の変化や効果を表すもの

・骨粗しょう症検査後の骨粗しょう症治療開始者数や骨折発生率の低減
・年間の骨折発生率（レセプトデータ）を３%→2.5%に低減
・骨折による新規要支援要介護認定者の減少による介護給付費の抑制

④進捗管理・評価の方法

・事業開始年度は、令和７年度から実施
・達成目標年度は、令和９年度とする。令和８年度に事業が終了となるため、事業終了後、評価を行う。
・評価については、各事業ごとにアンケート調査を行い、集計分析する。また、2027年に大学とアンケート調査を実施し、中間アウトカムの評価を行う。令和８年度に骨粗しょう症検査を行った者の治療開始者数や骨折発生率を分析する。骨折発生は、レセプトデータから抽出する。令和８年度の新規要支援要介護認定者の原因疾患の分析を令和９年度に行う。また、2024年に実施したアンケート調査をベースに要支援・要介護認定データおよび死亡データを突合し、分析する（１年毎に実施）。
・大学を含めて事業結果については課内関係者で共有を行い、事業の内容の検討を行う。

⑤取組の段階

1

1 仮説段階
2 実証（取組）段階
3 評価段階
4 改善・継続段階

Ⅳ.取組の全体像

①取組内容の全体像

別添に記載（ロジックモデル）

Ⅴ.取組の詳細

①目標を達成するための具体的な手法：取組ｉ

○	1 データ分析・調査
○	2 アセスメント
○	3 個別支援
○	4 研修・勉強会
	5 アドバイザー、専門家等の派遣
○	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
○	12 その他　大学との共同研究事業の活用

②取組内容の詳細：取組ｉ

・新規事業
・高齢福祉課内の地域包括支援センターの職員にて実施。地域包括支援センター職員（正規職員６人、会計年度任用職員２人）で対応
・大学と共同で実施した2024年アンケート返信者を主の対象とするが、市内65歳以上で要介護認定を受けていない人全てを対象とする。
・2024年アンケート返信者や広報誌等により体力測定会の案内を行う。また、体力測定会後、骨粗しょう症リスクのある人に対し、骨粗しょう症検査の受診勧奨を行う。
・転倒骨折予防の講演会を実施する。
・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施による通いの場での転倒骨折の講話とグループワークを行う。また、通いの場の参加勧奨の訪問の際も転倒骨折予防の情報提供等を行う。
・８月から通いの場の参加勧奨と転倒骨折予防を目的にした訪問を行う。
・通いの場では、９月から転倒骨折予防の講座とグループワークを行う。
・10月に転倒骨折予防講演会を行う。
・体力測定会を11月から12月にかけて実施する。
・骨粗しょう症検査を令和８年１月から７月まで実施する。

・通いの場参加勧奨と転倒骨折予防情報提供訪問→参加者数（アウトプット）→転倒骨折予防の意識の向上(アウトカム)
・通いの場の転倒骨折予防の講話とグループワーク→参加者数（アウトプット）→転倒骨折予防の意識の向上（アウトカム）
・転倒骨折予防講演会→チラシ配布数・参加者数（アウトプット）→転倒骨折予防の意識の向上（アウトカム）
・体力測定会実施→参加者数（アウトプット）→転倒数の減少（アウトカム）
・骨粗しょう症検査実施→参加者数・治療開始者数（アウトプット）→年間骨折発生率、骨折による新規要介護認定者数（アウトカム）

③予算：取組ｉ

4,945千円

Ⅵ.現状と今後の展開

①現在までの実績

・介護予防講演会については、全世帯への広報誌折込チラシ配布を行った(目標どおり）。また、参加者数は、65人であり、目標の75人に近いものとなった。
・体力測定会の参加者は、548人であり、今後、広報誌およびLINEによる周知を行うため目標値である500人は達成した。
・通いの場である転倒骨折予防の講話とグループワークについては、令和８年２月末時点で230人に実施できており、目標値である200人は達成した。
・通いの場の参加勧奨と転倒骨折予防の情報提供訪問は、令和8年２月末時点で実人数は、19人、延べ29件であり、目標である222人の達成は難しい。通知案内者数は、目標どおりであるが、事業の申し込みが少ない状況。
・骨粗しょう症検査（DXA検査）の申込は、令和７年度は、検査案内対象者104人の内、64人の申し込みがあり、令和８年度も148人に検査の案内を行う予定。

②今後見込む成果

骨粗しょう症検査（DXA検査）により、骨粗しょう症の要指導者、要治療者が判明し、適する予防対策を提供することができ、転倒骨折者の抑制につながると考える。また、ハイリスクアプローチだけでなく、既存の通いの場における転倒骨折予防と骨粗しょう症予防の啓発事業や全市民を対象とした転倒骨折予防講演会において、市民の転倒骨折予防の意識を高めることができると考える。

③その他、アピールポイント

大学との共同研究事業として実施しているため、調査分析手法や評価について明確となっている。

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

↓取組・事業の内容		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度
通いの場参加勧奨と転倒骨折予防情報提供訪問		-	８月から訪問開始 アンケート調査を訪問後行う	令和６年度同様訪問およびアンケート調査実施	集計し、分析を行う
通いの場の転倒骨折予防の講話とグループワーク		-	９月から講話とグループワーク開始し、終了後アンケート実施	アンケートの集計と分析を行う	
転倒骨折予防講演会		-	10月に実施し、アンケートを行い、集計する		
体力測定会実施		-	11月から12月に実施し、全体の体力測定結果を分析		
骨粗しょう症検査実施		-	１月から骨粗しょう症検査実施	７月まで骨粗しょう症検査実施	骨粗しょう症治療開始者数や骨折数等を調査分析
大学とのアンケート調査実施		-		アンケート調査を行う	集計し、分析を行う
効果測定（アウトプット）	目標		チラシ配布数や参加者数	参加者数	
	実績				
効果測定（アウトカム）	目標		転倒骨折予防の意識の向上	転倒数の減少	年間骨折発生率、骨折による新規要介護認定者数
	実績				

米原市　R7年度保険者機能強化推進交付金（成果指向型配分枠）　ロジックモデル【転倒骨折予防事業ロジック】

活動・アウトプット	初期アウトカム	中間アウトカム	最終アウトカム
体力測定会と講演会の案内チラシを13,000枚配布する。 ・広報誌に折込 ・アンケート返信者に対して郵送　（参考）世帯数：12,840世帯	転倒骨折予防講演会のアンケートにて ・転倒予防の意識の向上 ・転倒予防や対応策の知識の習得 ・骨粗しょう症の予防に関する興味関心の向上 ・骨粗しょう症予防や対応策の知識の習得	2027年アンケートにて ・転倒数の減少 ・転倒骨折数の減少 ・転倒に対する不安を持つ人の減少 ・片足立ち10秒以上できる自信のある人の増加 ・椅子から５回立ち座りすることを10秒以内でできる自信のある人の増加	年間の骨折発生率（レセプトデータ） ３％→2.5%に低減 年間の骨折者 46人減少 （参考） 65歳以上(要支援・要介護者除く）：9,172人 9,172人×0.03（骨折発生率）＝275人 9,172人×0.025（骨折発生率）＝229人 275人－229人＝46人
転倒骨折予防講演会の実施 ・筑波大学共同研究事業の共同研究者から本市の転倒骨折の現状と予防策について講演 ・転倒予防に関する企業のグッズ展示等 転倒予防の講演会に75人が参加する （参考）体力測定会参加者500人 その内、15%が参加すると仮定し、500人×0.15＝75人			
体力測定会の実施 ・筋力、歩行能力、バランス能力、体組成、口腔機能、認知機能等の測定 ・アンケート結果と体力測定結果を合わせ、個別に郵送で結果返しを行う ・個別に応じた転倒予防策の提案を行う(運動、環境面、骨密度の受診勧奨等) 体力測定会に500人参加する （参考）2018年に実施した体力測定会の参加率が13% 事前アンケートの回収率を８割(2,960人)と想定。15%が参加すると444人となり、アンケート対象となっていない人を60人程度見込む	リハビリ専門職の個別訪問のアンケートにて ・転倒予防の意識の向上 ・転倒予防や対応策の知識の習得 ・骨粗しょう症の予防に関する興味関心の向上 ・骨粗しょう症予防や対応策の知識の習得	リハビリ専門職の個別訪問にて ・自助活動応援の前後評価において、体力測定項目の改善 ・転倒予防策を実践している人が増加	新規要支援・要介護認定の減少による年間の介護給付費の抑制 ７人分の削減効果 （参考） 2018年アンケート調査結果 分析対象者：4,038人 →６年後　651人(16%）が骨折発生 →この骨折発生者の内、30%が要支援・要介護認定者 ※非骨折者で要介護に進展する割合は、16% 年間の骨折者：46人 46人×0.3（要介護認定に進展）≒14人 46人×0.16(非骨折者で要介護に進展)≒７人 14人－７人＝７人(骨折による要介護認定者) （試算） 令和５年度介護給付費：4,111,742千円 要介護・要支援認定者数 （令和６年３月31日現在）　：2,214人 一人当たりの給付費：1,857千円/年 1,857千円/年×７人≒12,000千円の削減効果
委託しているリハビリ事業所のリハビリ専門職が個別訪問を行い、通いの場の参加勧奨と個別の転倒予防対策についてアドバイスを行う。 ・対象者に対し事業の案内通知→参加希望者のみ市に連絡→５事業所に訪問依頼 ・２か年で740人に通知を行う。 リハビリ専門職による転倒高リスク者222人の訪問指導ができる（R7-8年度の2か年で） （参考） 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施における通いの場参加勧奨事業の訪問率：27% 転倒高リスク者(これまでのアンケート調査において）25%(740人）、約３割が訪問指導を希望すると仮定 740人×0.3＝222人			
・関係機関（医師会、健康づくり課等）と骨密度検査の調整を図り、受託医療機関を設定。 ・骨密度検査の受診費用助成事業要綱を整備し、受診費用の助成を行う。 骨密度の検査を118人が受診する（R7-8年度の２か年で） （参考） 令和６年度(R7.2.10時点）の後期高齢者健康診査受診率：15.7%≒16% 740人（転倒高リスク者）×0.16＝118人	通いの場のグループワークにて ・転倒予防の意識の向上 ・転倒予防や対応策の知識の習得 ・骨粗しょう症の予防に関する興味関心の向上 ・骨粗しょう症予防や対応策の知識の習得		
既存の通いの場で転倒予防に関するグループワークを行う ・17団体で2025年のアンケートで得られた結果からグループワークを行う 200人がグループワークを行う　（参考）R6年度210人がフットケア講演会参加			

成果指向型配分枠：取組状況の報告シート

北海道むかわ町

Ⅰ.課題について

①課題の把握方法

○	1 データ分析結果
○	2 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
○	3 地域ケア会議等における議論
○	4 他事業によるニーズの把握
	5 社会動向
	6 国・都道府県等からの情報提供
	7 その他

②データ分析の内容

・介護認定率：むかわ町 20.6%（全国19.7%、全道21.3%）
・介護認定者数：R6.3末 587人 → R7.8末 624人（認定率20.9%）
・認知症有病率：むかわ町29.4%（全国23.7%、全道21.1%）
・筋・骨格系疾患：むかわ町54.8%（全国54.3%、全道50.4%）
→ 全国平均を上回り、認知症および運動器機能低下が顕著。

③課題の内容

新規介護認定者が増加し、認定率が高止まりしている。特に認知症および筋・骨格系疾患の割合が高く、介護予防の取組を一層強化する必要がある。
これらを踏まえ、健康意識の向上と社会参加を促す取組が必要と判断し、「健康むかわチャレンジ事業等を活用した介護予防」を課題として設定した。

Ⅱ.対象層について

①対象層

	1 虚弱な高齢者
	2 事業対象者・要支援認定者
	3 要介護認定者
	4 特定の疾患を持つ高齢者
	5 認知症（の疑いがある）高齢者
	6 独居高齢者
	7 元気な高齢者
	8 高齢者全般
	9 住民全般
	10 介護家族
○	11 その他 65歳以上高齢者

②具体的な内容

本町では介護認定率が上昇傾向にあり、特に認知症および筋・骨格系疾患に起因する要介護化リスクが高い。
一方で、地域包括支援センターへの相談やケア会議での議論から、外出機会の減少や社会的つながりの希薄化も課題として挙げられる。

これらの現状を踏まえ、身体機能の維持・向上と社会参加の両面からアプローチする必要があることから、介護予防の主な対象となる65歳以上の高齢者全般を対象層として設定した。

Ⅲ.目標等

①中長期・短期の目標

- 【短期（R7年度～R8年度）】健康むかわチャレンジ事業における65歳以上への参加者の増を目指す。（参加者390人）
- 【中期（R9年度～R11年度）】介護認定者600人未満、認定率20%未満
- 【長期（R12年度以降）】：地域全体のフレイル予防体制を定着させ、要介護発生率の減少を図る。

②目標や指標の設定・進捗管理・評価の実施体制

進捗管理を四半期ごとに実施し、庁内会議で評価・改善を行う。

③設定している評価指標

・アウトプット指標：参加者数や研修の開催回数など、施策や事業の直接の結果を測るもの

- アウトプット指標：健康むかわチャレンジ事業参加者数、サロン開催回数、巡回教室回数

・アウトカム指標：利用者本人の状態の改善や主観的幸福観の向上、要介護認定率の低下など、サービス等の結果としての受益者の変化や効果を表すもの

- アウトカム指標：新規介護認定者数の減少・要介護認定率の低下

④進捗管理・評価の方法

・月報データ・KDBデータを活用し半期ごとにモニタリング。
・乖離が大きい場合はポイント付与条件や対象事業を見直す。

⑤取組の段階

2

1 仮説段階
2 実証（取組）段階
3 評価段階
4 改善・継続段階

Ⅳ.取組の全体像

①取組内容の全体像

健康むかわチャレンジ事業を中心に、
①ポイント制度による健康行動の促進、
②サロンやチームオレンジの拡大による社会参加支援、
③巡回健康教室によるフレイル予防、
の３本柱で多層的に介護予防を推進。

Ⅴ.取組の詳細

※複数の取組を申請された場合は、設定した目標を達成するためにより効果的と思われる取組を２つ取り上げて回答

①目標を達成するための具体的な手法：取組ｉ

	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
	3 個別支援
	4 研修・勉強会
	5 アドバイザー、専門家等の派遣
○	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
	12 その他

②取組内容の詳細：取組ｉ

町民が日常的に健康づくりへ関心を持ち、参加につなげることを目的として、
「健康むかわチャレンジ事業」のポイント制度を広く周知する取組を行う。

具体的には、町広報誌・ホームページ・施設掲示・健康教室等を活用し、
・ポイントの仕組み（参加で金券と交換できる）
・健康事業の年間スケジュール
などを継続的に発信する。

また、高齢者訪問で個別に情報提供などの周知も行い、口コミや参加のハードルを下げることで、住民の自発的な健康活動を促進する。

③予算：取組ｉ

地域支援事業費を活用

Ⅵ.現状と今後の展開

①現在までの実績

・健康むかわチャレンジ事業参加者：351→390人（進捗良好）
・チームオレンジ開催：3カ所28回→40回（拡大傾向）
・巡回健康教室：14団体19回→20回以上（増加見込み）
・介護認定新規者：R7.8末 57人（R8年度150人未満見込み）

②今後見込む成果

・介護予防教室の参加者増
・健康運動教室を地域団体に拡大。
・ポイント制度の電子化検討（ICT活用）。
・高齢者の主体的な健康づくり文化の定着を目指す。

③その他、アピールポイント

・町独自の「ポイント付与×金券交換」制度により、参加率と継続率が高い。
・地域資源（サロン・クラブ・ボランティア）を活かした住民主体の仕組み。
・データ分析（KDB・月報）に基づくエビデンス指向の取組。

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

↓取組・事業の内容		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和　　年度
町民が日常的に健康づくりへ関心を持ち、参加につなげることを目的として、「健康むかわチャレンジ事業」のポイント制度を広く周知する取組を行う。		町広報誌・ホームページ・施設掲示・健康教室等で周知を行う	町広報誌・ホームページ・施設掲示・健康教室における周知を継続した上で、高齢者訪問で個別に情報提供を行う	町広報誌・ホームページ・施設掲示・健康教室における周知、高齢者訪問における個別の情報提供を継続した上で、地域団体に拡大し、高齢者の主体的な健康づくり文化の定着を目指す。	
効果測定（アウトプット）	目標	350人	390人	420人	
	実績	351人	390人（見込み）	420人（見込み）	
効果測定（アウトカム）	目標	介護認定率20パーセント以下	介護認定率20パーセント以下	介護認定率20パーセント以下	
	実績	20.60%	20%（見込み）	19%（見込み）	

北海道むかわ町　健康むかわチャレンジ事業等を活用した介護予防

課題

○新規介護認定者が増加し、介護認定者数が急増。介護認定率が高くなり、全国・全道平均に近づいている。
○介護認定者の有病状況は、認知症及び筋・骨格系疾患が全国・全道と比較して高い。

（%）

		むかわ町	全国	全道
介護認定率 *1		17.5	19.4	20.8
有病状況 *2	認知症	30.4	23.9	21.4
	筋・骨格系	55.2	54.0	50.3

*1（見える化：R5年度）　*2（KDB：R5年度）

事業対象

65歳以上高齢者

成果目標

介護認定者の減少：R8年3月末600人未満（認定率20%未満）
【評価指標】介護認定新規認定者数の減少（月報データ）
R7年度 140人未満

事業内容

○健康むかわチャレンジ事業（内容充実）
「ポイントカード」を配布して各種事業の参加時にポイント付与。集めたポイントは「むかわ町金券」と交換。社会参加の機会を増やして健康づくりを促進する。
・介護予防事業の参加ポイントの付与回数拡大
・運動施設（体育館・パークゴルフ場等）の利用にポイント付与
・「30日チャレンジ」：体重測定・血圧測定・歩数記録・野菜摂取の記録でポイント付与＊R７年度新規

○サロンや交流の場の拡大：ボランティアや民間実施のサロン等開催機会を多くする。

○巡回健康教室：老人クラブなどの団体で、フレイル予防の健康教育や運動指導を実施する。

期待する成果と評価指標

○健康むかわチャレンジ事業のポイント付与内容拡大
→65歳以上の利用者が増えることにより、健康管理に関心を持ち行動することで介護予防につながる。
【評価指標】65歳以上利用人数　R7年度390人
※65歳以上人口の13%（R5年度実績334人：10.8%）

○サロンや交流の場の拡大
→チームオレンジ（オレンジカフェ）の開催回数が増えることで外出や交流機会が増え、認知症予防や介護予防となる。
【評価指標】開催回数：R7年度 50回以上・3カ所実施
（R６年度実績 30回・3カ所実施）

○巡回健康教室
→地域巡回で参加しやすい体制とし、健康講話や運動実践でフレイル予防につなげる。
【評価指標】実施団体・回数：R7年度 15団体・25回以上
（R６年度 12団体・17回実施）

成果指向型配分枠：取組状況の報告シート

埼玉県吉見町

Ⅰ.課題について

①課題の把握方法

○	1 データ分析結果
○	2 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
○	3 地域ケア会議等における議論
○	4 他事業によるニーズの把握
	5 社会動向
○	6 国・都道府県等からの情報提供
	7 その他

②データ分析の内容

1　KDB　健康スコアリング（医療・介護）（R4・5・6　3か年）
2　要介護認定申請時の主訴（R6.4～R6.10、支1～介2、82名分）
3　要介護認定適正化事業・業務分析データ（R５年度分）
4　介護給付費実態統計（R4給付費、サービス別、同規模行政比）
5　介護支援専門員アンケート調査（R5）
6　新規認定者（要支援・事業対象者）の経過（R4年度分88名分）
7　見える化システム
8　第9期介護保険事業計画策定基礎調査
　・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査　・在宅介護状況調査結果　・施設介護状況調査

③課題の内容

吉見町は、見える化システムデータから、新規の重度認定率（７．８%、県内２位）と施設サービス受給率（３．８%、県内６位）が県や全国平均と比較して高い。また、健康スコアリングデータから、どの介護度でも維持率が低く（平均４０%）、要支援から要介護への移行が、全国平均と比較して速い。

加えて介護支援専門員アンケート調査及び生活支援コーディネーターの調査では、地域住民の主体性が乏しく、地域活動の参加や自己管理が不足がちであり、在宅でのリハビリテーションや生活支援の選択肢が十分に認識されていない可能性がある。また、農村部では在宅サービスへの抵抗感が強く家族介護でカバーすることが重度化の一因であること、介護のイメージが施設介護に偏る現状がある。

在宅生活の限界点を引き上げるために、早期介入と重度化防止、介護イメージの変革と生活支援体制の強化が課題となっている。

Ⅱ.対象層について

①対象層

○	1 虚弱な高齢者
○	2 事業対象者・要支援認定者
	3 要介護認定者
	4 特定の疾患を持つ高齢者
	5 認知症（の疑いがある）高齢者
	6 独居高齢者
	7 元気な高齢者
	8 高齢者全般
	9 住民全般
○	10 介護家族
	11 その他

②具体的な内容

１）
①新規認定者の平均介護度が要介護2を超えている。重度化のスピードが速い。認定を受けても必要なサービスに繋がらないケースが存在する。
②通所A（町内に従前相当サービスはなし）に状態が不安定な人が多く、1年後には重度化し通所介護を利用する人が多い。
③一方、通所Cは比較的うまく機能しており、通所C利用後に介護サービスから卒業している事例がある。
➡軽度者の重度化防止を促進するため、「虚弱高齢者、事業対象者、要支援認定者」を対象に選定した。
２）
①住民の間で、介護は施設で受けるものというイメージが強い。
②地区によって、高齢者自身に主体性が乏しく、地域活動への参加や自己管理が不足している傾向がある。
➡介護イメージの変革のため、「介護家族」を対象を選定した。

Ⅲ.目標等

①中長期・短期の目標

一部実施中であるが、令和７年度以降は拡充し実施予定。
●中期：令和７年４月～令和１０年３月（３年）
①活動的な生活を取り戻す人が増える
②早く支援に繋がる人が増える
③介護が身近な存在にあると気付く人が増える
●長期：令和１０年４月～令和１３年３月（３年）
①健康スコアリング（要介護区分別軽度者維持・改善率45%）
②活動・サービスC利用者の維持・改善率85%
③65歳以上の主観的幸福感7点以上56%

②目標や指標の設定・進捗管理・評価の実施体制

①実施体制：通所Cの拡充。PFSの採用。
評価頻度：年1回程度

②実施体制：相談窓口のワンストップ化、改善見込みのある方へチェックリスト実施　包括支援係と介護保険係での情報共有
実施評価：職員アンケート（意識変容比較）、相談記録、相談受理から終結までの期間短縮
実施頻度：年1回程度

③実施体制：広報等年3回関連記事の掲載、医療介護関係者との連携機会の強化
ケアマネの資質向上（ケアプラン点検の点数化、自己点検票の公表、多職種活用の演習）
実施評価：SNSの「いいね」数、相談件数、住民間の話題、講座の参加者数、医介連携会議のテーマに介護予防があがる
実施頻度：年1回程度

③設定している評価指標

・アウトプット指標：参加者数や研修の開催回数など、施策や事業の直接の結果を測るもの

①指標：通所C利用者数　年60人
PFS支払額は、以下の3点指標で評価
・利用者の維持改善率85%以上、・参加者平均が目標定員の90%以上、・卒業後の社会参加割合40%以上

②指標：介護体験掲載年2回、介護教室年7回、介護のつどい月1回、動画作成放映年1回、SNSの発信月1回以上

③指標：広報に改善体験の掲載(奇数月）、ケア会議で改善事例の共有（年3回）

・アウトカム指標：利用者本人の状態の改善や主観的幸福観の向上、要介護認定率の低下など、サービス等の結果としての受益者の変化や効果を表すもの

①指標：活動・サービスC利用者の維持・改善率85%

②指標：相談実件数年550人
相談先を認知する町民の割合73%

③指標：自立支援プラン作成得点80点以上の介護支援専門員　70%
介護支援専門員の地域サービス充足度30%
3年間（R8～R10）で抑制される推計介護費用　37,658,502円

④進捗管理・評価の方法

第1期　：令和７年４月～令和１０年３月（３年）
評価時期：令和８年１２月（中間）
　　令和１０年３月（最終）
第２期　：令和１０年４月～令和１３年３月（３年）
評価時期：令和１１年１２月（中間）
　　令和１３年　３月（最終）
測定時期：毎年度、3年毎
測定手法：ニーズ調査、アンケート調査、KDB、見える化システム等

⑤取組の段階

2

1 仮説段階
2 実証（取組）段階
3 評価段階
4 改善・継続段階

Ⅳ.取組の全体像

①取組内容の全体像

別添ロジックモデル参照

Ⅴ.取組の詳細

※複数の取組を申請された場合は、設定した目標を達成するためにより効果的と思われる取組を２つ取り上げて回答

①目標を達成するための具体的な手法：取組ｉ

	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
	3 個別支援
	4 研修・勉強会
	5 アドバイザー、専門家等の派遣
○	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
	12 その他

②取組内容の詳細：取組ｉ

通所C　：参加者数（アウトプット）と改善率（アウトカム）
相談体制：体制整備(アクテイビティ）と相談実件数・相談先の町民認知(アウトカム)
イメージ改善：広報・事業実績(アウトプット）と抑制される介護給付費(アウトカム)
ケアマネ　：ケアプラン点検実施数（アウトプット）と点検採点結果・ケアマネのアンケート（アウトカム）

③予算：取組ｉ

Ⅵ.現状と今後の展開

①現在までの実績

Ⅲ．目標等で設定したアウトプット指標及びアウトカム指標の目標値に対し、現時点は、アクテイビティの段階であるが、目標達成に向けた進捗は順調である。ただし、重度化防止の取組に欠かせない専門職(保健師)の確保が最重要課題となっている。

②今後見込む成果

１関係職員の連携強化・モチベーションの向上。
２要介護状態となる前の虚弱の方・回復可能な方に対して、早期介入を講じることで状態の維持・改善者が増える。その結果、要介護者の増加が緩やかになる。
３早期介入のメリット・成功事例の普及啓発を強化することで、年を重ねても改善すると認識する方が増え、介護のイメージが変革される。
４既存の地域資源を効果的に活用できる関係者（ケアマネジャー・医療関係者）や家族・高齢者が増える。

③その他、アピールポイント

今後も多様なご助言・指導をいただきながら、より良い事業を実施し、心身共に豊かな町民を増やしていきたいです。そのために、地域全体が連携し、それぞれの役割を効果的に果たすことが必要と考えます。
町民、医療機関、認定調査員、介護支援専門員、介護事業者・民間企業、町、社協等が役割を果たせるよう、ロジックモデルを軸に6か年にわたり可能な取組を進めてまいります。

介護予防施策と生活支援体制整備事業の連動を図り、活動的な町民を増やし、いきいきとした街づくりを目指します。

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

↓取組・事業の内容		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度
卒業できる介護サービスの拡充		関係者内の意見交換	令和8年度の事業検討	PFSの採用 保健師・介護支援専門員の確保	
効果的な相談体制		関係者内の意見交換	相談窓口でのチェックシート作成 共有データの所有・管理 ニーズ調査の実施	ニーズ調査の集約・分析 次期実施計画の作成	相談窓口体制の拡充
介護イメージの改善		関係者内の意見交換	広報掲載(奇数月) ケア会議での成功事例報告(年3回)	広報掲載(奇数月) ケア会議での成功事例報告(年３回)	広報掲載(奇数月) ケア会議での成功事例報告(年３回)
ケアマネの資質向上		関係者内の意見交換	ケアプラン点検（年4回） 多職種活用の演習（年1回） ケアプラン点検点数化 アンケート調査の実施	ケアプラン点検自己点検票の公表 アンケート調査の集約・分析 次期実施計画の作成	ケアプラン点検自己点検票の公表
住民向けの情報発信 介護予防・ささえあい活動		関係者内の意見交換	自主活動の推奨 ポイント制度の運用開始	ポイント制度の運用	ポイント制度の運用
生活支援体制整備事業の拡充		関係者内の意見交換	企業等との交渉 ニーズ把握	サービスの創出	協議体に民間企業が参画
効果測定（アウトプット）	目標			通所C利用者数60人/年	住民集いの場70か所
	実績		通所C利用者数54人/年		
効果測定（アウトカム）	目標				通C利用者の維持改善率85%以上
	実績		通C利用者の改善率80%		

埼玉県吉見町　ロジックモデル（令和７年３月作成）

埼玉県吉見町　ロジックモデル（令和７年３月作成）

仮説（課題仮説）

真因

（地域住民）
➤介護サービスをよく知らず関心が薄い、介護に対するネガティブな意識が強い
➤農家・国民年金の方が多い。支出や相談を控える傾向あり。
➤自身の地域に愛着がなく他人への関心が薄い。

（ケアマネ）
➤自身のケアプランを俯瞰して見たり見直したりする意識や機会がない。

（介護保険係）
➤職員が少なく事務量が多い。
➤事業者が参入しやすい環境がない。

（包括）
➤介護保険係が離れていて利用者が包括につながりにくい。
➤ケアマネジャーや医療機関との関係づくりが難しい。

（SC）
➤事業の必要性や地域資源に関する情報発信が不足。
➤生活支援の担い手が不足しているが補充する体制がない。

インプット（誰に）

介護事業者・民間企業

住民全体

町・社協

アクティビティ（どう働きかける）

介護事業者・民間企業
- ➢ 見える化システム、介護給付費等実態統計のデータを確認し町の特徴を正しく把握（介護保険係）
- ➢ 計画に合わせて地域密着型サービス（認知症対応デイ、小多機、定巡等）を公募する（介護保険係）
- ➢ ◎0+5　拠点となる通いの場への視察を企業や介護事業所に案内する（SC）
- ➢ 民間企業や事業所との連携強化で、移動や送迎サービスの活動を増やす（協定締結等）（包括）
- ➢ 高齢者に対して、利用しやすいサービスや価格・助成の設定、普及啓発（包括、介護保険係）

住民全体

住民向けの介護予防や支え合いについての情報発信
- ➢ 住民向けの健康講座を開催する（包括、社協）
- ➢ ◎1 介護予防効果を、動画・SNS等で発信、サービス種類や費用・手続きの流れ等を周知（広報誌・HP・SNS等）、個人宛に情報発信（包括、社協）
- ➢ ◎2 講座受講者へポイント付与（包括）
- ➢ ◎3 実働部隊としての住民コーディネーター（介護予防リーダー）養成刷新開催（包括）

情報共有・意見交換の機会・情報発信の媒体開発
- ➢ ◎6 SNS・HP（適時）、広報誌（全戸：年1回）、チラシ（適時：手配り＆掲示）の作成（SC）（＝連携先を増やす。活動者の実践報告の機会を広く周知する）

◎7生活支援を支える事業の拡充
- ➢ 支え合いサービスの担い手の報酬見直しの検討（包括・社協）
- ➢ 生活支援サービスの担い手を増やすための関係者会議の企画・開催（内容別、多様な機関と協働）（SC）

町・社協

◎4定例意見交換会
生活支援サービス等の課題等を提起　年4回
（管理職含む。包括、社協、介護保険係、福祉係）

◎8 小地域福祉活動・サロン・見守りについて検討
➢ 事業一体化を提案 年2回（包括・社協・福祉係）

アウトプット（活動目標）

在宅サービスの充実
- ➢ 10期計画の整備計画等への反映：R7調査、R8策定
- ➢ 地域密着型サービス新設：R7公募、R8定巡1増
  地域密着型サービスに関する補助金の確認
- ➢ 移動販売、配食等の民間サービスを継続する

◎0　住民と企業の連携
講座（年12回）や協議体開催（年3回）
地域活動へ誘う講座の開催
- ➢ 趣味活動：年2回
- ➢ 交流イベント：年1回
- ➢ 会議に出席する民間企業数が増加

◎1サービスの普及啓発
個人の希望する居場所に行けることを発信
➤広報誌・HP・SNS等：各年2回以上

◎2 介護予防活動の支援者にポイントが付与され、貯まると地域通貨券で還元される
◎3 介護予防リーダー養成講座の刷新開催（検討作業、年1回以上）

◎6活動者作成の広報紙発行：年3回
活動者分類
- ➢ つながりの場、生活支援サービス、サロン、シニアクラブ

◎7不足する生活支援提供団体による関係者会議：年2回
- ➢ 外出支援、掃除、ゴミ捨て、見守り

◎8小地域福祉活動等の検討会議で見守りネットワークの必要性を共有
年2回

アウトカム

初期（成果目標）

整備計画に着手する
- ➢ 公募要領を策定することが決まる

民間サービス利用者増加

◎0＋8 生活支援提供団体が地域資源と連携
- ➢ 地域課題の共有と理解が進む
- ➢ 新しい企業から問合せが増
- ➢ 新しい企業、団体から視察増

◎1介護予防が認知される
➤包括・社協へ問合せ増

◎2　育成講座の充実ポイント制度創設
- ➢地域活動が継続できる（リーダーを辞めない）
- ➢リーダーの継続意欲が湧く（ポイント付与数が増える、年度末のリーダーからの実績表で活動回数が増える）
- ➢100歳体操のリーダーに回数に応じた地域通貨券を付与する（約120人）

◎3 住民組織への住民の関心向上＆参加者増加
➢介護予防リーダー平均年齢若年化：72歳➡70歳、人数増：122➡150人、介護予防リーダーのいる地区増：42➡75地区

◎5 拠点の必要性を感じる住民が増える
- ➢ 地域で困る人の情報提供が増える（人づてに相談が寄せられる）
- ➢ 住民課題の問合せが増える（地区懇談会やフォーラムでの発表の中で等の発信が増える）
- ➢ 拠点に参加する人が増える

◎6生活支援提供団体の活動者が増える
- ➢ 情報への問合せが増える
- ➢ 掲載希望者が増える

◎8見守りの必要性を理解し、関係機関と連携会議が開かれる、団体が再編される
- ➢ 協働の必要性について理解し始める
- ➢ 資源が協働することで生まれる相乗効果を理解し始める

中間（成果目標）

施設利用が減り、在宅サービスの利用が増える

◎0 協議体に連携先民間企業が参画
- ➢ 既存事業の拡充、新事業の開発
- ➢ 地域包括システムを支える企業の増加
- ➢ 地域貢献企業として周知され、認知度が高まる
- ➢ 住民（協議体）と民間企業の連携強化

◎7 生活支援団体として協議体メンバーへの参画
- ➢ 生活支援の担い手の一つとして協働が始まる

◎5 拠点づくりに話し合いが行われる
- ➢ 住民課題と向き合う（包括・社協）
- ➢ 生活課題と向き合う（包括・社協）

◎1住民の介護予防に対する意識が高まる、生活支援サービスの利用の適正化が図られる

◎2 地域活動の参加者が増加
- ➢ 既存の地域活動の充実
- ➢ 新規の地域活動が創出
- ➢ 地域活動への関心が高まる

社会参加者数（延6,900人／年）
住民の集いの場（70か所）
100歳体操,サロン,いまいる等合計

◎3 住民会議の開催
- ➢ 自治会加入者の増加
- ➢ 見守りの必要性が高まる
- ➢ 助け合いへの関心が高まる

◎6生活支援が充実する
- ➢ 生活支援の担い手登録する
- ➢ 助け合い活動の機運が高まる

◎8再編された見守りネットワークで現状や課題の共有が進む

最終

インパクト（ありたい姿）

地域全体が連携し、それぞれの役割を効果的に果たす

住み慣れた地域で自分らしくイキイキと暮らせ、たすけあえる町

成果指向型配分枠：取組状況の報告シート

熊本県水俣市

Ⅰ.課題について

①課題の把握方法

○	1 データ分析結果
○	2 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
○	3 地域ケア会議等における議論
○	4 他事業によるニーズの把握
○	5 社会動向
	6 国・都道府県等からの情報提供
	7 その他

②データ分析の内容

・本市では、介護保険新規申請者の原因疾患の上位が「認知症、関節疾患、骨折・転倒」であることから、認知機能や運動機能向上を目的とした介護予防事業（まちかど健康塾）に取り組んでいる。しかし、高齢者の増加に反し、参加者数は年々減少傾向にある。
・高齢者の利便性向上、生きがいづくり・仲間づくりを推進していくためにはＩＴ機器の活用が有益であるが、独居高齢者や高齢者のみ世帯が多く、ＩＴ機器を日常的に活用する状況にないため、デジタルデバイドが顕著であり、これらの対策も必要である。

③課題の内容

・市では、介護予防事業（まちかど健康塾）に取り組んでいるが、既存の取組みが、今の高齢者のニーズと合致していないことが予想され、一人ひとりの状況に応じた介護予防の検討を進めていた。
　また、課題を抱えている高齢者の継続的な見守りや外出機会の減少に伴う様々な課題に対して支援を検討する中で、高齢期に生きがいを持って生活することは、健康を維持していくためにも重要であることから、従前の介護予防教室とは異なるアプローチが必要であると考え、ＩＣＴの活用も検討していた。
・令和５年度経産省実証事業に選定された、エーテンラボ株式会社が実施する、「高齢者同士のピアサポートによる持続可能なフレイル予防を実現するＩＣＴソリューションの開発」のモデル自治体となり、実証実験をする中で、一定の成果を得たことから、本市の介護予防事業として継続して取り組むこととなった。

Ⅱ.対象層について

①対象層

○	1 虚弱な高齢者
	2 事業対象者・要支援認定者
	3 要介護認定者
	4 特定の疾患を持つ高齢者
	5 認知症（の疑いがある）高齢者
○	6 独居高齢者
○	7 元気な高齢者
○	8 高齢者全般
	9 住民全般
	10 介護家族
	11 その他

②具体的な内容

〇対象層
　介護予防事業（まちかど健康塾）の参加者の経年分析から、男性高齢者が極めて少なく、参加者数が減少傾向であることから、まちかど健康塾に様々な要因で参加しない層を対象と設定した。
・男性高齢者
・介護予防教室等への参加に拒否感がある高齢者、無関心な高齢者
・現在のところ介護予防の必要性を感じていないが、先々を考えると不安を感じる高齢者

〇アプリの内容
　習慣化アプリ「みんチャレ」内に水俣市専用ページを設け、5人1組のチーム（匿名可）に参加し、毎日チームのチャットへ写真とともに歩数や日々の出来事を報告する。歩数を報告とするという認知行動による自助効果、仲間同士の助け合いによる互助効果で行動変容につながり、運動習慣が身につく。また、毎日スマホを利用し仲間とコミュニケーションをとることでスマホ習熟度が向上する。さらに、独居の方の安否確認にもつながり、相互見守り効果が発揮される。参加状況に応じてもらえるコインを貯めて、寄付による社会貢献もできる。

Ⅲ.目標等

①中長期・短期の目標

（長期）
・高齢者の孤立防止
・非接触型のふれあい環境づくり
・高齢者がいきいきと健康に過ごしている
・フレイル予防
・デジタルデバイド解消

（中期）
・アプリ参加者の行動変容
・フレイルリスクの変化
・社会参加による影響

（短期）
・アプリに参加する高齢者が増える。
・アプリの習慣化ができる。
・アプリ継続により貯めたコインを寄付し、社会貢献につながる。

②目標や指標の設定・進捗管理・評価の実施体制

（実施体制）
・市いきいき健康課：企画、運営
・市総務課情報政策係：デジタルデバイド解消支援
・地域包括支援センター：新規参加者獲得のための広報周知、高齢者に関する情報提供
・社協で実施するサロン等との連携：新規参加者獲得のための広報周知、地域課題の情報提供
・民間企業によるスマホ教室との連携：新規参加者獲得のための広報周知

③設定している評価指標

・アウトプット指標：参加者数や研修の開催回数など、施策や事業の直接の結果を測るもの

・アプリの使い方講座の開催
・高齢者訪問や自治体健診の際に、利用が適当であると思われる方への声掛け、インストール等の導入支援
・アプリ参加者への定期的な配信や声かけ
・交流会の実施
・寄付プロジェクトの実施

・アウトカム指標：利用者本人の状態の改善や主観的幸福観の向上、要介護認定率の低下など、
サービス等の結果としての受益者の変化や効果を表すもの

・平均歩数の変化
・プレフレイル、フレイルに分類される参加者の割合の減少
・新規要支援・要介護認定者の平均年齢の延伸

④進捗管理・評価の方法

・開始年度：令和５年度実証実験、令和６年度から事業実施
・達成目標年度：非接触型の介護予防事業として継続
・評価手法：歩数の変化、投稿状況、アンケートによる分析

⑤取組の段階

3

1 仮説段階
2 実証（取組）段階
3 評価段階
4 改善・継続段階

Ⅳ.取組の全体像

①取組内容の全体像

・別添参照

Ⅴ.取組の詳細

①目標を達成するための具体的な手法：取組ｉ

	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
	3 個別支援
	4 研修・勉強会
	5 アドバイザー、専門家等の派遣
	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
○	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
	12 その他

②取組内容の詳細：取組ｉ

・令和6年度新規事業（7年度以降も継続予定）
・実施体制等は、上記Ⅱ、Ⅲのとおり

③予算：取組ｉ

2,453千円

Ⅵ.現状と今後の展開

①現在までの実績

・累計参加者85人、継続参加者35人→4割が継続している。
・前期高齢者3割、後期高齢者7割→まちかど健康塾より前期高齢者の参加割合が多い。
・男性2割、女性8割→まちかど健康塾より男性参加者の割合が多い。
・平均歩数が当初3575歩→5,112歩　ゆるやかに伸び続けている。
・30日間継続率81.58%、180日間継続率58.57%、360日間継続率43.86%

〇従来の介護予防教室よりも、前期高齢者及び男性の参加者の割合が高くなり、対象層の獲得ができている。
〇スマホスキルが著しく向上し、デジタルデバイド解消の一助となっている。
〇歩数や景色を意識して歩く人が増え、行動変容につながっている。

②今後見込む成果

・従来の介護予防教室には参加しない対象層とつながることができる。
・行動変容による健康寿命の延伸、新規要支援・要介護認定者の平均年齢の延伸
・デジタルデバイド解消

③その他、アピールポイント

水俣市は、「もやい」を様々な施策のキーワードとして展開しており、9期計画においても「もやい、ふれあい、支え合いながら」安心して暮らしていけるまちの構築を目指しています。「もやい」の原点は対話ですが、コロナ禍において、通いの場等に集まることを避けるようになって以降、また昨今の、個々の活動を重視する風潮も相まって、集まって活動することを好まない高齢者が増えています。

本市のような過疎地では、外出に関する困りごとが多い山間地ほどＩＣＴを取り入れ、少しでも便利に過ごしてほしいと様々な施策に取り組みますが、高齢者の多くはデジタル機器に馴染みがなく、またサポートしてくれる身近な人もいないため、不便を受けいれている状況でした。

このアプリによる介護予防事業に取り組むことは、従来の参加者とは異なる対象層を取り込めること、デジタルデバイド解消につながること、社会参加、日々の見守り等、様々な可能性につながると考えます。

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

↓取組・事業の内容		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度
【使い方講座を開催】 ・アプリの使い方講座（1週毎2回1セット）		3回実施 ①7月22日（火）・29日（火） ②7月23日（水）・30日（水） ③11月7日（木）・14日（木）	2回実施 ①7月 ②10月 ③少人数によるミニ講座：随時	2回実施 ①7月 ②10月 ③少人数によるミニ講座：随時	2回実施 ①7月 ②10月 ③少人数によるミニ講座：随時
【高齢者訪問時を利用した導入支援】 ・訪問時に、アプリ利用が適していると思われる方に内容説明。希望される場合は、その場でインストール、初期設定等の導入を支援する。		計画なし	随時	随時	随時
【アプリを利用した定期的な配信】 ・チャットに事務局からの情報配信 ・管理画面で全てのチャットを確認し、利用がうまくできていない参加者やグループに声をかける。 ・チャット内容の確認による見守り		随時	随時	随時	随時
【交流会の実施】 ・参集型の会を実施し、意欲維持を図る。 ・参加者のアフターフォロー ・交流会時にアンケートを実施し、成果分析のデータを収集する。		令和7年1月23日（木）	1月予定	1月予定	1月予定
【寄付プロジェクトの実施】 ・アプリ内で貯まるコインを利用した、寄付の実施。 ・寄付先として、市内で花壇の美化等を利用した介護予防に取り組む団体の活動を支援する。		通年	通年	通年	通年
【魅力を高めるイベントの実施】 ・テーマを設定した、投稿イベントの実施 ・その投稿写真による写真展の開催 ・市庁舎に展示し、投票によるコンテストの実施 ・入選者の表彰を、交流会で行う。		年1回 「年末年始」をテーマにした投稿イベントの開催	年1回予定	年1回予定	年1回予定
効果測定（アウトプット）	目標	・参加者数　100人 ・継続率　40% ・平均歩数　5000歩	・参加者数　100人 ・継続率　40% ・平均歩数　6000歩	・参加者数　100人 ・継続率　40% ・平均歩数　6000歩	・参加者数　100人 ・継続率　40% ・平均歩数　6000歩
	実績	・累計参加者数：85人 ・継続率：360日継続率43.86% ・平均歩数5112歩			
効果測定（アウトカム）	目標	・アプリ参加者の行動変容 ①平均歩数の推移 ②フレイルリスク判定の変化 ・アプリ利用により社会参加継続による影響 ①新規要支援、要介護認定者の平均年齢の延伸	・アプリ参加者の行動変容 ①平均歩数の推移 ②フレイルリスク判定の変化 ・アプリ利用により社会参加継続による影響 ①新規要支援、要介護認定者の平均年齢の延伸	・アプリ参加者の行動変容 ①平均歩数の推移 ②フレイルリスク判定の変化 ・アプリ利用により社会参加継続による影響 ①新規要支援、要介護認定者の平均年齢の延伸	・アプリ参加者の行動変容 ①平均歩数の推移 ②フレイルリスク判定の変化 ・アプリ利用により社会参加継続による影響 ①新規要支援、要介護認定者の平均年齢の延伸
	実績	・アプリ参加者の行動変容 ①平均歩数の推移 スタート時3575歩→令和6年末5112歩 ②フレイルリスク判定の変化 プレフレイル10%減 フレイル9%減 ・アプリ利用により社会参加継続による影響 ①新規要支援、要介護認定者の平均年齢の延伸 令和4年度83.1歳→5年度82歳→6年度82.5歳			

熊本県水俣市

スマホアプリ みんチャレ を活用した介護予防

取組の背景（課題意識）

高齢者の増加に反し、市で取組む介護予防教室「まちかど健康塾」は年々参加者が減少しており、従来の参集型の教室形式は今の高齢者から選ばれなくなっていると考えられる。そのため、一人ひとりの状況に応じた介護予防に取り組む必要がある。

また、介護予防の一環として、高齢者の継続的な見守りや外出機会の減少に伴う様々な課題に対する支援も必要である。高齢期に生きがいを持って生活することは、健康維持に重要であることから、従来の介護予防教室とは異なるアプローチとして、ICTを活用し、運動や社会参加等の行動変容を起こし、介護予防を図りたい。一方、高齢者の利便性向上、生きがいづくり・仲間づくりを推進していくためにはIT機器は有効であるが、日常的にそれらを活用する状況にないためデジタルデバイドが顕著であり、この対策も必要である。

取組内容

〇対象層

・男性高齢者（統計的に通いの場の参加が極めて少ない層）
・介護予防教室等への参加に拒否感のある高齢者、拒否まではないが無関心な高齢者
・現在のところ介護予防の必要性を感じていないが、先々のことを考えると不安を感じる高齢者

〇アプリの内容

習慣化アプリ「みんチャレ」内に水俣市専用ページを設け、5人1組のチーム（匿名可）に参加し、毎日チームのチャットへ写真とともに歩数や日々の出来事を報告する。歩数を報告とするという認知行動による自助効果、仲間同士の助け合いによる互助効果で行動変容につながり、運動習慣が身につく。また、毎日スマホを利用し仲間とコミュニケーションをとることでスマホ習熟度が向上する。さらに、独居の方の安否確認にもつながり、相互見守り効果が発揮される。参加状況に応じてもらえるコインを貯めて、寄付による社会貢献もできる。

成果目標

☆新規要支援・要介護認定者の平均年齢の延伸
☆まちかど健康塾や習慣化アプリに参加している高齢者数の増加
☆参加者の今後の要介護者の増加を緩やかにする。
☆参加者のデジタル技術の向上を図る。
☆アプリへの投稿状況や統計データの確認により、アプリ継続、平均歩数の増加、高齢者の見守りにつなげる。

ロジックモデル

インプット	事業・取組	アウトプット	初期アウトカム	中間アウトカム	最終アウトカム	インパクト
【予算】 フレイル予防事業委託料：2,413千円 フラワースタンプ会参加負担金：40千円 （介護特会＞地域支援事業） 【実施体制】 ・市いきいき健康課 ・市総務課情報政策係 ・地域包括支援センター ・社協で実施するサロン等との連携 ・民間企業によるスマホ教室との連携	新規参加者の確保 参加者の習慣化支援 活動の展開と広報周知	① 使い方講座を開催 ② 把握事業等で訪問する際に、利用が適当であると思われる方への声かけやインストール等の導入支援 ① 参加者への定期的な配信や声かけ ② 交流会の実施 寄付プロジェクトの実施	アプリに参加する高齢者が増える。 （指標） アプリに参加している高齢者数 アプリの習慣化ができる。 （指標） アプリ継続率 社会貢献 （指標） 寄付参加者数	①アプリ参加者の行動変容 （指標） 平均歩数の増加 ②フレイルリスク判定の変化 （指標） プレフレイル、フレイルに分類される参加者の割合の減少 ③社会参加による影響 （指標） 新規要支援・要介護認定者の平均年齢の延伸	高齢者の孤立防止 非接触型のふれあい環境づくり 高齢者がいきいきと健康に過ごしている フレイル予防 デジタルデバイド解消	すべての高齢者が、生きがいと尊厳を持って、いきいきと、元気に老い、もやい・ふれあい・支えあい、ぬくもりと、地元（ふるさと）力を持った地域社会（まち）を構築する

成果指向型配分枠：取組状況の報告シート

北海道奈井江町

Ⅰ.課題について

①課題の把握方法

○	1 データ分析結果
	2 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
	3 地域ケア会議等における議論
	4 他事業によるニーズの把握
	5 社会動向
	6 国・都道府県等からの情報提供
	7 その他

②データ分析の内容

＊KDB（後期高齢者）～健康スコアリング

・医療費分析（入院）より、一人当たりの入院医療費は、道より低いが、国や同規模と比較して明らかに高く、骨折及び筋骨格系が全体の17.5%(R6)を占めている。（R5：16.8%）

＊空知中部広域連合集計データ～介護度別認定者数推移、介護認定審査会における介護の要因

・要介護認定率はほぼ横ばいだが微増している。
要介護認定率～R3：18.83%　R4：18.77%　R5：19.88%　R6：19.78%
・後期高齢者の要支援認定率は増加したが、要介護認定率は横ばいである。
要支援者～R3：7.32%　R4：7.93%　R5：7.97%　R6：8.65%
要介護者～R3：22.40%　R4：22.21%　R5：23.27%　R6：21.17%
・介護認定審査会における介護の要因では、認知症に次いで高齢による筋力体力の低下、関節疾患、転倒骨折が多く、新規申請、要支援者の介護の要因としても高い。
介護の要因（全体）　～R3：43.5%　R4：45.6%　R5：38.2%　R6：46.9%
介護の要因（新規申請）～R3：26.4%　R4：50.0%　R5：49.5%　R6：49.5%
介護の要因（要支援者）～R3：73.4%　R4：66.2%　R5：76.3%　R6：87.5%
介護の要因（要介護者）～R3：35.0%　R4：37.9%　R5：28.6%　R6：35.0%

＊介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

・前期高齢者で、15分続けて歩いている人の割合が減少している。

③課題の内容

筋骨格系疾患、高齢による筋力体力の低下、転倒骨折により、入院や要支援・要介護の新規申請となる高齢者が多く、特に要支援者の介護の要因の７～８割を占めている。

ニーズ調査より、前期高齢者の身体的フレイルが進行している可能性もあることから、前期高齢者の運動の習慣化、身体活動の増加を目指した取り組みが必要である。

Ⅱ.対象層について

①対象層

	1 虚弱な高齢者
	2 事業対象者・要支援認定者
	3 要介護認定者
	4 特定の疾患を持つ高齢者
	5 認知症（の疑いがある）高齢者
	6 独居高齢者
	7 元気な高齢者
○	8 高齢者全般
	9 住民全般
	10 介護家族
	11 その他

②具体的な内容

前期高齢者（65歳～74歳）を主な対象とするが、後期高齢者（75歳以上）の参加を妨げるものではない。

Ⅲ.目標等

①中長期・短期の目標

（中長期目標）
前期高齢者のうちから運動の習慣化、身体活動を増加することにより、筋骨格系疾患、高齢による筋力体力の低下、転倒骨折を予防し、今後の要支援・要介護者の増加を緩やかにする。
（短期目標）第９期計画中を目標期間とする。
・前期高齢者の運動教室参加者実人数　60人以上
・前期高齢者の運動教室平均参加数　　24回/年以上
・第１号被保険者の要介護認定率　20.5%以下
・介護の新規申請要因のうち、高齢による筋力体力の低下、関節疾患、転倒骨折が占める割合　45%以下
・要支援者の介護要因のうち、高齢による筋力体力の低下、関節疾患、転倒骨折が占める割合　80%以下

②目標や指標の設定・進捗管理・評価の実施体制

目標や指標は、直接事業担当である保健部門と協議し設定している。
事業内容の評価は半期毎に行い必要時見直しし、目標の評価や進捗管理は年度で実施している。

③設定している評価指標

・アウトプット指標：参加者数や研修の開催回数など、施策や事業の直接の結果を測るもの

・運動教室の実施回数
・理学療法士指導回数
・健康運動指導士指導回数
・前期高齢者の運動教室参加者実人数
・前期高齢者の運動教室平均参加数

・アウトカム指標：利用者本人の状態の改善や主観的幸福観の向上、要介護認定率の低下など、サービス等の結果としての受益者の変化や効果を表すもの

・第１号被保険者の要介護認定率
・介護の新規申請要因のうち、高齢による筋力体力の低下、関節疾患、転倒骨折が占める割合
・要支援者の介護要因のうち、高齢による筋力体力の低下、関節疾患、転倒骨折が占める割合

④進捗管理・評価の方法

R6年度より事業開始、第９期高齢者保健福祉計画期間中での目標達成を目指す。
アウトプット指標を半期ごとに評価し、直接事業担当である保健部門と情報共有し、必要時事業内容の検討を行いながら進捗管理を行っている。

⑤取組の段階

2

1 仮説段階
2 実証（取組）段階
3 評価段階
4 改善・継続段階

Ⅳ.取組の全体像

①取組内容の全体像

別添リーフレット参照

Ⅴ.取組の詳細

①目標を達成するための具体的な手法：取組ｉ

○	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
○	3 個別支援
	4 研修・勉強会
○	5 アドバイザー、専門家等の派遣
○	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
	12 その他

②取組内容の詳細：取組ｉ

本事業は、平成16年度より成人・高齢者を対象とした運動事業として保健センターにおいて実施していた経過があるが、令和６年度に保健センターを本庁へ移転し運動機器等を入れ替えし、開催回数も週１回から２回に増回し、町民が利用しやすい環境整備を行った。
介護予防事業の評価を行う中で、高齢者の筋骨格系疾患や筋力体力の低下、転倒骨折等身体的フレイルが進行していることによる課題が見えてきており、特に前期高齢者への支援強化が必要と考えた。
本事業の内容については、基本的には変更せず継続しているが、前期高齢者への支援強化を図る為、特定健診事後や各種保健事業等での事業参加勧奨を強化し、新規利用者の増加を目標に事業拡充を実施した。
実施体制、対象者、具体的な手法、取り組み内容については、取り組みの全体像に添付した資料を参照。

③予算：取組ｉ

Ⅵ.現状と今後の展開

①現在までの実績

（アウトプット指標）	Ｒ６年度	R7年度中間
①運動教室の実施回数	82回/年	48回/年
②理学療法士指導回数	12回/年	6回/年
③健康運動指導士指導回数	29回/年	12回/年
④前期高齢者の運動教室参加者実人数	54人	34人
⑤前期高齢者の運動教室平均参加数	14.0回/人	11.6回/人

＊Ｒ７年度中間時点で、①～③については計画通りだが、④⑤については、Ｒ６年度と比較して若干減少しているため、新規利用者の増加及び中断者への参加勧奨を強化していく。

（アウトカム指標）	Ｒ５年度	Ｒ６年度
・第１号被保険者の要介護認定率	19.9%	19.8%
・介護の新規申請要因のうち、高齢による筋力体力の低下、関節疾患転倒骨折が占める割合	49.5%	49.5%
・要支援者の介護要因のうち、高齢による筋力体力の低下、関節疾患転倒骨折が占める割合	76.3%	87.5%

＊ここ数年、第１号被保険者の要介護認定率は増加していたが、R5~6にかけては横ばいだった。身体的フレイル関係の指標では、新規申請要因としては横ばいだったが、要支援者の介護要因としては増加しており、予防だけではなく、要支援者の重症化予防対策についても検討していく必要がある。

（その他）

＊参加者からは、定期的に通う場がある事で、一人ではなかなか継続できない運動に取り組み習慣化できるようになった、理学療法士や健康運動指導士・実践指導者等の専門職による丁寧な指導を受けられることで、安全安心に運動に取り組め、体調や痛みの改善等効果を実感できるようになった、またそれによって、活動的な日常生活を送る事ができるようになった等々の評価を得ている。

②今後見込む成果

前期高齢者のうちから運動の習慣化、身体活動を増加することにより、筋骨格系疾患、高齢による筋力体力の低下、転倒骨折を予防し、今後の要支援・要介護者の増加を緩やかにする。

③その他、アピールポイント

マシントレーニングがメインではあるが、理学療法士や健康運動指導士・実践指導者等の専門職の個別指導が充実しているため、教室の中や自宅においてもマシントレーニング以外の運動に取組んでいる高齢者も多い。

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

↓取組・事業の内容	令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度
前期高齢者に運動教室の参加勧奨を強化する	特定健診、各種保健事業にて参加勧奨を実施	特定健診、各種保健事業にて参加勧奨を実施	特定健診、各種保健事業にて参加勧奨を実施	特定健診、各種保健事業にて参加勧奨を実施
			介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果からの運動機能低下リスクの高い高齢者に対し参加勧奨を実施	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果からの運動機能低下リスクの高い高齢者に対し参加勧奨を実施
運動教室の実施	週２回実施	週２回実施	週２回実施	週２回実施
理学療法士による身体機能評価と指導	理学療法士指導　１２回/年	理学療法士指導　１２回/年	理学療法士指導　１２回/年	理学療法士指導　１２回/年
健康運動指導士による個別運動プログラムの作成と指導	健康運動指導士指導　２９回/年	健康運動指導士指導　２９回/年	健康運動指導士指導　２９回/年	健康運動指導士指導　２９回/年
健康運動実践指導者による個別運動プログラムの指導	健康運動実践指導者指導 週２回実施	健康運動実践指導者指導 週２回実施	健康運動実践指導者指導 週２回実施	健康運動実践指導者指導 週２回実施
データ分析	アウトプット及びアウトカム指標の評価	アウトプット及びアウトカム指標の評価	アウトプット及びアウトカム指標の評価	アウトプット及びアウトカム指標の評価
			介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果から身体的フレイル状況の分析評価	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果から身体的フレイル状況の分析評価
進捗管理	直接事業担当である保健部門とデータ分析の結果や課題を共有し、事業内容当の見直し・改善に向けて検討する。	直接事業担当である保健部門とデータ分析の結果や課題を共有し、事業内容当の見直し・改善に向けて検討する。	直接事業担当である保健部門とデータ分析の結果や課題を共有し、事業内容当の見直し・改善に向けて検討する。	直接事業担当である保健部門とデータ分析の結果や課題を共有し、事業内容当の見直し・改善に向けて検討する。

効果測定（アウトプット）	目標	①運動教室の実施回数　週２回 ②理学療法士指導回数　12回/年 ③健康運動指導士指導回数　29回/年 ④前期高齢者の運動教室参加者実人数　60人 ⑤前期高齢者の運動教室平均参加数　24.0回/人	①運動教室の実施回数　週２回 ②理学療法士指導回数　12回/年 ③健康運動指導士指導回数　29回/年 ④前期高齢者の運動教室参加者実人数　60人 ⑤前期高齢者の運動教室平均参加数　24.0回/人	①運動教室の実施回数　週２回 ②理学療法士指導回数　12回/年 ③健康運動指導士指導回数　29回/年 ④前期高齢者の運動教室参加者実人数　60人 ⑤前期高齢者の運動教室平均参加数　24.0回/人	①運動教室の実施回数　週２回 ②理学療法士指導回数　12回/年 ③健康運動指導士指導回数　29回/年 ④前期高齢者の運動教室参加者実人数　60人 ⑤前期高齢者の運動教室平均参加数　24.0回/人
	実績	①運動教室の実施回数　82回/年 ②理学療法士指導回数　12回/年 ③健康運動指導士指導回数　29回/年 ④前期高齢者の運動教室参加者実人数　54人 ⑤前期高齢者の運動教室平均参加数　14.0回/人			
効果測定（アウトカム）	目標	①第１号被保険者の要介護認定率　20.0%以下 ②介護の新規申請要因のうち、高齢による筋力体力の低下、関節疾患転倒骨折が占める割合　45%以下 ③要支援者の介護要因のうち、高齢による筋力体力の低下、関節疾患転倒骨折が占める割合　70%以下	①第１号被保険者の要介護認定率　20.0%以下 ②介護の新規申請要因のうち、高齢による筋力体力の低下、関節疾患転倒骨折が占める割合　45%以下 ③要支援者の介護要因のうち、高齢による筋力体力の低下、関節疾患転倒骨折が占める割合　70%以下	①第１号被保険者の要介護認定率　20.0%以下 ②介護の新規申請要因のうち、高齢による筋力体力の低下、関節疾患転倒骨折が占める割合　45%以下 ③要支援者の介護要因のうち、高齢による筋力体力の低下、関節疾患転倒骨折が占める割合　70%以下	①第１号被保険者の要介護認定率　20.5%以下 ②介護の新規申請要因のうち、高齢による筋力体力の低下、関節疾患転倒骨折が占める割合　45%以下 ③要支援者の介護要因のうち、高齢による筋力体力の低下、関節疾患転倒骨折が占める割合　80%以下
	実績	①第１号被保険者の要介護認定率　19.8% ②介護の新規申請要因のうち、高齢による筋力体力の低下、関節疾患転倒骨折が占める割合　49.5% ③要支援者の介護要因のうち、高齢による筋力体力の低下、関節疾患転倒骨折が占める割合　87.5%			

北海道　奈井江町
マシントレーニングを中心とした運動教室事業の拡充

課題

高齢化率42.5%（R7.3月末）、前期高齢者より後期高齢者の割合が多く、高齢者が高年齢化している現状がある。

そのような中、筋骨格系疾患、高齢による筋力体力の低下、転倒骨折により、入院や要支援・要介護の新規申請となる高齢者が多く、特に要支援者の介護の要因の７割以上がこれらに該当する。

9期計画のニーズ調査より、前期高齢者のうち15分続けて歩いている人の割合が減少しており、身体的フレイルが進行している前期高齢者が増加している可能性も考えられる。

前期高齢者できれば壮年期のうちから運動の習慣化、身体活動の増加を目指した取り組みが必要であると考え事業を推進している。

事業対象

前期高齢者（65歳～74歳）を主な対象とし参加勧奨を強化するが、後期高齢者（75歳以上）の参加を妨げるものではない。

事業内容

＊週２回、マシントレーニングを中心とし、利用者全てに個別運動プログラムを作成し運動を実践する。必要に応じて理学療法士の評価を行い、その評価を受けて健康運動指導士が自宅でできる内容も含めてプログラムを作成し指導する。利用者は、血圧測定など運動前の健康チェックを自己管理するが、必要に応じて、保健師が個別健康相談を行う。

（主な内容）

・マシンを利用した筋力トレーニング
・エアロバイク等を利用した有酸素運動
・保健師による個別健康相談
・理学療法士による身体機能評価と指導
・健康運動指導士による個別運動プログラムの作成と指導
・健康運動実践指導者による運動指導

（スタッフ）

保健師、理学療法士、健康運動指導士、健康運動実践指導者

取組実績

令和６年度より、週２回運動教室を開催している。（R7.3.4時点実績）

・参加実人数～117名
・参加延べ人数～2,452名
・開催日数～75回
・１回平均参加人数～32.7名
・理学療法士指導延べ実績～32名

期待する成果と今後の展望

・前期高齢者の運動教室参加実人数の増加と１人月２回以上の教室参加を目標として事業展開を行う。
・前期高齢者から運動の習慣化、身体活動の増加を強化することにより、筋骨格系疾患、高齢による筋力体力の低下、転倒骨折を予防し、今後の要支援・要介護者の増加を緩やかにする。

成果指向型配分枠：取組状況の報告シート

北海道平取町

Ⅰ.課題について

①課題の把握方法

○	1 データ分析結果
○	2 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
○	3 地域ケア会議等における議論
○	4 他事業によるニーズの把握
	5 社会動向
	6 国・都道府県等からの情報提供
	7 その他

②データ分析の内容

KDBシステム・エキスパンダー、後期高齢者健診結果、まる元教室　前年度体力測定結果

③課題の内容

平均自立期間の短縮や医療費の分析により同一規模の自治体との比較から特定の疾病（糖尿病）のリスクの顕在化が進んでおり、介護給付においては、施設における一人当たり給付費が高い傾向にある。

Ⅱ.対象層について

①対象層

	1 虚弱な高齢者
	2 事業対象者・要支援認定者
	3 要介護認定者
	4 特定の疾患を持つ高齢者
	5 認知症（の疑いがある）高齢者
	6 独居高齢者
	7 元気な高齢者
	8 高齢者全般
	9 住民全般
	10 介護家族
○	11 その他　後期高齢者かつ後期高齢者健診を受診している者

②具体的な内容

健康で自立した生活を送ることができる期間（健康寿命）の長期化を図るため、運動習慣や社会参加が低下しがちな後期高齢者を対象として設定。

Ⅲ.目標等

①中長期・短期の目標

長期目標として、介護予防効果による健康寿命（自立した生活を送れる期間）の長期化。
中期、短期目標として、交流サロンへの参加率の向上による運動習慣の維持、併せて各健診への受診勧奨と医療機関受診率の向上、保健指導の面談等を実施し、重度化防止策の徹底による保険給付費の低減に繋げる。

②目標や指標の設定・進捗管理・評価の実施体制

介護予防・日常生活総合支援事業に係る協議会による検討及び進捗管理を年３回実施するとともに、高齢者福祉・介護保険運営委員会（年３回）の中で評価報告を行う。

③設定している評価指標

・アウトプット指標：参加者数や研修の開催回数など、施策や事業の直接の結果を測るもの

要介護者の有病状況の割合にて「骨折」が６割を占めており、運動習慣の低下に課題があり、また、後期高齢者におけるフレイル状態の方が多く存在することなどから運動習慣の改善について重点的な取組みが必要。
・交流サロン　１１ヵ所／延べ参加数3,250人　・介護予防教室開催　４０回
・交流サロン等への講師派遣　２１回　・まる元教室回数　４６回／延べ参加数2,070人
・冬場の健康予防教室　８回／延べ参加数190人など

・アウトカム指標：利用者本人の状態の改善や主観的幸福観の向上、要介護認定率の低下など、サービス等の結果としての受益者の変化や効果を表すもの

①重度化防止（糖尿病性腎症）　KDBエキスパンダーとレセプトによる対象者の抽出を行い、受診勧奨（目標値：100%）の上、医療機関受診率の向上を目指す（目標値：90%）
②複合的な取組み　身体活動量・運動習慣・食習慣・口腔ケアの改善を図り健康寿命の延伸を図る。要介護者の有病状況の中で６割を占める骨折の予防効果に期待ができる交流サロンへの参加を促す（目標：交流サロン延べ参加数3,250人）。

④進捗管理・評価の方法

介護予防・日常生活総合支援事業に係る協議会による事業検討及び進捗管理を年３回実施するとともに、高齢者福祉・介護保険運営委員会（年３回）の中で評価報告を行う。

⑤取組の段階

2

1 仮説段階
2 実証（取組）段階
3 評価段階
4 改善・継続段階

Ⅳ.取組の全体像

①取組内容の全体像

※別紙報告様式参照

Ⅴ.取組の詳細

※複数の取組を申請された場合は、設定した目標を達成するためにより効果的と思われる取組を２つ取り上げて回答

①目標を達成するための具体的な手法：取組ｉ

	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
○	3 個別支援
	4 研修・勉強会
○	5 アドバイザー、専門家等の派遣
	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
	12 その他

②取組内容の詳細：取組ｉ

※別紙報告様式参照

③予算：取組ｉ

④目標を達成するための具体的な手法：取組 ii

	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
○	3 個別支援
	4 研修・勉強会
○	5 アドバイザー、専門家等の派遣
	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
	12 その他

⑤取組内容の詳細：取組 ii

※別紙報告様式参照

⑥予算：取組 ii

Ⅵ.現状と今後の展開

①現在までの実績

交流サロンについても定期で開催しており、目標達成に向けた進捗は順調である。

②今後見込む成果

健康寿命の延伸による自立した生活の長期化と医療費及び介護給付費の低減。

③その他、アピールポイント

別添2（報告様式）

令和7年度保険者機能強化推進交付金(成果指向型配分枠)（市町村分）
評価指標に係る該当状況調査票

市町村名
平取町

課　題	（利用したデータ） ・KDBシステム ・KDBエキスパンダー ・後期高齢者健診結果 ・まる元教室　前年度体力測定結果
	（設定した課題） ①平均自立期間 ・男女ともに道や同規模町より期間が短くなっている。 ②医療 ・外来医療費と入院医療費ともに、同規模町より高くなっている。また、外来では腎不全に対しての医療費がかかっており、糖尿病が多い。 ③介護 ・居宅一人当たりの介護給付費は同規模町より低いが、施設一人当たりの介護給付費は高い傾向にある。要介護3～5の 1 件当たりの給付費が全国・全道・同規模町より高い。自立期間が短くなっている。 ・要介護者の方の 60%に骨折ありと有病率が非常に高い。 ・要介護者の有病状況で心臓病の割合が 60%以上と高い。 ④その他 ・国保の質問票から歩くスピードが遅いと回答する割合が高く、運動習慣のない者が多い。歩く速度の遅さは筋肉量の低下と大きく関係している。国保・後期共に筋・骨格にかかる医療費が高い。 ・特定検診からHbA1c、空腹時血糖の有所見者の割合が高くなっている。
対象層	後期高齢者かつ後期高齢者健診受診している者
成果目標	高齢者が交流サロン等（介護予防教室）に参加することで、健康予防及び介護予防の効果が期待でき、自立した生活を送れる期間（健康寿命）を長くできる。 交流サロンに専門職の派遣を行い、体力測定を定期的に行う。高齢者の身体機能を可視化することで、運動の評価やリハビリ、医療支援の効率化できる。 高齢者の受診勧奨（後期健診・歯科検診）を行い、健康状態を把握することでハイリスク者を発見し、適切な対策を講じる。

事業の実施予定	令和7年4月1日～令和8年3月31日
実施方法	①重度化防止（糖尿病性腎症） 【受診勧奨】 ・前年度の後期高齢者健診受診者で糖尿病が強く疑われる未治療者・治療中断者へ受診勧奨を実施 ・対象者に対して訪問か面談で受診勧奨を行う。 ・受診勧奨後 1 か月を目途に受診状況を確認し、受診が確認できない場合は再勧奨を実施。その後の受診状況の確認を行いながらレセプトでも確認を行う。 【保健指導】 ・平取町国民健康保険病院をかかりつけとしている方を対象に実施する。 ・対象者に対し当事業内容と目的を説明した上で、参加の意向を確認する。 ・対象者は参加意向がある場合には、平取町糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業参加同意書を提出する。 ・保健師はかかりつけ医あてに平取町糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業保健指導情報提供書の作成を依頼する。 ・かかりつけ医は保健指導提供書を作成し、保健師へ提出する。 ・保健師は、保健指導提供書を元に保健指導を実施する。 ・かかりつけ医は、保健指導実施期間中に血液検査を実施した際には、平取町糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業保健指導情報提供書にて町へ結果を提供する。 ・保健師は、保健指導の内容を平取町糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業保健指導実施報告書によりかかりつけ医に報告する。 ③複合的取組 【サロン巡回】※巡回には保健師等の医療専門職の他、他部署の職員、関係機関の職員、地域のボランティアも関わる。 ・1 つの交流サロンに年に 3 回は巡回する。 ・1 回目の交流サロンでは体成分分析器の測定及び質問票の聞き取りを行い、全体に向けたフレイル及び生活習慣病の健康教育を実施する。後期高齢者健診・後期高齢者歯科健診の受診勧奨も実施。 ・2 回目のサロン巡回では、介護予防教室で行っている体操の普及を行う。（地域支援事業の取組） ・3 日目のサロン巡回では、口腔のフレイルに関する健康教育を行う。 ・栄養士による講話とフレイル対策のお弁当の提供（食育事業の取組）は、サロン 1 か所を決めて実施する。（数年かけて全サロン巡回） 【介護予防教室】※保健師等の医療専門職の他、他部署の職員、関係機関の職員、地域のボランティアも関わる。 ・毎週金曜日、年 46 回実施。定員 50 名（午前 25 名・午後 25 名） ・教室の対象者の選定は、後期高齢者健診受診者で質問票からフレイルの該当を点数化し点数が高く年齢が低い方から勧奨を実施する。 ・毎週健康運動指導士による、頭と体を同時に使う運動メインの教室

	を実施。毎回、運動前に保健師による血圧測定、健康相談を実施。4月 1 回目の教室で質問票の聞き取り、後期高齢者健診の受診状況確認、受診勧奨を実施。 ・年に 3 回保健師と栄養士と歯科衛生士によるフレイル健康教育を実施。栄養士の回にはフレイル対策のお弁当の提供を実施する（食育事業の取組）。保健師の回では後期高齢者健診、後期高齢者歯科健診の受診勧奨も行う。 ・半年に 1 回ずつ体力測定の実施。 ・年度末に再度後期質問票で聞き取りを行い、フレイルの該当状況の変化や主観的健康観の変化について評価を行う。

評価指標	アウトプット指標	標達成期間（令和7年4月1日～令和8年3月31日） ①重度化防止（糖尿病性腎症） 透析導入原因の第1位が糖尿病成人症であること。国保世代から糖尿病にかかる医療費が第1位であるため、重点的に取り組む必要がある。 対象者数　20名 ②その他複合的かつ取組 要介護者の有病状況の割合で「骨折」が6割　国保世代から運動不足、歩くスピードが遅いなどの課題があり、後期高齢者でフレイル状態の方が多いため、重点的に取り組みが必要である。 ・交流サロン設置数、参加者数（延）　11ヵ所／3,250人 ・介護予防教室開催数　40回 ・交流サロンへのインストラクター、ゆる元の講師派遣　21回 ・まる元教室回数、参加者数（延）　46回／2,070人 ・冬場の健康予防教室　開催数8回／参加者数（延）190人 ・健康管理に関する取組の推進 　集団検診　　回数4回／750人 　バスツアー健診　回数3回／30人 　個別健診者数　参加者数80人 ・地域組織活動を支援 　振内歩こう会　開催数54回／1,000人 　太極拳　　開催数54回／810人 ・栄養・歯科に関する取組の推進 　シニアエプロンサークル　7回／30人 　老人クラブ出前講座　　7回／30人 　後期高齢者歯科健康診査人数40人
	アウトカム指標	目標達成期間（令和7年4月1日～令和8年3月31日） ①重度化防止（糖尿病性腎症） KDBエキスパンダーとレセプトにより対象者の抽出を行う。受診勧奨を実施、受診率を上げる。また、血液検査データの活用（空腹時・HbA1c・腎機能）することで重篤な病気の予防や早期発見を目的とする。 ・受診勧奨率　目標値100% ・医療機関受診率　目標値90% ・保健指導率（健診結果説明（面談・訪問）100% ・個別的支援 　相談・指導数　目標値75人 　状態把握数　　目標値18人 　服薬管理数　　目標値10人 ・交流サロンや教室へ勧奨　目標値100% ②その他複合的かつ取組 身体活動量・運動習慣・食習慣・口腔ケアの改善を行うことで、健康寿命を延伸できる。また、要介護者の有病状況では骨折が高い数値

		を占めており、取組を推進することで転倒予防が期待できる。 ・交流サロン参加数（延） 目標値 3,250 人 ・フレイルチェック（交流サロン・まる元） 年 2 回 100% ・まる元教室体力測定 年 2 回 100%

※ 記載に当たっては、施策や事業がその目標や目的を達成するまでの一連の因果関係を示すこと。（いわゆる「ロジックモデル」と呼ばれる考え方）

（参考）

ロジックモデルとは、一般的には、投入（インプット）／活動（アウトプット）⇒成果（アウトカム）の関係で示され、「何をしたら⇒どうなった（どんな変化が起きた）」という論理を構造化したもの。

それぞれの因果関係の達成状況を図る指標を置くことで、達成状況やその事業等の実施の効果を評価することができる。

※ 市町村の各種計画（総合計画や介護保険事業計画等）において、上記のような因果関係を論理的に明示している（事業等を記載している）場合には添付すること。

北海道平取町　【高齢者の介護予防・生活支援に関する事業、高齢者の介護予防・生活支援に関する事業】
介護予防事業（地域まるごと元気アッププログラム）

総人口（R5.1.1）	4,596人
高齢化率（R5.1.1）	36.7%
人口増加率（H30→R5）	-11.2%
認定率（R4年度末）	18.9%

背景（課題意識）

【課題意識を持つきっかけ・ニーズの把握方法】
・高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例、地域ケア会議等における議論、他事業によるニーズの把握、社会動向
【具体的な課題意識】
・町民の平均自立期間が全道平均及び類似自治体と比較して短く、また、要介護者における有病率も高い傾向にあり、糖尿病を始めとした生活習慣病や潜在的にリスクを抱える方の増加が課題となっていたことを受け、介護予防策の増強が必要とされていた。

事業内容

通年での運動の習慣化による下肢筋力低下予防や、サロンへ参加することで人との交流により、認知機能への刺激を与え、身体的・精神的機能の低下を防ぐことを目的として実施。
ストレッチ、脳トレ、レクリエーションを通じた運動や血圧測定を行うほか、半年に１回の体力測定を実施。
【多様なサービスや民間・地域関係者との協働などの工夫点】
NPO法人、コープさっぽろ、北翔大学等の協力のもと事業を実施。
実施に併せて、保健師及び医療専門職や地域ボランティアと連携し、交流サロンへの巡回を実施。生活習慣病の健康教育や健康相談を実施するとともに重度化防止策として受診勧奨を行う。
【事業対象】
要支援・要介護認定者、総合事業対象者／高齢者

新規／拡充	既存事業の拡充
事業開始年度	2023年度　※継続的な事業として実施
会計等	一般会計事業
事業費（千円）	総事業費：2,648千円（推進交付金：0　支援交付金：0）
令和５年度評価指標の分野	Ⅱ（６）生活支援体制の整備

取組実績

令和３年度より、新規事業としてNPO法人、コープさっぽろ・北翔大学が共同で実施する介護予防の新しい取組み「まる元」を試験的に実施。参加者からの継続要望が多く寄せられたことを受け、令和４年度より本格的に事業展開を行い、現在、毎週金曜日に２教室（１教室２５名定員）を開催。
【2023年度実績】
・活動回数全４５回（毎週金曜日：午前・午後２教室）
・登録者数：午前24名、午後25名（１教室定員25名）
・延べ参加者数　1,696名

見込んでいる成果と今後の展望

高齢者が交流サロン（介護予防教室）に参加することで、体力及び認知機能面の低下を予防し、健康的な生活が可能となる自立期間の延長を図る。
また、交流サロンに専門職の派遣を行い、定期的な体力測定を行い、高齢者の身体機能の可視化により運動評価やリハビリなどの医療的支援の効率化が図られる。併せて高齢者の受診勧奨を平行して行いハイリスク者の早期の発見と適切な対策へ繋げることで、医療費及び介護保険給付費の低減を図る。

区分	１回目	2～6回 平均値	2～6回 最大値	平均 伸び率	最大 伸び率
■握力（kg）					
男性	30.8	31.54	32.30	102.4%	104.9%
女性	20.4	21.54	22.40	105.6%	109.8%
■長座体前屈（cm）					
男性	34.8	37.84	39.40	108.7%	113.2%
女性	39.0	38.88	39.70	99.7%	101.8%
■開眼片足立ち（秒）					
男性	13.0	24.48	29.00	188.3%	223.1%
女性	29.4	39.38	42.30	133.9%	143.9%
■歩行速度（m／分）					
男性	102.6	119.80	131.30	116.8%	128.0%
女性	106.1	113.44	117.10	106.9%	110.4%
■３０秒立ち座り（回）					
男性	20.0	25.98	29.30	129.9%	146.5%
女性	17.7	23.28	25.50	131.5%	144.1%

■実施時期
１回目：2022年5月
２回目：2022年8月
３回目：2022年12月
４回目：2023年3月
５回目：2023年9月
６回目：2024年3月

成果指向型配分枠：取組状況の報告シート

熊本県湯前町

Ⅰ.課題について

①課題の把握方法

○	1 データ分析結果
	2 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
	3 地域ケア会議等における議論
	4 他事業によるニーズの把握
	5 社会動向
	6 国・都道府県等からの情報提供
	7 その他

②データ分析の内容

①見える化システムでの認定率及び認定者数、第1号被保険者数
②百歳体操に取り組む通いの場参加者の体力測定結果、基本チェックリスト結果
③通いの場の参加者数、クラブ数

③課題の内容

第三者意見無し。

Ⅱ.対象層について

①対象層

	1 虚弱な高齢者
	2 事業対象者・要支援認定者
	3 要介護認定者
	4 特定の疾患を持つ高齢者
	5 認知症（の疑いがある）高齢者
	6 独居高齢者
	7 元気な高齢者
	8 高齢者全般
	9 住民全般
	10 介護家族
○	11 その他　通いの場参加者

②具体的な内容

認定率が一番高かった平成28年度に通いの場の取り組みを開始し、以降、認定率が抑えられていたが、後期高齢者の割合が年々高くなるとともに、認定率が上昇している。
また、通いの場参加者数やクラブ数の減少という課題もあり、対象を設定。

Ⅲ.目標等

①中長期・短期の目標

【短期】
●介護予防サポーターの育成に取り組み、介護予防教室や通いの場へのサポートを強化する。（介護人材の確保）

【中長期】
●新たに通いの場の参加者を増やし、百歳体操や参加者同士のコミュニケーション等を通して、心身・認知機能の維持・改善を図る。
●半年に一度行っている体力測定や基本チェックリストの結果から、要介護状態となる前の虚弱者に対して、介護予防・生活支援サービス事業など適切なサービスへ繋げ、今後の要支援・要介護認定者の増加を穏やかにする。

②目標や指標の設定・進捗管理・評価の実施体制

庁内会議にて進捗管理や評価等も行いながら、計画策定委員会や介護保険運営協議会等にて目標や指標の設定、評価等を共有している。

③設定している評価指標

・アウトプット指標：参加者数や研修の開催回数など、施策や事業の直接の結果を測るもの

【計画】
●介護予防サポーター養成講座（全6回）
●介護予防サポーターの集い（年2回）
●通いの場の代表者会議（年１回）
●通いの場の大交流会（年１回）
●体力測定・基本チェックリストの実施及び結果説明（年２回）
●専門職による出前講座（4種類・各ｸﾗﾌﾞ1回ずつ）
●介護予防拠点活動補助金交付（年2回）
●広報活動（随時）
●百歳体操以外の体操やレクレーション等の実施（随時）
●介護予防拠点施設整備補助金交付（随時）

【R7年度目標値】
●介護予防サポーター養成者数　20名
●通いの場の参加者数　250名

・アウトカム指標：利用者本人の状態の改善や主観的幸福観の向上、要介護認定率の低下など、サービス等の結果としての受益者の変化や効果を表すもの

【R7年度目標値】
●活動する介護予防サポーター数　15名
●心身・認知機能を維持・改善した者の割合　30.0%
●要介護認定率　17.8%

④進捗管理・評価の方法

①活動する介護予防サポーター数：町の事業に協力しているサポーター数
②心身・認知機能を維持・改善した者の割合：体力測定・基本チェックリストについて前回結果との比較
③要介護認定率

結果は庁内会議で共有し、必要に応じて事業内容の見直しの検討を行っている。
また、計画策定委員会や介護保険運営協議会等へも事業及び結果の共有を行う。

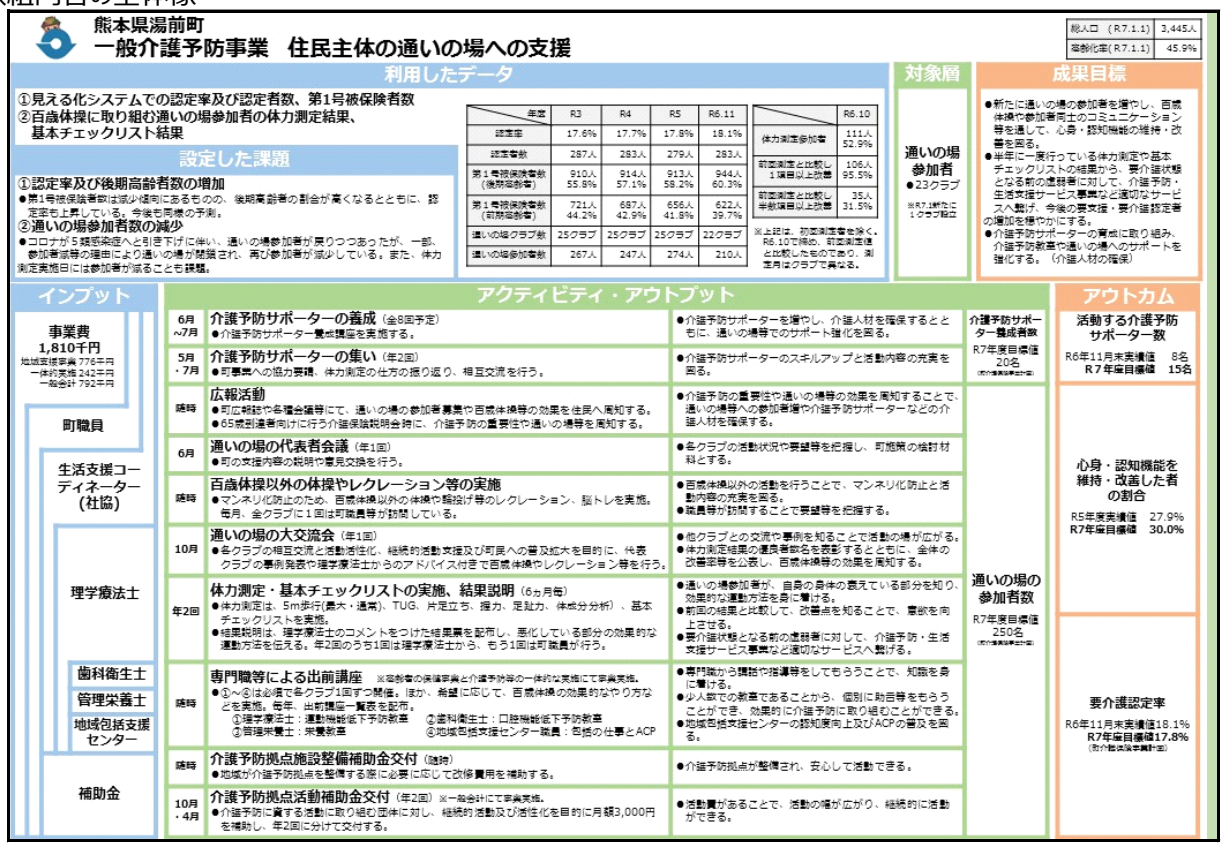
⑤取組の段階

2

1 仮説段階
2 実証（取組）段階
3 評価段階
4 改善・継続段階

Ⅳ.取組の全体像

①取組内容の全体像



年度	R3	R4	R5	R6.11
認定率	17.6%	17.7%	17.8%	18.1%
認定者数	287人	283人	279人	283人
第1号被保険者数（後期高齢者）	910人 55.8%	914人 57.1%	913人 58.2%	944人 60.3%
第1号被保険者数（前期高齢者）	721人 44.2%	687人 42.9%	656人 41.8%	622人 39.7%
通いの場クラブ数	25クラブ	25クラブ	25クラブ	22クラブ
通いの場参加者数	267人	247人	274人	210人

	R6.10
体力測定参加者	111人 52.9%
前回測定と比較し1項目以上改善	106人 95.5%
前回測定と比較し半数項目以上改善	35人 31.5%

※上記は、初回測定者を除く。R6.10で締め、前回測定値と比較したものであり、測定月はクラブで異なる。

Ⅴ.取組の詳細

※複数の取組を申請された場合は、設定した目標を達成するためにより効果的と思われる取組を２つ取り上げて回答

①目標を達成するための具体的な手法：取組ｉ

○	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
	3 個別支援
○	4 研修・勉強会
	5 アドバイザー、専門家等の派遣
	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
	12 その他

②取組内容の詳細：取組ⅰ

●事業名
介護予防サポーターの養成（拡充）

●取組の背景
要介護認定率の抑制のために介護予防・日常生活支援総合事業を強化する必要があるが、町が実施する一般介護予防教室や通所Ａ、通所Ｃ、住民主体の通いの場にてサポートを行っている介護予防サポーター（以下、「活動する介護予防サポーター」という）の高齢化及びサポーター数の減少が課題としてある。
令和7年度は、3年ぶりに介護予防サポーター養成講座を実施することで、新たな介護予防サポーターを育成し、介護人材を確保するとともに、住民主体の通いの場等へのサポート強化を図る。
また、毎年２回実施している介護予防サポーターの集いも引き続き行い、活動する介護予防サポーター同士の情報交換や仲間づくりの場の提供およびスキルアップ、活動内容の充実を図る。

【事業①】介護予防サポーター養成講座
●実施体制　一部、専門機関に養成講座を委託。
●対象層　各行政区から2名程度（シルバーボランティアや地域で活発的に活動している人、介護予防に興味がある人など）
●具体的な手法
１回あたり90分の講座で全６回開催。毎回、前半は講座、後半は運動を取り入れるなど参加者の意欲向上につながるよう工夫して実施。
●当面のスケジュール　Ｒ7.7～Ｒ7.9　毎週１回で全６回講座の実施。最終日にアンケート実施。
●成果
受講者26名。修了証書交付者25名（内、新たに活動する介護予防サポーター7名）。アンケート結果から、受講者は、介護予防の必要性を理解し、介護予防に関して正しく学ぶことができた。今後、受講者が介護予防について家族や友人へ伝えたり、介護予防活動の現場で他参加者のサポートや運動・レクレーションを実践するなど、具体的に活動することができるようになった。

【事業②】介護予防サポーターの集い
●実施体制　町
●対象層　活動する介護予防サポーター
●具体的な手法
１回90分で年２回開催。毎回、前半は町事業の説明・協力要請や体力測定方法の振り返り、後半は意見交換を実施。
●当面のスケジュール　Ｒ7年5月、10月
●成果
町事業への理解を深めるとともに、日頃のサポート業務での課題や困り感の共有・解決、嬉しかったことなどの共有を図った。町への要望など意見をいただく場も設けており、活動する介護予防サポーターのスキルアップや活動内容の充実を図ることができた。

③予算：取組ⅰ

558千円

④目標を達成するための具体的な手法：取組ⅱ

	1 データ分析・調査
	2 アセスメント
	3 個別支援
○	4 研修・勉強会
○	5 アドバイザー、専門家等の派遣
	6 広報・啓発、情報提供
	7 コーディネーター等の人員配置
	8 財政支援
	9 ルール・マニュアルづくり
	10 ICT・デジタル技術の活用
	11 地域資源の活用
	12 その他

⑤取組内容の詳細：取組 ii

●事業名
住民主体の通いの場への支援

●取組の背景
認定率が一番高かった平成28年度に通いの場の取り組みを開始し、以降、認定率が抑えられていたが、コロナ禍の影響で、外出控えや通いの場の休止などにより認定率が上昇した。コロナが５類感染症へと引き下げに伴い、通いの場参加者が戻りつつあったが、一部、参加者減等の理由により通いの場が閉鎖され、再び参加者が減少している。また、体力測定実施日には参加者が減ることも課題。

【事業①】通いの場の代表者会
●実施体制　町
●対象層　通いの場の代表者
●当面のスケジュール　毎年6月
●具体的な手法　前半は、町の現状・支援内容の説明を行い、後半は意見交換会。
●成果　各クラブの活動状況や要望等を把握することができた。

【事業②】通いの場の大交流会
●実施体制　町
●対象層　通いの場の参加者など
●当面のスケジュール　毎年10月
●具体的な手法　各クラブの相互交流と活動活性化、継続的活動支援及び町民への普及拡大を目的に、代表クラブの事例発表や理学療法士からのアドバイス付きで百歳体操やレクレーション等を行う。
●成果　他クラブとの交流や事例を知ることで活動の場が広がる。体力測定結果の優良者数名を表彰するとともに、全体の改善率等を公表し、百歳体操等の効果を周知する。

【事業③】体力測定・基本チェックリストの実施、結果説明
●実施体制　町
●対象層　通いの場の参加者
●当面のスケジュール　各クラブ半年ごと
●具体的な手法
●体力測定は、5m歩行(最大・通常)、TUG、片足立ち、握力、足趾力）、基本チェックリストを実施。結果説明は、理学療法士のコメントをつけた結果票を配布し、悪化している部分の効果的な運動方法を伝える。年2回のうち1回は理学療法士から、もう1回は町職員が行う。
●成果　通いの場参加者が、自身の身体の衰えている部分を知り、効果的な運動方法を身に着ける。前回の結果と比較して、改善点を知ることで、意欲を向上させる。要介護状態となる前の虚弱者に対して、介護予防・生活支援サービス事業など適切なサービスへ繋げる。

【事業④】専門職等による出前講座
●実施体制　町
●対象層　通いの場の参加者
●当面のスケジュール　各クラブ年４回以上
●具体的な手法　①～④は必須で各クラブ1回ずつ開催。ほか、希望に応じて、百歳体操の効果的なやり方などを実施。毎年、出前講座一覧表を配布。
①理学療法士：運動機能低下予防教室、②歯科衛生士：口腔機能低下予防教室、
③管理栄養士：栄養教室、④地域包括支援センター職員：包括の仕事とACP
●成果　専門職から講話や指導等をしてもらうことで、知識を身に着ける。少人数での教室であることから、個別に助言等をもらうことができ、効果的に介護予防に取り組むことができる。地域包括支援センターの認知度向上及びACPの普及を図る。

【事業⑤】広報活動
●実施体制　町
●対象層　全町民
●当面のスケジュール　随時
●具体的な手法　町広報誌や各種会議等にて、通いの場の参加者募集や百歳体操等の効果を住民へ周知する。65歳到達者向けに行う介護保険説明会時に、介護予防の重要性や通いの場等を周知する。
●成果　介護予防の重要性や通いの場等の効果を周知することで、通いの場等への参加者増や介護予防サポーターなどの介護人材を確保する。

【事業⑥】百歳体操以外の体操やレクレーション等の実施
●実施体制　町
●対象層　通いの場の参加者
●当面のスケジュール　他の訪問が入っていない月
●具体的な手法　マンネリ化防止のため、百歳体操以外の体操や輪投げ等のレクレーション、脳トレを実施。毎月、全クラブに１回は町職員等が訪問している。
●成果　百歳体操以外の活動を行うことで、マンネリ化防止と活動内容の充実を図る。職員等が訪問することで要望等が把握可能となる。

【事業⑦】介護予防拠点施設整備補助金交付
●実施体制　町
●対象層　通いの場
●当面のスケジュール　随時
●具体的な手法　地域が介護予防拠点を整備する際に必要に応じて改修費用を補助する。
●成果　介護予防拠点が整備され、安心して活動できる。

【事業⑧】介護予防拠点活動補助金交付
●実施体制　町
●対象層　通いの場
●当面のスケジュール　10月、4月交付
●具体的な手法　介護予防に資する活動に取り組む団体に対し、継続的活動及び活性化を目的に月額3,000円を補助し、年2回に分けて交付する。
●成果　活動費があることで、活動の幅が広がり、継続的に活動ができる。

⑥予算：取組 ii

1,252千円

Ⅵ.現状と今後の展開

①現在までの実績

●サポーター養成者数：20名の目標値に対し、実績は25名であり、目標達成に向けた進捗は順調である。
●活動する介護予防サポーター数：15名の目標値に対し、現時点での実績は15名であり、目標達成に向けた進捗は順調である。
●通いの場の参加者数：250名の目標値に対し、現時点での実績は189名であり、目標達成に向けた進捗は遅延している。
●心身・認知機能を維持・改善した者の割合：30.0%の目標値に対し、現時点での実績は37.0%であり、目標達成に向けた進捗は順調である。
●要介護認定率：17.8%の目標値に対し、現時点での実績は17.7%であり、目標達成に向けた進捗は順調である。

②今後見込む成果

現時点での実績をみると、通いの場の参加者数以外は目標達成しており、進捗は順調である。通いの場の参加者は昨年度と比較しても減少しており、高齢者数の減少も少しは影響していると推測するが、なかなか新規参加者が増えない状況である。今後も広報等にて通いの場の効果等を周知し、参加者を増やす取り組みを継続するとともに、活動する介護予防サポーターの協力も得ながら、他事業も更なる目標達成に向けて事業に取り組み、要介護認定率の維持に努める。

③その他、アピールポイント

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

↓取組・事業の内容		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和　　年度
介護予防サポーターの集い		5月27日、9月30日	5月30日、10月6日	3回予定	
介護予防サポーター養成講座			R7.7～R7.9（全６回）		
介護予防サポーターのフォローアップ講座				２回予定	
効果測定（アウトプット）	目標		サポーター養成者数　20名		
	実績	サポーター養成者数　3名	サポーター養成者数　25名		
効果測定（アウトカム）	目標		活動する介護予防サポーター数　15名		
	実績	活動する介護予防サポーター数　8名	活動する介護予防サポーター数　15名		

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

↓取組・事業の内容		令和６年度	令和７年度	令和８年度
通いの場の代表者会		6月21日	6月20日	５月
通いの場の大交流会		10月25日	10月24日	10月
体力測定・基本チェックリストの実施、結果説明		22クラブ 半年ごとに実施	22クラブ 半年ごとに実施	22クラブ 年1回実施
専門職による出前講座		22クラブ①～④各1回ずつ実施 ①理学療法士：運動機能低下予防教室 ②歯科衛生士：口腔機能低下予防教室 ③管理栄養士：栄養教室 ④地域包括支援センター職員：包括の仕事	22クラブ①～④各1回ずつ実施 ①理学療法士：運動機能低下予防教室 ②歯科衛生士：口腔機能低下予防教室 ③管理栄養士：栄養教室 ④地域包括支援センター職員：包括の仕事とACP	22クラブ①～③各1回ずつ実施予定 ①理学療法士：運動機能低下予防教室 ②歯科衛生士：口腔機能低下予防教室 ③管理栄養士：栄養教室 ④地域包括支援センター職員：包括の仕事と認知症
広報活動		随時	随時	随時
百歳体操以外の体操やレクレーション等の実施		23クラブに実施	23クラブに実施	23クラブに実施予定
介護予防拠点施設整備補助金交付		必要に応じて実施__0件	必要に応じて実施__0件	必要に応じて実施
介護予防拠点活動補助金交付		23クラブに2回に分けて交付 （月3,000円）	22クラブに2回に分けて交付 （月3,000円）	22クラブに2回に分けて交付予定 （月3,000円）
効果測定（アウトプット）	目標		通いの場の参加者数　250名	
	実績	通いの場の参加者数　233名		
効果測定（アウトカム）	目標		心身・認知機能を維持・改善した者の割合　30.0% 要介護認定率　17.8%	
	実績	心身・認知機能を維持・改善した者の割合　31.8% 要介護認定率　17.8%		

熊本県湯前町
一般介護予防事業　住民主体の通いの場への支援

総人口　（R7.1.1）	3,445人
高齢化率（R7.1.1）	45.9%

利用したデータ

①見える化システムでの認定率及び認定者数、第1号被保険者数
②百歳体操に取り組む通いの場参加者の体力測定結果、基本チェックリスト結果

年度	R3	R4	R5	R6.11
認定率	17.6%	17.7%	17.8%	18.1%
認定者数	287人	283人	279人	283人
第１号被保険者数（後期高齢者）	910人 55.8%	914人 57.1%	913人 58.2%	944人 60.3%
第１号被保険者数（前期高齢者）	721人 44.2%	687人 42.9%	656人 41.8%	622人 39.7%
通いの場クラブ数	25クラブ	25クラブ	25クラブ	22クラブ
通いの場参加者数	267人	247人	274人	210人

	R6.10
体力測定参加者	111人 52.9%
前回測定と比較し１項目以上改善	106人 95.5%
前回測定と比較し半数項目以上改善	35人 31.5%

※上記は、初回測定者を除く。R6.10で締め、前回測定値と比較したものであり、測定月はクラブで異なる。

設定した課題

①認定率及び後期高齢者数の増加
●第1号被保険者数は減少傾向にあるものの、後期高齢者の割合が高くなるとともに、認定率も上昇している。今後も同様の予測。

②通いの場参加者数の減少
●コロナが５類感染症へと引き下げに伴い、通いの場参加者が戻りつつあったが、一部、参加者減等の理由により通いの場が閉鎖され、再び参加者が減少している。また、体力測定実施日には参加者が減ることも課題。

対象層

通いの場参加者
●23クラブ
※R7.1新たに１クラブ設立

成果目標

●新たに通いの場の参加者を増やし、百歳体操や参加者同士のコミュニケーション等を通して、心身・認知機能の維持・改善を図る。
●半年に一度行っている体力測定や基本チェックリストの結果から、要介護状態となる前の虚弱者に対して、介護予防・生活支援サービス事業など適切なサービスへ繋げ、今後の要支援・要介護認定者の増加を穏やかにする。
●介護予防サポーターの育成に取り組み、介護予防教室や通いの場へのサポートを強化する。（介護人材の確保）

インプット

事業費
1,810千円
地域支援事業 776千円
一体的実施 242千円
一般会計 792千円

- 町職員
- 生活支援コーディネーター（社協）
- 理学療法士
- 歯科衛生士
- 管理栄養士
- 地域包括支援センター
- 補助金

アクティビティ・アウトプット

6月～7月	**介護予防サポーターの養成**（全8回予定） ●介護予防サポーター養成講座を実施する。	●介護予防サポーターを増やし、介護人材を確保するとともに、通いの場等でのサポート強化を図る。
5月・7月	**介護予防サポーターの集い**（年2回） ●町事業への協力要請、体力測定の仕方の振り返り、相互交流を行う。	●介護予防サポーターのスキルアップと活動内容の充実を図る。
随時	**広報活動** ●町広報誌や各種会議等にて、通いの場の参加者募集や百歳体操等の効果を住民へ周知する。 ●65歳到達者向けに行う介護保険説明会時に、介護予防の重要性や通いの場等を周知する。	●介護予防の重要性や通いの場等の効果を周知することで、通いの場等への参加者増や介護予防サポーターなどの介護人材を確保する。
6月	**通いの場の代表者会議**（年1回） ●町の支援内容の説明や意見交換を行う。	●各クラブの活動状況や要望等を把握し、町施策の検討材料とする。
随時	**百歳体操以外の体操やレクレーション等の実施** ●マンネリ化防止のため、百歳体操以外の体操や輪投げ等のレクレーション、脳トレを実施。毎月、全クラブに１回は町職員等が訪問している。	●百歳体操以外の活動を行うことで、マンネリ化防止と活動内容の充実を図る。 ●職員等が訪問することで要望等を把握する。
10月	**通いの場の大交流会**（年1回） ●各クラブの相互交流と活動活性化、継続的活動支援及び町民への普及拡大を目的に、代表クラブの事例発表や理学療法士からのアドバイス付きで百歳体操やレクレーション等を行う。	●他クラブとの交流や事例を知ることで活動の場が広がる。 ●体力測定結果の優良者数名を表彰するとともに、全体の改善率等を公表し、百歳体操等の効果を周知する。
年2回	**体力測定・基本チェックリストの実施、結果説明**（6ヵ月毎） ●体力測定は、5m歩行(最大・通常)、TUG、片足立ち、握力、足趾力、体成分分析）、基本チェックリストを実施。 ●結果説明は、理学療法士のコメントをつけた結果票を配布し、悪化している部分の効果的な運動方法を伝える。年2回のうち1回は理学療法士から、もう1回は町職員が行う。	●通いの場参加者が、自身の身体の衰えている部分を知り、効果的な運動方法を身に着ける。 ●前回の結果と比較して、改善点を知ることで、意欲を向上させる。 ●要介護状態となる前の虚弱者に対して、介護予防・生活支援サービス事業など適切なサービスへ繋げる。
随時	**専門職等による出前講座**　※高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施にて事業実施。 ●①～④は必須で各クラブ1回ずつ開催。ほか、希望に応じて、百歳体操の効果的なやり方などを実施。毎年、出前講座一覧表を配布。 ①理学療法士：運動機能低下予防教室　②歯科衛生士：口腔機能低下予防教室 ③管理栄養士：栄養教室　④地域包括支援センター職員：包括の仕事とACP	●専門職から講話や指導等をしてもらうことで、知識を身に着ける。 ●少人数での教室であることから、個別に助言等をもらうことができ、効果的に介護予防に取り組むことができる。 ●地域包括支援センターの認知度向上及びACPの普及を図る。
随時	**介護予防拠点施設整備補助金交付**（随時） ●地域が介護予防拠点を整備する際に必要に応じて改修費用を補助する。	●介護予防拠点が整備され、安心して活動できる。
10月・4月	**介護予防拠点活動補助金交付**（年2回）※一般会計にて事業実施。 ●介護予防に資する活動に取り組む団体に対し、継続的活動及び活性化を目的に月額3,000円を補助し、年2回に分けて交付する。	●活動費があることで、活動の幅が広がり、継続的に活動ができる。

アウトカム

介護予防サポーター養成者数
R7年度目標値
20名
（町介護保険事業計画）

通いの場の参加者数
R7年度目標値
250名
（町介護保険事業計画）

活動する介護予防サポーター数
R6年11月末実績値　8名
R７年度目標値　15名

心身・認知機能を維持・改善した者の割合
R5年度実績値　27.9%
R7年度目標値　30.0%

要介護認定率
R6年11月末実績値18.1%
R7年度目標値17.8%
（町介護保険事業計画）

第５章　実地調査

１．調査概要

（１）目的

○　令和７年度成果指向型配分枠で採択された市町村等の取組状況（見込み含む）を把握し、保険者機能強化推進交付金等の評価指標の検討及び他保険者等の施策検討に資する資料として活用することを目的に実施した。

（２）調査概要

○　上記目的を達成するため、下記のとおり調査を実施した。

■調査概要

選定方法	成果指向型配分枠の令和７年度採択自治体を対象とし、検証委員会委員の推薦を基に５団体を選定した。
調査手法	・ヒアリング調査（オンライン）
回答者	とりまとめ担当者を中心に、関連する担当者を対象とした。 ・保険者機能強化推進交付金、介護保険保険者努力支援交付金担当者 ・地域支援事業担当者など申請した取組の関係者
調査対象及び実施日程	【都道府県】 ・大分県　令和７年 12 月５日（金）15 時～16 時 【市町村】 ・愛知県豊明市　令和７年 12 月 22 日（月）10 時 30 分～12 時 ・埼玉県吉見町　令和７年 12 月 23 日（火）10 時 30 分～12 時 ・熊本県水俣市　令和７年 12 月 24 日（水）14 時～15 時 30 分 ・北海道平取町　令和８年１月８日（木）14 時～15 時 30 分
ヒアリング所要時間	・１時間～１時間 30 分
主なヒアリング項目 ※網羅的に把握するのではなく、所要時間、対象者の所掌事務に応じて聴取内容を調整	① 申請された取組の概要 ・取組の背景や対象、実施内容 ・ロジックモデルや工程表の作成過程 ② 申請された取組の進捗状況と今後の展開見込み ・取組の進捗状況 ⇒計画通りに進捗しているか、予定や内容を変更・改善したことはあるか　等 ⇒目標は計画どおり達成できているか、どのように評価しているか　等 ・今後の展開見込みについてお伺いします ⇒当初から変更予定のこと ⇒目標の達成に向けて、今後予定していること ③ 交付金（成果指向型配分枠）の活用について ・活用状況　等 ④ 制度全般に対するご意見

２．調査結果

○　市町村等のヒアリング結果は次のとおりであった。

大分県	P254
愛知県豊明市	P256
埼玉県吉見町	P258
熊本県水俣市	P261
北海道平取町	P263

【大分県】自立支援サイクルの推進に向けた戦略的な市町村支援

データマネジメントと伴走支援による広域的ガバナンス能力の発揮

①総人口(R7.1.1)	1,102,102人
②高齢化率(R7.1.1)	34.0%
③人口増加率(H27→R2)	-3.6%
④要介護認定率(R5年度末)	18.8%

①②は住民基本台帳に基づく人口、③R2国勢調査、④介護保険事業状況報告(年報)

- ◆ サービス提供体制の『整備』から、『質の高い運用』に向けた市町村の意識変容・行動変容を支援。
- ◆ 地域課題に向き合う際は「住民や地域関係者の声を市町村と一緒に受け止める」姿勢で、市町村支援を実施。

背景と広域行政としての課題

- 状態改善の見込める高齢者が自立できるように、これまで「自立支援サイクル」を各地域で推進。
- 令和４年度に、サービス・活動Cの提供体制が全市町村に整備されたが、総合事業(通所型)に占める利用割合は8.0%と低調。
- 毎年度実施する市町村ヒアリングや市町村への伴走支援等の現場からの意見を通じて、市町村の窓口担当者による対象者選定のバラつきが「原因」の一つと特定。

主要な施策
（意識変容・行動変容を促す主な取組）

- 専門家とともに、モデル市町村に伴走し、データ分析・助言。
  - ➢ モデル自治体１か所：サービス・活動事業等の利用実態の把握、対象者の明確化、対象者への効果的なアプローチ方策の検討・整理
  - ➢ モデル自治体１か所：一般介護予防事業の利用実態の把握、通いの場等の評価の支援、総合事業との連動や通いの場の充実・強化に向けた方策の検討・整理
- リハ専門職に対する「地域支援」に特化した研修。

データに基づく“地域課題の特定”、市町村との“課題認識の共有”

アウトカム
（施策による意識変容・行動変容）

【初期アウトカム】
- モデル市町村の課題に対する意識変容・行動変容
- モデル市町村における対象者像の明確化

【中間アウトカム】
- サービス・活動C利用者数：2,600人（R8目標）
- 通いの場参加率：18.0%（R8目標）

【最終アウトカム】
- 平均自立期間の延伸

2040年を見据えた持続可能性

- 持続的な介護予防・自立支援の推進に向けて、ICTによる業務効率化やデータを用いた事業評価を県が支援し、市町村が「自律的な経営」を行える環境を構築していく。

現状・課題に対するアクション

令和７年４月時点
※評価・改善のタイミング：１年に１回

効果的なアプローチに向けた
総合事業利用実態調査

アクティビティ
総合事業におけるサービスごとの利用者の属性（日常生活自立度や生活機能評価票、疾患情報など）**を調査**し、**市町村が想定する利用者像と現状のギャップの状況を分析**、またこれらのデータを踏まえた上で**効果的なアプローチ手法についての研修会を開催**

アウトプット
サービスごとの利用者実態把握により、**総合事業全体の建付け**(箇所数や内容など)**の見直しや各サービスの利用対象者への効果的なアプローチ手法の検討・実施**

アウトカム
短期集中予防サービスの利用者数が増加
《現状》令和5年度利用者数 1,966名
《目標》令和8年度利用者数 2,600名

戦略的な通いの場の創出に向けた
通いの場の事業評価

アクティビティ
効果的な通いの場の事業評価の手法を学び、それらの手法による評価を踏まえた上で**地域ニーズや総合事業と連動した戦略的な通いの場の創出・充実に向けた研修会を開催**

連動

アウトプット
行政施策と連動した新たな通いの場の創出や既存の通いの場の内容が充実
- 地域ニーズを踏まえた通いの場の創出や、総合事業と連動した通いの場の内容にブラッシュアップ

連動

アウトカム
介護給付費が適正化され、介護保険料の抑制が図られる
第9期介護保険料
《大 分 県》 6,235円
《全国平均》 6,225円

「元気～フレイル予防」期への適切な介入に向けた
リハ専門職の育成

アクティビティ
短期集中予防サービスの対象者像の見極め及び通いの場における効果的な声掛け等、**「フレイル」期だけではなく、「フレイル予防」期においても専門職種の適切な介入に向けた研修会を開催**

連動

アウトプット
通いの場等へのリハ専門職の派遣回数の増加
《現状》令和4年度派遣回数 251回
《目標》令和8年度派遣回数 300回

連動

アウトカム
- **短期集中予防サービスの利用者数が増加**(再掲)
- **通いの場参加者の運動機能の維持が図れることにより、短期集中予防サービスのリピート率が減少**

高齢者が生きがいを持って、健康で、安心して暮らせる地域づくりの実現

すべての県民が生涯にわたり、健康で活力ある生活を送ることができるよう**「健康寿命日本一」を実現**

男性 72.37歳
全国順位 25位
女性 75.94歳
全国順位 10位
（R4時点）

【愛知県豊明市】我がまちのビジョン：「ふつうに 暮らせる しあわせ」を支える
データによる課題把握と多職種連携を基盤とした保険者機能の発揮

①総人口(R7.1.1)	67,902人
②高齢化率(R7.1.1)	26.2%
③人口増加率(H27→R2)	0.2%
④要介護認定率(R5年度末)	16.6%

①②は住民基本台帳に基づく人口、③R2国勢調査、④介護保険事業状況報告(年報)

- 保険者がビジョンを示し、多職種との事例検討を通して現場の専門職が日々の動きを改善する短期間のPDCAサイクルを展開。
- ボランティアやリハ職、地域公共交通など、既存資源をネットワーク化することで、後期高齢者の日常生活における活動量を増やし、運動機能低下やIADL低下を防ぐ取組を推進。

背景と地域課題

- 市が地域全域で実施する介護予防事業の参加者数は、コロナ禍に落ち込み、その後もピーク時から半減。
- 65歳以上の住民に対する悉皆調査（ニーズ調査、回答率70%)において、半数近くが感染症予防のため、外出を控えていると回答。特に80歳以上の外出控えが、運動機能や口腔機能の低下につながっていることが判明。

主要な施策
（意識変容・行動変容を促す主な取組）

- リハビリテーション専門職の関わりによるセルフマネジメントの強化
- 生活支援コーディネーターによるポールウォーキンググループの立ち上げ、ウォーキング後のボランティア指導者による見守り活動。
- 民間企業と連携した移動手段の確保による外出促進。

多職種合同ケアカンファレンスで、改善すべき現場の動きを見出し、その都度改善（※）。

取組の結果、働きかけた相手に生じた変化を観測し、取組を改善

※介入のタイミングや支援方法など、現場の動きに改善余地があることを『地域課題』と捉えている

アウトカム
（施策による意識変容・行動変容）

【初期アウトカム】
- 地域包括支援センターが、好事例を共有するようになる
- 生活支援コーディネーターが、資源が薄い地域へ介入しようとする
- 高齢者が、チョイソコの利用を始める

【中間アウトカム】
- サービス・活動Cの選択率：向上

【最終アウトカム】
- 平均自立期間：延伸

2040年を見据えた持続可能性

- 住民によるインフォーマルな生活支援サービス「おたがいさまセンターちゃっと」を構築し、高齢者が高齢者を支える仕組みを展開。
- 民間企業と連携した移動支援「チョイソコ」による外出促進。

令和７年４月25日時点

【ロジックモデル】 ふつうに 暮らせる しあわせ （愛知県豊明市）

KPI：80歳以上の要介護認定率

インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム			インパクト
誰に	どう働きかける	まずどうなって【直接の結果】	何が変わる			ありたい姿
地域包括支援センター	**活動への不安軽減及び意欲回復** ➢ 相談に来た方へ家族や高齢者本人に通所Ｃ型や訪問C型サービスの利用を勧める ➢ サービス終了後の活動や外出する１歩目として包括が高齢者にポールウォーキングを提案し、体験会への参加を促す ➢ 包括が高齢者にチョイソコを活用した日常生活のイメージを沸かせる支援を行う	**Ｃ型サービスの利用実績** ➢ 利用申し込み数 **活動量の確保** ➢ 外出回数 ➢ ポールウォーキングの指導依頼数 ➢ 包括から提案を受けポールウォーキングに参加した人数	**好事例を共有するようになる** ➢ 通所C、訪問Cがサービスの第一選択となる（C型選択率） ➢ 好事例を他の職員や関係者に伝えようとする ➢ 無い資源をSCと協力して創出しようとする	**近所を散歩する高齢者が増える** ➢ まずは家の周りから歩くこと始めるようになる ➢ 歩く時の姿勢が気になりポール購入の検討を始め、杖の代わりにポールを持って散歩する人が増える（ポール購入数） ➢ 近所の人と顔を合わせる頻度が増え、立ち話しが増える ➢ 参加を控えていたサロンやまちかど運動教室に参加するようになる ➢ 歩く時の姿勢が良くなったと口コミで広がる	**地域に活動的な後期高齢者が増える** ➢ 自分よりも元気な後期高齢者を見て、自分ももっと頑張ろうと前期高齢者が活動的になる ➢ ウォーキング以外の活動にも興味を持つようになる **市内各地でポールウォーキングの会が立ち上がる（SC）** ➢ ウォーキング後は、参加者と話したいと近くの喫茶店に行くようになる **元の生活に戻る人が増える（リハビリ職）** ➢ 高齢者が望む暮らしを実現させている **チョイソコでの移動が当たり前になる** ➢ 南部地域の方がカラットや三崎水辺公園に、北部地域の方がいっぷくの活動に参加するようになる	**後期高齢者の日常生活における活動量を増やし、要介護状態になるのを可能な限り遅らせる**
生活支援コーディネーター（SC）・リハビリ職	**ポールウォーキングの推進（SC）** ➢ ボランティア団体と連携し「ポールウォーキング」体験会の開催 ➢ 集団で行うポールウォーキングの活動を創出する ➢ ウォーキング終了後に喫茶店で茶話会を開くなど見守りの場を創出する **日常生活における活動量を上げる（リハビリ職）** ➢ 通所Ｃ型や訪問C型の提供 ➢ セルフマネジメントシートを活用し動機づけ面談を行う ➢ ポジティブフィードバックを活用し意欲と自信を回復させる ➢ 日常生活の活動に対して機能向上を図ることで、自然と活動量を上げさせる	**活動的な高齢者の把握** ➢ ポールウォーキング体験会開催数 ➢ ポールウォーキング活動の立ち上げ数 ➢ ウォーキングと茶話会をセットに活動数 **Ｃ型サービスの利用実績** ➢ 利用数 ➢ 終了数 ➢ 継続率 ➢ セルフマネジメントシート活用件数	**資源が薄い地域へ介入しようとする（SC）** ➢ 包括と協力して資源の創出しようとする **小さな成功体験を積ませられるようになる（リハビリ職）** ➢ 記録に○が増える ➢ 高齢者のやりたいことを引き出せるようになる ➢ ポジティブフィードバックの引き出しが多くなる	**サロン活動にポールウォーキングの体験会が盛り込まれるようになる（SC）** ➢ サロン代表者から体験会の依頼が入る ➢ うちのサロンでも開催して欲しいと口コミで伝わる ➢ ポールウォーキングを始めたいと相談を受けるようになる ➢ 地域で私もポールが欲しいと言う人が増える **成長段階の踏ませ方が上手くなる（リハビリ職）** ➢ 適切な訓練を行えるようになり、高齢者の身体機能が着実にステップアップしている	
民間企業	**チョイソコを活用した外出促進** ➢ 定期的にチョイソコを活用したイベントを企画する ➢ 登録者が少ない地域や利用者が少ない地域で、乗車体験会や乗り方講座を開催する ➢ 新規のエリアスポンサーの開拓活動を促す	**チョイソコのデータ収集** ➢ 80歳以上市民のチョイソコ登録者数(人) ➢ 80歳以上市民のチョイソコ利用者数 ➢ チョイソコエリアスポンサーの増加	**高齢者が実際にチョイソコの利用を始める** ➢ 初めてチョイソコを使ってお出かけした等の話しを聞くようになる	**エリアスポンサーが増え始める** ➢ エリアスポンサーを検討していますと企業からの問い合わせが増える ➢ 市内にエリアスポンサーが増える		

【埼玉県吉見町】県の伴走支援事業を基に、課題整理・施策検討

介護サービスを卒業し、活動的な生活を取り戻す仕組みづくり

①総人口(R7.1.1)	17,620人
②高齢化率(R7.1.1)	37.3%
③人口増加率(H27→R2)	-7.3%
④要介護認定率(R5年度末)	14.5%

①②は住民基本台帳に基づく人口、③R2国勢調査、④介護保険事業状況報告(年報)

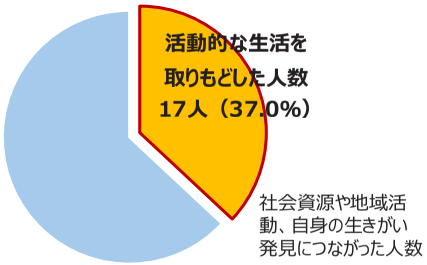
- ◆ データ分析とロジックモデルの作成を通じて、関係者で課題整理と現状を可視化し、今後の目標と取組案を立案。
- ◆ 介護予防施策と生活支援体制整備事業の連動を図り、虚弱になった住民の活動的な生活を取り戻す。

背景と地域課題

- ● 様々な予防施策や生活支援体制整備事業を展開しているが、介護給付費や認定率が高く、行き詰まり感があった。
- ● 効果的な事業展開の必要性を感じ、県の市町村支援のモデル事業に参加。データ分析と庁内関連部署・生活支援コーディネーターが集まってロジックモデルを作成する過程で意識合わせを実施。
- ● データ分析、各種調査結果を基に、在宅生活の限界点を引き上げるためには、早期介入と重度化防止、介護イメージの変革と生活支援体制の強化を課題として整理した。

■通所Cの利用とSCの関わりで、活動的な生活を取り戻した人数

※令和7年5月以降、SCが評価に立ち会った46ケースのうち、17人が活動的な生活を取り戻した



主要な施策
（意識変容・行動変容を促す主な取組）

- ● 介護サービスからの卒業を見込む事業・サービスの拡充。
- ● 効果的なケアプラン点検を行うために、試験的にケアプラン点検の点数化を実施。
- ● 住民の介護へのイメージを改善できるように、介護教室、介護のつどいの動画作成、介護予防の成功事例の広報誌への掲載を実施。

- 各種データ分析による課題と施策効果の明確化

<データ分析内容>
KDB健康スコアリング、要介護認定申請時の主訴データ、適正化の業務分析データ、給付費の実態統計、介護支援専門員を対象にしたアンケート結果、令和4年度の全新規認定者の1年後の状態経過など

アウトカム
（施策による意識変容・行動変容）

【初期アウトカム】
- ● 活動的な生活を取りもどす人が増える
- ● 介護が身近な存在にあると気づく人が増える　など

【中間アウトカム】
- ● 町民が適切な支援につながるための連携が強化される　など

【最終アウトカム】
- ● 要介護区分別軽度者維持・改善率：45%(R10.3目標)　など

2040年を見据えた持続可能性

- ● 企業と連携した地域住民を対象とした健康づくり・つながりづくり講座の開催、企業（移動販売等）の見守り参入。
- ● 生活支援コーディネーターが、通所C利用者の評価面談に立ち会い、社会資源・地域拠点につなぐ。

仮説
課題仮説
現状
・新規の認定者の平均介護度が要介護2を超えている。
・重度化のスピードが速い。
・住民の間で、介護は施設で受けるものというイメージが強い。
・ヘルパー事業所やヘルパーの数が不足し、在宅での生活を支える体制が十分ではない。
・通所A(町内に従前相当サービスはない)に状態が不安定な人が多く、1年後には重度化し通所介護を利用する人が多い。一方、通所Cは比較的うまく機能しており、通所C利用後に介護サービスから卒業している事例がある。
・認定を受けても必要なサービスに繋がらないケースが存在する。
・病院からの申請勧奨や入院中の申請が多い。
・地区によって、高齢者自身に主体性が乏しく、地域活動への参加や自己管理が不足している傾向がある。
課題
1.重度化防止と早期介入
2.介護のイメージ変革
3.見守り、気にかける関係づくり、参加交流促進(生活支援体制の強化)
インプット
誰に
住民（ハイリスク者・家族）
認定調査員
医療機関
ケアマネジャー
アクティビティ
どう働きかける
卒業できる介護サービスの拡充
成果連動型民間委託契約方式(PFS)を採用・運営効率化
➤通C拡充…2か所、予防専属CM3人、包括保健師3名(包括)
効果的な相談体制
➢ 窓口でチェックリスト実施、包括へ申送(介護保険係)
➢ 高齢者に関する相談、認定調査、介護サービス利用申請等が庁舎窓口で全てできる
(機構改革時:高齢者福祉を包括が一括担当)(包括)
介護のイメージ改善
➢ 介護教室、介護つどい、動画作成・放映(包括)
➢ 成功事例の具体策をケア会議や町民に向けて提示・周知する(包括)
➢ 広報に在宅介護体験を掲載し町民に広く周知(包括)
適切な認定調査
➢ 業務分析データを活用し認定調査員と調査票を精査(介護保険係)
➢ E-ラーニングの研修を受講の環境整備(介護保険係)
➢ 主治医等、本人の行動変容に影響を与える人物・立場から、相談窓口を紹介してもらえるよう、医師との関係づくりを強化する(包括)
ケアマネの資質向上
➢ 計画の管理体制の見直し:ケアプランや対応の遅れの点検(介護保険係)
➢ ケアプランをブラッシュアップできる機会や体制を作る(事業所連絡会や推進会議等を活用したケアマネによる勉強会の開催)(包括、介護保険係)
➢ ケアマネジャーを賞賛する機会の設定、事業者単位の表彰等のインセンティブを加える(包括、介護保険係)
➢ 予防プラン算定に社会参加加算の設定を検討(包括)
➢ 成功事例の具体策を提示(対象:ケアマネ)(包括)
アウトプット
活動目標
卒業できるサービスの拡充
通Cの利用者増加（60人/年）
PFS支払額は以下の３点の指標で決定
・利用者の維持・改善率85%以上
・参加者平均が目標定員の90%以上
・卒業後の社会参加割合40%以上
効果的な相談体制
➢ 相談窓口ワンストップ化
➢ 改善見込の方へチェックリスト実施
➢ 包括と介護保険係で共有データ所有
（相談受理・終結記録　住基・Excel等）
➢ 業務分析データ結果の全国値の標準化
町民のケア力向上に向けた広報
➤介護体験掲載：年２回
介護教室：年７回
介護つどい 月１回
動画作成放映：年１回
SNS等で情報発信(動画等) 月1回以上
介護のイメージ払拭
成功事例共有
➤広報に改善体験談掲載：奇数月
➤ケア会議で発表(通C等)：年３回
➤連携機関や、医療機関を訪問し、チラシ等を渡して会話するへチラシ配布
：年１回以上
ケアマネの資質向上
➤CP点検：年４回
➤多職種活用の演習(年1回)
➤CP点検点数化（自立支援に重点、整理総括表・リハ専門職活用等）
➤SCが関わった実践例をケア会議で共有（年5回）
➤自己点検表で自立支援に重きを置き点数を公表（MCS地域ケア会議のルームで）（年1回）
アウトカム
初期
成果目標
活動的な生活を取りもどす人が増える
➢ 自信をもつ人が増える、それを周囲の人にも伝える
➢ 他の活動に参加できる人が増える
➢ 通Cに関心を持つ人が増える
➢ 通C利用の問合せが増える
早く支援に繋がる人が増える
➢ 窓口対応が機能改善を意識した窓口対応（窓口職員のアンケートやヒアリングを前後に行い、早くつなげられたという回答が増えるor地域包括の記録から増加が確認できる）
介護が身近な存在にあると気づく人が増える
➢ チラシや広報を見る
➢ 住民間の話題になる
➢ 講座等の参加者が増える
➢ 講座の参加者アンケートでチラシを見たという回答が増加
➢ SNSで「いいね」がつく
医療機関が介護関係の会議に参加するようになる（初期集中、地域ケア会議等）
➢医療介護連携会議のテーマに介護予防が加わる
ケアマネとの連携強化
➢ 町とCM・CM同士の交流が増える
➢ 承認され意欲が湧く(MCSで「いいね」がつく)
➢地域資源を活用するケアマネが増える
中間
町民に相談員を認識いただける
➢相談実件数 年550人
➢相談先を認知する町民の割合73%
町民が適切な支援に繋がるための連携が強化される
➢庁舎内で介護予防の重要性が認識される
専門職同士の顔の見える関係づくり、達成感を分かち合う
➢自立支援プラン作成得点80点以上の介護支援専門員70%
➢介護支援専門員の地域サービス充足度30%
最終
健康スコアリング（要介護区分別軽度者維持・改善率45%）
活動・サービスC利用者の維持・改善率85%
3年間で抑制される推計介護費用額37,658,502円
65歳以上の主観的幸福観7点以上66%
インパクト
ありたい姿
住み慣れた地域で自分らしくイキイキと暮らせ、たすけあえる町

令和７年３月時点

仮説
課題仮説
インプット
誰に
アクティビティ
どう働きかける
アウトプット
活動目標
アウトカム
初期
成果目標
中間
最終
インパクト
ありたい姿
真因
(地域住民)
➤介護サービスをよく知らず関心が薄い、介護に対するネガティブな意識が強い
➤農家・国民年金の方が多い。支出や相談を控える傾向あり。
➤自身の地域に愛着がなく他人への関心が薄い。
(ケアマネ)
➤自身のケアプランを俯瞰して見たり見直したりする意識や機会がない。
(介護保険係)
➤職員が少なく事務量が多い。
➤事業者が参入しやすい環境がない。
(包括)
➤介護保険係が離れていて利用者が包括につながりにくい。
➤ケアマネジャーや医療機関との関係づくりが難しい。
(SC)
➤事業の必要性や地域資源に関する情報発信が不足。
➤生活支援の担い手が不足しているが補充する体制がない。
介護事業者・民間企業
➢ 見える化システム、介護給付費等実態統計のデータを確認し町の特徴を正しく把握(介護保険係)
➢ 計画に合わせて地域密着型サービス(認知症対応デイ、小多機、定巡等)を公募する(介護保険係)
➢ ◎0+5 拠点となる通いの場への視察を企業や介護事業所に案内する(SC)
➢ 民間企業や事業所との連携強化で、移動や送迎サービスの活動を増やす(協定締結等)(包括)
➢ 高齢者に対して、利用しやすいサービスや価格・助成の設定、普及啓発(包括、介護保険係)
在宅サービスの充実
➢ 10期計画の整備計画等への反映
:R7調査、R8策定
➢ 地域密着型サービス新設
:R7公募、R8定巡1増
地域密着型サービスに関する補助金の確認
➢ 移動販売、配食等の民間サービスを継続する
整備計画に着手する
➢ 公募要領を策定することが決まる
施設利用が減り、在宅サービスの利用が増える
民間サービス利用者増加
◎0+8 生活支援提供団体が地域資源と連携
➢ 地域課題の共有と理解が進む
➢ 新しい企業から問合せが増
➢ 新しい企業、団体から視察増
◎0 協議体に連携先民間企業が参画
➢ 既存事業の拡充、新事業の開発
➢ 地域包括システムを支える企業の増加
➢ 地域貢献企業として周知され、認知度が高まる
➢ 住民(協議体)と民間企業の連携強化
◎7 生活支援団体として協議体メンバーへの参画
➢ 生活支援の担い手の一つとして協働が始まる
◎5 拠点づくりに話し合いが行われる
➢ 住民課題と向き合う(包括・社協)
➢ 生活課題と向き合う(包括・社協)
住民全体
住民向けの介護予防や支え合いについての情報発信
➢ 住民向けの健康講座を開催する(包括、社協)
➢ ◎1 介護予防効果を、動画・SNS等で発信、サービス種類や費用・手続きの流れ等を周知(広報誌・HP・SNS等)、個人宛に情報発信(包括、社協)
➢ ◎2 講座受講者へポイント付与(包括)
➢ ◎3 実働部隊としての住民コーディネーター(介護予防リーダー)養成刷新開催(包括)
情報共有・意見交換の機会・情報発信の媒体開発
➢ ◎6 SNS・HP(適時)、広報誌(全戸:年1回)、チラシ(適時:手配り＆掲示)の作成(SC)(＝連携先を増やす。活動者の実践報告の機会を広く周知する)
◎1サービスの普及啓発
個人の希望する居場所に行けることを発信
➤広報誌・HP・SNS等:各年2回以上
◎0 住民と企業の連携
講座(年12回)や協議体開催(年3回)
地域活動へ誘う講座の開催
➢ 趣味活動:年2回
➢ 交流イベント:年1回
➢ 会議に出席する民間企業数が増加
◎1介護予防が認知される
➤包括・社協へ問合せ増
◎2 育成講座の充実ポイント制度創設
➢地域活動が継続できる(リーダーを辞めない)
➢リーダーの継続意欲が湧く(ポイント付与数が増える、年度末のリーダーからの実績表で活動回数が増える)
➢100歳体操のリーダーに回数に応じた地域通貨券を付与する(約120人)
◎3 住民組織への住民の関心向上＆参加者増加
➢介護予防リーダー平均年齢若年化:72歳➡70歳、人数増:122➡150人、介護予防リーダーのいる地区増:42➡75地区
◎1住民の介護予防に対する意識が高まる、生活支援サービスの利用の適正化が図られる
◎7生活支援を支える事業の拡充
➢ 支え合いサービスの担い手の報酬見直しの検討(包括・社協)
➢ 生活支援サービスの担い手を増やすための関係者会議の企画・開催(内容別、多様な機関と協働)(SC)
◎2 介護予防活動の支援者にポイントが付与され、貯まると地域通貨券で還元される
◎3 介護予防リーダー養成講座の刷新開催(検討作業、年1回以上)
◎5 拠点の必要性を感じる住民が増える
➢ 地域で困る人の情報提供が増える(人づてに相談が寄せられる)
➢ 住民課題の問合せが増える(地区懇談会やフォーラムでの発表の中で等の発信が増える)
➢ 拠点に参加する人が増える
◎2 地域活動の参加者が増加
➢ 既存の地域活動の充実
➢ 新規の地域活動が創出
➢ 地域活動への関心が高まる
社会参加者数(延6,900人／年)
住民の集いの場(70か所)
100歳体操,サロン,いまいる等合計
◎3 住民会議の開催
➢ 自治会加入者の増加
➢ 見守りの必要性が高まる
➢ 助け合いへの関心が高まる
町・社協
◎4定例意見交換会
生活支援サービス等の課題等を提起 年4回
(管理職含む。包括、社協、介護保険係、福祉係)
◎8 小地域福祉活動・サロン・見守りについて検討
➤ 事業一体化を提案 年2回 (包括・社協・福祉係)
◎7不足する生活支援提供団体による関係者会議:年2回
➢ 外出支援、掃除、ゴミ捨て、見守り
◎6活動者作成の広報紙発行:年3回
活動者分類
➢ つながりの場、生活支援サービス、サロン、シニアクラブ
◎6生活支援提供団体の活動者が増える
➢ 情報への問合せが増える
➢ 掲載希望者が増える
◎6生活支援が充実する
➢ 生活支援の担い手登録する
➢ 助け合い活動の機運が高まる
◎8再編された見守りネットワークで現状や課題の共有が進む
◎8小地域福祉活動等の検討会議で見守りネットワークの必要性を共有
年2回
◎8見守りの必要性を理解し、関係機関と連携会議が開かれる、団体が再編される
➢ 協働の必要性について理解し始める
➢ 資源が協働することで生まれる相乗効果を理解し始める
地域全体が連携し、それぞれの役割を効果的に果たす
住み慣れた地域で自分らしくイキイキと暮らせ、たすけあえる町

【熊本県水俣市】スマホアプリを活用した介護予防
住民同士のつながりで、運動の習慣化とデジタルデバイド解消

①総人口(R7.1.1)	21,639人
②高齢化率(R7.1.1)	43.0%
③人口増加率(H27→R2)	-7.3%
④要介護認定率(R5年度末)	20.7%

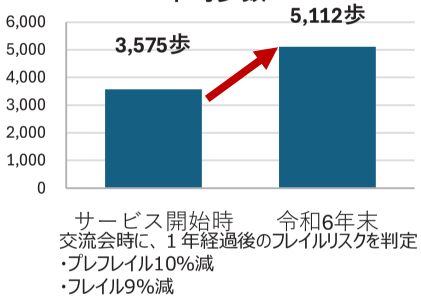
①②は住民基本台帳に基づく人口、③R2国勢調査、④介護保険事業状況報告(年報)

- ◆ 従来の教室型介護予防ではリーチできなかった男性・若年高齢者の孤立解消に向けて、ICT利活用を推進。
- ◆ 行政による取組のマンネリ防止の工夫と庁内・地域関係者のネットワークを活かした活動を展開。

背景と地域課題

- ● 介護保険新規申請者の原因疾患として、認知症、関節疾患、骨折・転倒が上位に挙げられることから、認知機能や運動機能向上を目的に、従来より教室形式の介護予防事業に取り組んできたが、参加者の多くが80代以降・女性だった。
- ● また、課題を抱える高齢者の継続的な見守りや外出機会の減少に伴う課題への支援を検討する中で、日常的・習慣的にIT機器を利用することでデジタルデバイドを解消し、高齢者の利便性の向上、生きがいづくり・仲間づくりの推進につなげたいとの狙いがあった。

■参加者の行動変容（アウトカム）
平均歩数は緩やかに伸び、リスク判定も改善



交流会時に、１年経過後のフレイルリスクを判定
・プレフレイル10%減
・フレイル9%減

主要な施策
（意識変容・行動変容を促す主な取組）

- ● 習慣化アプリ「みんチャレ」の活用。
  - ➢ 5人1組のチーム制で、チームチャットに写真や歩数等を毎日報告。歩数の報告という認知行動による自助効果、仲間同士の助け合いによる互助効果で行動変容につながり、運動の習慣化が狙い
  - ➢ チーム内での緩やかな見守り
- ● 新規参加者の獲得・習慣化支援。
  - ➢ 高齢者宅への訪問時や特定健診の指導時にアプリの導入支援
  - ➢ 民間企業と連携したスマホ教室の開催
  - ➢ 交流会の開催、定期的なイベント配信や声掛け、写真コンテストの開催

アプリ「みんチャレ」による非接触型のつながりが、社会参加を促進

アウトカム
（施策による意識変容・行動変容）

【初期アウトカム】

- ● 前期高齢者及び男性の参加割合：従来事業より高い
- ● スマホスキルが向上し、デジタルデバイド解消の一助になる
  ＜実績＞遠方の家族から「孫とチャットアプリでコミュニケーションがとれるようになった」と評価されている

【中間アウトカム】

- ● アプリ継続率　など

【最終アウトカム】

- ● 高齢者の孤立防止
- ● フレイル予防　など

2040年を見据えた持続可能性

- ● デジタルによる省人化管理と、民間ノウハウ活用のハイブリッド。

令和８年３月時点
※評価・改善のタイミング：１年に１回

インプット	事業・取組	アウトプット	初期アウトカム	中間アウトカム	最終アウトカム	インパクト
【予算】 フレイル予防事業委託料：2,413千円 フラワースタンプ会参加負担金：40千円 （介護特会>地域支援事業） 【実施体制】 ・市いきいき健康課 ・市総務課情報政策係 ・地域包括支援センター ・社協で実施するサロン等との連携 ・民間企業によるスマホ教室との連携	新規参加者の確保	① 使い方講座を開催 ② 把握事業等で訪問する際に、利用が適当であると思われる方への声かけやインストール等の導入支援	アプリに参加する高齢者が増える。 （指標） アプリに参加している高齢者数	①アプリ参加者の行動変容 （指標） 平均歩数の増加 ②フレイルリスク判定の変化 （指標） プレフレイル、フレイルに分類される参加者の割合の減少 ③社会参加による影響 （指標） 新規要支援・要介護認定者の平均年齢の延伸	高齢者の孤立防止 非接触型のふれあい環境づくり 高齢者がいきいきと健康に過ごしている フレイル予防 デジタルデバイド解消	すべての高齢者が、生きがいと尊厳を持って、いきいきと、元気に老い、もやい・ふれあい・支えあい、ぬくもりと、地元（ふるさと）力を持った地域社会（まち）を構築する
	参加者の習慣化支援	① 参加者への定期的な配信や声かけ ② 交流会の実施	アプリの習慣化ができる。 （指標） アプリ継続率			
	活動の展開と広報周知	寄付プロジェクトの実施	社会貢献 （指標） 寄付参加者数			

【北海道平取町】通年の介護予防教室で運動の習慣化

体力・認知機能低下を予防し、自立期間の延長を図る

①総人口(R7.1.1)	4,435人
②高齢化率(R7.1.1)	37.0%
③人口増加率(H27→R2)	-10.1%
④要介護認定率(R5年度末)	18.8%

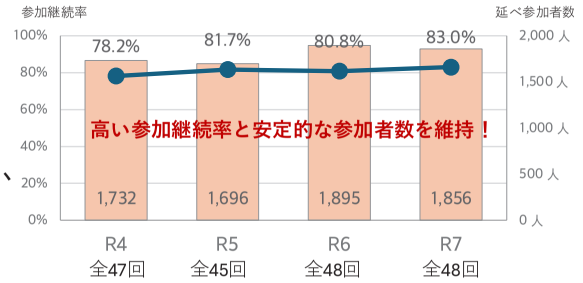
①②は住民基本台帳に基づく人口、③R2国勢調査、④介護保険事業状況報告(年報)

- ◆ 介入効果の高い層を選定し、通年・継続的な介護予防教室への参加を通して平均自立期間の延長を図る。
- ◆ 交流サロンへ保健師や地域ボランティアが巡回し、健康教育や健康相談、受診勧奨（重度化防止策）を実施。

背景と地域課題

- 住民の平均自立期間が全道平均及び類似自治体と比較して短く、また、要介護者における有病率も高い傾向にあり、生活習慣病や潜在的リスクを抱える者の増加が地域の健康課題。
- 要介護者の有病状況では「骨折」が６割を占め、また、フレイル状態の後期高齢者が多いことから、運動習慣の改善について重点的な取組が必要であった。
- 従来は出前講座として単発の介護予防教室を実施していたが、通年で継続的に参加できる介護予防教室を開始。

「まる元」の参加継続率と延べ参加者数の推移



主要な施策
（意識変容・行動変容を促す主な取組）

- 通年・継続的な介護予防教室「まる元」の開催。
  - ➢ 後期高齢者健診の質問票を活用し、介入効果の高い人を参加対象者に選定
  - ➢ 町保健師が各回に同行し、利用者のニーズ把握や受診勧奨によるハイリスク者の早期発見につなげる
- 地域ボランティアの活躍。
  - ➢ 教室の準備や片付けのほか、運動中に一緒に運動を行い、耳の遠い参加者や手助けの必要な参加者のそばでサポートを実施
- 65歳以上の希望者を対象に、体力測定と認知機能テストを実施。

専門職不足を補う専門講師「まる元」と住民講師「ゆる元」等による重層的な予防インフラの整備

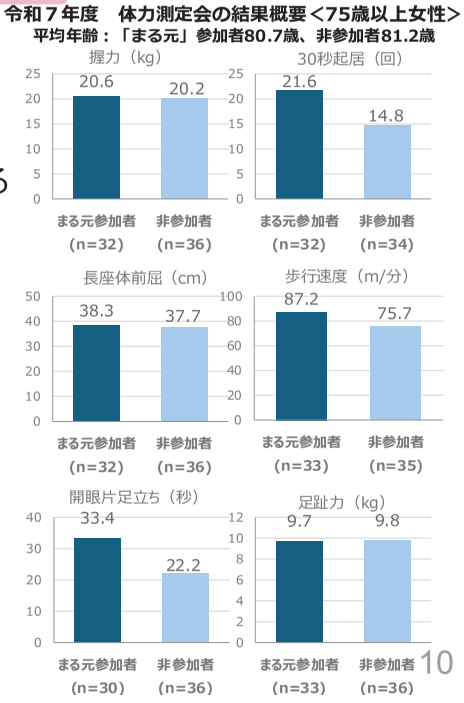
アウトカム
（施策による意識変容・行動変容）

【初期アウトカム】
- 後期高齢者の運動習慣の改善
- 交流サロンへの専門職の派遣・体力測定の定期的な実施による高齢者の身体機能の可視化

【中間アウトカム】
- 受診勧奨（目標値：100%）、医療機関受診率の向上（目標値：90%）

【最終アウトカム】
- 健康寿命：延伸

高齢者の身体機能の可視化



2040年を見据えた持続可能性

- 民間・研究機関のノウハウの活用と、住民が主体となる持続可能な教室運営。
- 町職員や社協、ボランティアなど、多くの地域関係者が様々な役割をもって協働する土壌づくり。

参考資料

報告様式１

令和７年度 保険者機能強化推進交付金（成果指向型配分枠）で選定された保険者等の取組状況調査

■目的

成果指向型配分枠は、地域包括ケアの構築に向けた基盤整備や取組の充実に既に一定程度取り組んでいる保険者等を対象として、さらなる健康寿命の延伸に向け、**地域のデータ分析に基づき、自らターゲットとなる対象者、成果目標及び評価指標を設定した上で、当該成果を達成するために成果指向型の介護予防・健康づくりの取組**を行う保険者等に対する新たな支援の枠組みとして構築されました。

本調査は、令和７年度に本配分枠で選定された保険者等に、申請された取組の令和７年度までの取組状況（見込み含む）をご報告いただくことで、保険者機能強化推進交付金等の評価指標の検討及び他保険者等の施策検討に資する資料として活用することを目的として実施するものです。令和７年度当初に共有した19団体の報告内容も参考にしながら、申請内容や取組にあたって計画していた事項のモニタリングの一環としてもお取り組みください。

なお、19保険者等（４都道府県、15市町村）のうち、幾つかの保険者等については、追加でヒアリング調査もお願いさせていただく予定です。

■ご回答にあたって

・申請書類と重複する項目は、当該内容を適宜コピー＆ペーストして記載してください。なお、各項目で記載いただきたい視点を「※」印で注記していますので、ご参照のうえご回答ください。
・本報告様式１のほか、「報告様式２（工程表）」も提出してください。
・後日、回答内容についてお問い合わせさせていただく場合がございますので、予めご了承ください。

＜回答欄について＞
単一回答のセル　：　…　プルダウンメニューより選択肢番号等を選び、回答してください
複数回答のセル　：　…　プルダウンメニューより当てはまるものすべてに「○」を入れてください
自由記載のセル　：　…　数字や文字列（文書）などを記載して回答してください

■回答者情報

● 回答いただく方のお名前、ご所属、ご連絡先についてお答えください。

氏名	
所属	
電話番号	
E-mail	

● 都道府県及び市町村名についてお答えください。※プルダウンからお選びください

都道府県名	
市町村名	

■回答期限：令和７年10月10日（金）17時

成果指向型配分枠：取組状況の報告シート

Ⅰ.課題について

①課題の把握方法

- [ ] 1 データ分析結果
- [ ] 2 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
- [ ] 3 地域ケア会議等における議論
- [ ] 4 他事業によるニーズの把握
- [ ] 5 社会動向
- [ ] 6 国・都道府県等からの情報提供
- [ ] 7 その他

②データ分析の内容

③課題の内容
※現状分析から課題を抽出・設定する思考プロセスや、第三者意見の有無等もあわせて記載

Ⅱ.対象層について

①対象層

- [ ] 1 虚弱な高齢者
- [ ] 2 事業対象者・要支援認定者
- [ ] 3 要介護認定者
- [ ] 4 特定の疾患を持つ高齢者
- [ ] 5 認知症（の疑いがある）高齢者
- [ ] 6 独居高齢者
- [ ] 7 元気な高齢者
- [ ] 8 高齢者全般
- [ ] 9 住民全般
- [ ] 10 介護家族
- [ ] 11 その他

②具体的な内容
※設定した課題に対してアプローチすべきと考えた理由もあわせて記載
例「○○という課題に対し、KDBデータ分析から要支援１の高齢者が特に多く、かつ運動習慣がないことが判明したため対象を設定」

Ⅲ.目標等

①中長期・短期の目標
※長期：6～9年程度（介護保険計画期間2～3期分）、中期：3年程度（介護保険計画期間1期分）、短期：半年～1年程度を目安にしてください。
目標を達成する期間を定めている場合は、その期間をあわせて記載してください

②目標や指標の設定・進捗管理・評価の実施体制
※行政内、地域関係者等の実施体制や進捗管理・評価の頻度を記載

③設定している評価指標
・アウトプット指標：参加者数や研修の開催回数など、施策や事業の直接の結果を測るもの

・アウトカム指標：利用者本人の状態の改善や主観的幸福観の向上、要介護認定率の低下など、
サービス等の結果としての受益者の変化や効果を表すもの

④進捗管理・評価の方法
※開始年度、達成目標年度、評価手法・測定手法もあわせて記載
※「四半期ごと」「半期ごと」など、具体的な評価の頻度を記載すること
※「測定結果は庁内会議で共有し、目標値との乖離が大きい場合は事業内容を見直す」など、評価結果を改善に繋げているかも記載

⑤取組の段階

1 仮説段階
2 実証（取組）段階
3 評価段階
4 改善・継続段階

Ⅳ.取組の全体像

①取組内容の全体像
※ロジックモデル等を作成している場合や計画等に記載がある場合は、別添でも可
※令和７年度当初に共有した19団体の報告内容（特にロジックモデルを含むもの）も参考に記載してください

Ⅴ.取組の詳細

複数の取組を申請された場合は、設定した目標を達成するためにより効果的と思われる取組を２つ取り上げてご回答ください。

①目標を達成するための具体的な手法：取組ⅰ

- [ ] 1 データ分析・調査
- [ ] 2 アセスメント
- [ ] 3 個別支援
- [ ] 4 研修・勉強会
- [ ] 5 アドバイザー、専門家等の派遣
- [ ] 6 広報・啓発、情報提供
- [ ] 7 コーディネーター等の人員配置
- [ ] 8 財政支援
- [ ] 9 ルール・マニュアルづくり
- [ ] 10 ICT・デジタル技術の活用
- [ ] 11 地域資源の活用
- [ ] 12 その他

②取組内容の詳細：取組ⅰ

※事業の新規・拡充の別、実施体制、対象層、具体的な手法、取組内容、当面のスケジュールを記載
※報告様式２（工程表）を参照するなどして、課題・見込む成果・実施する事業のつながりを記載
（例:「介護予防教室」→「参加者数（アウトプット）」と「フレイル改善率（アウトカム）」）

③予算：取組ⅰ

④目標を達成するための具体的な手法：取組ⅱ

- [ ] 1 データ分析・調査
- [ ] 2 アセスメント
- [ ] 3 個別支援
- [ ] 4 研修・勉強会
- [ ] 5 アドバイザー、専門家等の派遣
- [ ] 6 広報・啓発、情報提供
- [ ] 7 コーディネーター等の人員配置
- [ ] 8 財政支援
- [ ] 9 ルール・マニュアルづくり
- [ ] 10 ICT・デジタル技術の活用
- [ ] 11 地域資源の活用
- [ ] 12 その他

⑤取組内容の詳細：取組ⅱ

※事業の新規・拡充の別、実施体制、対象層、具体的な手法、取組内容、当面のスケジュールを記載
※報告様式２（工程表）を参照するなどして、課題・見込む成果・実施する事業のつながりを記載
（例:「介護予防教室」→「参加者数（アウトプット）」と「フレイル改善率（アウトカム）」）

⑥予算：取組ⅱ

Ⅵ.現状と今後の展開

①現在までの実績

※これまで～令和７年度の進捗（見込み）を定量・定性の両面で記載

※「Ⅲ.目標等」で設定したアウトプット指標およびアウトカム指標の目標値に対し、現時点での実績は○○であり、目標達成に向けた進捗は順調である/遅延している」といったように、目標値と対比させて記載

②今後見込む成果

③その他、アピールポイント

報告様式２　工程表

設定した目標を達成するために、いつまでに・何を・どのように・どのくらい実施するのか、詳細を記載してください。
行・列は必要に応じて追加してください。

↓取組・事業の内容		令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和　年度
効果測定（アウトプット）	目標				
	実績				
効果測定（アウトカム）	目標				
	実績				

【厚生労働省委託事業】

保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金の評価指標と活用方策に関する調査研究一式

報告書

令和８年（2026 年）３月

株式会社 日本能率協会総合研究所
〒105-0011　東京都港区芝公園３-１-22
TEL 03-3434-6282　FAX 03-3578-7547
https://www.jmar.co.jp