

平成 28 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

地域支援事業の実施状況及び評価指標等に関する 調査研究事業 報告書

平成29年3月

株式会社 日本総合研究所

地域支援事業の実施状況及び評価指標等に関する調査研究事業 報告書

目 次

第1章 本調査研究の概要.....	1
1. 調査の背景と目的	1
2. 調査の内容.....	2
(1) 地域支援事業の社会的インパクトの構造仮説の設計	2
(2) 地域支援事業の評価に資する指標の選定・具体化	2
(3) 今後の指標の検証にかかる研究設計.....	3
(4) 学識者ヒアリング調査ならびに検討委員会における検討.....	3
第2章 検討結果	4
第1節 地域支援事業を評価する枠組み	4
1. 評価が持つ意味	4
2. 社会的インパクトを評価する枠組み	4
(1) 地域支援事業の評価において社会的インパクトに着目する意味.....	4
(2) 社会的インパクトを評価するさまざまな手法と特徴	5
(3) 地域支援事業の評価への社会的インパクト評価手法の適用	8
2. 介護保険事業の評価における考え方	9
(1) 保険者における介護保険事業のマネジメント.....	9
(2) 介護保険事業の評価において持つべき視点.....	10
(3) 地域支援事業の目的と範囲及び評価において持つべき視点.....	10
3. 地域支援事業の評価指標の検討の手順と方法	11
(1) 社会的インパクト評価の手順と方法	11
(2) ドナベディアンモデルとの構造の違い.....	14
(3) 介護保険の理念の構造的整理.....	17
(4) 先行研究によるエビデンスを活用した構造の精査	25
第2節 地域支援事業の評価に資する項目と指標の設定(案)	30
1. 指標の設定における基本的な考え方	30
2. 最終アウトカムに関する項目とその評価指標の案.....	32
(1) 健康寿命の延伸	33
(2) 住み慣れた地域での自立した生活の維持・継続	36
(3) 生きがいと尊厳の保持・向上	39

3. アウトカムに関する項目とその評価指標の案.....	42
(1) 要介護状態の予防・重度化防止.....	43
(2) 高齢者の状態に合った支援の実現	45
(3) 地域で支え合い認め合う仕組みの構築・円滑な運営	47
(4) 高齢者の健康づくり・介護予防の取り組みの推進	48
(5) ケアマネジメントの質の向上	50
(6) 多様な担い手や社会資源の確保及び育成.....	52
(7) 相談及び支援基盤の構築・強化.....	53
(8) 多職種連携の実現	54
(9) 地域の課題及びニーズの把握	55
(10) 介護保険制度の効果的・効率的な運営	57
4. アクティビティに関する項目とその指標.....	59
(1) 地域課題の分析	60
(2) 総合事業（介護予防の取組）	61
(3) 認知症施策	62
(4) 医療・介護連携	63
(5) 地域包括支援センターにおけるケアマネジメント支援	64
(6) 生活支援体制整備事業	65
(7) 地域ケア会議	66
(8) 地域包括支援センターにおける総合相談	68
(9) 地域包括支援センターにおける権利擁護	70
(10) 任意事業（給付費適正化事業）	72
第3節 指標の検証にかかる研究設計	74
1. 指標の検証にかかる研究の目的	74
2. 検証の対象について.....	74
(1) 考え方	74
(2) 対象自治体の選定	74
3. 自治体の選定方法	75
(1) 総合事業の取り組みをもとにした6分類	75
(2) 地域特性をもとにしたタイプ分け	75
4. 収集する指標	78

第1章 本調査研究の概要

1. 調査の背景と目的

介護保険制度は、超高齢社会における介護問題の解決を図るため、国民の共同連帯の理念に基づき、要介護者等を社会全体で支援する仕組みとして、平成12年に創設された。制度創設時点で、約900万人だった75歳以上の後期高齢者は、現在約1700万人となっている。2025年にはいわゆる団塊の世代が75歳以上となり、2055年には、人口の約25%にあたる2400万人が75歳以上となると推計されている。このような状況において、介護保険制度の持続可能性を維持しながら、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことを可能としていくために、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築が目指されている。

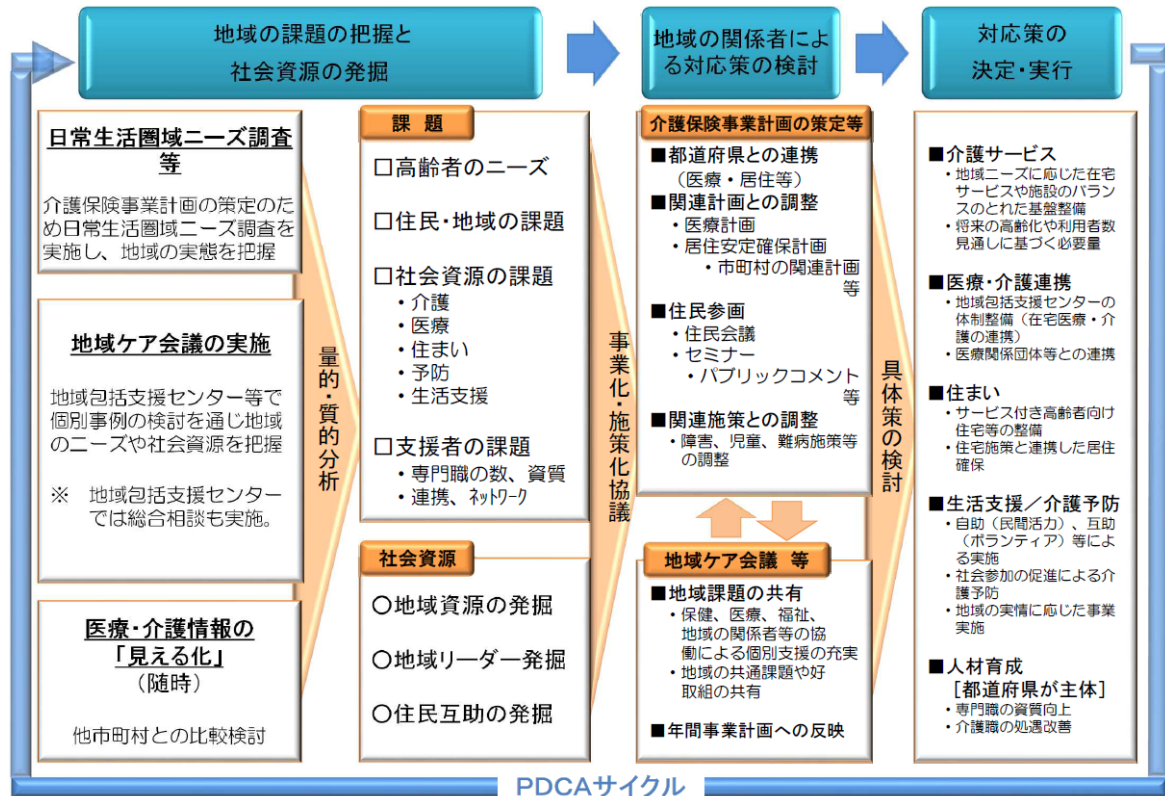
一方で、各地域が置かれている状況はさまざまである。人口が横ばいで75歳以上人口が急増する都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが総人口が減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差がある。さらに、気候や地理的条件、サービス事業者や地域福祉の担い手、公共交通機関などの地域資源の状況や、独居等の家族構成などの要因もある。高齢者の生活を支える地域包括ケアシステムを実現するには、これらの違いを踏まえ、各地域の実情に応じた仕組みを構築していくことが重要である。

地域包括ケアシステムの構築を着実に進めるには、地域の課題の把握と社会資源の発掘、地域の関係者による対応策の検討、対応策の決定・実行、さらにはその実施状況の評価と見直しというPDCAサイクルを機能させることが重要である。地域包括ケアシステムは介護保険制度の枠組みにとどまらず、地域医療体制整備や地域福祉の充実、さらにはまちづくりや官民協働など幅広い要素が含まれる。こうしたなか、地域支援事業は、医療等の他制度との連携、介護予防や健康増進、「互助」の充実など幅広い領域にわたり、地域課題の把握・社会資源の発掘・地域関係者の連携などにつながる事業を内包している。つまり、地域支援事業の効果が高まることは、地域包括ケアシステムの構築の推進を意味するのである。

地域支援事業の目的は、介護予防・重度化防止と、地域における自立した日常生活の支援のための施策を総合的かつ一体的に行うことにある。地域支援事業を推進するにあたっては、その進捗を測ることができる仕組みがあることが重要であるとともに、その事業がどのように成果に結びついていくのかが明らかになることが事業推進の動機付けとなる。

本調査研究事業では、地域支援事業が介護保険制度の理念である「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる」（介護保険法第一条）の実現に向けて、どのように機能するのかの道筋を構造的に整理した仮説を設計した。その上で、理念の実現に向けた道筋の途中地点の節目ごとに、進捗度を測るための目安となると考えられる評価指標の案を作成した。

図表1 市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス(概念図)



(資料) http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-6.pdf

2. 調査の内容

(1) 地域支援事業の社会的インパクトの構造仮説の設計

本調査研究事業では、介護保険法ならびに介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針(平成27年3月31日 厚生労働省告示第196号)を主な根拠として、介護保険制度ならびに地域支援事業で掲げている社会課題の解決を出発点として、課題解決の道筋を図式化するため、インパクトマップの手法を用いて構造化した。

(2) 地域支援事業の評価に資する指標の選定・具体化

インパクトマップのアクティビティならびにアウトカムの達成度を評価するための指標を選定し、それぞれの項目に当てはめる場合の留意点等について整理した。指標の選定にあたっては、介護保険事業状況報告、改訂版日常生活圏域ニーズ調査、地域包括支援センター運営状況調査などによって定期的に国が把握しているデータや、それらがデータベース化されている「地域包括ケア『見える化』システム」への収載状況も確認しながら選定を行った。

(3) 今後の指標の検証にかかる研究設計

インパクトマップ（仮説）に評価指標の候補を当てはめて検証を行うことは、例えば「この指標を高めれば、地域包括ケアシステムの推進の効果が高まる。ゆえにこの取り組みをすることに意味がある」というロジックの根拠となる。さらに、指標の測定方法、指標としての妥当性（公平性・客観性・再現性）についての検証をも行うことができる。

これらの評価指標については、自治体ごとに指標の数値を複数年分あてはめて時系列変化を見るとともに、自治体間の横断的な比較を行うことが考えられる。指標の検証にあたっては、少数の先進的な自治体ではなく、全国の平均的な自治体であることが望ましい。このため、今年度の調査研究事業では、今後、インパクトマップの仮説の検証ならびに評価指標の有効性の確認を行うに当たって必要な自治体の選定方法の検討ならびに選定・グループ分けの試行を実施した。

(4) 学識者ヒアリング調査ならびに検討委員会における検討

学識経験者、自治体の現場有識者から構成する検討委員会を設置し、必要な討議を行った。なお、委員会設置に先立って、学識経験者のヒアリング調査を行った。

① 学識者ヒアリング調査 往訪先(往訪順)

上智大学 総合人間科学部 社会福祉学科 教授 栃本一三郎 先生

桜美林大学 加齢・発達研究所 所長 鈴木隆雄 先生

慶應義塾大学 慶應義塾大学大学院 経営管理研究科 名誉教授 田中滋先生

② 検討委員会の開催

第1回検討委員会 平成28年12月12日

第2回検討委員会 平成29年2月22日

第3回検討委員会 平成29年3月17日

委員名簿 (五十音順、敬称略)

○印 座長

瓜生 律子 世田谷区 高齢福祉部 部長

駒村 康平 慶應義塾大学 経済学部 教授

清末 敬一郎 大分県 福祉保健部高齢者福祉課 課長

田中 明美 生駒市 福祉健康部高齢施策課 主幹 兼 地域包括ケア推進室長

土屋 幸己 公益財団法人 さわやか福祉財団 戦略アドバイザー

○ 栃本 一三郎 上智大学 総合人間科学部 社会福祉学科 教授

なお、オブザーバーとして、厚生労働省 老健局振興課が検討委員会に出席した。

第2章 検討結果

第1節 地域支援事業を評価する枠組み

1. 評価が持つ意味

一般的に評価とは、目的に向けて実施した一定期間の活動について、立ち止まって振り返り、その結果が目指していた水準に到達したのかどうか、課題が残ったとすればそれは何かを総括する活動である。総括した結果を、自らの活動の改善に活用することはもちろん、個人や組織における業績評価や、社会保険制度における実績に応じた報酬設計のように、その結果を順位や対価を決定するために活用することもある。

さらに、こうした視点に加え、目的の実現に向けて設定した目標や活動内容そのものが妥当なものだったかどうかを振り返り、必要に応じて目標を再設定するという視点も、評価にとっては重要である。つまり、評価を通じた振り返りには、①当初設定した目標の達成状況の振り返りと、②目標設定の妥当性そのものの振り返り、の2つの視点があるということである。

このような、一般的な評価における視点や活用方法を踏まえると、地域支援事業の評価はそれによって何らかの順位や対価を決めるために用いるものではなく、地域が自らの取り組みを振り返り、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みをより良いものにしていくために行うものと位置づけることができる。

以下、地域支援事業の評価を「地域が自らの地域支援事業の取り組みを振り返り、地域包括ケアシステムの構築に向け、活動の目標や内容を見直していくために行う」とし、検討を進めた。

2. 社会的インパクトを評価する枠組み

(1) 地域支援事業の評価において社会的インパクトに着目する意味

(社会的インパクト評価に着目する意味)

地域支援事業が取り扱う活動の範囲は多岐にわたっているため、地域支援事業の評価ではまさに地域におけるマネジメント（地域づくり）にどのように貢献しているかという視点を持たなければ、地域支援事業の目的に照らして妥当な評価にはならない。これは、地域支援事業がもたらす直接の結果だけを見るのではなく、その結果が他の領域にどのような波及効果をもたらし、結果的に地域づくり全体にどのような影響を与えるかまでを見据える必要があるということである。

事業を評価する方法にはさまざまなものがあるが、上述した通り、地域支援事業の評価においては、特に事業の結果が地域社会全体に与える影響までを見据えることが出来る手法を選ぶ必要があり、こうした観点に立てば「社会的インパクト評価」に着目することが有効である。

(社会的インパクト評価とは)

社会的インパクト評価とは、事業や活動の結果として生じた短期及び長期の環境・社会的変化やその価値を定量的・定性的に評価することを指す。ビジネスを行う上では売上などの財務パフォーマンスで事業成果を評価することが多いが、社会的インパクト評価はそのような「査定」ではなく、事業・活動が本来発揮すべき価値を引き出すことを主な目的としている。そのため、事業者の取り組みが地域社会が抱える社会的な課題に解決に貢献しているかなど、事業・活動に価値判断を加えることが大きな特徴である。

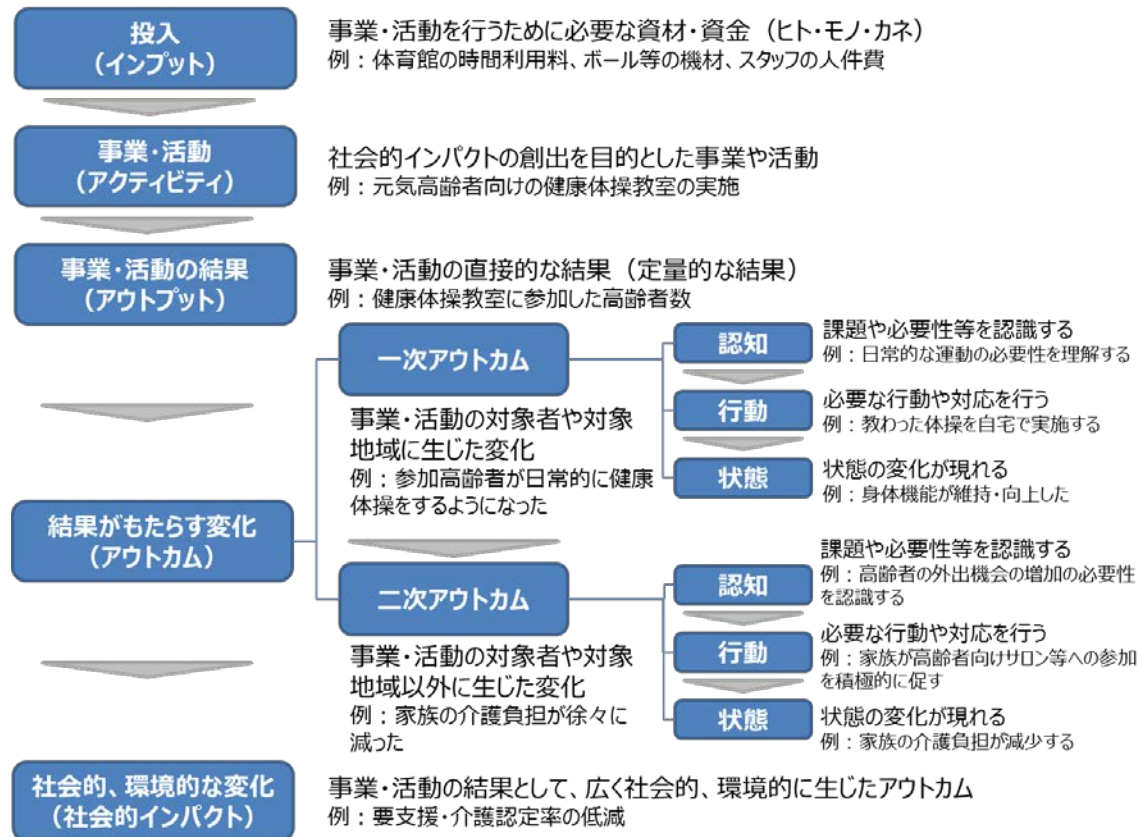
社会的インパクトを評価する過程では、事業主体が提供するサービスを含むさまざまな取り組みが誰にとってどのような便益をもたらしたのか、もしくはもたらしうるのかについて、その根拠を関係者間で可視化して詳らかにする。具体的には事業・活動内容、プロセスや手法等を見直すことによって行われる。社会的インパクト評価は、顧客、補助金や助成金の提供者、また地域コミュニティに対して、自らの事業・活動がどのように社会に貢献しているかという説明責任につながるのみならず、地域社会にさらに貢献する事業・活動となるために、人材（特に専門職等）の雇用や育成、機材調達を含めた事業運営の改善検討にもつなげることが可能である。すなわち事業のPDCAサイクルを回すにあたって、特にCheck（評価）とAct（改善）に活用可能であり、それらを踏まえてPlan（計画）を修正することでより良いDo（実行）に役立つ。

地域支援事業では、各市町村が地域マネジメントによる地域包括ケアシステムの進化が着実に進むように、多様な主体が相互に補完しつつ取り組むことが求められている。社会的インパクト評価を行うことによって、地域支援事業のPDCAを補強するものとして役立てることが可能である。

(2) 社会的インパクトを評価するさまざまな手法と特徴

社会的インパクトを評価するには、まず社会的インパクトがどのように生み出されるかというプロセスを理解する段階から始まる。社会的インパクト評価では、以下のようなプロセスで社会的インパクトが創出されると考える。

図表2 社会的インパクト創出のプロセス



(出所: 日本総合研究所)

社会的インパクト評価の手法は、国際的にさまざまなものが存在するが、投入 (インプット)、事業・活動 (アクティビティ)、事業・活動の結果 (アウトプット) の定義はほぼ同じである。

ただし結果がもたらす変化 (アウトカム) 及び社会的、環境的な変化 (社会的インパクト) については、評価手法によって定義が多少異なる。社会的インパクト評価検討ワーキング・グループ (主査 伊藤 健 慶應義塾大学大学院 政策・メディア研究科 特任助教) が平成 28 年 3 月にまとめた報告書『社会的インパクト評価の推進に向けて～社会的課題解決に向けた社会的インパクト評価の基本的概念と今後の対応策について～』においては、アウトカムを「組織や事業のアウトプットがもたらす変化、便益、学びその他効果」、社会的インパクトを「短期、長期の変化を含め、当該事業や活動の結果として生じた社会的、環境的なアウトカム」と定義している。

本調査研究事業ではこの定義を応用し、アウトカムを 2 段階に分解し、アウトプットが事業・活動の対象者や対象地域にもたらす変化、便益、学びその他効果を一次アウトカムとし、事業・活動の対象者や対象地域以外にもたらす変化、便益、学びその他効果を二次アウトカムとした。その上で社会的インパクトについては上記定義を踏まえ、二次アウトカムよりもさらに広範囲に渡る変化であることを示すために、「事業・活動の結果として、広く社会的、環境的に生じたアウトカム」とした。

一次及び二次アウトカムについては、同一の対象者や対象地域内において「認知」⇒「行動」⇒「状態」の3段階で変化が現れると考えられる。具体的には、事業・活動の対象者が課題や必要性を認識するようになったという「認知」段階、認識した課題を解決するための行動や対応策を取る「行動」段階、そして行動した結果、対象者や対象地域内の状況が変化する「状態」段階である。

社会的インパクトは定量的もしくは定性的に表現される。またすでに述べたように「査定」よりも、事業・活動が本来発揮すべき価値を引き出すことが重要であるため、社会的インパクトを把握する手法の決定に当たっては、評価手法は評価の目的、評価のしやすさ、評価によってもたらされる情報に対する利害関係者のニーズ等を踏まえて選択することが必要である。また手法によって必要となる費用、人的資源、時間が異なるため、評価者が有するこれら資源を踏まえて選択する。社会的インパクトを評価する主な手法は以下の通りであるⁱ。

① 事前・事後比較

あらかじめ指標を設計しておき、事業実施前・後の指標値を比較する。事業・活動や事業実施主体や地域に特有の要因を踏まえた指標の設計が可能である。

② 一般指標

全国または地域単位の一般指標値（平均値等）をあらかじめ選択し、事業対象グループの平均値と比較する。指標の取得方法がわかりやすく定められている場合が多く、一般的に評価しやすい。また国内、同一県内における外部要因による影響値をある程度除去して考えることができる。全国または地域単位で同一の指標を取得することが前提となることから、保険者によっては指標取得のために新たな仕組みを導入する必要がある。

③ マッチング

事業の実施対象グループを決定した後で、年齢、性別、職業等について可能な限り実施グループに近いグループを対照群として選定して、こちらのグループには事業は実施せずに比較する。グループメンバーの選定や実施に時間がかかることや、事業内容によっては倫理的な問題が生じる可能性がある。従って社会的インパクトを厳格に評価することが、強く要求される場合に用いられることが多い。

ⁱ 社会的インパクト評価検討ワーキング・グループ「社会的インパクト評価の推進に向けて～社会的課題解決に向けた社会的インパクト評価の基本的概念と今後の対応策について～」(平成28年3月)をもとに作成。

(3) 地域支援事業の評価への社会的インパクト評価手法の適用

本調査研究事業では、地域支援事業において主に保険者が取り組む事業によってもたらされる変化を中心に社会的インパクト評価手法の適用を考察し、アウトプット及びアウトカムの仮説を構築した。アクティビティについては地域支援事業の施策ならびに事業を適用した。

社会的インパクト評価では、事業・活動によって生じた変化は時間の経過とともに対象地域以外や他の事業・活動等にも影響を及ぼすものであり、その全てを網羅的に把握することは困難である。そのため、事業・活動の対象者や対象地域をどこまでに絞るか、どのアウトカムを評価対象とするか等について、関係者間で事前に協議し合意しておくことが必要である。

なお本調査研究事業では地域支援事業の取り組み状況が各保険者で異なることや評価のし易さの観点から、前項の①事前・事後比較の手法が望ましいと考える。保険者が地域マネジメントを適切に実施するためには、地域支援事業によってもたらされるアウトプット及びアウトカムを的確に把握し、進捗を図る上で役立つ指標を設定することが必要である。この指標を介護保険事業計画の目標の一部として活用することが、地域支援事業のPDCAを着実にまわすことにつながる。

2. 介護保険事業の評価における考え方

(1) 保険者における介護保険事業のマネジメント

(介護保険事業のマネジメントの意味)

マネジメントとは、何らかの理念・目的の実現に向けて、限られた資源を活用して、効果的に施策・事業を運営し、成果を出すことを意味する。

これを介護保険事業に当てはめると、目的は介護保険あるいは地域包括ケアシステムが目指す理念である、できる限り最後まで住み慣れた地域・居宅で自立した生活を送ることができる環境の実現であり、ひいては、各自治体が目指すまちづくりの実現と言える。

この目的のために活用できる資源としては、金銭的資源（自治体の介護保険財源や一般財源に加え、国や都道府県の補助金や交付金、民間事業者の投資資金、地域づくりに活用できる基金・助成金等）、人的資源（介護人材、ボランティア等の地域住民等）、物的資源（施設や事業所等の設備・機材）、情報資源（介護保険事業を通じて把握されるデータ、研修や介護予防プログラム等のソフト、高齢・介護分野だけでなく他の領域を含めた施策・事業等）といったものが挙げられる。

つまり、介護保険事業のマネジメントとは、理念の実現に向け、介護保険財源や地域の社会資源を活用し、効果的・効率的に事業を運営し結果を出すこととすることができる。

ただし、ここで大切なことは、目指す理念がまさに地域づくりであり、そこに関わるステークホルダーは行政だけでなく民間事業者や地域の活動団体・ボランティア等も含まれる点である。したがって、介護保険事業のマネジメントでは、高齢・福祉分野の行政の事業だけでなく広く他の分野の政策・施策に関わる視点が重要であり、また、他のセクターの活動との関わりにも視野を広げて捉えることも重要である。

(複眼的な視点を持ったマネジメントの必要)

保険者は介護保険事業計画を、3年を計画期間として策定・実施する。この視点に立てば、介護保険事業のマネジメント（PDCA）は、一期3年を1サイクルとして回ると言える。介護保険事業計画に掲げる介護サービス基盤の整備（施設や事業所の整備等）などは、数年単位での振り返りが求められる。

一方、自治体の事務事業のマネジメントは単年度ごとであり、1年を1サイクルとした評価・振り返りが必要である。介護保険事業の中でも特に事業として実施されるものや、自治体の一般高齢者施策として実施する事業などは、1年を1サイクルとして評価・振り返りが求められる。

さらに、要介護高齢者に対するサービスの提供は日々行われるものであり、個別支援の視点に立てばケアマネジメントはその利用者・家族の状態に応じて、日単位～月単位でPDCAサイクルを回すことになる。

このように、介護保険事業のマネジメントにおいては、異なるスパンでのマネジメントが求められると言えよう。

これは、次のように性格の異なる事業が含まれるためでもある。すなわち、設定した目標の実現に向けて計画的に進めていく活動のマネジメント（例：施設や事業所の整備、研修の実施等）と、支援を必要とする利用者に対し日々必要なサービスを提供し続ける（サービスが提供される基盤を確保し、制度の持続性を高める）活動のマネジメントの2つが含まれる。

さらに言えば、いずれのマネジメントにおいても、高齢・介護以外の他の領域への波及性・関連性を意識しておくことも必要である。地域包括ケアシステムの構築は、障がいや地域福祉の領域はもちろんのこと、まちづくり、商工・産業、教育など、ほぼ全ての領域に関わる。

しかし、こうした広がりやを常に意識することは困難であるため、現実的には、計画段階と評価・振り返りの段階（PDCAサイクルの「P」と「A」の段階）のみで良いので、視野を広く構えて介護保険事業を捉えることが重要である。

(2) 介護保険事業の評価において持つべき視点

事業の評価とは、その事業が設定した目的・目標に照らして、「それが達成できたか」を判断し、その理由を分析することである。したがって、介護保険事業の評価においても、設定した目的・目標に照らしてその達成を評価することが基本的な視点となる。

ただし、前項に挙げたように、介護保険事業はさまざまな領域との関わり・つながりが大きいという特徴がある。したがって、評価においては、次の2つの視点が求められる。第一に、より上位の理念等に照らして目的・目標の設定が妥当だったかを見る視点、第二に他の領域への波及効果（副次的な効果）としてどのようなものがあつたかを見る視点、である。

前者については例えば施設・事業所の整備目標についてその目標値の妥当性を振り返るという視点が、後者については例えば介護保険事業として実施した取り組みが地域コミュニティの醸成（まちづくりの領域）に効果を与えるといった視点が考えられる。

このように、介護保険事業の評価においては、介護保険事業の達成状況だけでなく、より幅広い領域において、目指す政策目的が達成できたかどうかを評価する視点が必要である。

(3) 地域支援事業の目的と範囲及び評価において持つべき視点

地域支援事業は、介護給付サービスの効果・効率を高める基盤整備に関わる取り組みと、介護予防に関するサービス提供を含むものとして整理できる。基盤整備に関わる取り組みも含めて捉えれば、地域支援事業の目的とは、介護保険事業全体が効果的なものとなるよう基盤整備と日常的な活動の両方を実施することと言えよう。

つまり、地域支援事業の事業自体の範囲は限られているが、事業の目的は地域包括ケアシステムの構築や介護保険サービスを持続的に提供し続けられる基盤の整備、さらにはその地域が目指すまちづくりの実現といった高い視点にある。したがって、地域支援事業の評価においては、こうした地域社会全体が目指す理念・目的の実現に向けて、そこに地域支援事業がどのように寄与したかを評価するという視点が重要なのである。

3. 地域支援事業の評価指標の検討の手順と方法

(1) 社会的インパクト評価の手順と方法

社会的インパクト評価を行う手順は国際的に共通の部分が多い。

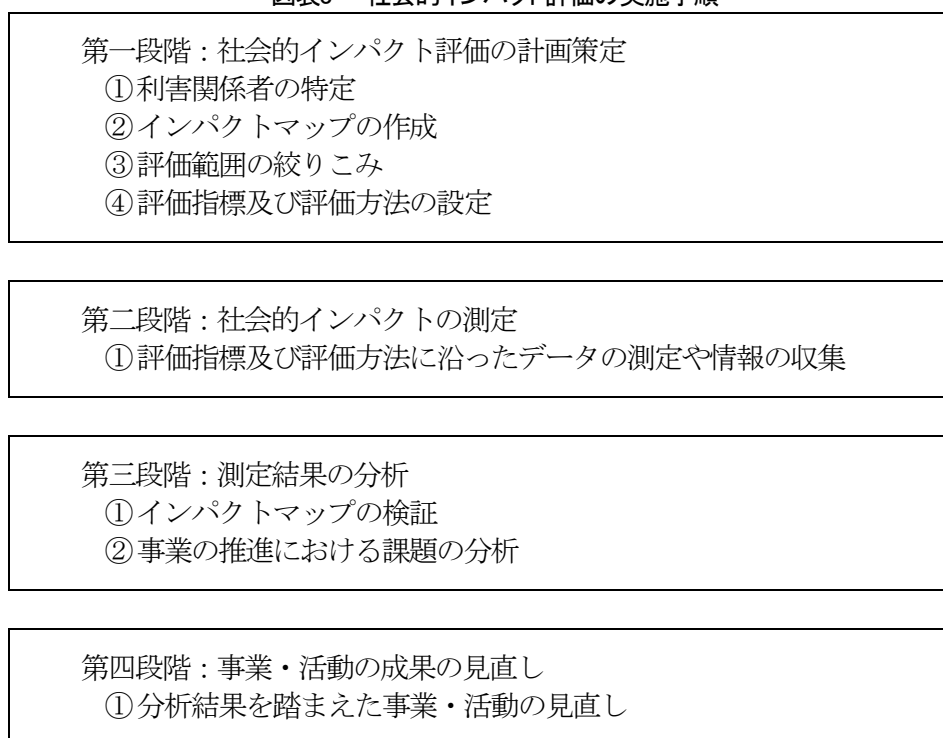
2013年にG8の議長国であった英国にて、キャメロン首相の呼びかけのもとで創設された社会的インパクト投資タスクフォース (Social Impact Investment Taskforce) が2014年にまとめた報告書『Measuring Impact』では、インパクト評価の手順を以下の4段階に分けている。

その段階は、評価計画の立案 (Plan)、データ・情報収集 (Do)、データ分析・評価 (Assess)、事業及び活動の見直し及び報告 (Review) により構成されている。その他の社会的インパクト評価でも基本的には同じような段階に分けて推進することが一般的であるⁱ。

第一段階である評価計画の立案 (Plan) については英国のシンクタンク New Philanthropy Capital (NPC) が開発した「Four Pillar Approach」において、①変化の理論を構築する、②評価するアウトカムの優先順位を付ける、③立証の厳密さの水準を決める、④データソース及び評価ツールを選択するという手順を示しているⁱⁱ。

これらの既存の手法を踏まえ、社会的インパクト評価を以下のように進める。地域支援事業にもこの手順の適用が可能である。

図表3 社会的インパクト評価の実施手順



ⁱ Social Impact Investment Taskforce (<http://www.socialimpactinvestment.org/reports/Measuring Impact WG paper FINAL.pdf>)【Accessed on 2017/4/4】を参照。

ⁱⁱ 小関隆志、馬場英明「インパクト評価の概念的整理と SROI の意義」(jstage.jst.go.jp)【Accessed on 2017/4/4】を参照。

② 第一段階:社会的インパクト評価の計画策定の方法

本調査研究事業は社会的インパクト評価のための仮説構築を主な目的としていることから、仮説構築に必要な第一段階（社会的インパクト評価の計画策定）について、具体的な4つのプロセスによる進め方を図表4に示している。

一つ目のプロセスは、利害関係者の特定である。地域支援事業によってもたらされる変化、便益、その他効果を得る利害関係者を特定する。続く二つ目のプロセスは、インパクトマップの作成である。プロセス①で特定した利害関係者に着目し、地域支援事業によって、誰にどのような変化がもたらされるのか、その因果関係を含めて検討し図式化する。三つ目のプロセスは、評価範囲の絞り込みである。インパクトマップ上に記載したアウトプットやアウトカムの中から重要性の高いものを絞りこむ。最後に、評価指標及び評価方法の設定を行う。具体的には、各アウトプット及びアウトカムについて、変化をとらえるための指標ならびにその測定・取得方法を設定するプロセスである。

図表4 社会的インパクト評価の計画策定

プロセス	概要	留意事項
① 利害関係者の特定	当該事業によってもたらされる変化、便益、学びその他効果を得る者（＝利害関係者）を特定する。特定した利害関係者はその後の計画策定プロセスに参画することが望ましい。 【必要な問いかけ】 ✓ 「誰」に変化が起り得るか？	※ 当該事業・活動の対象者（顧客など）、事業・活動の実施者、その他に変化のある者に注目する。 ※ 重要な利害関係者に絞り込む
② インパクトマップの作成	特定した利害関係者の観点から、当該事業・活動によって、どのようなアウトプットやアウトカムがもたらされるかを、その因果関係を含めて検討し図式化する。 インパクトマップは、当該事業・活動によって、どのような変化が誰にもたらされるかのプロセスを示すとも言える。 【必要な問いかけ】 ✓ どのような変化があるか／あり得るか？ ✓ 変化のどこに価値があるのか？	※ 利害関係者が認識・理解する「変化」を取り上げることが重要 ※ 環境破壊などのネガティブな変化が含まれることもある
③ 評価範囲の絞りこみ	インパクトマップ上に記載したアウトプットやアウトカムの中から重要性の高いものを絞り込む 【必要な問いかけ】 ✓ 社会的インパクト創出において、理解すべき変化は何か？	※ 利害関係者の理解・合意が得られることが重要
④ 評価指標及び評価方法の設定	各アウトプット及びアウトカムについて、変化をとらえるための指標を設定するとともに、指標の取得方法を設定する。 【必要な問いかけ】 ✓ どのように測ることができるか？ ✓ どのように変化が生じていることを証明できるか？	※ アウトカムの評価指標については利害関係者の「認識」、「行動」、「状態」のいずれの変化を評価するものを明確にする

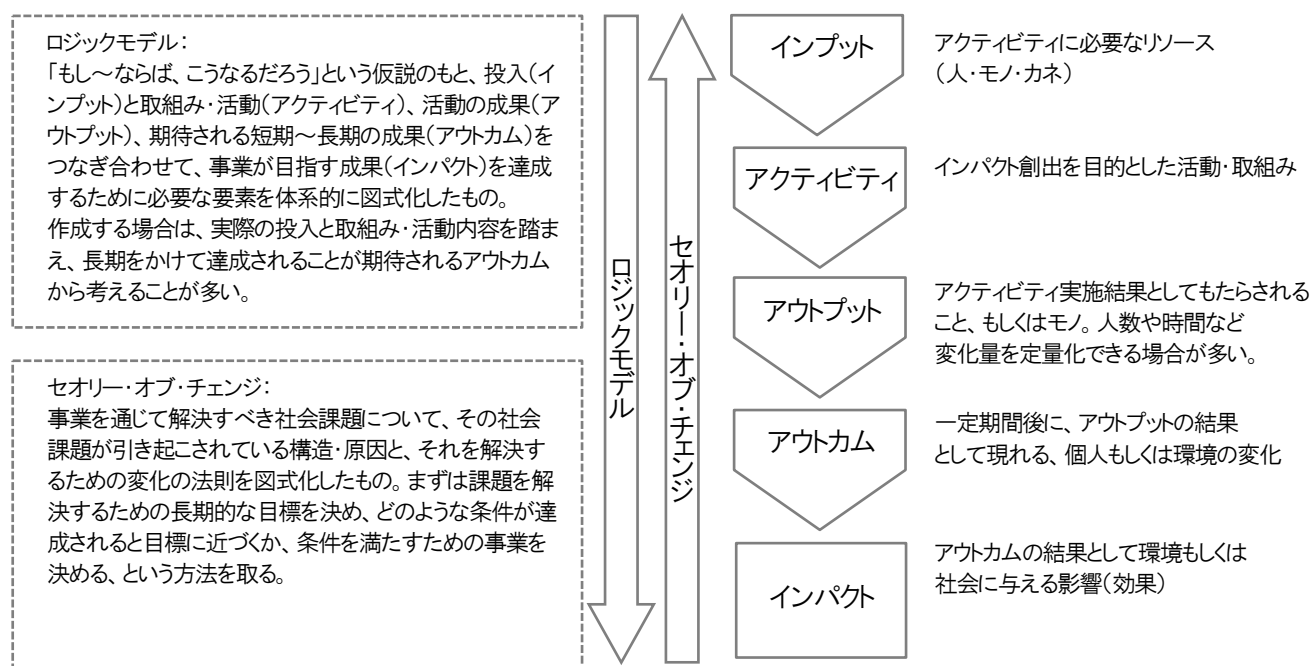
③ インパクトマップ作成の手法

「インパクトマップ」とはアクティビティによってもたらされる、アウトプット、アウトカム及び社会的インパクトに至る因果関係を示したものである。インパクトマップ作成には「ロジックモデル」と「セオリー・オブ・チェンジ」という2つの手法がある。

ロジックモデルとは、「もしAならば、Bになるだろう」という仮説のもと、アクティビティ、アウトプット、アウトカムを論理的に整合するようにつなぐことで、事業が目指す社会的インパクト創出に必要な要素を体系的に図式していく方法である。アクティビティから社会的インパクトまでをボトムアップで作成していくことが特徴である。

他方、セオリー・オブ・チェンジとは、事業を通じて解決すべき社会課題について、その社会課題が引き起こされている構造・原因と、それを解決するために必要となる変化を図式化する方法である。まずは課題を解決するための長期的な目標として社会的インパクトを定め、どのような条件が達成されると目標に近づくか、条件を満たすための事業や条件を検討するという順序でアウトカムからアウトプットへとトップダウンでインパクトマップを作成する。

図表5 インパクトマップ作成の2つの手法



なお「プロセス② インパクトマップの作成」で検討したアウトプットとアウトカムの総数がそれほど多くない場合や、インパクト評価に参画した利害関係者の協力によって、全てのアウトプットとアウトカムについて指標と評価方法を設定できる場合などは、「プロセス③評価範囲の絞りこみ」と「プロセス④評価指標及び評価方法の設定」の順番を入れ替え、指標の取得の容易性という観点で絞り込みを行う方法もある。

(2) ドナベディアンモデルとの構造の違い

(ドナベディアンモデルとは)

医療の質については、1980年に米国の医師・公衆衛生学者であるアベティス・ドナベディアンが「ストラクチャー（構造）」「プロセス（過程）」「アウトカム（結果）」の3つの要素によって評価する方法を提唱している。介護の質の評価についても、ドナベディアン・モデルを用いた先行研究が行われてきた。財団法人 日本公衆衛生協会『介護サービスの質の評価のあり方に係る検討に向けた事業報告書』（平成21年度老人保健健康増進等補助金、委員長：武藤 正樹氏）や、地域包括ケア研究会『地域包括ケア研究会 報告書』（平成21年度老人保健健康増進等補助金、座長：田中滋氏）などである。

ストラクチャー（構造）は、ケアを提供する際に投入する資源であり、介護保険制度の地域支援事業にあてはめると、例えば地域包括支援センターの運営や介護予防・日常生活支援総合事業などの事業運営にあたって投入するお金や人材、場所や設備などの資源がこれにあてはまる。さらに、事業について被保険者に情報提供する仕組みなどの資源もストラクチャーに含まれるといえる。

プロセス（過程）は、ケアの提供者と受益者との相互作用を評価するものであり、ケアの内容や接遇などがこれにあたる。

アウトカム（結果）は、ケアによって要介護者や高齢者にもたらされた健康状態の変化であるが、身体的生理的側面のみならず、社会的心理的側面の改善や患者の満足度なども評価の対象となる。

(ドナベディアンモデルとの違い)

上述の通り、ドナベディアンモデルは、プロセスとそのプロセスが生み出す結果（アウトカム）、さらにはそうしたプロセスを生み出すストラクチャーという全体構造に着目している点が特徴である。

これに対し、インパクト評価のモデルでは、プロセスからアウトカムへとつながる部分も捉えつつ、それ以上にある取り組み（本検討では地域支援事業）の効果が、どのような（複合的な）パスを経て最終的な社会的インパクトに影響を与えていくのか、に着目している点が特徴である。

前述の通り、地域支援事業は地域包括ケアシステムに含まれる幅広い領域の取り組みを包含しており、その評価においては、地域支援事業の結果が地域社会全体にどのような効果を波及していくのかを捉えることが重要である。したがって、こうした観点に立てば、インパクト評価のモデルが持つ特徴を活かすことが有効と考えられる。

図表6 介護報酬でのサービスの質の評価の導入経緯

介護サービスの質の評価の視点		
○ サービスの質を踏まえた介護報酬については、以下のような3つの視点に分類でき、それぞれの特性に応じた介護報酬が導入されている。【参考3・4】		
①ストラクチャー(構造)	・人的配置等(人の加配等)	
②プロセス(過程)	・事業者と利用者間の相互作用等(要介護度別の基本報酬、訓練等の実施)	
③アウトカム(結果)	・サービスによりもたらされた利用者の状態変化等(在宅復帰等)	

介護報酬でのサービスの質の評価の導入経緯		
	評価の特徴・考え方	主な介護報酬の例
ストラクチャー評価及びプロセス評価	- 介護保険制度創設時から導入されている。 - 成果にとらわれず、かけた手間や体制等を客観的に評価できる。 - 事業者は手間をかけること自体が評価されるため、サービス提供方法を効率的にするインセンティブや、利用者の状態改善等の効果をあげようとするインセンティブが働きにくい。	＜サービス共通＞要介護度別の基本報酬 ＜訪問看護＞特別管理加算 ＜特養＞看護体制加算 等
アウトカム評価	- 平成18年度に介護予防サービスにおいて初めて導入され、<u>アウトカム評価が可能なものについては、加算の見直し・拡充等により、順次導入が進められている。</u> <u>より効果的・効率的な介護サービスの提供に向けた取組を促すには、利用者の状態改善等のアウトカム(結果)の観点からの評価を活用することが適していると考えられる。</u> - 事業者がアウトカムの改善が見込まれる高齢者を選別する等、いわゆるクリームスキミングが起こる可能性がある。	＜介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション＞事業所評価加算(要介護度の維持・改善を評価) ＜老健＞在宅復帰・在宅療養支援機能加算(在宅復帰を評価) ＜訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション＞社会参加支援加算(リハビリテーションによる社会参加を評価)

(資料)第123回介護給付費分科会資料6、平成27年6月2日

図表7 介護報酬の加算における質の評価の例

	施設系サービス	訪問通所系サービス
構造(structure)評価	【介護保健施設サービス費】 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 介護福祉士割合が50%以上、常勤職員割合が75%以上又は勤続年数3年以上の者が30%以上 【介護福祉施設サービス費】 看護体制加算(Ⅰ) 看護体制加算(Ⅱ) 常勤の看護師の配置や手厚い看護職員の配置等に対する評価	【通所リハビリテーションサービス費】 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 介護福祉士割合が40%以上又は勤続年数3年以上の者が30%以上 【通所介護費】 個別機能訓練加算(Ⅰ) 個別機能訓練加算(Ⅱ) 個別ニーズに対応する機能訓練の体制及びサービス提供方法に着目した評価
過程(process)評価	【介護保健施設サービス費】 経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ) 経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ) 多職種協働で、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に経口維持計画を作成した上で、管理栄養士等が経口摂取を進めるための特別な管理を行った場合に算定。	【通所リハビリテーション費】 リハビリテーションマネジメント加算 多職種協働で、リハビリテーション実施計画を作成した上で、PDCAサイクルに基づいたマネジメントを行った場合に算定。
結果(outcome)評価	【介護保健施設サービス費】 在宅復帰支援機能加算(Ⅰ) 在宅復帰支援機能加算(Ⅱ) 一定割合以上の者が在宅復帰した介護老人保健施設において算定。	【介護予防通所リハビリテーション費】 事業所評価加算 利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合に算定。

(資料) 財団法人 日本公衆衛生協会『介護サービスの質の評価のあり方に係る検討に向けた事業報告書』p23、平成 22 年 3 月
(平成 21 年度老人保健健康増進等補助金)

(3) 介護保険の理念の構造的整理

① 構造的整理の考え方

地域支援事業の社会的インパクト評価のための仮説構築にあたっては、「介護保険法」及び「介護予防・日常生活支援総合事業の適切且つ有効な実施を図るための指針（以下、指針）」に基づき、アクティビティから社会的インパクトに至るまでのプロセスについて、理念も含めて構造的に整理した。

本調査研究事業では地域支援事業の施策・事業の制度設計が明確であったことから、ロジックモデルとセオリー・オブ・チェンジを組み合わせるインパクトマップを作成した。具体的には、セオリー・オブ・チェンジの考え方を踏まえて介護保険法及び指針に記載された内容を踏まえて社会的インパクトからアウトカム及びアウトプットを検討し（トップダウン）、同時にロジックモデルの考え方をを用いてアクティビティからアウトプット及びアウトカムを検討し（ボトムアップ）、アウトプットとアウトカムの重なりを整理するとともに、因果関係を説明するために必要なアウトプットやアウトカムを追加した。

なお社会的インパクト評価では通常、利害関係者を最初に特定するが、本調査研究事業では特定を行わず、介護保険法及び指針に含まれる利害関係者を全て包含するようにインパクトマップを作成した。なお構造化したマップをp21の図表8に示す。さらに、図表8を詳細項目をまとめた概要版は図表9、10のとおりである。構造化にあたっての考え方は以下のとおりである。

a) 社会的インパクト

社会的インパクトは介護保険法の目的（第一条）に基づき、「高齢者個人が尊厳を保持し、かつ個人の能力に応じた自立した日常生活を維持・継続できる社会」とした。その上でアウトカムへのつながりを鑑み、「個人の能力に応じた自立した日常生活の維持・継続」、「住み慣れた地域での日常生活の維持・継続」、「個人の尊厳の尊重」の3要素へと分解した。

b) 最終アウトカム

社会的インパクトを構成する3要素につながるアウトカムはそれぞれ「健康寿命の延伸」、「住み慣れた地域・居宅での自立した生活」及び「生きがいや尊厳の尊重」であり、これらを最終アウトカムとする。

社会的インパクトのうち、「個人の能力に応じた自立した日常生活の維持・継続」の状態がもたらされるには、「健康寿命の延伸」という状態が達成されることが必要である。介護保険法では「要介護状態等の軽減・悪化防止（第二条）」、「国民の健康の保持増進（第四条）」の達成に該当し、指針では「要介護・要支援認定に至らない高齢者の増加（第1.2）」の達成に該当する。「住み慣れた地域での日常生活の維持・継続」については、「住み慣れた地域・居宅での自立した生活」という状態の達成が必要だと考える。介護保険法では「要介護状態等となった場合においても、可能な限り地域で自立した日常生活を営むことができる支援の享受（第百十五条の四十五 その2）」及び「被保険者が住み慣れた地域・居宅での自立した日常生活の維持・継続（第二条及び第五条）」の双方の達成に該当する。なお前者は「個人の能力に応じた自立した日常生活の維持・継

続」の達成に必要なアウトカムでもある。さらに「個人の尊厳の尊重」については、「高齢者の生活満足度や意欲の維持向上」の状態になることが必要であり、指針においては「要介護状態になってもいきがい・役割をもって生活できる（第3. 1）」と示されている。

c) アウトカム項目

【要介護状態の予防・重度化防止の実現】

「高齢者の健康寿命の延伸」へとつながるアウトカムとして、重度化の防止が挙げられる。介護保険法では「要介護状態の予防の促進（第四条）」、指針では「要支援者の重度化予防の推進（第1. 2）」と記載されている。

【高齢者の状態にあった支援の実現】

重度化予防の達成には、高齢者が置かれた状態にあった支援が実施されることが必要である。介護保険法では「被保険者の状態に合わせた支援の実施（第百十五条の四十五 その2）」、指針では「要支援者当の状態等にあったふさわしいサービスの選択の実現（第1. 2）」及び「認知症の人に対する適切な支援の実現（第1. 2）」と示されている。これらの状態がもたらされるには、介護保険法における「多様な事業者または施設による適切な保健医療サービス及び福祉サービスの総合的かつ効率的な提供（第二条）」が行われることが必要であり、その結果として「在宅療養支援体制の確立・充実」が実現されることが期待される。

「多様な事業者または施設による適切な保健医療サービス及び福祉サービスの総合的かつ効率的な提供（第二条）」がもたらされるには、介護保険法における「専門的知識を有する者間の連携による包括的かつ継続的な支援策の立案（第百十五条の四十五 その2）」や「医療に関する専門的知識を有する個人・機関と事業者との連携（第百十五条の四十五 その2）」、及び指針における「介護予防訪問及び介護予防通所介護事業者と住民等が参画する多種多様なサービスの構築・提供（前文）」、「住民主体の多様なサービスの充実（第1. 2）」、「地域における生活支援等サービスのコーディネータ機能の配置（第4）」に示されるような専門家、専門職員、介護事業者や住民等と連携してさまざまなサービスが提供されることが求められる。

【地域で支え合い認め合う仕組みの構築・円滑な運営】

最終アウトカムが達成されるためには高齢者を含む地域住民が互いの権利を認め、尊重し、支え合う関係性が構築されることが重要である。介護保険法で言えば「自己決定の権利擁護（第百十五条の四十五 その2）」の状態が達成されることである。地域住民の支え合いについては、指針では「要介護状態や要支援状態に至っていない高齢者の地域での社会参加の機会の増加（前文）」、「要支援者当以外の高齢者、障害者、児童等がともに集える環境の実現」、「高齢者を含めた地域住民のつながりの構築（第3. 1）」、「地域の支え合い体制の実現（前文）」の達成が示されている。これらを達成することによって、指針における「要支援者当の自立意欲の向上（前文）」、「効果的な介護予防のケアマネジメントの推進（第1. 2）」、「要支援状態からの自立の促進（第1. 2）」及び「要支援者当の能力を最大限に活用（前文）」の実現が導かれ、以て最終アウトカムの達成へとつながる。

【介護保険制度の効果的・効率的な運営】

地域支援事業が適切に運用され、社会的インパクトを達成するためには、その基盤として介護保険制度の効果的・効率的な運用が行われていることが必要である。すなわち指針における「市町村の円滑な事業の実施（第1.7）」、「市町村の効率的な事業実施（第1.4）」の実現であり、それによって「費用の効率化の実現（第1.2）」や「介護サービス、介護予防サービス、地域支援事業の継続性の担保」が実現し、「在宅生活の安心確保（第1.2）」にもつながる。

【多様な担い手や社会資源の確保及び養成】

認め合い・支え合いの実現や介護保険制度の効果的・効率的な運営を達成するには、それらを担う人材や社会資源の充実が必要である。指針では「ボランティア活動等を通じた地域の人材の活用（前文）」、「ボランティア等の人材の育成（第3.4）」、及び「市町村、住民等の関係者間における介護予防についての理念・意識の共有（第1.2）」という行動や状態の達成が示されている。これらが達成されるには、その前提となる「社会資源の把握・発見・創出」や「社会資源とのマッチング」及び「ネットワークの構築」という認知から状態に至るまでのアウトカムが、関連するアクティビティからもたらされることが必要である。なお社会資源・人材の充実に該当するアウトカムがもたらされると、指針における「介護予防に資する地域活動組織の育成（第3.4）」につながると考えられる。

【相談及び支援基盤の構築・強化】

介護保険制度の効果的・効率的な運営や社会資源・人材の充実をもたらすには、アクティビティを通じて支援基盤が強化されることが重要である。すなわち「相談・支援基盤の強化・構築」のみならず、権利保護に関しては「成年後見制度活用」、「虐待予防・早期発見の実現」、「消費者被害予防・早期救済の実現」といった認知や行動段階でのアウトカムが求められる。

【ケアマネジメントの質の向上】

支援基盤が強化され、社会資源・人材の充実がもたらされることは、介護の予防の質の向上へとつながる。指針で言えば「各種サービスにアクセスしやすい環境の実現（第1.2）」や「低廉な単価のサービスの充実・利用者普及（第1.2）」といった行動や状態段階のアウトカムが求められる。またアクティビティを通じて「介護支援専門員の実践力向上」が達成されることで、指針における「効果的な介護予防ケアマネジメントの推進（第1.2）」につながると考えられる。

【高齢者の健康づくり・介護予防の取り組みの推進】

高齢者の状態にあった支援の実現には、健康づくり・介護予防の取り組みがある程度実現されていることが望ましい。特に「高齢者の活動的な生活習慣の実現」と「高齢者の身体機能の維持・向上」を達成することは、介護保険法における「要介護状態の予防の促進（第四条）」や指針における「要支援者の重度化予防の推進（第1.2）」というアウトカムをもたらすために重要である。またアクティビティからもたらされるアウトカムとして、「介護予防事業への高齢者の参加」の状態が達成されることが期待される。

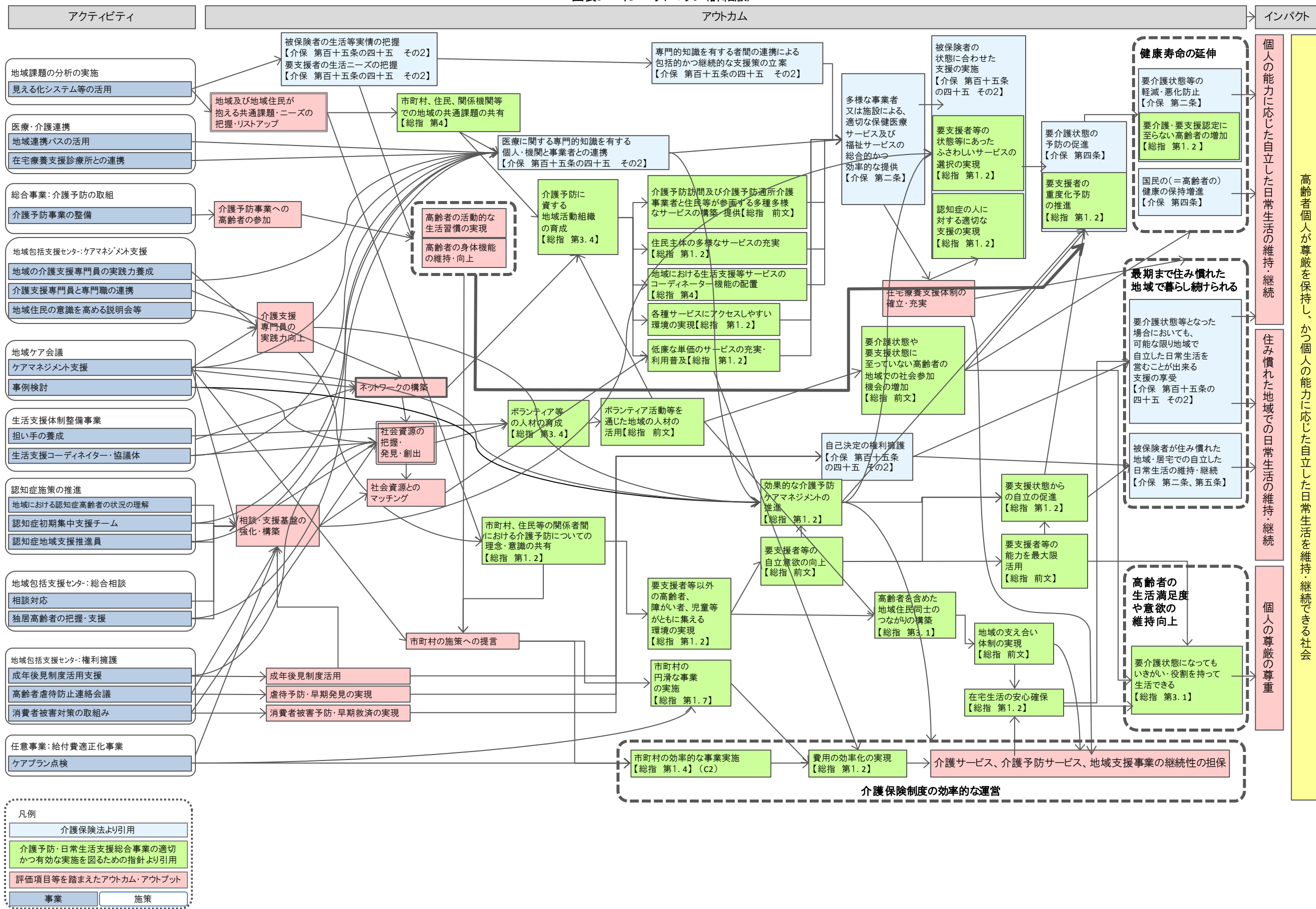
【多職種連携の実現】

高齢者の状態にあった支援を実現するためには、地域支援事業を通じて多職種連携が促進されることが求められる。介護保険法では「医療に関する専門的知識を有する個人・機関と事業者との連携（第百十五条の四十五 その2）」が示されており、そのためには指針が示す「市町村、住民、関係機関等での地域の共通課題の共有（第4）」が達成されることが重要である。

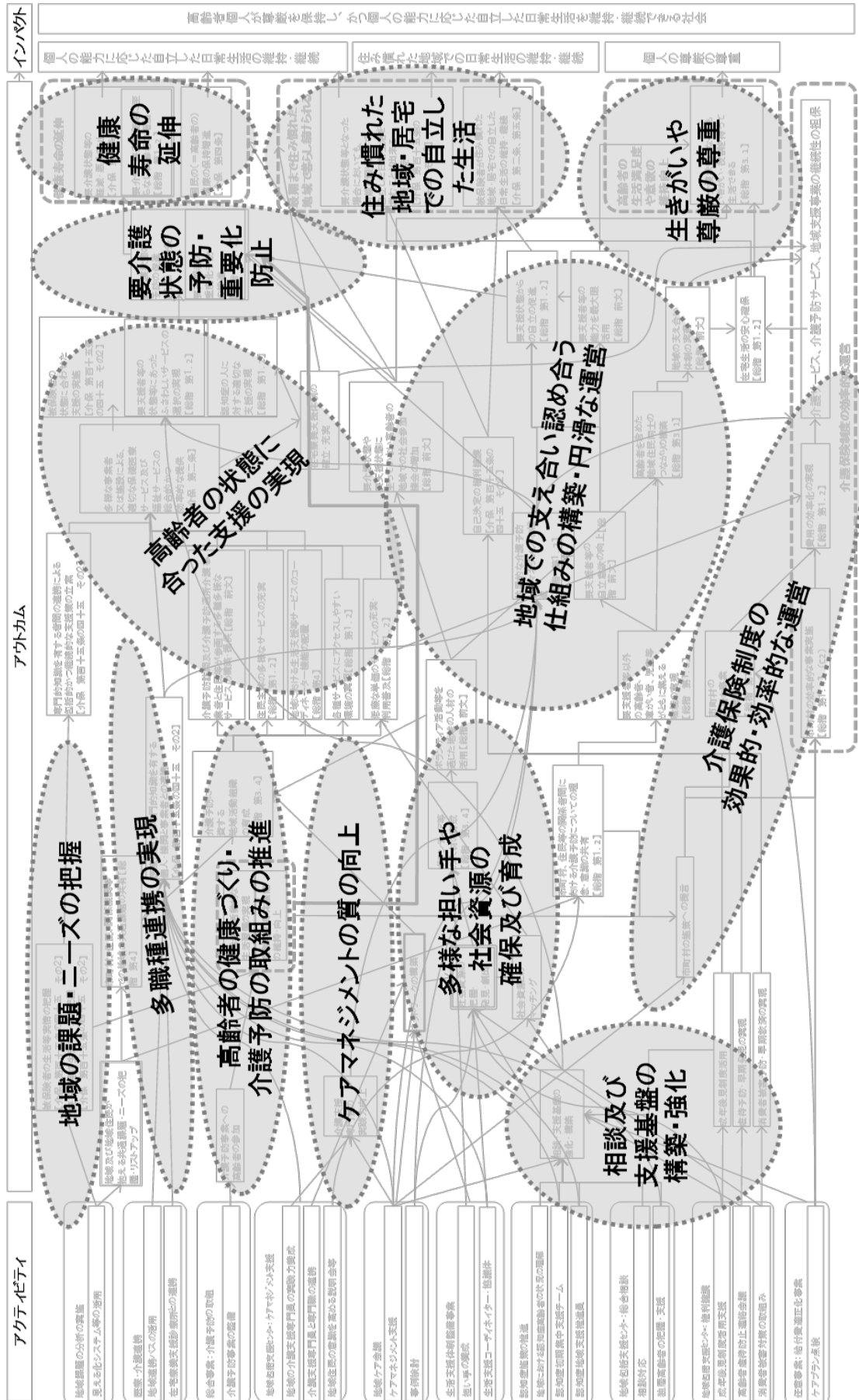
【地域の課題及びニーズの把握】

社会的インパクトの創出に向けては、アクティビティを通じて地域社会が抱える課題や高齢者の介護や健康づくり等に対するニーズを的確に把握することが重要である。介護保険法では「被保険者の生活等実情の把握（第百十五条の四十五 その2）」や「要支援者の生活ニーズの把握（第百十五条の四十五 その2）」として示されている。またアクティビティを通じて「地域及び地域住民が抱える共通課題・ニーズの把握・リストアップ」され、以て指針が示すところの「市町村、住民、関係機関等での地域の共通課題の共有（第4）」につながることを期待される。

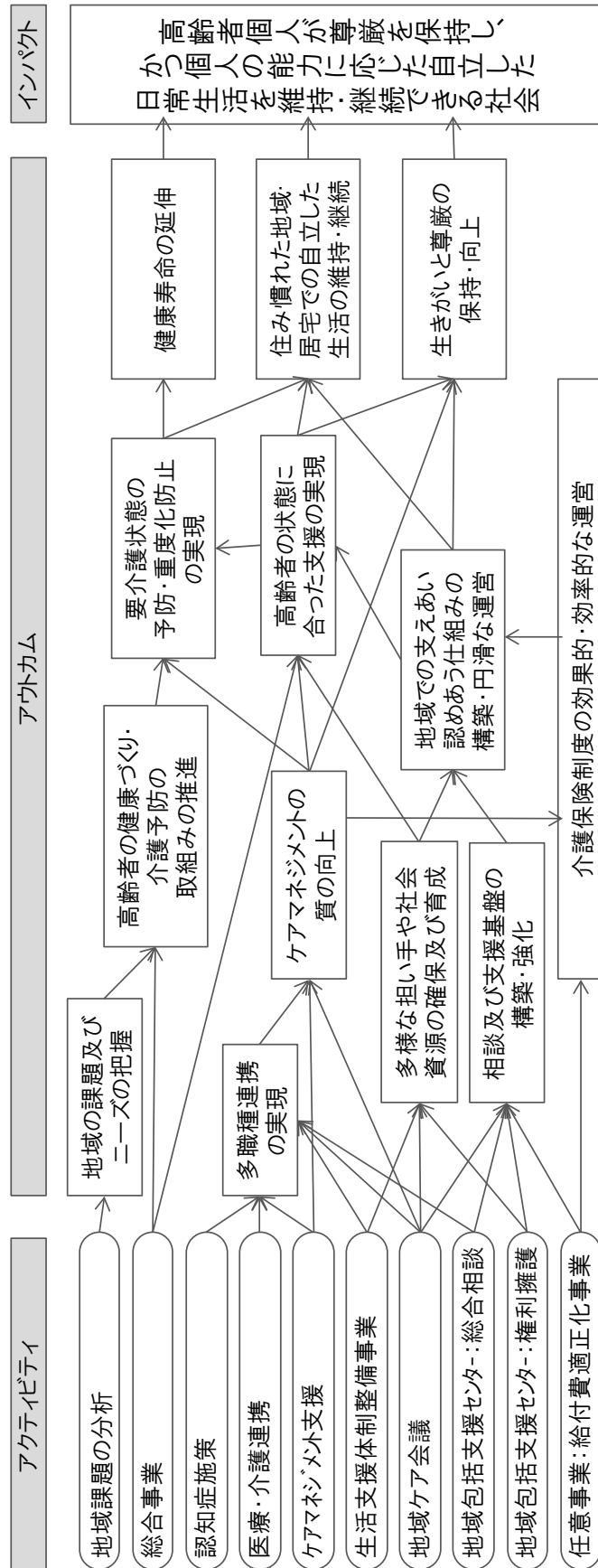
図表8 インパクトマップ(詳細版)



図表9 インパクトマップ^①(詳細版と概要版の対応)



図表10 インパクトマップ(複列版)



(4) 先行研究によるエビデンスを活用した構造の精査

図表8のインパクトマップのアウトカムについて、先行研究をエビデンスとしてノード（結節点）の精査を行った。インパクトマップの作成にあたっては、「AならばBになるはず」というロジックモデル、「Bを目的としてAを実施する」というセオリー・オブ・チェンジを組み合わせ、AからBにつながるノードを結び付けていった。

これに加えて、「Aの結果Bとなった」「AをしたらBとなることが分かった」といった先行研究があれば、結節点の信頼性を高めことができる。このような目的の下で参照した論文は図表11のとおりである。

先行研究調査の結果、高齢者の活動的な生活習慣の実現や高齢者の身体機能の維持・向上が、要介護状態の予防の促進や要支援者の重度化予防の推進に寄与するという関係性は先行研究によって精査ができた。他方、ネットワーク構築や社会資源の把握等については具体的に実証した先行研究が少ないものの、その意義や地域における重要性について論じた研究は存在し、少なくとも高齢者介護に携わる受益者間では必要性が広く認知されていると理解できる

図表11 参照論文

	執筆者	タイトル	出典
1	伊藤 和彦, 大淵 修一, 辻 一郎	介護予防の効果に関する実証分析 「介護予防事業等の効果に関する総合的評価・分析に関する研究」における傾向スコア調整法を導入した運動器の機能向上プログラムの効果に関する分析	医療と社会 21(3), 265-281, 2011
2	藤原 佳典, 西 真理子, 渡辺 直紀 [他], 李 相倫, 井上 かず子, 吉田 裕人, 佐久間 尚子, 呉田 陽一, 石井 賢二, 内田 勇人, 角野 文彦, 新開 省二	都市部高齢者による世代間交流型ヘルスプロモーションプログラム: "REPRINTS" の1年間の歩みと短期的効果	日本公衆衛生雑誌 = JAPANESE JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 53(9), 702-714, 2006-09-15
3	新開 省二, 渡辺 直紀, 吉田 裕人 [他], 藤原 佳典, 天野 秀紀, 李 相倫, 西 真理子, 土屋 由美子	要介護状態化リスクのスクリーニングに関する研究: 介護予防チェックリストの開発	日本公衆衛生雑誌 57(5), 345-354, 2010-05-15
4	藤原 佳典, 渡辺 直紀, 西 真理子 [他], 大場 宏美, 李 相倫, 小宇佐陽子, 矢島 さとる, 吉田 裕人, 深谷 太郎, 佐久間 尚子, 内田 勇人, 新開 省二	高齢者による学校支援ボランティア活動の保護者への波及効果: 世代間交流型ヘルスプロモーションプログラム"REPRINTS"から	日本公衆衛生雑誌 57(6), 458-466, 2010-06-15
5	河合 恒, 光武 誠吾, 福嶋 篤 [他], 小島 基永, 大淵 修一	地域住民の主体的な介護予防活動推進のための取組「介護予防リーダー養成講座」の評価	日本公衆衛生雑誌 60(4), 195-203, 2013-04-15
6	新開 省二, 吉田 裕人, 藤原 佳典 [他], 天野 秀紀, 深谷 太郎, 李 相倫, 渡辺 直紀, 渡辺 修一郎, 熊谷 修, 西 真理子, 村山 洋史, 谷口 優, 小宇 佐陽子, 大場 宏美, 清水 由美子, 野藤 悠, 岡部 たづる, 干川 なつみ, 土屋 由美子	群馬県草津町における介護予防10年間の歩みと成果	日本公衆衛生雑誌 60(9), 596-605, 2013-09-15
7	福嶋 篤, 河合 恒, 光武 誠吾 [他], 大淵 修一, 塩田 琴美, 岡 浩一郎	地域在住高齢者による自主グループ設立過程と関連要因	日本公衆衛生雑誌 61(1), 30-40, 2014
8	清野 諭, 谷口 優, 吉田 裕人 [他], 藤原 佳典, 天野 秀紀, 深谷 太郎, 西 真理子, 村山 洋史, 野藤 悠, 松尾 恵理, 干川 なつみ, 土屋 由美子, 新開 省二	群馬県草津町における介護予防10年間の取り組みと地域高齢者の身体, 栄養, 心理・社会機能の変化	日本公衆衛生雑誌 61(6), 286-298, 2014

9	鶴川 重和, 玉腰 暁子, 坂元 あい	介護予防の二次予防事業対象者への介入プログラムに関する文献レビュー	日本公衆衛生雑誌 62(1), 3-19, 2015
10	逢坂 伸子, 上柳 より子, 伊藤 晴人, 野村 典子, 山本 明日香, 中川 文子, 竹谷 沙記, 藤田 撰津子, 榎田 初世, 高橋 慶子, 足立 安正, 中川 美知子, 塩見 恭子	大東市における介護予防事業の取り組み:一専門職主体の教室と住民主体の活動の介護予防効果の比較一	日本理学療法学会大会 2008(0), E3P1185-E3P1185, 2009
11	山本 美和, 金指 巖, 横内 亜紀, 田村 直子	介護予防事業における運動を中心とした自主活動組織の育成・支援について:事業開始から8年を経験から	日本理学療法学会大会 2009(0), E3O2200-E3O2200, 2010
12	小貫 葉子, 有賀 裕記, 中嶋 美和, 鈴木 恵子, 大高 恵美子, 大田 仁史	住民が住民を育てる講習会での指導能力の検討:茨城県の住民参加型介護予防事業から	日本理学療法学会大会 2009(0), E4P2277-E4P2277, 2010
13	辻村 尚子, 牧田 光代	地域高齢者介護予防教室におけるボランティアの意識	日本理学療法学会大会 2009(0), E4P3197-E4P3197, 2010
14	光武 誠吾, 河合 恒, 大淵 修一, 小島 基永, 新井 武志, 宮川 知夏	介護予防リーダー養成講座受講者の社会活動における地域特性	日本理学療法学会大会 2010(0), EbPI2388-EbPI2388, 2011
15	川副 巧成, 飯島 幸枝, 松林 大和, 林田 早代, 山見 将司, 松本 純芳, 太田 徹, 山内 淳, 光武 誠吾	介護予防普及・啓発活動に関する一考察:ソーシャルマーケティングを用いた介護予防マネジメントにおける住民意識とソーシャルキャピタルとの関係	日本理学療法学会大会 2010(0), EbPI2389-EbPI2389, 2011
16	浅川 康吉, 遠藤 文雄, 山口 晴保	介護予防一般高齢者事業における参加継続, 中断の要因	日本理学療法学会大会 2010(0), EcOF1100-EcOF1100, 2011
17	逢坂 伸子, 中川 文子, 塩見 恭子, 落合 都	長期間の介護予防活動がもたらす効果と活動継続要因についての分析	日本理学療法学会大会 2011(0), Ec0379-Ec0379, 2012
18	山田 実, 青山 朋樹, 高橋 さゆり, 佐竹 登志子, 荒井 秀典	Propensity scoreを用いた介護予防事業の効果検証:一J-MACC study一	日本理学療法学会大会 2011(0), Ec0383-Ec0383, 2012
19	山田 実, 森 周平, 西口 周, 梶原 由布, 吉村 和也, 園田 拓也, 永井 宏達, 荒井 秀典, 青山 朋樹	要支援高齢者における歩数計を用いた行動変容プログラムによる運動機能向上効果:一無作為化比較対照試験一	日本理学療法学会大会 2011(0), Ec1052-Ec1052, 2012
20	柳井田 忠茂, 安部 博史	地域健康増進に資するインフォーマル・サービスとしての試み	日本理学療法学会大会 2011(0), Ed0818-Ed0818, 2012
21	田村 直子, 黒川 直樹, 武田 士郎, 山本 美和, 横内 亜紀, 金指 巖	松山市における介護予防事業の効果的な展開について:一運動の実践を中心とした自主活動組織の育成・支援一	日本理学療法学会大会 2011(0), Ed0829-Ed0829, 2012
22	高井 逸史, 樋口 由美, 上田 哲也, 春木 敏, 森 一彦	「泉北ほっとけないネットワーク・新近隣住区」地域再生における理学療法士の取り組み	日本理学療法学会大会 2011(0), Ed0831-Ed0831, 2012
23	大滝 雄介, 石原 拓郎, 大木 雄一	生活機能の自立した地域在住高齢者の外出頻度の変化を予測する指標の検討:一ベースライン時の評価から12ヵ月後の外出頻度の変化を予測する一	日本理学療法学会大会 2012(0), 48100132-48100132, 2013
24	村上 健一, 川畑 敏浩, 東海林 直樹, 前原 達也, 柳川 進	要支援者における生活空間と身体的要因	日本理学療法学会大会 2012(0), 48100422-48100422, 2013
25	石橋 敏也, 辻 和明, 中畑 万里子	介護予防実態分析事業の効果検証について	日本理学療法学会大会 2012(0), 48101397-48101397, 2013
26	山崎 尚樹, 河辺 信秀, 阿部 みさ子, 藤澤 卓也, 日比野 寧友, 佐野 徳雄, 金子 浩治	予防給付受給者の日常生活活動度に対する身体機能と自己効力感の影響:12ヵ月間の縦断研究	日本理学療法学会大会 2012(0), 48101469-48101469, 2013
27	辻村 尚子, 牧田 光代, 八木 幸一	高齢者の社会参加に必要な条件	バイオフィリア リハビリテーション学会研究大会予稿集 2010(0), 55-55, 2010
28	今井 忠則, 山川 百合子, 間中 麻耶[他], 関口 清香, 土澤 健一, 戸村 成男	地域中高年者が社会貢献性のある役割を新たに獲得することによる健康関連 QOL の変化: 予備的検討	茨城県立医療大学紀要 13, 83-90, 2008-03

29	前田 穰	社会貢献・高齢者福祉 認知症高齢者の在宅ケアは家族の負担軽減がポイント：認知症重度化予防実践塾の取り組みより	共済総研レポート (134), 48-51, 2014-08
30	広沢 俊宗, 長谷 憲明, 高見 彰 [他], 倉地 博美	介護予防事業に関する研究(II)：事前事後調査による介護予防プログラムの効果	研究紀要 9, 141-156, 2008-03
31	福岡 裕美子	高齢者の介護予防活動のあり方の検討：A 県一地区の悉皆調査から	弘前大学大学院地域社会研究科年報 (7), 55-67, 2010-12-28
32	高木 大輔, 石井 良和, 川又 寛徳, 山田 孝	内的健康統制感が高齢者に対する介入プログラムの効果に与える影響：MOHO プログラムと運動プログラムの比較	作業行動研究 19(4), 2016
33	高橋 俊章, 丹野 克子, 千葉 登, 慶徳 民夫, 佐藤 敦宏, 佐藤 桂子, 日下部 明	介護予防事業の費用対効果評価の検討	山形保健医療研究 = Yamagata Journal of Health Sciences 15, 1-8, 2012-01-01
34	高橋 俊章, 丹野 克子, 千葉 登 [他]	介護予防事業の費用対効果の検討	山形保健医療研究 15, 1-8, 2012-03-31
35	佐藤 陽	高齢者が相互に支え合う意義：要援護高齢者の力を活かす場づくり	十文字学園女子大学紀要 = Bulletin of Jumonji University 46, 53-65, 2015
36	成清 美治	地域包括ケアシステムと介護人材の養成：デンマークとフィンランドを参考にして	神戸親和女子大学大学院研究紀要 12, 35-49, 2016
37	和気 純子	支援困難ケースをめぐる3 職種の実践とその異同：地域包括支援センターの全国調査から	人文学報 = The Journal of social sciences and humanities (484), 1-25, 2014-03
38	安孫子 尚子, 原田 小夜	高齢者が自主グループ活動の参加に至った過程	聖泉看護学研究 = Seisen Journal of Nursing Studies 5, 25-34, 2016
39	徳山 ちえみ	介護予防につながる高齢者の朝市活動に関する研究：活動意義と健康に関する年齢差	川崎医療福祉学会誌 20(2), 347-356, 2011
40	徳山 ちえみ	後期高齢者が朝市活動を行う意義：朝市活動の意義と健康指標の年代別比較から	川崎医療福祉学会誌 23(1), 49-58, 2013
41	平井 寛	介護予防におけるポピュレーションアプローチの試みー武豊町における地域サロン事業の計画と実施(第5 回)武豊町サロン事業の効果評価と最近の事業の動向	地域リハビリテーション 4(5), 428-431, 2009-05
42	川島 典子	地域システム構築への介入が一次予防事業対象者への介護予防サービスに及ぼす効果に関する縦断研究(2)	筑紫女学園大学・短期大学部人間文化研究所年報 (22), 305-315, 2011-08
43	川島 典子	地域システム構築への介入が一次予防事業対象者への介護予防サービスに及ぼす効果に関する縦断研究	筑紫女学園大学・筑紫女学園大学短期大学部紀要 6, 241-249, 2011
44	宮本 謙三, 竹林 秀晃, 島村 千春, 宮本 祥子, 宅間 豊, 井上 佳和, 岡部 孝生	介護予防を目的とした高齢者運動教室の試み	土佐リハビリテーションジャーナル (3), 25-29, 2004-12-20
45	祝原 あゆみ, 井上 千晶, 山下 一也 [他], 齋藤 茂子, 伊藤 智子, 松本 亥智江, 加藤 真紀, 松岡 文子, 持田 和夫, 福岡 紀子, 錦織 圭佑	介護予防事業に参加した地区スタッフの満足感とエンパワメント効果	島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要 5, 65-75, 2011
46	西川 秋子, 小石 真子	ミニデイサービスに参加する独居女性高齢者の要介護リスクと主観的幸福感の関連：必要とされる介護予防プログラムの作成を目指して	日本健康医学会雑誌 23(2), 117-124, 2014-07-31
47	佐藤 優, 鹿毛 美香	特定の地方自治体における介護保険二次予防事業のアウトカム評価：新規要介護認定の発生を指標とした Cox 比例ハザードモデルによる分析	日本公衆衛生看護学会誌 5(1), 11-20, 2016
48	柳澤 麻里子, 岩垂 利枝, 橋本 実, 小池 和幸, 笠原 岳人, 齋藤 まり, 松浦 里紗	介 28-103 M 県 S 町における介護予防事業の展開に関する研究(第2 報)：二次予防事業終了者のフォローアップ事業の効果について(14 介護福祉・健康づくり, 一般研究発表抄録)	日本体育学会大会予稿集 (65), 349, 2014-08-25

49	栗田 圭一	3. 認知症に対応できる地域包括ケアシステムの確立に向けて	日本老年医学会雑誌 50(2), 200-204, 2013
50	伊東 愛, 牛尾 裕子	介護予防の視点に立った効果的関わりに関する事例研究	兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要 15, 135-147, 2008-03
51	宮本 謙三, 竹林 秀晃, 島村 千春, 井上 佳和, 宅間 豊, 宮本 祥子, 岡部 孝生	介護予防を目的とした運動教室の展開: 小規模自治体からの実践報告	理学療法学 32(6), 384-388, 2005-10-20
52	日下 隆一, 原田 和宏, 金谷 さとみ, 浅川 康吉, 島田 裕之, 萩原 章由, 二瓶 健司, 佐藤 留美, 吉井 智晴, 加藤 めぐ美, 長野 聖, 藤本 哲也	介護予防における総合的評価の研究: 運動機能, 活動能力, 生活空間の相互関係から	理学療法学 35(1), 1-7, 2008-02-20
53	中園 貴志, 諫武 稔, 諸隈 泉絵, 秋満 加奈子, 中原 雅美, 渡利 一生, 森田 正治	地域高齢者における介護予防事業の効果(生活環境支援系理学療法, 一般演題(ポスター発表演題), 第43回日本理学療法学会大会)	理学療法学 35(Supplement_2), 184, 2008-04-20
54	中野 聡子, 奥野 純子, 深作 貴子, 堀田 和司, 藪下 典子, 根本 みゆき, 田中 喜代次, 柳 久子	介護予防教室参加者における運動の継続に関連する要因	理学療法学 42(6), 511-518, 2015
55	鏡 諭	地域包括支援センターの現状と課題 (特集 認知症医療・介護制度の現状と課題)	老年精神医学雑誌 19(1), 48-58, 2008-01
56	矢富 直美	認知症予防事業の対象—地域支援事業の特定高齢者との関連について (特集 軽度認知障害(MCI)を考える)	老年精神医学雑誌 20(3), 306-312, 2009-03
57	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター	認知症の人の視点を重視した実態調査及び認知症施策の企画・立案や評価に反映させるための方法論等に関する調査研究事業	平成27年度老人保健健康増進等事業
58	一般社団法人 医療経済評価総合研究所	認知症施策の効率性評価に資するアウトカム指標の開発と、認知症ケアの費用対効果評価の基盤となるコスト・アウトカムデータに関する調査研究	平成27年度老人保健健康増進等事業
59	特定非営利活動法人 日本介護経営学会	認知症早期発見・初期対応促進に資するアウトカム指標と定量的評価スケールの開発に関する調査研究	平成27年度老人保健健康増進等事業
60	株式会社 三菱総合研究所	地域支援事業の包括的支援事業及び任意事業における効果的な運営に関する調査研究事業	平成27年度老人保健健康増進等事業
61	三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社	地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業	平成27年度老人保健健康増進等事業
62	株式会社 野村総合研究所	地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実態状況等に関する調査研究事業	平成27年度老人保健健康増進等事業
63	株式会社 三菱総合研究所	地域包括支援センターの機能評価の指標に関する調査研究事業	平成26年度老人保健健康増進等事業
64	三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社	地域支援事業の新しい総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業	平成26年度老人保健健康増進等事業
65	(株) 日本能率協会総合研究所	ケアマネジメントの質の評価及びケアマネジメントへの高齢者の積極的な参画に関わる調査研究事業	平成26年度老人保健健康増進等事業
66	三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社	複合型サービスにおける自己評価・外部評価のあり方に関する調査研究事業	平成26年度老人保健健康増進等事業
67	株式会社 日本能率協会総合研究所	介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に関する調査研究事業	平成25年度老人保健健康増進等事業
68	一般社団法人 日本作業療法士協会	医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究事業	平成25年度老人保健健康増進等事業

69	特定非営利活動法人 地域生活サポートセンター	地域密着型サービスの質向上のためのサービス評価制度のあり方に関する調査研究事業	平成25年度老人保健健康増進等事業
70	岡山市	通所介護サービスにおける質の評価に関する調査研究事業	平成25年度老人保健健康増進等事業
71	株式会社日本総合研究所	居宅サービス等における適正化とサービスの質の向上および保険者機能強化のための調査研究事業	平成25年度老人保健健康増進等事業
72	公益財団かながわ福祉サービス振興会	介護サービス事業所の評価等のあり方に関する調査研究事業	平成24年度老人保健健康増進等事業
73	株式会社 三菱総合研究所	生活期リハビリテーションの効果についての評価方法に関する調査研究事業	平成24年度老人保健健康増進等事業
74	公益財団法人 ダイア高齢社会研究財団	ケアプランの質的向上を支援する客観的評価指標の開発に関する調査研究事業	平成24年度老人保健健康増進等事業
75	学校法人 日本福祉大学	Web-GISを活用した客観的評価指標によるベンチマーク・システムの構築	平成23年度老人保健健康増進等事業
76	ニッセイ基礎研究所	認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会報告書	平成23年度老人保健健康増進等事業
77	東京都長寿医療センター	認知症行動者の食行動関連障害支援ガイドライン作成および検証に関する調査研究報告書	平成23年度老人保健健康増進等事業
78	特定非営利活動法人 地域生活サポートセンター	地域密着型サービスの質の向上ならびに本人、家族ニーズに対応する外部評価結果の開示に関する研究	平成23年度老人保健健康増進等事業
79	株式会社 三菱総合研究所	介護サービスの質の評価に関する利用実態等を踏まえた介護報酬モデルに関する調査研究事業	平成23年度老人保健健康増進等事業

第2節 地域支援事業の評価に資する項目と指標の設定(案)

1. 指標の設定における基本的な考え方

第1節で仮説設計した社会的インパクトの構造（インパクトマップ）と結びつけて、その実態あるいは進捗状況を測定するために有効だと考えられる指標の候補を整理した。

指標のなかには、直接的に実態を捉えることができるもののその測定にコストがかかるものもあれば、すでに測定・報告する仕組みがあつてコストはさほどかからないが間接的にしか実態を表さないものもある。また、既存指標のなかでも、すべての自治体が把握しているものと一部の自治体のみのも、時系列で定点把握しているものと単発的にしか把握していないものなどがある。また、現時点では測定していないが、進捗の把握のために新たに測定を開始したほうがよいと考えられる項目もありうる。

理想的な指標を選定する上での着眼点として以下のような要素が考えられる。

① 測定にかかる負荷

例えば専門職が立ち会って測定するもの、特別な機器で測定する必要があるもの、設問数が膨大で回答者に負担が大きいアンケートなど、多額の費用や手間がかかるものは難しい。

② データの信頼性

例えば、地域ケア会議に多職種が参加しているかは、その議事録によって参加者を確認することができる。研修の終了者数は、その記録によって確認することができる。このように、裏づけとなるエビデンスが取れる指標が望ましい。

③ データの客観性・再現性

例えば「医療と介護の連携ができていると思うか」という質問への回答を指標の一つとして設定した場合に、「連携できている」という状態の考え方が個人によって異なる。理想を高く掲げる自治体の場合は「できていない」と回答し、そうでない自治体が「できている」と回答する可能性がある。誰が回答しても、事実が同じであれば、同じ結果となることが望ましい。

④ データの蓄積・広がり

より多くの自治体で把握している・把握可能な指標が望ましい。このため、行政報告などで国への報告が義務付けられているものが理想的である。また時系列上では、長期間にわたって継続的に把握している指標のほうが、分析可能性が高まる。

すでに市町村等から国に報告している指標であれば、新たなコストをかけずに収集することができるため、これらが地域支援事業の評価指標として活用可能なものであるか検討した。

さらに、多くの自治体の介護保険事業計画において目標値を設定したり、成果を数字で報告しているものについては、活用可能な指標の候補として考えられる。

a) 国への報告等

- 介護保険事業状況報告
- 地域包括支援センター運営状況調査
- 介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査
- 改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果
- 市町村と地域包括支援センターの連携・効果的な運営に関する調査 調査票

など

b) 地域包括ケア「見える化」システム

上記の、介護保険事業状況報告、介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査、改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果などのほか、国勢調査等の情報から人口や世帯の基本情報を掲載しているデータベースである。

【掲載している指標】

- ・ 人口と世帯の状況
- ・ 被保険者および認定者
- ・ 介護保険料
- ・ 介護保険サービスの利用状況
- ・ 総合事業

【圏域の設定】

- ・ 都道府県ごと、二次医療圏ごと、保険者ごと、市町村ごとなど

c) 介護保険総合 DB

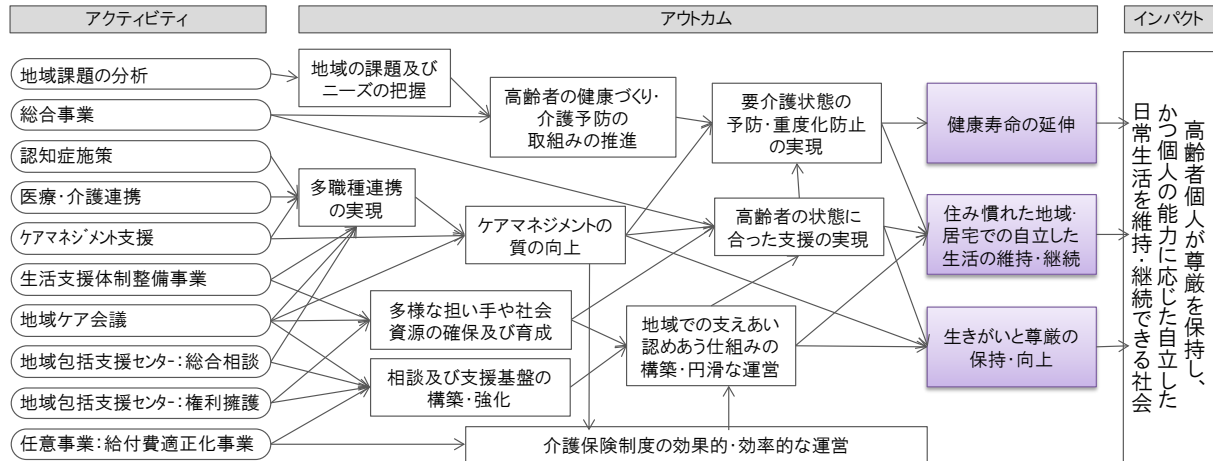
市町村から要介護認定データ、介護保険レセプトデータ、日常生活圏域ニーズ調査データ(生活支援ソフト等で処理したもの)を収集したもの

【掲載している指標】

- ・ 要介護認定データ
- ・ 介護保険レセプトデータ
- ・ 日常生活圏域ニーズ調査データ

2. 最終アウトカムに関する項目とその評価指標の案

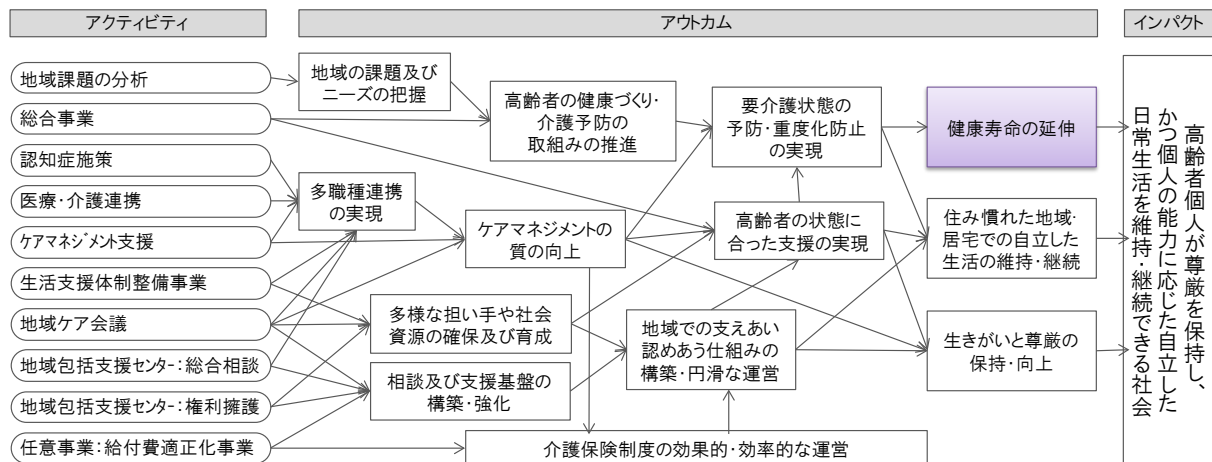
インパクトマップのなかで取り上げた最終アウトカムに関する3項目の測定指標の案を作成した。



図表12 アウトカムに関する項目とその評価指標(案)の一覧

	最終アウトカム項目	評価の視点	具体的な評価指標(案)
(1)	健康寿命の延伸	総合事業利用者の年齢	利用開始時点の年齢、利用者の平均年齢
		65歳以上要支援・要介護認定率	被保険者区分別・取下区分別・申請区分別・申請件数
		65歳以上新規認定申請者数及び割合	被保険者区分別・取下区分別・申請区分別・申請件数
		65歳以上新規認定者数及び割合	被保険者区分別・取下区分別・申請区分別・申請件数
(2)	住み慣れた地域・居宅での自立した生活の維持・継続	在宅高齢者率	施設・居住系・在宅受給者数
		死亡時の在宅支援環境	在宅時医学総合管理料 算定回数
(3)	生きたいいと尊厳の保持・向上	高齢者の生活満足度	主観的幸福感の高い高齢者の割合
		高齢者の社会参加意欲	ボランティアに参加している高齢者の割合
			地域づくりへの参加意向のある高齢者の割合
			地域づくりへの企画・運営(お世話役)としての参加意向のある高齢者の割合
		健康観	主観的健康観の高い高齢者の割合

(1) 健康寿命の延伸



① 本項目の達成によって実現したい姿

高齢者の自立した生活の実現に向けて、健康寿命の延伸は重要な要素である。介護保険法第四条においても「加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努める」ことが掲げられている。

健康寿命は、平均寿命から介護や病気で自立した生活ができない期間を差し引いて算出される。健康寿命の延伸とは、自立した生活を送ることができる期間を延ばすということである。何歳になっても健康で自立した生活を送りたいという願いは多くの人に共通するものであり、心身が健康であれば、自分の希望に合った暮らしが実現しやすくなる。

ここでいう自立というのは、必ずしも何にも頼らずに生活するということを意味するわけではない。健康な人でも視力が低下すれば眼鏡をかけて生活をするのと同様に、生活を支える道具やサービスを利用しながら、自分の希望に合った暮らしをすることが重要である。

② 本項目の達成のために必要だと考えられるプロセス

本項目を達成するためには、介護を必要としていない高齢者に対しては要介護状態の予防、介護を必要としている高齢者に対してはその重度化を防止するための取り組みが必要であると考えられる。しかし健康寿命の延伸を実現するのは、地域支援事業の枠組みで実施される介護予防だけでない。例えば、検診受診による病気の早期発見、食生活の改善や運動習慣による生活習慣病リスクの低減や疾病予防、歯周病の予防、禁煙など、身体の健康の維持向上につながるさまざまな取り組みが健康寿命の延伸につながる。また、ストレスを減らしたり、生きがいを持つことなどによる精神面での健康維持も重要である。

③ 本項目の達成度合いを評価するための指標ならび着眼点・留意点

健康寿命については、厚生労働科学研究のなかで、国民生活基礎調査・人口動態統計・介護保険事業報告・介護給付費実態調査月報などをもとに、「日常生活に制限のない期間」「自分が健康であると自覚している期間」「日常生活動作が自立している期間」を都道府県ごとに算出し、全国の年次推移の観察ならびに都道府県格差の変化の評価を行っているⁱ。健康票を配布する大規模調査は3年に1回の頻度であり、また健康票については保健所から都道府県・保健所設置市等に報告されるため、介護保険者である市区町村がとりまとめて報告をしているわけではない。このため、地域支援事業の評価指標のアウトカム項目の一つとしての健康寿命の延伸について評価する際にこの指標を用いるのは困難である。

このような状況を踏まえ、市区町村単位で健康寿命の実態を把握するための代替的な指標として、以下のようなものが挙げられる。

a) 要支援・要介護認定率

平均寿命から「日常生活動作が自立していない期間」を引いた期間が健康寿命にあたると考えられる。「日常生活動作が自立していない」ことは、要介護・要支援認定を受けたことが一つの目安となるため、初めて要介護認定を受けた年齢が指標として考えられる。ただし、保険者がこの指標を把握していない場合は、代替として、要支援・要介護認定率、あるいは新規に認定を受ける率といった指標を用いることが考えられる。

指標候補	既存データ等	備考や留意点
65 歳以上要支援・要介護認定率	介護保険総合 DB	・「念のため認定だけ受ける」がサービスを利用しない層が一定割合いることから、入手可能なのであればサービス利用者数のほうが正確である ・二号被保険者は特定疾患のため、地域支援事業の評価からは除外し、65 歳以上の認定率を用いる
年齢階層別要支援・要介護認定率	介護保険総合 DB	・市町村のなかで後期高齢者が増えると、加齢にともなう要介護度発生率が上がる。また市町村間の比較をする際にも年齢階層別人口構成による要素に左右されるため、年齢階層別に算出するほうが正確である。
65 歳以上新規認定申請者の割合	介護保険総合 DB	・地域支援事業の効果が上がり、健康寿命が伸びれば、新規認定申請者の割合(高齢者人口に占める新規認定申請者数)が下がる可能性がある
65 歳以上新規認定者の割合	介護保険総合 DB	・地域支援事業の効果が上がり、健康寿命が伸びれば、新規認定者の割合(高齢者人口に占める新規認定者数)が下がる可能性がある
65 歳以上新規認定者の平均年齢	(なし)	・地域支援事業の効果が上がり、健康寿命が伸びれば、より年齢が高くなってから要介護認定を受けるようになる可能性がある
原因疾患別認定率	(なし)	・廃用性症候群を原因として要介護に至るケースは介護予防・重度化予防の取り組みにより減らしやすいことから、原因疾患に着目して測定する。

ⁱ 『健康寿命の指標化に関する研究－健康日本 21(第二次)等の健康寿命の検討－』(厚生労働科学研究費補助金) 分担研究報告書(研究分担者 橋本修二) ほか

<http://www.pbhealth.med.tohoku.ac.jp/japan21/pdf/o-27-3.pdf>

b) 総合事業利用者像

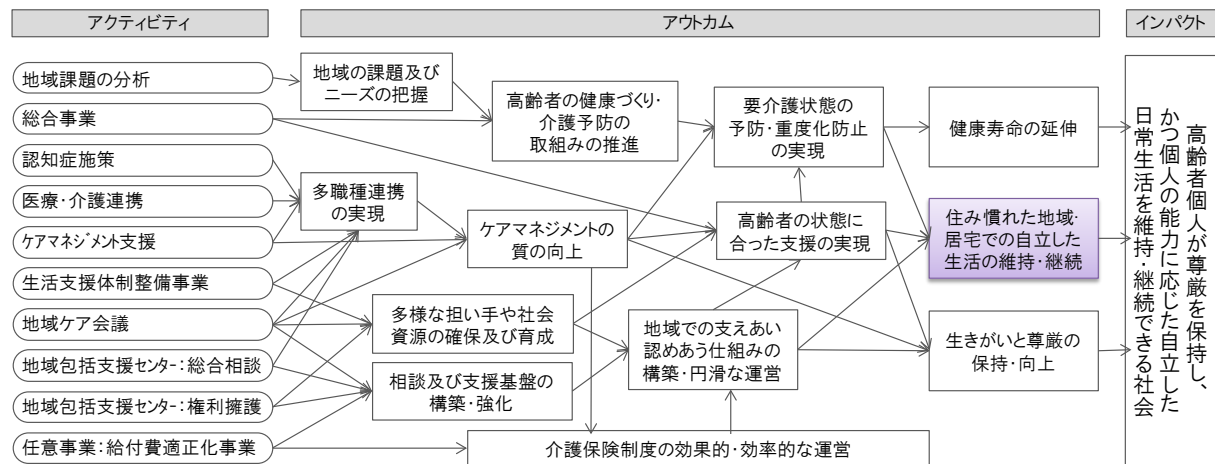
要介護というほど重度ではないが、日常生活において多少の支援を必要としている状態を捉える目安として、総合事業の利用という点に着目した。総合事業の利用を開始した年齢が、自立した生活の期間と、支障が発生しつつある期間との境界にあるという考え方ができる。総合事業の利用開始年齢がわかれば、この境界点を把握できる。保険者がこれを把握していない場合の代替として、総合事業利用者の平均年齢を把握し、その平均年齢が徐々に上がってくることを以って、自立した生活期間が伸びていると考えることができる。

指標候補	既存データ等	備考や留意点
総合事業利用者の利用開始時点の年齢	(なし)	・総合事業を利用して、中断してから、再度利用するケースもあり、「開始」の判定は難しい可能性がある。
総合事業利用者の平均年齢	(なし)	・総合事業利用者が要介護認定を受けずに利用を継続すれば自然と平均年齢が上がる。 ・一方、総合事業以外で介護予防に取り組んでいる住民については把握できない。

【本指標を評価する上での留意点】

介護を必要としていても、利用したいサービスが地域にないため認定申請をしない場合もあれば、認定は受けてもサービスを利用しない場合もある。正確に評価するためには詳細な実態把握が必要である。また、元気で活発な生活を送る期間が長く、より高齢になってから総合事業の利用を開始するようになれば健康寿命が延伸した目安になる。ただし、総合事業の利用希望者に対して、年齢を理由として選別するようなことがないように留意が必要である。

(2) 住み慣れた地域での自立した生活の維持・継続



① 本項目の達成によって実現したい姿

介護保険制度の目的は、要介護状態になっても能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることである（介護保険法第一条）。その日常生活については「可能な限り、住み慣れた地域で」（法第五条の3）また、「可能な限り、その居宅において」（法第二条の4）と定められている。

住み慣れた地域の一つの目安となるのは、日常生活圏域である。日常生活圏域は、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件等を総合的に勘案して各保険者が設定し、介護サービスや地域包括ケアの基盤整備の単位としている圏域である。もちろん、個人の生活スタイルや交通手段によって、「住み慣れた地域」の範囲は異なる。地理的に遠くても、通いながれた場所であればその人にとっては住み慣れた地域の一部であるといえる。重要なことは、その人がその地域において、安心して暮らすことができる地域であることである。いくら自立した生活が実現するといっても、住み慣れた地域を離れることは大きなストレスを伴うものであり、まして高齢者であればなおさらである。

居宅というのは、必ずしも以前から住んでいた自宅に限らない。その自宅が住み慣れた場所であっても、段差が多くて移動が困難だったり、掃除や手入れが難しかったりして、「自立した生活」の妨げになる場合もある。住み慣れた地域のなかで、地域社会との関係や自分らしい生活習慣を維持しながら、バリアフリー環境の住宅に移り住むことも、居宅のかたちの一つであるといえる。

また、ここでいう自立は、必ずしも何にも頼らずに生活するということを意味するわけではない。生活を支える道具やサービスを利用しながら、自分の希望に合った暮らしをすることが重要である。住み慣れた地域の範囲内で、自立した生活を営むのに必要なサービスが入手不可能なために、希望に沿わない生活をしたり、あるいは転居をやむなくされることは生活の質（QOL）の低下を招きかねない。

住み慣れた地域内で、必要な支援やサービスが利用できることによって、「住み慣れた地域での自立した生活」が実現するといえる。

② 本項目の達成のために必要だと考えられるプロセス

本項目を達成するためには、介護を必要としない高齢者に対しては要介護状態の予防、介

護を必要としている高齢者に対してはその重度化を防止するための取り組みによって、生活の自立度を高めたり、生活が自立している期間を延長することが重要である。

さらに、介護や支援を必要とするようになったら、住み慣れた地域内で、必要な支援やサービスが利用可能であることも必要である。ただしここでいう支援やサービスは、加齢に伴ってできなくなっていること・しづらくなっていることを、単に「代わりにやってさしあげる」支援ではなく、高齢者の意欲を引き出し、高齢者自身の能力を最大限活用するような支援であることが重要であろう。

さらに、住み慣れた地域での生活を可能にするためには、地域のコミュニティにおいて認められ、地域での支え合いの一員であることも重要な要素のひとつである。地域社会の中で、お互いを気遣い、認め合うことによって、あたたかく安心した暮らしにつながると考えられる。高齢になったからといって、必ずしも「支えられる」だけでなく、「支える」存在でもあることが大切だろう。誰かの手伝いをしたり、ボランティア活動や自治会活動に参加するといったことだけでなく、挨拶をしたり話をしたりするだけでも、支え合い気を配りあう地域社会の一員となる。

③ 本項目の達成度合いを評価するための指標ならび着眼点・留意点

住み慣れた地域で自立した生活を送ることが可能になっているかは、以下のような指標によって実態ならびに進捗が把握できると考えられる。

a) 在宅高齢者の割合

介護保険施設等に入所せずに、必要なサービスや支援を利用しながら住み慣れた居宅で生活しているかどうかについては、在宅／施設別の高齢者数が目安の一つとなる。

指標候補	既存データ等	備考や留意点
在宅高齢者率	介護保険事業状況報告	・年齢階層別に、在宅／施設の区分を指標化するほか、要介護度別に在宅／施設の別を指標化することが考えられる。 ・介護保険の居住系サービスや、介護保険外のサービス付住宅等については取り扱いに注意が必要。

b) 死亡時の在宅支援環境

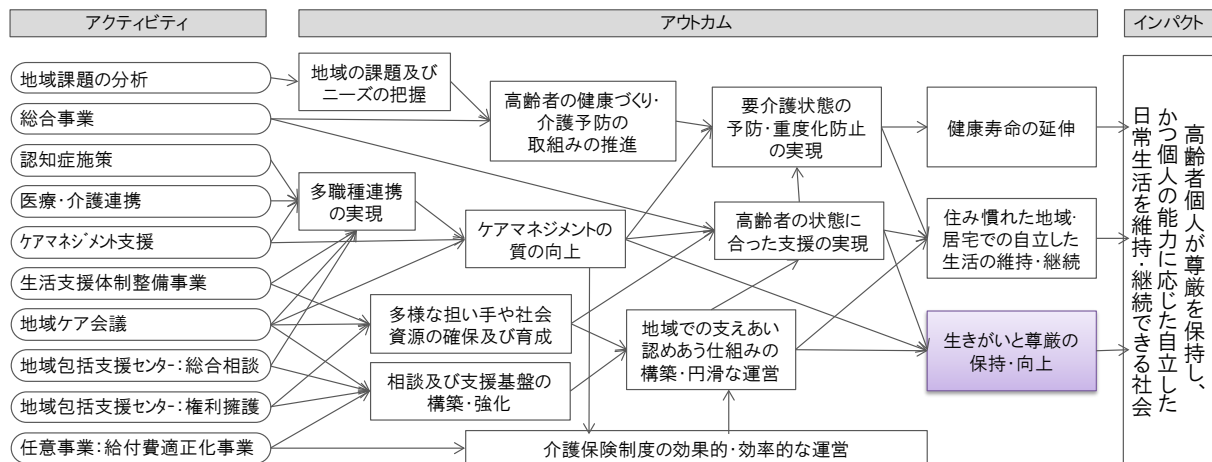
最後まで住み慣れた居宅で生活したかについては、死亡時点の住まいやサービスの利用がわかりとなると考えられる。

指標候補	既存データ等	備考や留意点
死亡場所	人口動態調査	・末期まで在宅療養していても、死亡直前に救急搬送された場合には統計上は死亡場所が在宅ではなく病院・診療所等になってしまうため、適切ではないと考えられる。
在宅時医学総合管理料	社会医療診療行為別調査	・在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院ではない医療機関や、訪問看護が在宅での療養を支えている場合にはこの数値には含まれない

【本指標を評価する上での留意点】

住み慣れた地域や自宅で暮らすことを希望しているにもかかわらず、必要なサービスが受けられないなどの理由によってやむなく転居や施設入所を余儀なくされるのであれば、生活の質（QOL）の低下につながると考えられる。一方で、施設入所を希望する人にはその選択肢があることが望ましい。ただし、自宅での独居生活が不安だという理由で施設入所を希望する人に対して、巡回型のサービスや見守りなどの仕組みなどがあることを示し、安心して在宅で暮らし続けられるように高齢者の意識を変えていくことも重要である。

(3) 生きがいと尊厳の保持・向上



① 本項目の達成によって実現したい姿

介護保険法第一条のなかで、要介護高齢者が「尊厳を保持」することが掲げられている。また、介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（厚生労働省告示第百九十六号）の第3の1のなかでも「要介護状態になっても生きがい・役割をもって生活できる地域を構築する」ことが明記されている。

「すべて国民は、個人として尊重される」ことは日本国憲法第十三条に掲げられている最も高い価値基準であり、介護保険法においては、加齢に伴って要介護状態になってもこの尊厳を維持するという文脈で理解することができる。個人の尊厳を維持するためには、一人ひとりがお互いを個人として認め合うことが必要である。加齢に伴って、身体機能や認知機能などが低下しても、権利が妨げられないようにする必要がある。個人の尊厳を認めるためには、単に法律や制度で規定することだけでなく、一人ひとりの意識や考え方こそが重要になる。

個人の尊厳とともに重要なのが生きがいである。楽しみや生きがいがあることによって、意欲がわき、活動的な生活を営んだり、積極的に介護予防に取り組んだりする際の原動力につながる。生きがいは一人ひとり異なる。先行研究を見ても、生きがいは性別ならびに年齢によってその対象や意味が多様である。若年層に比べて高齢者は、趣味、健康づくり、家族以外の人との交流、社会活動などにおいて生きがいを感じる割合が高い。また生きがいの意味として高齢者に特徴的なのは、他人や社会の役に立っている、生活のリズムやメリハリ、心の安らぎや気晴らしになっているなどの点である。高齢者一人ひとりが、自分にとっての生きがいを見つけることが重要である。

図表13 年齢階層別・男女別 生きがいの対象

	生きがいの対象	35～44 歳	45～54 歳	55～64 歳	65～74 歳	全体
男性	仕事	59.0	54.7	45.7	22.6	42.5
	配偶者・結婚生活	42.4	30.2	22.8	23.0	27.8
	子ども・孫・親など家族・家庭	75.6	64.4	49.0	56.2	59.2
	スポーツ	13.4	18.2	16.5	19.3	17.1
	自分自身の健康づくり	2.5	8.5	19.7	28.8	17.4
	趣味	35.3	39.3	53.1	58.6	48.6
	自然とのふれあい	8.8	16.8	23.3	17.1	17.4
	学習活動	4.6	4.8	6.3	9.3	6.6
	社会活動	1.8	5.4	8.7	13.6	8.4
	自分自身の内面の充実	8.1	10.3	8.0	9.9	9.3
	友人など家族以外の人との交流	9.2	10.3	13.3	15.8	12.7
	ひとりで気ままに過ごす	2.5	4.8	7.4	5.8	5.5
女性	仕事	32.6	47.2	33.3	11.1	29.8
	配偶者・結婚生活	20.7	14.8	9.6	11.1	13.3
	子ども・孫・親など家族・家庭	57.6	50.9	44.4	46.7	49.0
	スポーツ	8.7	12.0	10.4	12.6	11.0
	自分自身の健康づくり	2.2	12.0	25.9	37.0	21.7
	趣味	27.2	36.1	43.0	57.8	42.5
	自然とのふれあい	3.3	19.4	31.9	19.3	19.8
	学習活動	8.7	6.5	6.7	12.6	8.5
	社会活動	4.3	3.7	2.2	7.4	4.4
	自分自身の内面の充実	27.2	23.1	24.4	17.0	22.5
	友人など家族以外の人との交流	41.3	30.6	33.3	41.5	36.7
	ひとりで気ままに過ごす	12.0	6.5	14.1	9.6	10.8

図表14 年齢階層別・男女別 生きがいの意味

	生きがいの意味	35～44 歳	45～54 歳	55～64 歳	65～74 歳	計
男性	生きる喜びや満足感	43.9	41.0	38.5	38.4	40.2
	生きる目標や目的	23.8	20.2	15.5	12.1	17.5
	生活の活力やはりあい	29.0	27.0	27.9	22.9	26.4
	自分の可能性の実現	26.5	31.1	28.8	27.5	28.6
	他人や社会の役に立っている	11.8	15.0	20.0	22.6	17.7
	生活のリズムやメリハリ	5.6	7.3	12.4	13.4	10.1
	心の安らぎや気晴らし	25.1	24.0	27.0	27.5	26.1
	人生観や価値観の形成	8.9	9.6	9.1	9.2	9.2
	自分自身の向上	17.0	17.0	16.2	18.8	17.4
女性	生きる喜びや満足感	48.1	43.3	43.4	32.6	42.0
	生きる目標や目的	25.9	17.4	13.8	13.7	17.5
	生活の活力やはりあい	27.0	27.9	22.4	22.3	24.9
	自分の可能性の実現	22.8	31.3	27.6	24.0	26.5
	他人や社会の役に立っている	11.6	15.4	15.3	18.3	15.2
	生活のリズムやメリハリ	4.8	10.4	10.2	17.7	10.6
	心の安らぎや気晴らし	22.8	25.4	32.1	34.9	28.2
	人生観や価値観の形成	5.3	8.0	8.2	8.0	7.2
	自分自身の向上	20.6	15.4	23.0	24.0	20.9

(資料) 佐藤眞一「団塊世代の退職と生きがい」『日本労働研究雑誌』No. 550, 2006年5月号
(出所データ) シニアプラン開発機構(2002)『サラリーマンの生活と生きがいに関する調査』第3回調査報告書

② 本項目の達成のために必要だと考えられるプロセス

高齢者の尊厳と生きがいを高めるためには、一人ひとりの高齢者が暮らす地域の中で、お互いが認め合い、支え合う仕組みが重要になる。年齢の違い、性別の違い、就労状況の違い、趣味嗜好の違いなどを超えて、お互いを認め合うことが人権の尊重の基盤となる。お互いを認め合う地域コミュニティの形成は、地域支援事業の枠組みの事業にとどまるものでないのはもちろんのこと、地域福祉の枠組みにもとどまるものではない。例えば、初等中等教育における取り組みやまちづくりなど、多様な取り組みが相乗的な効果を奏して実現するものである。また、住民の転出・転入が多い地域と少ない地域、大都市圏と町村部など、地域特性も、コミュニティ形成に大きく関係してくる。

また、要介護状態になってもその状態に合わせて有効な支援やサービスを利用することは、尊厳と生きがいの保持した生活を支えるうえで必要となる。

加えて、利用者の尊厳に配慮したケアマネジメントも重要な要素である。高齢者が抱える生活上のリスクや課題（ニーズ）を正しく把握するとともに、個人の生活歴やこだわり・希望などを踏まえて、目標を設定し、自立支援を実現するためのケアプランを作成すること、ケアプランの実現に向けて本人と関係者を巻き込んでいくことは、尊厳と生きがいの保持のうえで重要である。

③ 本項目の達成度合いを評価するための指標ならび着眼点・留意点

尊厳が保持されているか、生きがいがあるかについて、客観的に把握することは難しく、本項目の達成度合いについては、高齢者本人から意見収集する方法が現実的である。本項目の達成度合いを評価するために以下のような指標が挙げられる。

a) 高齢者の生活満足度

指標候補	既存データ等	備考や留意点
主観的幸福感の高い高齢者の割合	改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果	・アンケート調査を回答するタイミングでブレが発生する可能性がある。

b) 高齢者の主観的健康観

指標候補	既存データ等	備考や留意点
主観的健康観の高い高齢者の割合	改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果	・季節変動など、アンケート調査を回答するタイミングでブレが発生する可能性がある。

c) 高齢者の社会参加意欲

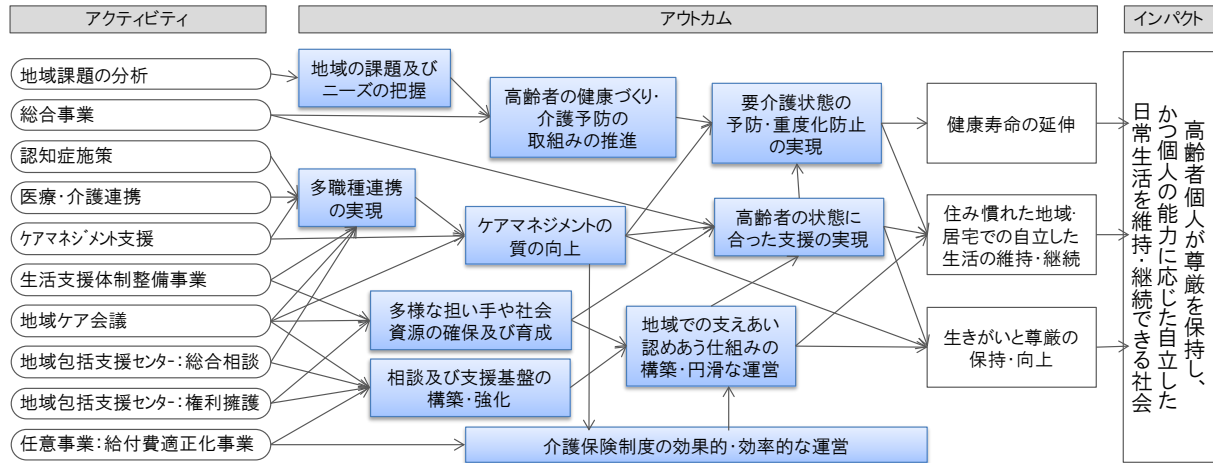
指標候補	既存データ等	備考や留意点
ボランティアに参加している高齢者の割合	改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果	・「ボランティア」の概念が回答者によって異なる可能性がある。
地域づくりへの参加意向のある高齢者の割合	改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果	・アンケート調査の回答にとどまり、実際の活動参加率ではない。
地域づくりへの企画・運営(お世話役)としての参加意向のある高齢者の割合	改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果	・アンケート調査の回答にとどまり、実際の活動参加率ではない。

【本指標を評価する上での留意点】

高齢者自身の主観的判断によるが、その時々社会・経済情勢などの影響を受けて、好転したり悪化したりする可能性がある。

3. アウトカムに関する項目とその評価指標の案

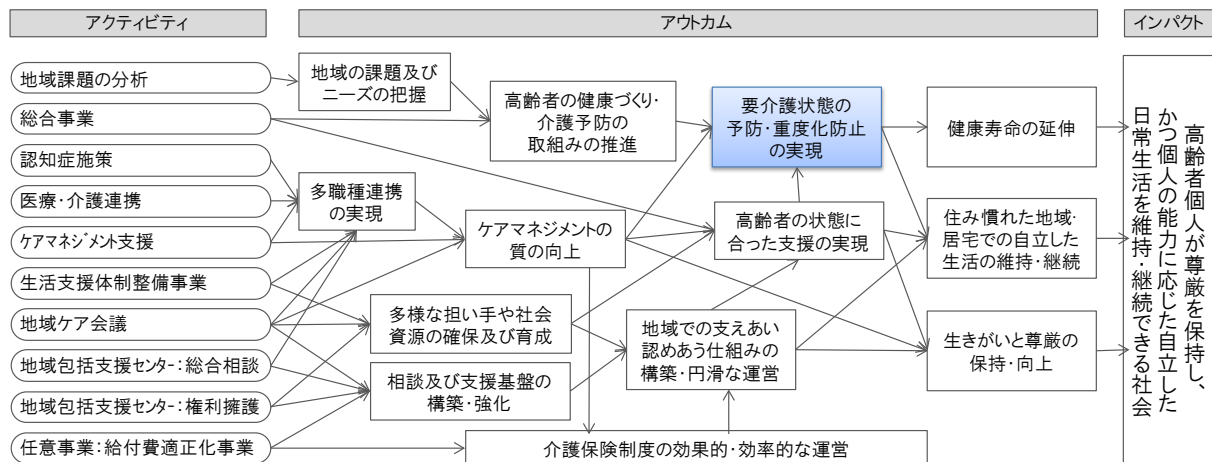
インパクトマップのなかで取り上げた 10 のアウトカムに関する項目について測定指標の案を作成した。



図表15 アウトカムに関する項目とその評価指標(案)の一覧

	アウトカム項目	評価の視点	具体的な評価指標(案)
(1)	要介護状態の予防・重度化防止	高齢者の状態像	要介護認定の訪問調査 従来の二次予防事業対象者把握事業の基本チェックリスト
(2)	高齢者の状態に合った支援の実現	状態にあった支援が提供されているか	ケアプラン点検や地域ケア会議での一件ごとの評価は限界があるため、上流または下流のアウトカム項目の評価によって把握することが適切
(3)	地域で支え合い認めあう仕組み	支え合い認めあう仕組みが地域で構築されているか	※上流または下流のアウトカム項目にて評価
(4)	高齢者の健康づくり・介護予防の取り組みの推進 ①活動的な生活	高齢者の外出頻度	閉じこもりリスク高齢者の割合
		高齢者の社会参加頻度	スポーツ関係のグループやクラブ、趣味関係のグループに参加している高齢者の割合
			シルバー人材センター登録者数
(4)	高齢者の健康づくり・介護予防の取り組み②身体機能	高齢者の身体機能	運動器機能リスク高齢者の割合
		高齢者の認知機能	転倒リスク高齢者の割合
		高齢者の口腔・嚥下機能	認知症リスク高齢者の割合 口腔機能リスク高齢者の割合
(5)	ケアマネジメントの質の向上	高齢者の状態像の変化	悪化・維持・改善率 ※上流または下流のアウトカム項目にて評価
(6)	多様な担い手や社会資源の確保・育成	担い手の養成状況	生活支援コーディネーターや協議体の活動実績、ボランティア等の担い手の養成人数※上流または下流で評価
(7)	相談及び支援基盤の構築・強化	相談及び支援基盤の充実	※上流または下流のアウトカム項目にて評価
(8)	多職種連携の実現	多職種連携の実現	※上流または下流のアウトカム項目にて評価
(9)	地域の課題及びニーズの把握	地域の課題・ニーズを把握しているか	※上流または下流のアウトカム項目にて評価
(10)	介護保険制度の効果的・効率的な運営	地域支援事業にかかる費用	介護予防・日常生活支援総合事業の費用額
			予防給付と介護予防・日常生活支援総合事業の費用総額

(1) 要介護状態の予防・重度化防止



① 本項目の達成によって実現したい姿

要介護状態を予防することによって、健康寿命の延伸の実現を目指す。健康寿命は、平均寿命から「日常生活動作が自立していない期間」を引き算して算出される年数であるが、日常生活動作について、自立している／自立していない、と境界をはっきり線引きできるものではない。道具を利用したり、住環境を整備したりすることによって日常生活動作の自立度を高めることができる場合もある。自立度が緩やかに低下していく高齢者にとって、自立と非自立の間は、段階的なグラデーションのようなものであり、はっきりと健康寿命はここまで、と判別できるものではない。そのような意味において、元気高齢者の「要介護状態の予防」だけでなく、介護や支援を必要とする高齢者の「重度化防止」についても健康寿命の延伸に寄与すると考えられる。

② 本項目の達成のために必要だと考えられるプロセス

要介護状態の予防ならびに重度化の防止を実現するためには、健康づくり・介護予防の取り組みの推進、高齢者の状態に合った支援の実現、ケアマネジメントの質の向上が重要であると考えられる。

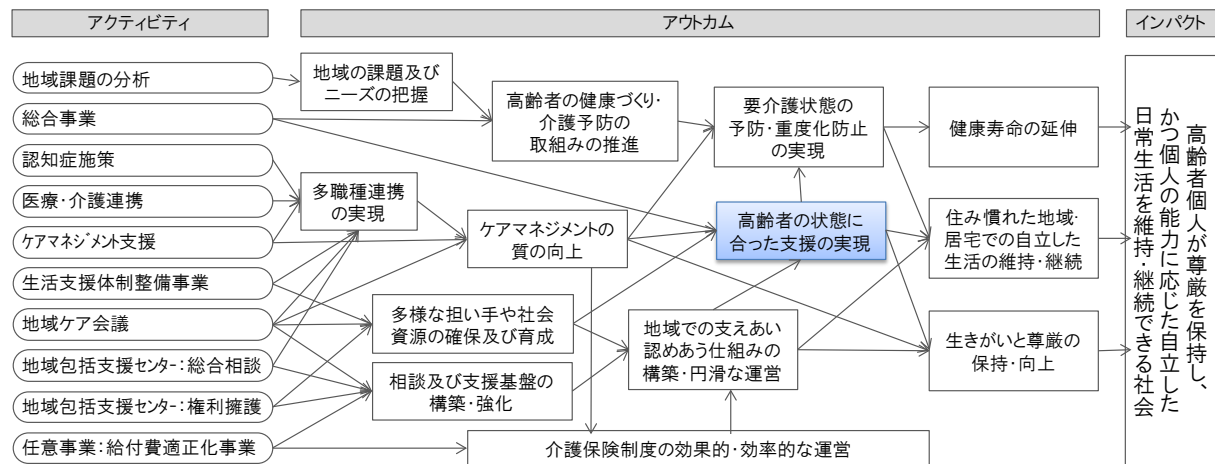
健康づくり・介護予防の取り組みによって、身体機能を維持向上させたり、外出意欲を高めたり、交流・社会参加を活発にすることは、介護予防・重度化防止に関係する。また、支援を必要とする状態であっても、見守り・声かけ指導など状態にあったサービスを利用することによって重度化防止を実現できると考えられる。例えば、理学療法士・作業療法士などによるアセスメントや日常生活上の工夫に関する情報提供を実施することが、重度化防止につながると考えられる。このようなサービス提供を実現するためには、自立支援のための介護予防ケアマネジメントが重要な要素である。

要介護状態の予防ならびに重度化の防止については、地域支援事業、あるいは予防給付・介護保険給付の枠組みのみで実現するものではない。例えばスポーツクラブや市民体育館などの運動施設、仲間とのスポーツ、趣味の活動による社会交流、就労・ボランティア活動や生涯学習による張り合いや生きがい、医療機関の受診や症状の改善を目指した食生活などさまざまなプロセスが関わる。

③ 本項目の達成度合いを評価するための指標ならび着眼点・留意点

要介護状態の予防ならびに重度化の防止を実現できているかについては、認定調査、従来の二次予防事業対象者把握事業の基本チェックリストや、改訂版日常生活圏域ニーズ調査などから判断するのが一つの方法である。ただし自治体によって実施頻度や調査方法（悉皆・抽出）は多様である。

(2) 高齢者の状態に合った支援の実現



① 本項目の達成によって実現したい姿

地域支援事業の枠組みでは、「要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等」（介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針 第1の1）「要支援者等の選択できるサービス・支援を充実」（同 第1の4）が掲げられている。

ここでいう「高齢者の状態」というのは、介護保険法第二条の3のなかで、「被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供」されると明記されているように、心身の状態だけでなく、例えば住まいの環境や家族や隣人による支援や見守りの有無などの「置かれている環境」も含まれると考えられる。

「支援」というのは、高齢者自身ができないこと・しづらくなっていることを単に代わりにやってしまうのではなく、残存能力を活かし、意欲を引き出すことが生きがいと尊厳の保持につながると考えられる。また、介護保険の枠組みだけに限らず、食事を通じて適切な栄養を摂取したり、家や身の回りの衛生状態を確保する、家計を管理して収支を把握したり家賃や光熱費などをきちんと支払うなど、自立した生活に必要な知識やスキルの獲得を含む場合もあるだろう。

介護保険法第二条の2における「保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われる」という理念は、地域支援事業においても共通する視点であるといえる。状態にあった支援によって、介護予防・重度化防止を実現するとともに、住み慣れた地域・居宅での自立した生活の維持・継続を可能とし、さらには高齢者の生きがいの尊厳の保持・向上を目指すものである。

② 本項目の達成のために必要だと考えられるプロセス

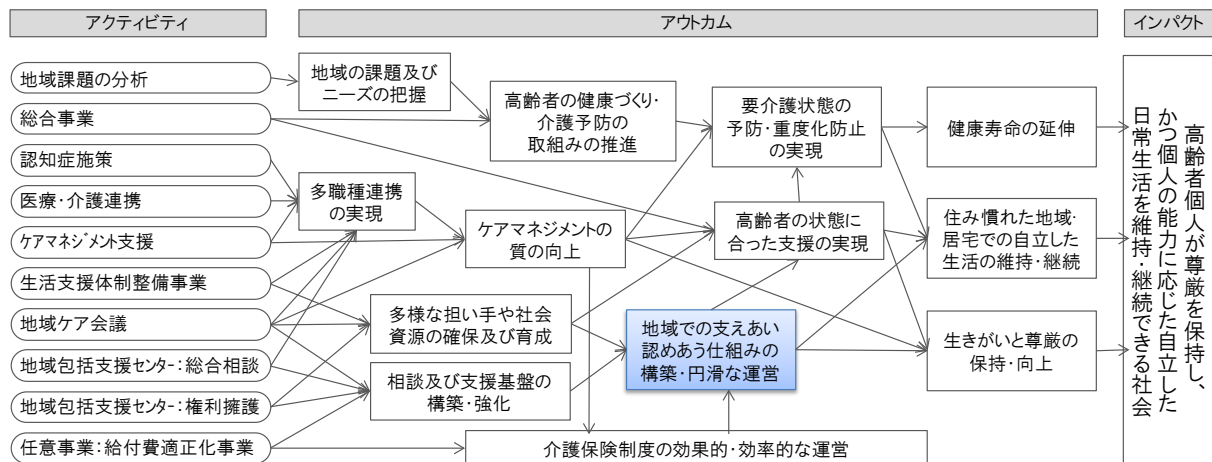
高齢者の状態に合った支援を提供するためには、まずは高齢者の状態を正確にアセスメントすることが必要であり、質の高いケアマネジメントの実施が欠かせない。ケアマネジメントにおいては、プランニングをするだけでなく、高齢者や家族とのコミュニケーションを通じて、自立支援の意識を高めていくことも必要になるだろう。提供される支援は、総合事業の生活支援等サービスや、社会資源を活用した多様な地域のサービスなど、地域支援事業の枠組みに収まるものだけにとどまらない。例えば高齢者の意欲を引き出すための趣味の活動や社会交流などは、介護保

除外のサービスや、個人的なつながりに起因するものも多いだろう。

③ 本項目の達成度合いを評価するための指標ならび着眼点・留意点

高齢者の状態に合った支援が提供されているかについては、地域ケア会議で検討したり、ケアプラン点検で確認したりするといった方法が考えられるが、これらは一件ずつの評価になり、地域全体としての傾向を把握するのは難しいため、上流または下流のアウトカム項目を評価することによって把握することが適切であると考えられる。

(3) 地域で支え合い認め合う仕組みの構築・円滑な運営



① 本項目の達成によって実現したい姿

高齢者の多くは、要介護状態や要支援状態に至っていないことから、こうした高齢者が地域で社会参加できる機会を増やしていくことが、高齢者の介護予防にもつながる。併せて、できる限り多くの高齢者が、地域で支援を必要とする高齢者の支え手となっていくことで、より良い地域づくりにつなげていくことも重要である。高齢者の社会参加のニーズは高く、高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防等ともなる(介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針 第1の2(2))また、支援等を実施するに当たっては、地域のニーズが要支援者等のみに限定されるものではなく、また、多様な人との関わりが高齢者の支援にも有効であることから、要支援者等以外の高齢者、障害者、児童等がともに集える環境づくりを心がけることが重要である。(指針 第1の2(6))

一方、支援を必要としている高齢者も、掃除や買い物などの生活行為の一部が難しくなっているが、排せつ、食事摂取などの身の回りの生活行為は自立している場合が多いことから、支援する側と支援される側という画一的な関係性ではなく、地域とのつながりを維持しながら、有する能力に応じた柔軟な支援を受けていくことで、自立意欲の向上につなげていくことが期待される。(指針 前文)

障害があつたり、認知機能の低下の兆候があつても、地域でお互いを認め合うことによって、生きがいと尊厳の保持・向上につながる。さらに支え合いの体制整備によって、住み慣れた地域での生活の維持・継続を可能にすると期待できる。

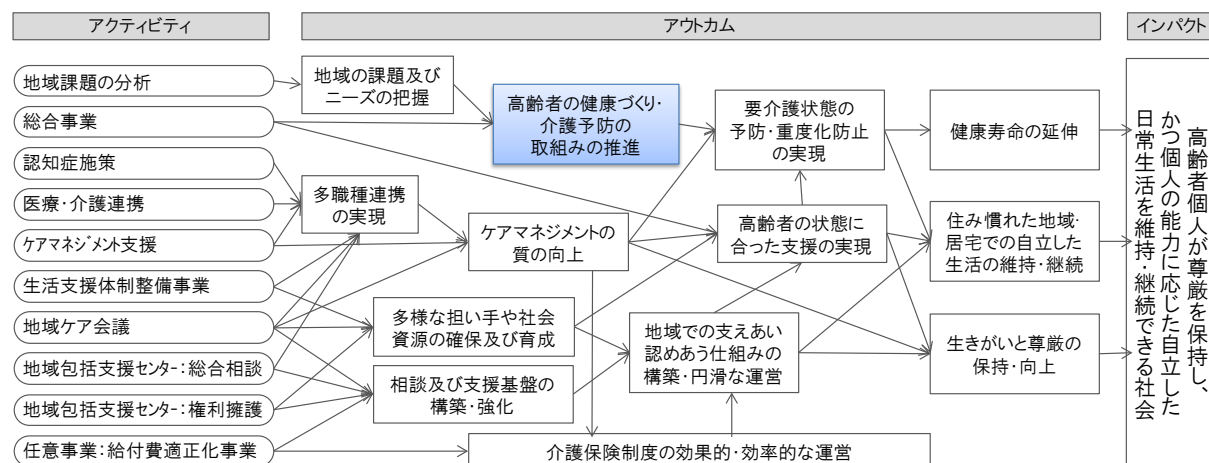
② 本項目の達成のために必要だと考えられるプロセス

地域で支え合い認め合う仕組みの構築・円滑な運営のためには、多様な担い手や社会資源の充実ならびに相談・支援基盤の強化が必要であるといえる。

③ 本項目の達成度合いを評価するための指標ならび着眼点・留意点

地域での支え合い、認め合いについてはその達成度を定量的に把握することは難しい。上流または下流のアウトカム項目を評価することでも十分把握できると考えられる。

(4) 高齢者の健康づくり・介護予防の取り組みの推進



① 本項目の達成によって実現したい姿

高齢者の健康づくり・介護予防の取り組みは、要介護状態になることを予防あるいは遅らせ、要介護者についてはより重度化しないように防止すること、さらには健康寿命の延伸を目指している。

介護予防の推進に当たっては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要である（介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針 第1の2（3））。

② 本項目の達成のために必要だと考えられるプロセス

介護予防の取り組みは、日常生活圏域、あるいは高齢者の徒歩圏内などさらに小さい区域が単位となって機能していく可能性が高いため、取り組みの推進にあたっては、地域ごとの課題及びニーズを把握して、戦略的に取り組みを進めていくことが必要である。また、介護予防の取り組みは高齢者の心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練だけでなく、介護予防で得られた活動的な状態をバランス良く維持するための活動や社会参加を促す取組（多様な通いの場の創出など）も重要であり、総合事業のなかの通いの場の整備なども重要である。

高齢者の健康づくり・介護予防の取り組みのなかで、地域支援事業の枠組みで実施するものはその一部分にとどまる。例えば民間スポーツクラブの運動、仲間とのスポーツ、趣味の活動をきっかけとした外出機会の促進や生活の張り合いなどの多様な活動によって健康づくり・介護予防が実現されている場面も多い。農作業によって張り合いと心身の健康を維持している人も多い。さらには、就労やボランティア活動、孫の世話など、人の役に立つことによって活動的な生活を送り、結果的に健康づくりと介護予防につながっている場合もある。このように、本項目の達成のために有効なプロセスは多数あるため、地域支援事業だけを見ては全体を正確に捉えることはできない。

③ 本項目の達成度合いを評価するための指標ならび着眼点・留意点

高齢者の健康づくり・介護予防の取り組みのために必要あるいは有効なプロセスは多岐にわたるが、その達成度合いはいくつかの指標によって把握が可能である。

介護予防の推進に当たっては、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であるとされるが、このうち、「高齢者の活動的な生活習慣の実現」という視点は、「活動」と「参加」に、「高齢者の身体機能の維持・向上」という視点は「心身機能」にあたる。

改訂版日常生活圏域ニーズ調査のなかで、活動的な生活習慣や、身体機能について把握している。また従来の二次予防事業チェックリストを健診等の機会に配布するなどしている自治体においては、その結果も指標として用いることができるだろう。

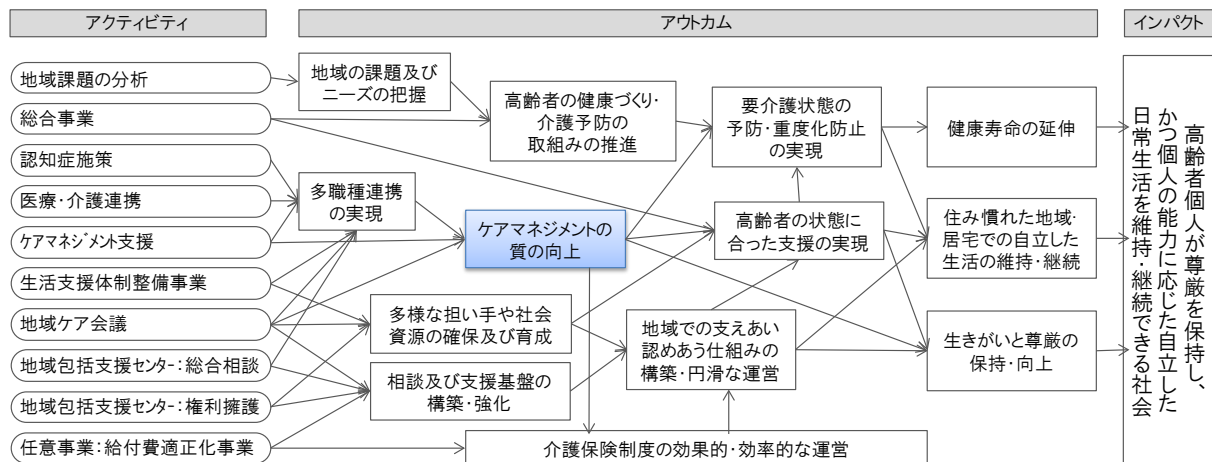
a) 高齢者の活動的な生活習慣の実現

指標候補	既存データ等	備考や留意点
閉じこもりリスク高齢者の割合	改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果	
スポーツ関係のグループやクラブに参加している高齢者の割合	改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果	
趣味関係のグループに参加している高齢者の割合	改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果	
学習・教養サークルに参加している高齢者の割合	改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果	
愚痴を聞いてくれる人・聞いてあげる人・看病をしてくれる人、してあげる人のいずれもない人の割合	改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果	
シルバー人材センター登録者数	各自治体の介護保険事業計画等	・シルバー人材センター以外の就労は把握しきれない

b) 高齢者の身体機能の維持・向上

指標候補	既存データ等	備考や留意点
運動器機能リスク高齢者の割合	改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果	
転倒リスク高齢者の割合	改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果	
認知症リスク高齢者の割合	改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果	

(5) ケアマネジメントの質の向上



① 本項目の達成によって実現したい姿

要支援者は、ADL（日常生活動作）は自立し、IADL（買物・調理等の日常生活関連動作）の一部が行いにくくなっていることが多い。要支援者に対して、“日常生活に不足しているものの提供”“あるがままの状態を支えるサービス提供”をするだけでは、日常生活自立度が低下して重度化を招きかねない。高齢者の自立を回復し、利用者・家族から「介護負担」と二次的に生ずる生活上の問題を解決または軽減する「自立支援型ケアマネジメント」が重要である¹。要支援者が支障を抱えている支障のある日常の生活行為の多くは、生活の仕方や道具を工夫することで、自立をすることが期待できる。例えば、掃除であれば掃除機からほうきやモップに変える、買い物であればカゴ付き歩行車を活用するなど、環境調整やその動作を練習することで改善することができる。状態を正確にアセスメントして、自立支援に有効な支援やサービスを組み立てていくことがケアマネジメントに求められる。

質の高いケアマネジメントによって、状態像を的確に捉えた支援を提供し、重度化防止するとともに、自立した生活の実現によって高齢者の生きがいと尊厳の保持を目指している。

② 本項目の達成のために必要だと考えられるプロセス

ケアマネジメントの質の向上のためには、地域包括支援センターがケアマネジメント支援を行い、ケアマネジャーのスキル向上を目指しつつ、対象者の有する能力はどの程度なのか、改善の見通し、効果的な支援の方法は何かについて検討し、自立支援の視点に立ったケアマネジメントを実践することが望ましい。このために、地域ケア会議の個別会議の場で、多職種の専門的視点を活用することも有効である。

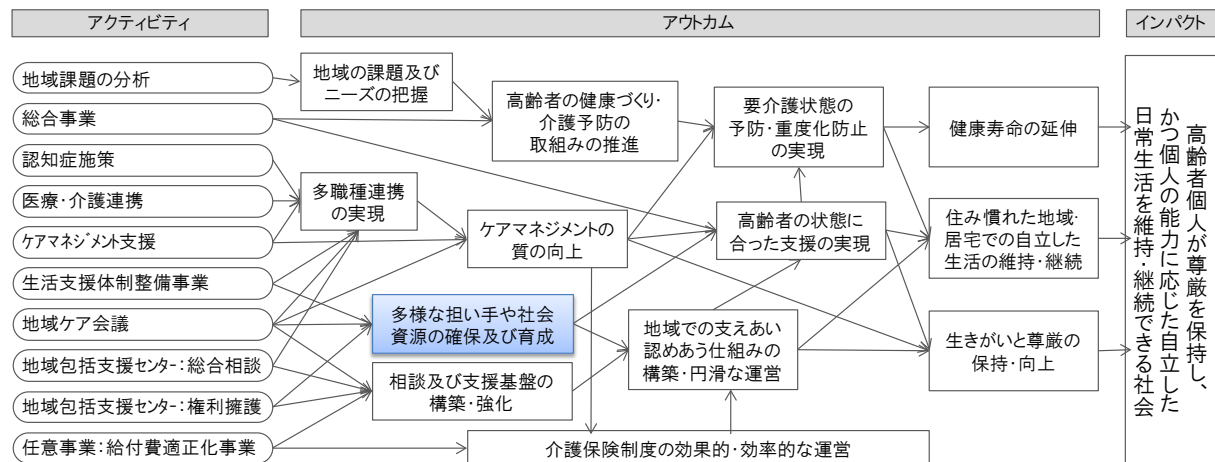
③ 本項目の達成度合いを評価するための指標ならび着眼点・留意点

ケアマネジメントの質の評価にあたっては、担当者ごとあるいは事業所ごとに、同じような状態像の高齢者を抽出して1年後あるいは数年後の悪化・維持・改善率を分析し、ベストプラクテ

¹ 株式会社日本総合研究所『介護サービス事業者による生活支援サービスの推進に関する調査研究事業～要支援者の自立支援のためのケアマネジメント事例集』平成25年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

イスを他の事業者にも参考にしてもらおうといった取り組みが考えられる。ただし、要支援高齢者においては就労や社会交流など、ケアプランに載らない要素によって介護予防につながる要因も大きいと、評価が難しいことが予想される。

(6) 多様な担い手や社会資源の確保及び育成



① 本項目の達成によって実現したい姿

元気な高齢者が支援の担い手として参加するなど、住民が担い手として参加する住民主体の活動、NPO、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、協同組合、民間企業、シルバー人材センター等の多様な主体による多様なサービスの提供体制を構築し、高齢者を支える地域の支え合いの体制づくりを推進していく必要がある（介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針 第1の4ならびに第4）。多様な担い手や社会資源を確保・養成していくことによって、地域での支え合いを実現するとともに、年齢や立場に関わらずお互いを認め合う地域社会の創造につながると考えられる。また、担い手の裾野が広がることで、支援の幅が広がり、高齢者の状態に合った支援を提供しやすくなることも期待される。

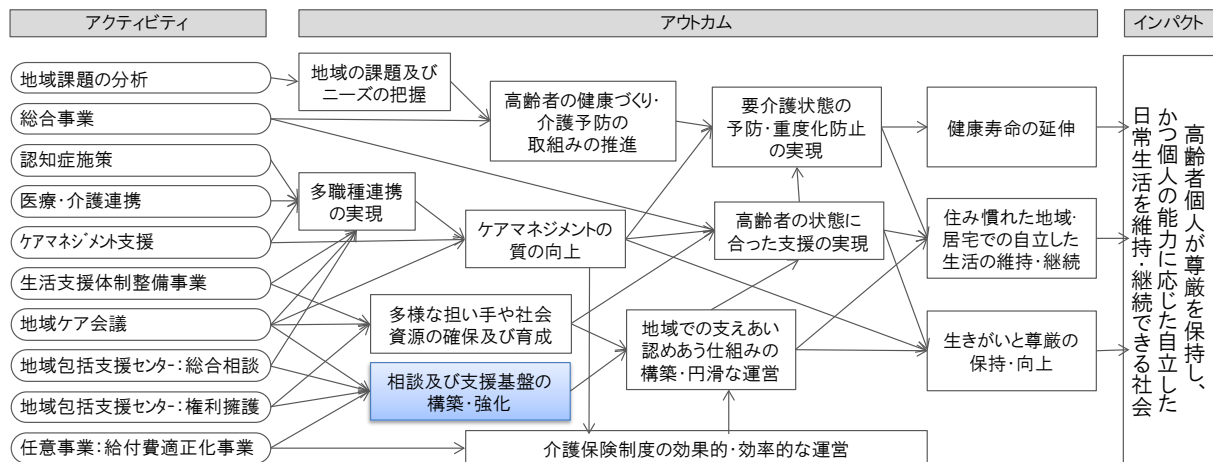
② 本項目の達成のために必要だと考えられるプロセス

多様な担い手や社会資源を確保・養成するためには、資源開発やネットワーク構築の機能を果たす生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を配置したり、コーディネーターとサービスの提供主体等が参画する定期的な情報共有及び連携強化の場としての協議体を設置することが有効であると考えられる。また、地域ケア会議の場で、個別事例の検討を通じて、地域に共通するニーズを洗い出し、課題に対応するための社会資源を発見したり創出することも重要である。ただし担い手の養成は、地域支援事業の枠組みではなく、地域福祉やその他の枠組みでも行われているほか、例えば民間サービス事業者との連携も担い手の拡大の一つであり、地域支援事業にとどまらない。

③ 本項目の達成度合いを評価するための指標ならび着眼点・留意点

多様な担い手や社会資源の確保・養成の達成度を評価するためには、生活支援コーディネーターや協議体の活動実績、ボランティア等の担い手の養成人数やボランティア受け入れ機関数などがその目安となる。ただし例えばボランティア養成研修受講者については、地域の主要な人材の受講が一巡してしまうと数値が横ばいになってしまう。また、地域支援事業以外の枠組みも含めて把握しないと、全体のごく一部だけを捉えているということになりかねないので注意が必要である。本項目について、上流または下流のアウトカム項目を評価することでも十分把握できると考えられる。

(7) 相談及び支援基盤の構築・強化



① 本項目の達成によって実現したい姿

高齢者が抱える課題は、介護保険の枠組みにとどまらず、保健・医療・福祉、家族関係や収入など多岐に渡る。課題に対応する制度も複数にわたるが、これらに対してワンストップで対応できる総合相談窓口を整備し、包括的に支援を提供できる基盤を強化することで、支援の効果・効率を上げるとともに、高齢者の尊厳を保持し、QOLを高められると考えられる。

② 本項目の達成のために必要だと考えられるプロセス

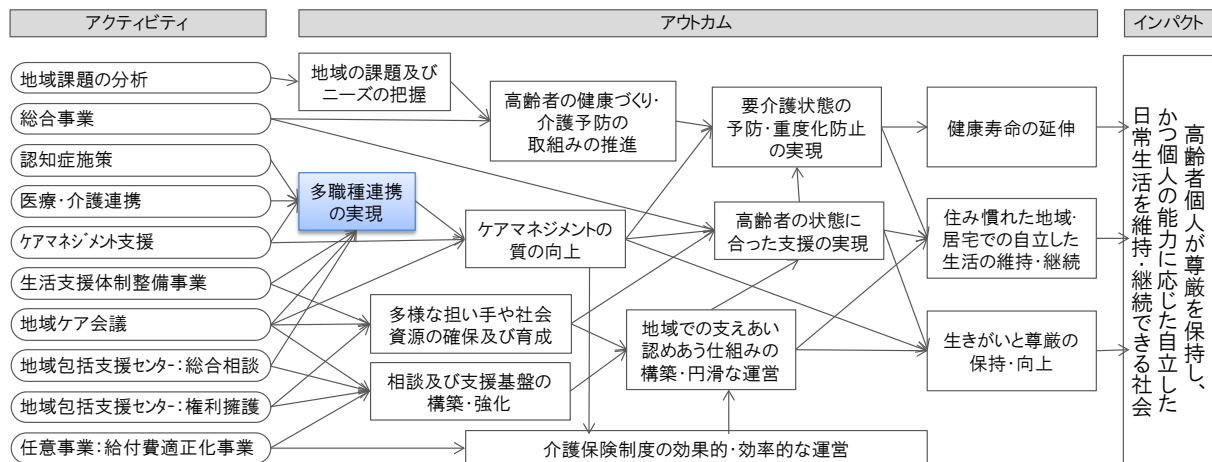
相談および支援基盤の充実につながる事業は多岐にわたる。地域包括支援センターの総合相談機能、権利擁護事業に加え、地域ケア会議での個別検討についても支援基盤の強化につながると考えられる。また、給付費適正化事業でケアプラン点検をすることによって、地域のニーズを明らかにし、より効果の高いサービスを地域で整備していくといった基盤整備につながる可能性がある。

③ 本項目の達成度合いを評価するための指標ならび着眼点・留意点

相談および支援基盤の充実度を評価するのは難しい。例えば、複合的な課題を抱えた高齢者が複数の窓口を回ることなくワンストップで相談ができ、キーパーソンとなる専門職が全体を俯瞰してサービスをコーディネートしていれば、相談・支援基盤が充実しているといえるかもしれない。しかしこのような実態を把握するためにはコストがかかり、また主観的な判断も伴うため、正確かつ継続的に測定することは難しい。

本項目について、上流または下流のアウトカム項目を評価することでも十分把握できると考えられる。

(8) 多職種連携の実現



① 本項目の達成によって実現したい姿

多職種の連携・協働によって、単一職種あるいは一人の担当者による判断ではなく、職種の異なる第三者の客観的な視点をケアマネジメントに取り入れることができる。専門職のそれぞれの専門性を活かしたアセスメントによって、多角的に高齢者の現状を捉え、見通しを立てることができる。さらに職種によってサービスに関する知識や、サービスの担い手についての情報に濃淡があるため、それぞれの知恵を持ち寄ることによって、制度の枠組みを超えてサービスを組み合わせることができる。さらには、横の連携による支援チームの形成も可能になるⁱ。多職種連携によるこれらの機能を発揮することで、ケアマネジメントの質を向上し、高齢者の状態にあった支援を実現し、住み慣れた地域での生活と、生きがいと尊厳の保持につながると考えられる。

② 本項目の達成のために必要だと考えられるプロセス

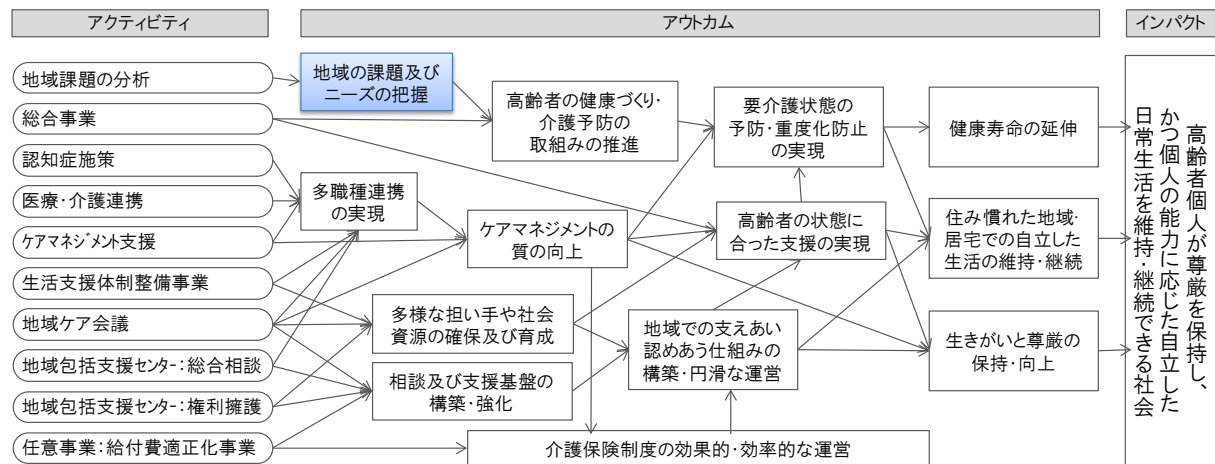
地域支援事業の推進のあらゆる場面で多職種の連携・協働が求められるため、本項目の達成のために必要なプロセスを特定することは難しい。医療・介護連携推進事業や、地域ケア会議は多職種連携に直接的にかかわるが、認知症施策推進の場面や、地域包括支援センターでの総合相談の実施などにおいても、多職種連携が必要になる場面が多いといえる。

③ 本項目の達成度合いを評価するための指標ならび着眼点・留意点

地域ケア会議への参加職種の幅の広がりや、地域連携パス等の情報共有ツールの活用・医療・介護サービス資源マップの作成などの医療・介護連携推進事業の実施状況などが多職種連携の推進度合いを把握する一つの手がかりにはなる。しかし多職種連携は事業の枠組みにとらわれず多様なかたちで行われているものである。従来からの取り組みがあったり、あるいは自治体規模が小さかったりする場合には、地域支援事業の枠組みの中で敢えて新たな会議や事業などの枠組みを設けなくても、多職種連携が実現している場合も多々あるだろう。本項目については、上流または下流のアウトカム項目を評価することでも十分把握できると考えられる。

ⁱ 土屋幸己『地域包括ケアにおける多職種協働の意義』第1回日本医師会在宅医リーダー研修会資料、平成25年8月20日、http://dl.med.or.jp/dl-med/jma/nichii/zaitaku/zleader01/zleader01_2-4.pdf

(9) 地域の課題及びニーズの把握



① 本項目の達成によって実現したい姿

介護予防とは、要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）ことであり、介護保険法第四条においても、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」と明記されている。

介護予防・健康づくりの方法として、ハイリスク・アプローチとポピュレーション・アプローチという二つの手法がある。ハイリスク・アプローチとは、要介護状態となるリスクが高い人を見つけ出して実施する取り組みであるのに対し、ポピュレーション・アプローチでは、集団全体に対して取り組みを行い、その集団全体におけるリスクのレベルを下げていく。一般介護予防事業では、高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させていくものとなった。高齢者の生活の範囲を鑑みると、通いの場は、日常生活圏域あるいはそれよりもさらに小規模な単位の地域ごとに普及していく可能性が高い。地域ごとの課題やニーズを正確に把握することによって、地域にあった介護予防の手法を選択したり、市区町村のなかで優先的に取り組みに着手すべき地域を選定したりすることにつながる。

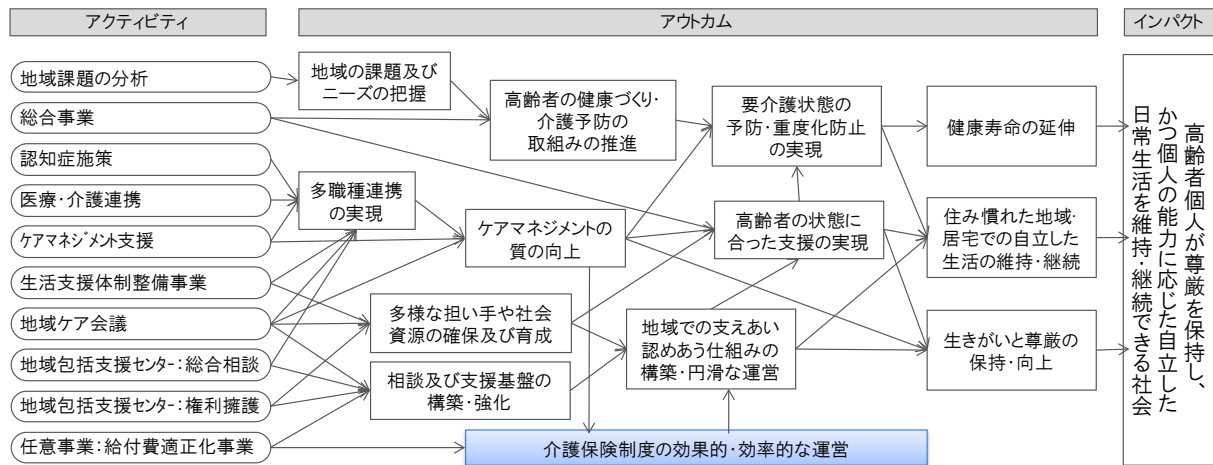
② 本項目の達成のために必要だと考えられるプロセス

当該自治体に特有の課題やニーズ、あるいは自治体のなかの日常生活圏域ごとに特徴的な課題やニーズを把握する方法は多様である。数量データについては、時系列変化の把握や、近隣自治体との比較・全国平均との比較などによって把握が可能になると考えられる。定性的な情報については、ヒアリング調査や地域ケア会議などによって浮かび上がるものも多いだろう。地域課題・ニーズは地域支援事業に関するものだけに限定することは難しく、要介護高齢者も含めた高齢者全体の課題、あるいはさらに障害者なども含めて地域福祉、地域経営全体の課題となる可能性が高い。

③ 本項目の達成度合いを評価するための指標ならび着眼点・留意点

地域の課題やニーズを把握できているかを評価するのは難しい。把握している課題が少ない場合に、把握率が低い可能性もあれば、本当に課題が少ない可能性もある。本項目については、上流または下流のアウトカム項目を評価することでも十分把握できると考えられる。

(10) 介護保険制度の効果的・効率的な運営



① 本項目の達成によって実現したい姿

総合事業については、市町村による効果的・効率的な事業実施（介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針 第1の3）が掲げられているが、介護保険制度全体を効果的・効率的に運営し、持続可能なものとすることで、地域支援事業もまた持続可能なものとなる。

介護保険制度が「効果的・効率的」であるとはすなわち、資源の投入に対して最大の成果を得ることである。介護保険料収入や公費、専門職などの人材や介護サービス事業者、元気な高齢者など担い手となる地域住民、活動拠点など、地域支援事業に投入できる資源には限りがある。一方で、後期高齢者の増加に伴い受益者は増大することは予想されるため、介護保険制度を持続可能なものとするためには、より効果的かつ効率的に運営していく必要がある。これによって、財政面における持続可能性を確保するだけでなく、規範的統合を実現し、地域での支え合いを実現することにも寄与すると考えられる。

② 本項目の達成のために必要だと考えられるプロセス

介護保険制度の効果的・効率的な運営のためには、ケアマネジメントの質の向上によって自立支援を促進することや、給付費適正化事業による保険者機能の発揮などが有効である。介護予防ケアマネジメントを通じて、要支援者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行うことは、介護保険事業全体の効果的・効率的な運営につながると考えられる。また、給付費適正化事業によって、利用者に対する適切な介護サービスを確保するとともに、不適切な給付が削減されることは、介護保険制度の信頼感を高めるとともに、介護給付費や介護保険料の増大を抑制することを通じて、持続可能な介護保険制度の構築に資するものである。

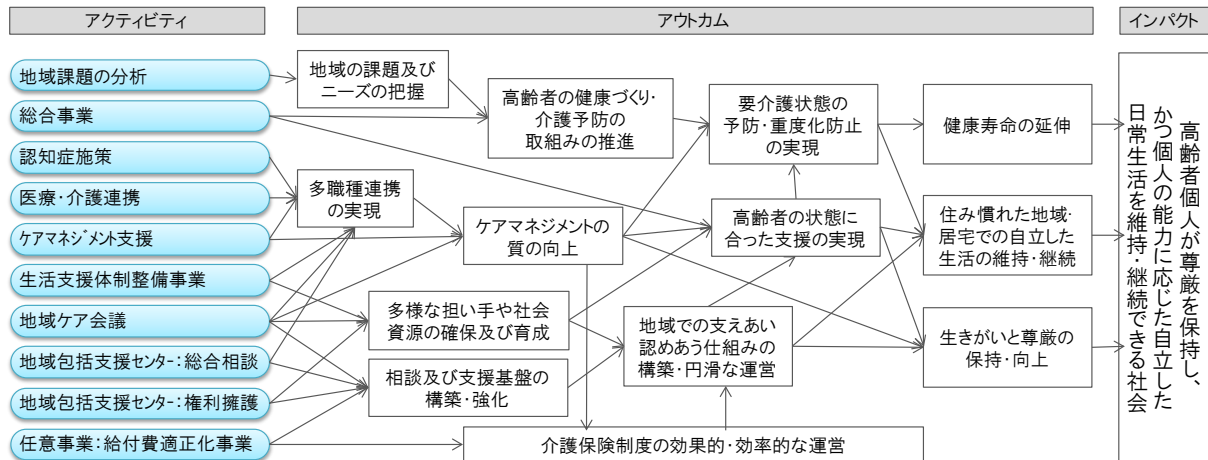
③ 本項目の達成度合いを評価するための指標ならび着眼点・留意点

一人当たりの費用額や費用額の伸び率は、運営の目安になるが、地域によって社会資源の状況などが異なるため、指標に基づく判断は慎重に行う必要があるだろう。

指標候補	既存データ等	備考や留意点
介護予防・日常生活支援総合事業の費用額	介護給付費等 実態調査	・高齢者人口 1 人あたりの費用額 ・費用額の伸び率
予防給付と介護予防・日常生活支援総合事業の費用 総額	介護給付費等 実態調査	・高齢者人口 1 人あたりの費用額 ・費用額の伸び率

4. アクティビティに関する項目とその指標

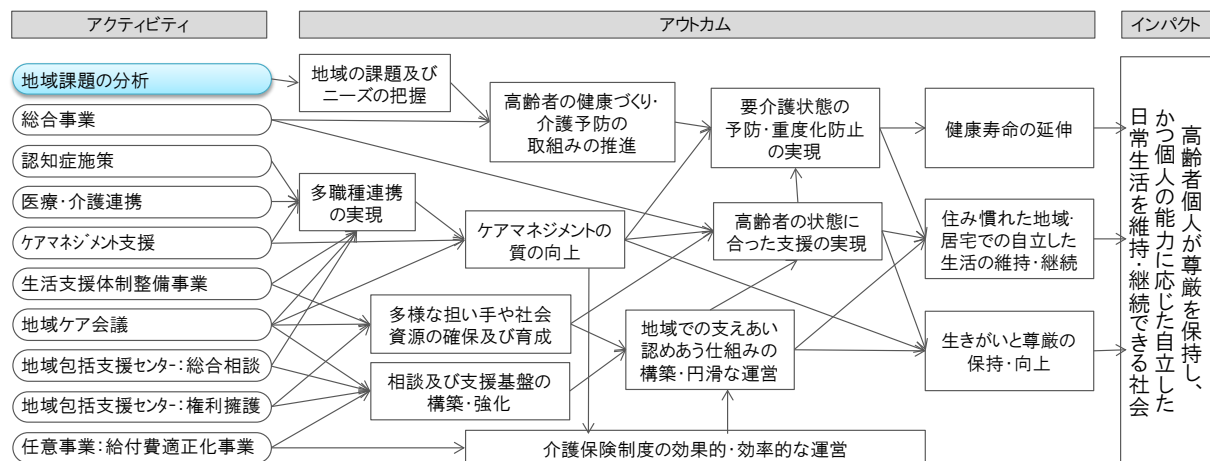
地域支援事業の施策として実施されている各事業について、プロセス指標の候補を整理した。



図表16 アクティビティに関する項目とその評価指標(案) 抜粋

	アクティビティ	評価の視点	具体的な評価指標(案)
(1)	地域課題の分析	地域課題を分析する仕組みがあるか	・地域包括ケア「見える化」システムを活用した課題把握・分析ならびに関係者との共有の実施有無
(2)	総合事業 (介護予防の取組)	通いの場の整備状況	・通いの場の拠点数 ・通いの場の参加率
(3)	認知症施策	認知症総合支援事業	・認知症総合支援事業に関する地域包括支援センターと自治体との協働の状況
		認知症初期集中支援チーム	・認知症初期集中支援チームとの協働の状況
(4)	医療・介護連携	在宅医療・介護連携	・在宅医療・介護連携推進事業の実施
		医療・介護連携	・地区医師会等との定期会合の実施有無
(5)	地域包括支援センター におけるケアマネジメント支援	介護支援専門員の現状把握・実践力養成	・主任介護支援専門員の把握状況 ・研修会・事例検討会の実施状況
		意識共有(規範的統合)	・介護予防や自立支援意識の共有化の実施状況
(6)	生活支援体制整備事業	協議体・生活支援コーディネイター	・協議体・生活支援コーディネイターと地域包括支援センターが協力しているか
		担い手の養成	・ボランティア研修の実施状況、修了者数 ・ボランティア受け入れ登録施設数、受け入れ実績
(7)	地域ケア会議	個別事例検討	・個別会議の開催状況
		ネットワーク構築	・会議に参加している職種の広がり
		ケアマネジメント支援	・地域ケア会議による介護支援専門員の資質向上
		社会資源・地域課題把握	・地域特性・ニーズ把握、マップの作成等の実施有無
(8)	地域包括支援センター における総合相談	総合相談	・相談件数
		高齢者の見守り体制	・見守り体制の整備、見守り体制に関する協議 ・見守りに関わる民間事業者との協定の有無
(9)	地域包括支援センター における権利擁護	成年後見制度の活用	・成年後見制度・地域福祉権利擁護事業の相談件数、利用件数
		高齢者虐待防止	・虐待対応ルールを整備、対応する職員配置
		消費者被害防止	・消費者被害防止に関する地域包括支援センターと自治体との協力濃霧
(10)	任意事業における 給付費適正化事業	ケアプラン点検	・ケアプラン点検件数

(1) 地域課題の分析



① 本項目の達成によって実現したい姿

介護保険制度は各保険者（市町村ならびに広域連合）が運営しているが、各地域が置かれている状況はさまざまである。人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差がある。また地域資源の状況も多様であり、介護関連サービスや地域福祉の基盤の違い、公共交通機関や日用品の調達に必要な商店の密度も異なる。高齢になっても農作業に従事する人が多い地域、冬には雪深く生活のために雪かきがかかせない地域など、気候や文化による違いもある。

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要であり、そのためには地域課題を分析し、課題とニーズを把握することが必要である。それによって、ターゲットを的確に捉え、地域の資源を活用した介護予防の取り組みを推進することが可能になると考えられる。

地域課題の分析を行うことによって、地域の課題及びニーズを的確に把握することを目指す。

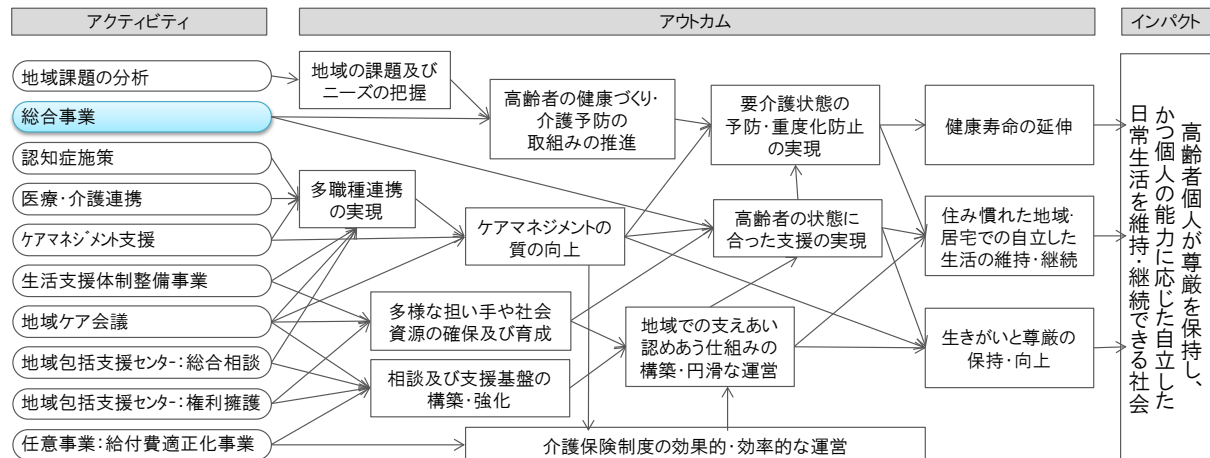
② 本項目の進捗度合いを評価するための指標(候補)ならび着眼点・留意点

地域課題の分析が充分かどうかについては判断が難しいが、例えば国が提供している地域包括ケア「見える化」システムを活用するなどして、自治体の時系列変化や、地域間比較等が可能である。現状分析をもとに、自治体の課題抽出を行うなどの取り組みを行っていれば、地域課題の把握が前進していると言える。また、把握した現状について、自治体職員だけでなく、地域包括ケアに携わる関係機関の専門職、地域の担い手などとわかりやすく共有し、課題認識を共有することも重要である。

地域課題の分析は、分析そのものが目的なわけではなく、その結果として地域の課題やニーズを把握したり、そのなかで優先順位付けをするなどの政策決定に役立てたりすることが目的である。そのことによって、優先すべきターゲットに対して資源を投入したり、新たな社会資源を開発するなど、質の高い事業運営が可能になると期待される。

(参考) 地域包括ケア「見える化」ウェブサイトURL <https://mieruka.mhlw.go.jp/>

(2) 総合事業(介護予防の取組)



①本項目が目指す状態

総合事業のなかで、介護予防・生活支援サービス事業については、地域の社会資源の状況と、高齢者の状態を踏まえて適切なサービスを提供することによって、地域の支え合いを推進するとともに、高齢者の住み慣れた地域での自立した生活の維持・継続を目指しているといえる。一方、一般介護予防事業については、高齢者の介護予防・重度化防止によって、健康寿命を延伸し、自立した生活を送ることができる期間を保つことを目指している。

② 本項目の進捗度合いを評価するための指標(候補)ならび着眼点・留意点

介護予防・生活支援サービス事業については、一人ひとりに合ったサービス内容となっているかという点について、地域ケア会議で検討したり、ケアプラン点検で確認したりするといった方法が考えられるが、一件ずつの定性的な評価になり、客観的・継続的に地域全体の状況を把握するのは難しい。

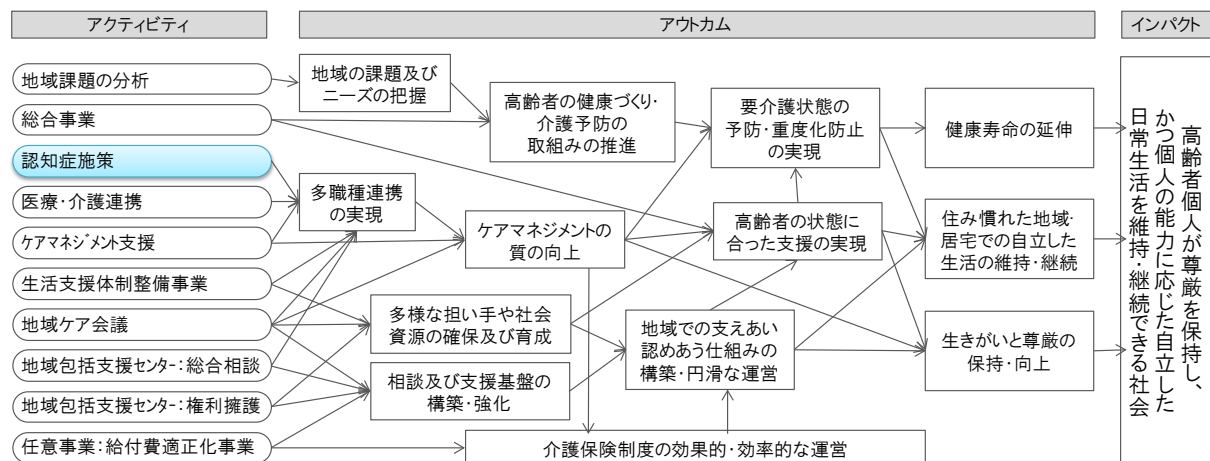
一方、一般介護予防事業については、既存の指標から把握できる要素がある。そのひとつが通いの場の状況である。通いの場が高齢者の外出を促したり、交流の機会を提供するなど、介護予防効果が期待できる。このような場が数多く、あるいは密にあるほうが、通いやすい人口も多くなる。通いの場の状況、ならびに参加状況が指標の一つとして挙げられる。

指標候補	既存データ等	備考や留意点
通いの場の拠点数	介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査	・拠点数を人口や可住地面積などで割るなどして、比較可能な単位に換算する必要がある
通いの場の参加状況	週1回以上の通いの場の参加率 【介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査】※見える化DB項目	・65歳以上全体に限らず、例えば75～84歳など特定の年齢階層に着目することも考えられる ・参加率の伸び率なども算出して指標の一つとすることも考えられる

【本指標を評価する上での留意点】

通いの場については、地域支援事業の枠組みではなく、例えば地域福祉の枠組みで運営されている住民主体のサロンなどがある場合に、これを「介護予防に資する通いの場」として数に含めるかどうかの判断でバラつきが発生する可能性がある点に留意が必要である。

(3) 認知症施策



① 本項目が目指す状態

65 歳以上高齢者の約 7 人に 1 人が認知症であり、軽度認知障害の人と合わせると、65 歳以上の約 4 人に 1 人が認知症の人又はその予備群とも言われている。認知症・軽度認知障害の高齢者のなかには、要介護認定を受けるほどには生活機能が低下していない人がたくさん含まれる。地域支援事業の枠組みにおいても、地域において見守り体制を構築し、必要な場合にはその初期において認知症地域支援推進員や地域包括支援センターなど専門機関につなぐなど、認知症の人に対して適切な支援が行われるようにすることが重要である。認知症施策によって、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現するというのが最終的に目指す姿であるが、より手前にある中間目標としては、認知症の人に対して適切な支援が行われるような関係機関の連携が実現することであるといえる。

② 本項目の進捗度合いを評価するための指標(候補)ならび着眼点・留意点

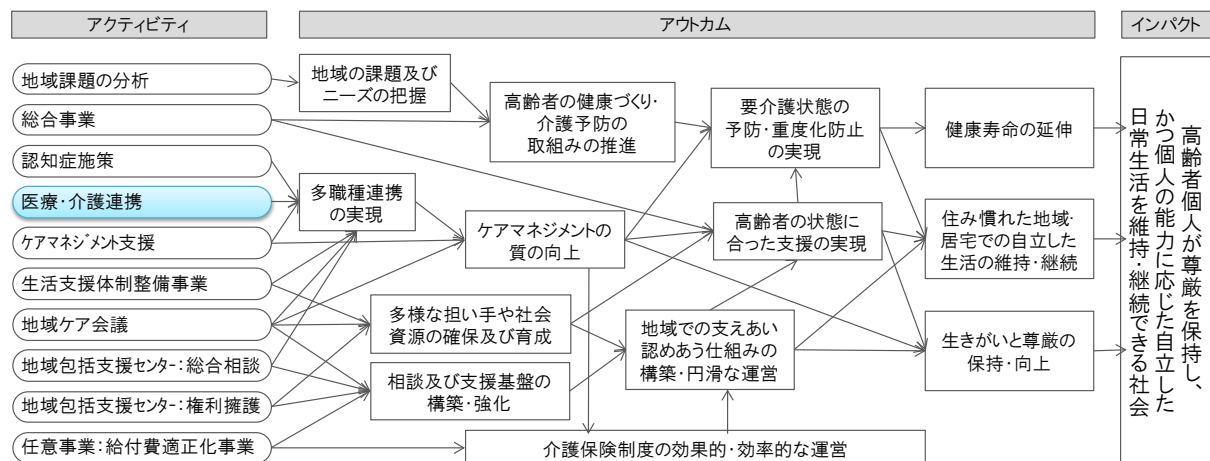
認知症総合支援事業について保険者(市区町村等)と地域包括支援センターが連携できているか、認知症初期集中支援チームが機能しているか、といったことが評価の指標として挙げられる。

指標候補	既存データ等	備考や留意点
認知症総合支援事業に関するセンターとの協働の状況	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	「連携できているか」「協力しているか」などは主観的な判断を伴う。
認知症初期集中支援チームとセンターが業務協力を行っていますか。	市町村と地域包括支援センターの連携・効果的な運営に関する調査 調査票(保険者票)	

【本指標を評価する上での留意点】

連携や協力については、できている／できていない、機能している／機能していない、といった判断が主観的になりがちである。会合を開いている、議題に上っている、といった議事録等で確認できる事実を以って、これらの裏づけにすることも考えられる。しかし一方で、これらの客観的事実を捉えようとすると、形骸化した会合を生み出すリスクもあるので留意が必要である。

(4) 医療・介護連携



① 本項目が目指す状態

医療と介護については、それぞれを支える保険制度が異なることなどにより、多職種間の相互の理解や情報の共有が十分にできていないなどの課題が指摘されてきた。しかし要介護高齢者のほとんどの人が介護だけでなく医療を必要としており、要介護の手前の高齢者においても、医療と生活支援の必要とすることが多い。医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供することが必要であるといえる。これらの課題認識の下、地域支援事業の枠組みで、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しながら、在宅医療・介護連携推進事業として、地域資源の把握や課題抽出、医療・介護関係者の情報共有、多職種連携を促す研修などを実施していくこととされている。ただし、在宅医療・介護連携については地域支援事業の枠組みとは別に、従来からの取り組みなどがあり、必ずしも地域支援事業に限ったことではない点には留意が必要である。

これらを通じて、高齢者が住みなれた地域での日常生活を維持・継続することが最終的なゴールだが、より手前にある中間目標として、多職種連携の実現が挙げられる。

② 本項目の進捗度合いを評価するための指標(候補)ならび着眼点・留意点

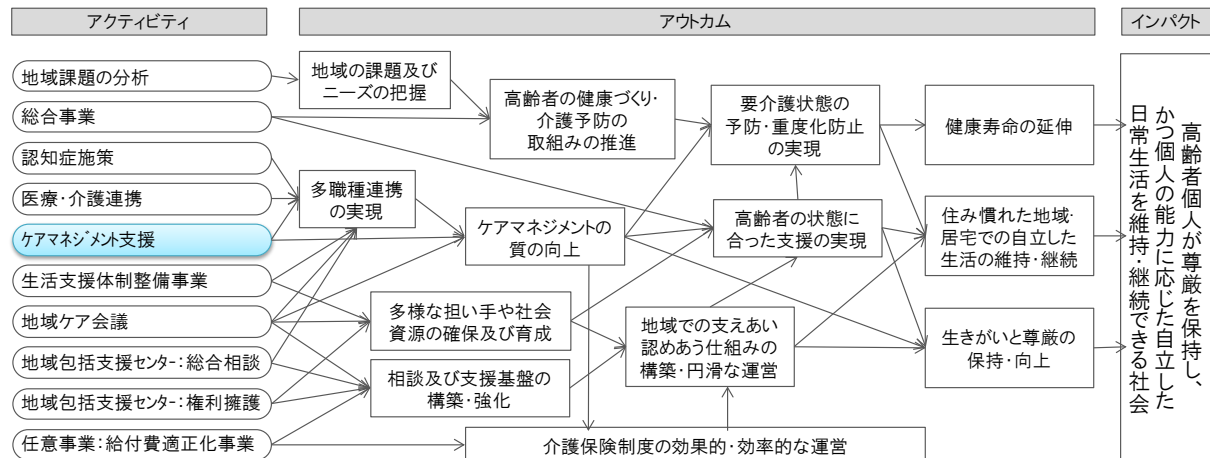
既存調査のなかで、連携状況に関する指標を把握している。

指標候補	既存データ等	備考や留意点
在宅医療・介護連携推進事業に関するセンターとの協働の状況	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	「連携できているか」「協力しているか」などは主観的な判断を伴う。
在宅医療・介護連携を推進するために、センターに対して行っている支援	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	
医療・介護連携に関連して、地区医師会等の医療関係団体と定期的な会議を持っていますか。	市町村と地域包括支援センターの連携・効果的な運営に関する調査 調査票(保険者票)	「連携に関連した会議」であるかどうかは主観的な判断となる

【本指標を評価する上での留意点】

多職種連携の項目とづ用に、連携や協力については、できているかどうかの判断が主観的になりがちである。会合を開いている、議題に上っている、といった議事録等で確認できる事実を以って、これらの裏づけにすることも考えられる。しかし一方で、これらの客観的事実を捉えようとすると、形骸化した会合を生み出すリスクもあるので留意が必要である。

(5) 地域包括支援センターにおけるケアマネジメント支援



① 本項目が目指す状態

地域支援事業の包括的支援事業のなかで、自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント支援を行っていくこととされている。とりわけ要支援などの軽度者のケアマネジメントにおいて、利用者あるいはその家族の要望をそのまま受け入れるのではなく、自立支援の視点から、どうすれば利用者の重度化を防止し、住み慣れた地域・居宅での生活を維持できるかを考えて工夫することが重要である。自立支援の視点から、ケアマネジメントの質が向上することによって、的確なサービスを提供したり、重度化予防を実現するのみならず、介護保険制度をより適切に運営していくことにつながる。

② 本項目の進捗度合いを評価するための指標(候補)ならび着眼点・留意点

介護予防ケアマネジメントの達成度合いについては、まずそのための取り組みを実施しているか、という実態を把握したうえで、さらにその量や質の評価をしていくことになるだろう。既存調査の項目は主観的なものも多いので内容を精査する必要がある。

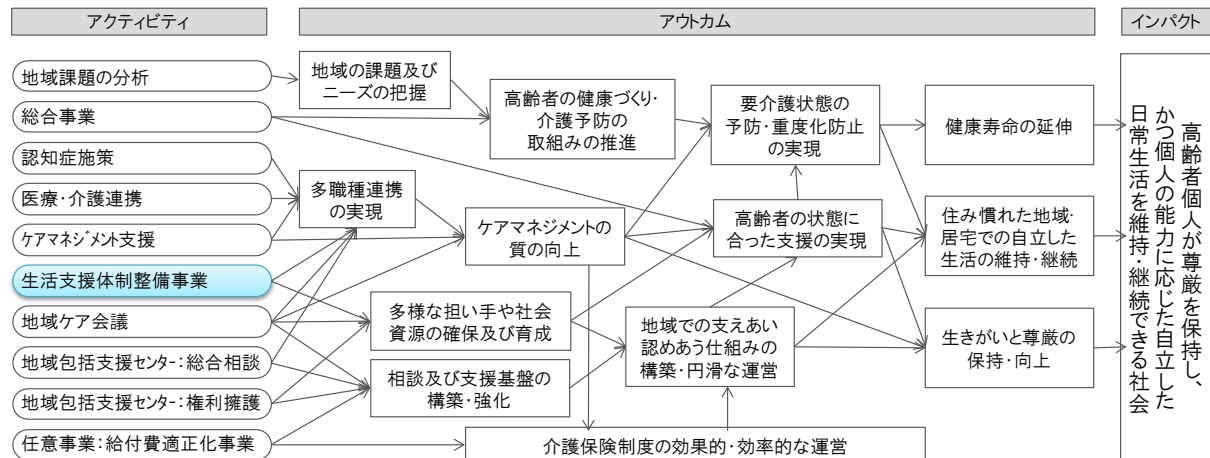
a) 地域の介護支援専門員の現状把握ならびに実践力の養成

指標候補	既存データ等	備考や留意点
包括的・継続的ケアマネジメント支援に関するセンターとの協働の状況	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	「把握している」かどうかは主観的
主任介護支援専門員の把握状況		
日常生活圏域ごとの居宅介護支援事業所のデータを把握していますか。	市町村と地域包括支援センターの連携・効果的な運営に関する調査 調査票(保険者票)	
センターが開催する介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会等の開催計画を作成していますか。		
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務延べ件数	各自治体の介護保険事業計画等	把握は各自治体に委ねられている

b) 自立支援に向けた関係者間での意識の共有(規範的統合の推進)

指標候補	既存データ等	備考や留意点
地域住民への広報や地域の専門職との勉強会など、地域における介護予防や自立支援意識の共有化をどのような関係者や機関と図っていますか。	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	関係機関の種類のみにとどまる

(6) 生活支援体制整備事業



① 本項目が目指す状態

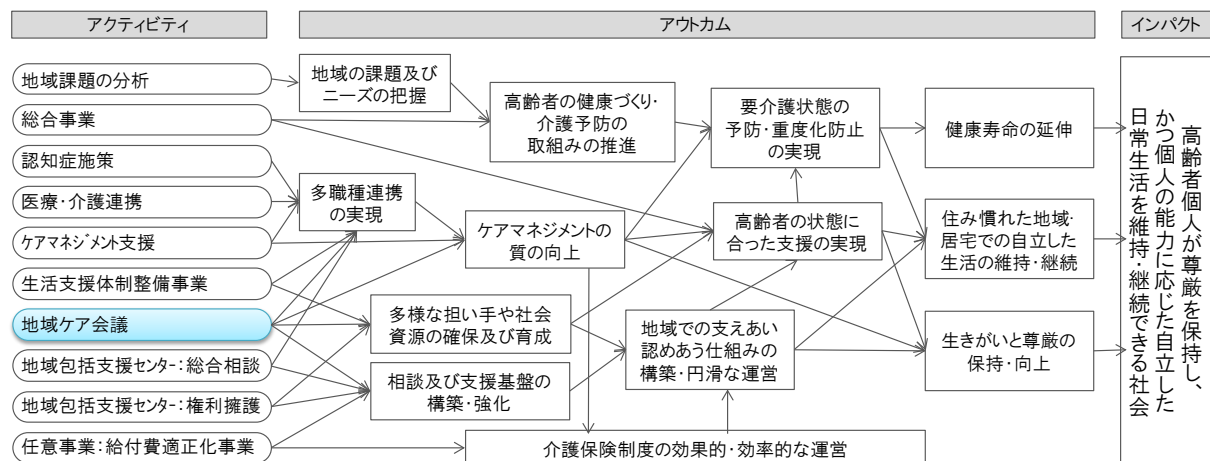
総合事業の実施に当たっては、地域の人材を活用していくことが重要である。とりわけ元気な高齢者については、地域で社会参加できる機会を増やしていくことが、高齢者の介護予防にもつながっていく。できる限り多くの高齢者が、地域で支援を必要とする高齢者の支え手となっていくことで、より良い地域づくりにつながる。このため、総合事業の実施主体である市町村は、生活支援体制整備事業を推進することで、生活支援・介護予防サービスや、地域を支える多様な担い手や社会資源の確保・育成につながっていくことが期待できる。

② 本項目の進捗度合いを評価するための指標(候補)ならび着眼点・留意点

生活支援体制整備事業は、制度としては平成 27 年度以降に開始したものであるが、それ以前からの取り組みが地域支援事業においても実を結んでいる地域も多い。地域の人材を活用して生活支援等を充実させていくことは、地域福祉の枠組みにおける住民参加型在宅福祉サービスの活動や、地区社協におけるサロン活動への住民の参加、あるいは介護予防ボランティアとして元気高齢者の参加を促す、といった他の取り組みとも共通する点が多い。生活支援体制整備事業という名称に捉われすぎると、その実態を正確に把握できない可能性があり、「生活支援体制整備に資する事業」などと捉え、介護保険の枠組みに限らず、地域での活動を評価していくことも一案である。

指標候補	既存データ等	備考や留意点
地域包括の運営協議会で協議したこと 17. 生活支援体制整備事業	地域包括支援センター運営状況調査 (市区町村票)	
生活支援コーディネーターや協議体とセンターが業務協力を行っていますか。	市町村と地域包括支援センターの連携・効果的な運営に関する調査 調査票(保険者票)	
シニアボランティア研修修了者数	各自治体の介護保険事業計画	自治体間で取り組みならびに把握の程度に差がある
ボランティアグループの集いの参加者数	各自治体の介護保険事業計画	
ボランティア育成講座数	各自治体の介護保険事業計画	
シニアボランティア受入れ登録施設等	各自治体の介護保険事業計画	

(7) 地域ケア会議



① 本項目が目指す状態

地域ケア会議は、個別ケースについて、多職種、住民等の地域の関係者間で検討を重ねることにより、地域の共通課題を関係者で共有し、課題解決に向け、関係者間の調整、ネットワーク化、新たな資源開発、さらには施策化を、ボトムアップで図っていく仕組みである。

ここでいう「多職種」とは、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、ケアマネジャー、介護サービス事業者などの専門職、「地域の関係者」としては自治会、民生委員、ボランティア、NPOなどが挙げられる。

個別のケース検討を通じて、ケアマネジメントの質を高めるだけでなく、個別事例を出発点として、多職種連携や地域における支援基盤の整備など個別事例にとどまらない、地域包括ケアの機能を充実させていくことを目指している。

② 本項目の進捗度合いを評価するための指標(候補)ならび着眼点・留意点

地域ケア会議がもつ機能を以下のb)～f)のように細分化して、それぞれについて評価することが考えられる。

会議の開催の有無や回数、検討事例数などについては客観的事実として把握可能であるが、そこでの検討の結果を、個別事例の支援に留まらず、地域全体に還元していったかについては客観的・定量的な把握は難しい部分が多い。ネットワークの構築や社会資源の充実などの地域全体の還元こそが重要であるが、この部分について定量的な評価をすることは難しい面もあり、評価指標の設定に工夫が必要である。

a) 事例検討の実施有無

指標候補	既存データ等	備考や留意点
地域ケア会議の開催状況	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票分と、センター票分の合算が必要)	
地域ケア個別会議の開催状況	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票分と、センター票分の合算が必要)	

b) 地域ケア会議を通じたネットワーク構築の実施有無

指標候補	既存データ等	備考や留意点
地域ケア会議を構築するために行っていること	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	
地域ケア個別会議・推進会議の参加者の職種	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	
地域ケア会議の成果: ネットワーク構築	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	

c) ケアマネジメント支援の実施有無

指標候補	既存データ等	備考や留意点
地域ケア会議の成果: 介護支援専門員の資質向上	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	

d) 地域ケア会議で把握・創出した社会資源の有無

指標候補	既存データ等	備考や留意点
地域ケア会議を構築するために行っていること: 地域特性・ニーズを把握する(マップ作成等を含む)	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	

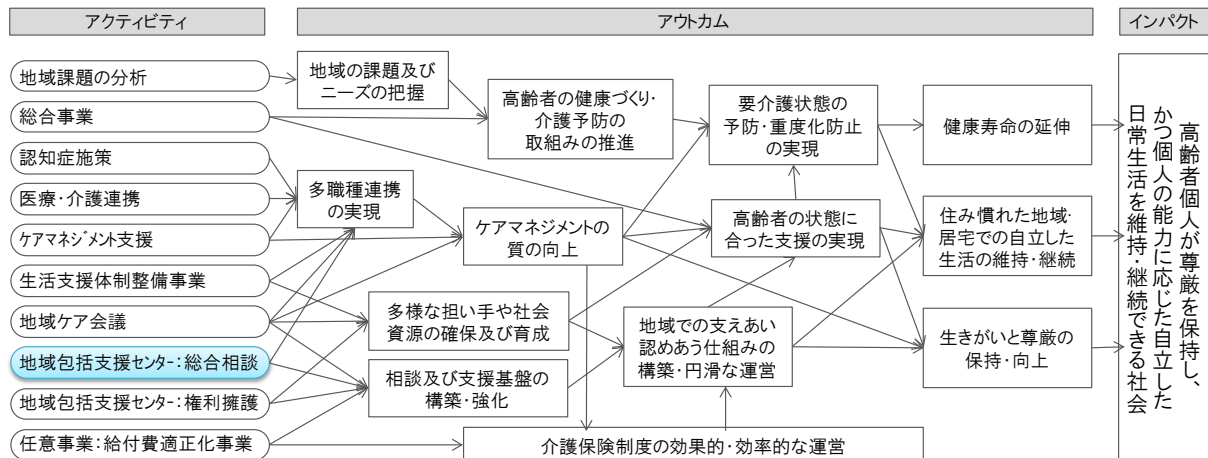
e) 地域における共通課題の把握有無

指標候補	既存データ等	備考や留意点
地域ケア推進会議で議論していたテーマ: 地域課題	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	
地域の課題の解決のために、地域ケア会議を活用していますか。	市町村と地域包括支援センターの連携・効果的な運営に関する調査 調査票(保険者票)	
地域ケア会議の成果: 地域課題発見	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	

f) 施策検討、市町村への施策提言の有無

指標候補	既存データ等	備考や留意点
センター主催の地域ケア会議への市町村職員の参加	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	
地域ケア会議の成果: 政策形成	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	

(8) 地域包括支援センターにおける総合相談



① 本項目が目指す状態

地域包括支援センターでは、高齢者が地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるよう、地域における関係者とのネットワークを構築するとともに、高齢者の心身の状況や生活の実態、必要な支援等を幅広く把握し、相談を受け、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、機関又は制度につなげる等の支援を実施している。具体的には、初期段階では、本人、家族、近隣住民、地域ネットワーク等を通じたさまざまな相談を受けて、的確な状況把握等を行い、専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要かどうかを判断したり、適切な情報提供を行うことにより相談者自身が解決することができると判断した場合には、相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を実施したりしている。また、専門的・継続的な相談支援として、初期段階の相談対応で、専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合には、当事者への訪問、当事者に関わるさまざまな関係者からのより詳細な情報提供を行い、当事者に関する課題を明確にし、個別の支援計画を策定するほか、支援計画に基づき、適切なサービスや制度につなぐとともに、当事者や当該関係機関から、定期的に情報収集を行い、期待された効果の有無を確認する。

総合相談機能の充実を通じて、地域における相談ならびに支援基盤の充実が期待できる。

② 本項目の進捗度合いを評価するための指標(候補)ならび着眼点・留意点

相談についてその件数に着目しがちであるが、何を相談と考えるかは主観的判断を伴う。件数ばかりに目が行ってしまっていて、地域包括にかかってきたすべての問い合わせを「相談」として記録するのは業務効率の低下にもつながる。

重要なのは、相談を通じて支援や安心を実現できたかである。例えば、地域での支え合いや見守りの体制が充実することによって、地域包括支援センターへの相談は逆に減ってくることも考えられる。単純に相談件数にとらわれすぎず、その内容や成果へも目配りすることが重要である。

a) 相談内容に応じた対応状況の把握の有無

相談を必要を拾い出す能力が高い地域包括支援センター、相談対応能力が高い地域包括支援センターがある地域は、課題を早期発見して深刻化する前に予防をしたり、課題を抱えながら住み慣れた地域で高齢者が暮らし続けることを支援したりできている可能性が高いと考えられる。

指標候補	既存データ等	備考や留意点
地域包括支援センターと市区町村の総合相談業務における協働	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票) Q25	
前年度(平成 27 年度)1年間における相談件数の全センター合計は、何件ですか。	市町村と地域包括支援センターの連携・効果的な運営に関する調査 調査票(保険者票) II 1(1)③	
地域包括支援センター 総合相談支援業務 件数	介護保険事業計画に掲載がある自治体もある	

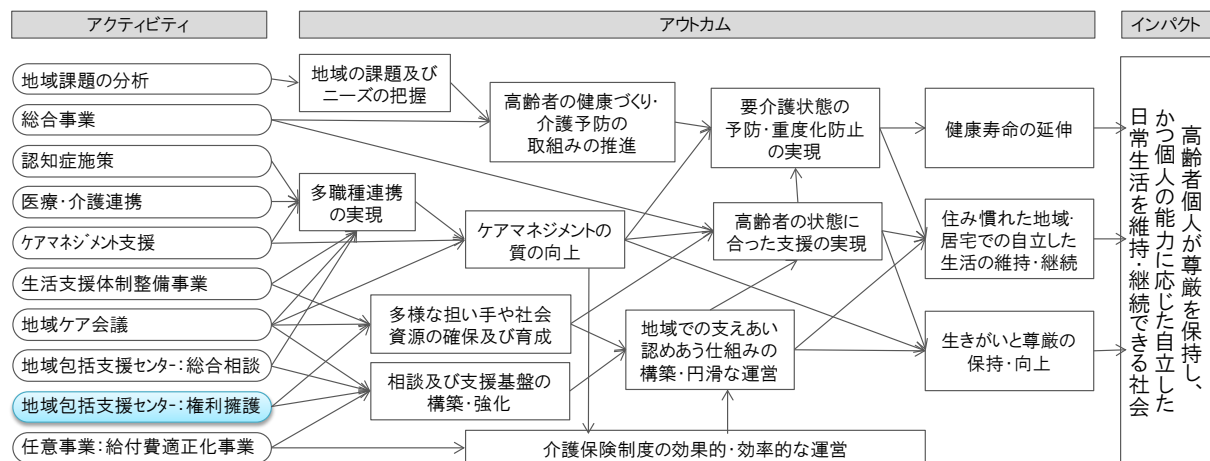
b) 地域包括支援センターの総合相談事業を通じた地域の社会資源の把握の有無

指標候補	既存データ等	備考や留意点
総合相談業務に関するセンターとの協働の状況: 地域の社会資源やニーズ・実態把握	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	
総合相談業務に関するセンターとの協働の状況 : 社会資源の開発や地域課題への取組	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	

c) 独居高齢者の把握ならびに独居高齢者に対する支援基盤の構築有無

指標候補	既存データ等	備考や留意点
高齢者の見守り体制を協議する場合(会議等)	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	
高齢者の見守り体制を整備していますか	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	
地域の民間事業者等との見守りに関わる協定の締結状況	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	

(9) 地域包括支援センターにおける権利擁護



① 本項目が目指す状態

地域支援事業の包括的支援事業のなかで、被保険者に対する虐待の防止、その早期発見のための事業、被保険者の権利擁護のため必要な援助を行う事業を実施するとされている（介護保険法第百十五条の四十五の２）。具体的には権利侵害を受けている、または受ける可能性が高いと考えられる高齢者が、地域で安心して尊厳のある生活を行うことができるよう、権利侵害の予防や対応を専門的に行うものである。

認知症により判断能力を欠く常況にある高齢者は虐待などの権利侵害を受けていても発見が遅くなってしまうことがある。権利侵害は、介護者の介護疲れや、認知症による高齢者の言動の混乱、高齢者と家族・親族との人間関係など、さまざまな要因によって発生しうる。

権利擁護によって、高齢者の尊厳を保持することが最終的な目標であるが、早期発見と支援を可能にする相談体制・支援基盤の充実がその手前の中間的な目標であると位置づけられるだろう。

図表17 虐待の種類と内容

身体的虐待	暴力的行為によって身体に傷やアザ、痛みを与える行為や外部との接触を意図的、継続的に遮断する行為
心理的虐待	脅しや侮辱などの言葉や態度、無視、嫌がらせ等によって精神的に苦痛を与えること。
性的虐待	本人が同意していない、性的な行為やその強要
経済的虐待	本人の合意なしに財産や金銭を使用し、本人が希望する金銭の使用を理由なく制限すること。
介護・世話の放棄・放任	必要な介護サービスの利用を妨げる、世話をしない等により、高齢者の生活環境や身体的・精神的状態を悪化させること。

（資料）東京都福祉保健局ウェブサイトをもとに日本総研にて作成

<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/gyakutai/shuruitoteido/>

② 本項目の進捗度合いを評価するための指標(候補)ならび着眼点・留意点

権利擁護に関する取り組みは、これで十分であるという判断は難しい。把握している権利侵害事案が少ない場合に、発生している事案が少ないのか、発生件数が多いにもかかわらず把握率が低いのかはわかりづらい。また早期発見や相談体制の充実によって、一時的に把握件数が増える可能性もある。件数が増加した場合に、把握率が高まった考えるべきなのか、権利侵害の発生が増えていると考えるべきなのかについて、慎重な判断が求められる。

a) 成年後見制度の活用取組の有無

成年後見制度の活用については、地域包括支援センターや市区町村の関連窓口を経て制度の利用に至った場合は把握が可能だが、本人・家族が直接裁判所で手続をした場合については把握できない。

指標候補	既存データ等	備考や留意点
権利擁護業務に関するセンターとの協働の状況 2)成年後見制度の利用支援	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	
成年後見人養成研修修了者数・養成人数	各自治体の介護保険事業計画	
地域福祉権利擁護事業利用件数(年間)	各自治体の介護保険事業計画	

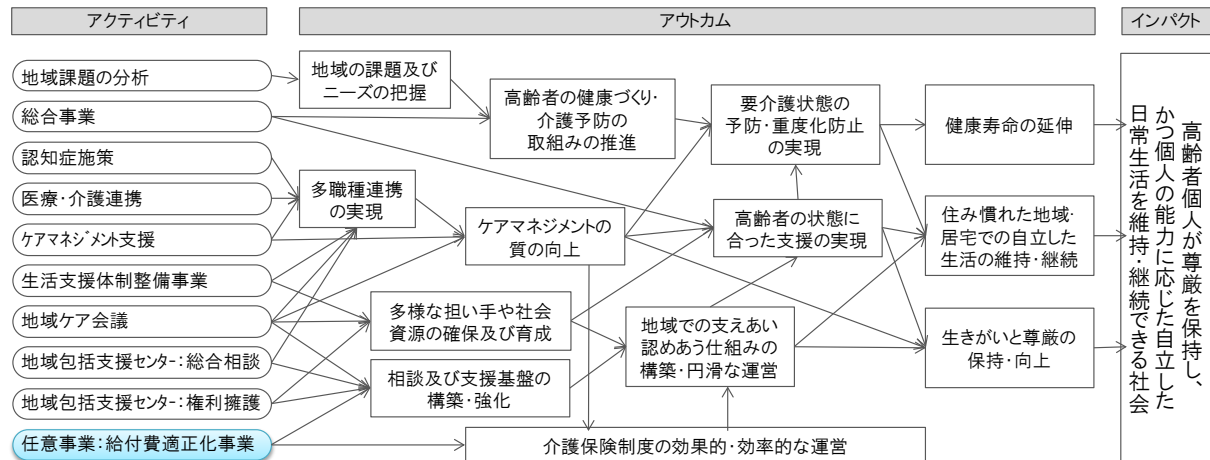
b) 高齢者虐待防止の連絡会議の設置の有無

指標候補	既存データ等	備考や留意点
権利擁護業務に関するセンターとの協働の状況 1)高齢者虐待防止・対応	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	
高齢者虐待対応 ①高齢者虐待防止法第15条で規定されている「専門的に従事する職員」の配置	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	
高齢者虐待対応 ②高齢者虐待対応の支援計画の策定有無	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	
高齢者虐待対応 ③高齢者虐待対応のルール等の有無	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	
高齢者虐待対応 ④高齢者虐待対応に関して、センターから相談や連絡があったり、連携して対応した事項等がありますか。	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	
前年度1年間における虐待事例の全センター合計件数	市町村と地域包括支援センターの連携・効果的な運営に関する調査 調査票(保険者票)	
虐待の届出・相談件数	各自治体の介護保険事業計画	

c) 消費者被害の防止取組の有無

指標候補	既存データ等	備考や留意点
権利擁護業務に関するセンターとの協働の状況: 消費者被害防止・対応	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)	

(10) 任意事業(給付費適正化事業)



① 本項目が目指す状態

介護保険法第百十五条の四十五の3において、地域支援事業の任意事業として、介護給付等費用適正化事業・家族介護支援事業・他介護保険事業の運営の安定化及び被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要なその他の事業を実施することができると定められている。

任意事業のなかには、アクティビティ (1)～(9) で挙げてきた介護予防・日常生活支援総合事業や包括的支援事業から至るアウトカム項目と共通する部分もあるので本項で取り上げるのは割愛し、至るアウトカムがアクティビティ (1)～(9) とは異なると考えられる介護給付等費用適正化事業については、取り上げる。

介護給付等費用適正化事業は任意事業ではあるが、ほぼすべての保険者において実施されている。介護給付等費用適正化事業によって、利用者に対する適切な介護サービスを確保するとともに、不適切な給付が削減されることは、介護保険制度の信頼感を高めるとともに、介護給付費や介護保険料の増大を抑制することを通じて、持続可能な介護保険制度の構築に資するものである。介護保険制度が持続可能であることは、地域支援事業の安定的な運営にも必要な基盤である。

図表18 介護給付等費用適正化事業の実施率

	平成 21年度	平成 22年度	平成 23年度
適正化事業	99%	99%	99%
要介護認定の適正化 ※認定調査状況チェック	94%	94%	95%
ケアマネジメント等の適切化			
※ケアプランの点検	56%	65%	61%
※住宅改修等の点検	84%	84%	82%
サービス提供体制及び介護報酬請求の適正化			
※「医療情報との突合」・「縦覧点検」	74%	78%	79%
※介護給付費通知	63%	68%	69%

(資料) <http://www.mhlw.go.jp/topics/2013/02/dl/tp0215-11-21d.pdf>

② 本項目の進捗度合いを評価するための指標(候補)ならび着眼点・留意点

介護給付等費用適正化事業のなかで、要介護認定の適正化のための認定調査状況チェック、ケアマネジメント等の適切化のためのケアプランの点検・住宅改修等の点検、サービス提供体制及び介護報酬請求の適正化のための医療情報との突合・縦覧点検、介護給付費通知などが行われている。

このなかで、とりわけケアプラン点検については、給付費適正化という側面だけでなく、保険者とケアマネジャーがケアプランを介して向き合い、地域課題を拾い出し、社会資源を発掘していくという意味でも効果が期待できる。

指標候補	既存データ等	備考や留意点
ケアプラン点検実施率	(なし)	ケアプラン点検件数÷ケアプラン総数、などとして算出することが考えられる。

【本指標を評価する上での留意点】

ケアプランの点検件数、あるいはケアプランに占める点検実施率が高いことに意味があるわけではない。ケアプラン点検を通じて、例えば新人のケアマネジャーが見落としがちな視点を見つけてケアマネジメント支援に役立てたり、社会資源がないためにやむを得ずサービス利用しているケースが多いのであれば、社会資源の開発に役立てたりするなど、点検の結果として何をしているのかが重要である。

第3節 指標の検証にかかる研究設計

1. 指標の検証にかかる研究の目的

今年度の調査研究事業とのなかで仮説としてインパクトマップの設計を行い、それぞれの項目についての現状を把握するための指標の候補を整理した。

実際に指標をインパクトマップに当てはめ、指標の相関あるいは因果関係が認められれば、この指標によって地域支援事業の進捗を把握できるという裏付けにつながる。具体的には、以下のような方法で指標を検証していくことが有効であると考えられる。

2. 検証の対象について

(1) 考え方

二つの視点から分析を行う。

第一は、ある指標を高めると、それと連動して、あるいは同時期に他の指標がどのように変化するかを分析する。自治体内での時系列変化を把握するという視点である。因果関係を証明するのは難しいが、何らかの相関があることが示唆されることにより、インパクトマップの裏付けのひとつとなることが期待できる。

第二は、自治体間の比較を行い、ある指標が高い自治体群は、低い自治体群に比べて、他の指標がどのように異なるかの視点である。これについても、インパクトマップの裏付けとなる可能性があるほか、他の自治体のベンチマークをしたり、効果的な取り組みが普及したりすることを後押しすることになるだろう。

(2) 対象自治体の選定

すでに地域包括ケアの取り組みが進んでいる自治体では、その出発点となる指標を読み解くことが難しい。検証にあたっては、できる限り「ほとんど取り組みをしていない自治体」が「取り組みをすることによってどう指標が変わるか」を捉えることが望ましい。

また、自治体間の横断的な比較をする際にも、取り組みが進んでいる自治体とそうでない自治体とを比較することは難しい。また取り組みが進んでいない自治体というのは類似しているが、地域包括ケアの取り組みは多様なため、「取り組みが進んでいる」場合にそのやり方は多様である。

このため、モデル事業実施自治体や、先進的であるとして事例集等で取り上げられている自治体は、本調査研究の対象からは除外し、「標準的な」自治体を対象に時系列ならびに横断的な比較を行うほうが妥当であると考えられる。

3. 自治体の選定方法

(1) 総合事業の取り組みをもとにした6分類

① 先進自治体の除外

総合事業の開始よりも前に実質的には取り組みが始まっていた自治体を選別するため

- ・ 市町村介護予防強化推進事業 12 自治体
- ・ 「地域包括ケアシステム」事例集 約 50 自治体（広域連合等あり）
- ・ 地域包括ケアシステム情報支援事業（全国保険者におけるベストプラクティス抽出調査）30 自治体は「先行的取り組みあり」として区分した。

② これから取り組みをする自治体 の選別

総合事業の開始のタイミングを 3 期に分けた。

平成 27 年度末ぎりぎりにスタートする自治体が多かったため、平成 27 年 4 月～12 月を「早期」、平成 28 年 1 月～平成 29 年 3 月までを「中期」、平成 29 年 4 月以降を「後期」とした。

③ 6 類型への分類

上記①と②をもとに、全国の自治体（保険者）を 6 つの類型に区分した。

図表19 先進自治体かどうかと総合事業の開始時期による 6 類型

		先行的取組あり (モデル事業実施自治体等)	左記以外
早期開始	平成 27 年 4 月～12 月	類型 1・・・16 カ所	類型 2・・・79 カ所
中期開始	平成 28 年 1 月～3 月 平成 28 年度	類型 3・・・30 カ所	類型 4・・・501 カ所
後期開始	平成 29 年度	類型 5・・・34 カ所	類型 6・・・919 カ所

(2) 地域特性をもとにしたタイプ分け

総合事業開始前にはあまり取り組みがなかった可能性が高い「類型 2」「類型 4」「類型 6」を検証（研究）の対象とする。ただし比較にあたっては、前提となる地域特性の違いを踏まえる必要がある。このため、地域特性（人口規模や人口密度など）、介護保険運営上の特性（認定率や施設比率など）、自治体特性（経常収支比率など）に注目して、タイプ分けを行った。

特性を表す指標として、公表データから約 40 の指標を取り出し、統計ソフト（SPSS ver. 21）で変数のクラスター分析を行った。その結果を踏まえ、代表的かつ欠損値が少ない 9 指標にしぼりこんだ。なお、広域連合等については参照する統計の制約などがあり分析対象から除外した場合がある。

図表20 地域特性に基づくクラスター分けに用いた指標

- 人口 2015 年総数日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）
- 可住地面積 あたり人口
- 高齢化率 2025
- 高齢化率伸び 2015 から 2025
- 重度者比率(要介護 3 以上÷認定者数)
- 介護保険料伸び率%(5 期～6 期)
- 要介護者一人当たり介護サービス件数
- 施設介護サービス件数÷介護サービス件数（総数）
- 認定率(認定者÷高齢者人口)

この 9 指標をもと自治体のクラスター分析を行い、12 のクラスターに分けた。12 クラスターのうち 7 クラスター(下図の※印)は、政令市など外れ値の自治体であるため、分析対象から除外する。

クラスター2 は、人口 10 万人規模の市で、要介護認定率(認定者数÷高齢者人口)が 16%ぐらい、2025 年に予想される高齢化率が 30%ぐらいの自治体が多い。クラスター8 は、人口 2 万人規模の市や町が多く、要介護認定率が 18%ぐらい、2025 年に予想される高齢化率が 38%ぐらいの自治体が多い。例えば、自治体属性が似ているクラスター8 どうして、早期開始の自治体と後期開始(未開始)の自治体との評価指標を比較したり（図表 21 の矢印）、時系列の変化を把握することによって指標の検証を行う。

図表21 クラスターごとの自治体数

	クラスター1※	クラスター2	クラスター3	クラスター4※	クラスター5※	クラスター6	クラスター7	クラスター8	クラスター9※	クラスター10※	クラスター11※	クラスター12※	合計
早期開始で取組あり	0	9	1	0	0	0	1	5	0	0	0	0	16
早期開始で取組なし	0	20	3	0	0	2	2	46	0	0	0	0	73
中期開始で取組あり	0	7	2	0	1	1	5	6	1	0	0	2	25
中期開始で取組なし	0	77	10	0	0	4	17	347	0	1	0	0	456
後期開始で取組あり	0	9	1	0	0	2	4	14	0	1	1	1	33
後期開始で取組なし	1	135	18	2	0	4	35	670	0	2	0	2	869
	1	257	35	2	1	13	64	1,088	1	4	1	5	1,472

※ クラスター1,4,5,9,10,11,12 の自治体は右の通り。札幌市、さいたま市、名古屋市、横浜市、川崎市、大阪市、仙台市、広島市、京都市、千葉市、神戸市、世田谷区、福岡市、堺市、北九州市（順不同）

ワスター 分析に 使用した 指標	ワスター-2				ワスター-3				ワスター-6				ワスター-7				ワスター-8				
	早期開始で取組なし		後期開始で取組なし		早期開始で取組なし		後期開始で取組なし		早期開始で取組なし		後期開始で取組なし		早期開始で取組なし		後期開始で取組なし		早期開始で取組なし		後期開始で取組なし		
	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値	
★	人口2015年総数日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）																				
	102,441	92,013	111,647	103,976	401,060	373,893	453,486	439,465	716,208	716,208	731,635	762,473	716,208	210,924	210,924	276,076	266,577	25,660	23,716	21,225	15,293
	28,068	26,333	30,221	28,236	102,218	99,199	114,729	117,730	156,777	156,777	189,797	195,395	156,777	55,210	55,210	73,462	74,189	7,885	7,197	6,578	5,171
	13,634	13,609	14,306	13,272	48,300	47,197	52,791	54,945	74,615	74,615	94,769	97,653	74,615	25,703	25,703	34,536	35,090	4,186	3,840	3,381	2,677
	97,243	85,930	105,647	97,465	391,326	375,031	439,077	433,551	720,112	720,112	701,545	734,634	720,112	200,104	200,104	262,640	252,186	23,392	20,793	19,311	13,728
	30,185	26,725	32,483	30,636	110,514	107,481	125,303	125,652	179,079	179,079	213,111	218,876	179,079	60,347	60,347	78,897	77,963	8,211	7,748	6,800	5,165
	17,923	16,255	19,263	17,490	65,770	64,670	74,582	77,342	105,993	105,993	123,442	127,605	105,993	35,343	35,343	47,376	46,898	4,780	4,402	4,044	3,101
	93,830	82,780	101,706	94,267	382,533	371,422	427,343	428,802	713,120	713,120	680,537	713,487	713,120	192,788	192,788	253,330	239,652	22,190	19,365	18,270	12,680
	30,252	25,986	32,474	30,076	111,939	108,589	127,579	130,212	194,128	194,128	194,128	216,768	194,128	60,487	60,487	79,536	79,689	8,003	7,614	6,608	4,903
	18,750	16,669	20,148	18,349	68,804	68,054	78,054	80,434	110,975	110,975	110,975	133,052	110,975	37,571	37,571	49,190	48,214	5,010	4,729	4,200	3,190
	637	535	724	622	3,724	2,977	3,523	3,348	3,288	3,288	3,288	4,644	3,288	993	993	2,226	2,005	190	159	146	94
	618	584	711	636	2,456	2,054	3,066	2,871	2,869	2,869	5,094	5,318	2,869	1,388	1,388	1,940	1,960	174	152	154	109
	913	957	1,028	936	3,851	3,614	3,973	3,857	5,705	5,705	7,734	7,701	5,705	1,869	1,869	2,577	2,505	287	269	232	175
	777	761	887	797	2,506	2,637	3,519	3,578	4,786	4,786	5,793	5,810	4,786	1,856	1,856	2,204	2,125	251	199	213	160
	604	567	672	634	2,109	2,154	2,597	2,467	3,565	3,565	4,578	4,239	3,565	1,483	1,483	1,638	1,592	201	176	165	126
	566	530	621	568	2,177	2,448	2,183	2,351	3,058	3,058	4,137	4,294	3,058	1,252	1,252	1,491	1,457	195	168	154	118
458	418	511	466	1,736	1,602	1,957	1,950	2,698	2,698	3,600	3,463	2,698	1,034	1,034	1,249	1,240	152	145	127	98	
38,053	33,060	41,629	38,660	164,697	170,020	177,977	181,295	291,315	291,315	283,580	292,400	283,580	79,480	79,480	112,255	108,650	12,590	12,480	12,200	10,950	
19,199	17,990	20,748	19,240	70,781	66,603	79,001	78,903	107,296	107,296	129,713	132,631	107,296	37,461	37,461	50,856	50,428	5,497	5,189	4,541	3,508	
112,791	115,765	124,442	115,142	473,899	415,240	527,857	514,556	697,814	697,814	850,073	866,724	697,814	251,880	251,880	329,717	329,380	33,323	29,903	27,199	20,716	
100,332	103,087	110,980	104,397	423,350	367,270	481,831	465,083	645,564	645,564	747,746	765,511	645,564	224,603	224,603	298,596	294,257	28,756	26,001	23,601	17,824	
34,176	34,013	37,966	34,561	146,587	129,111	160,042	151,720	205,179	205,179	260,392	263,055	260,392	74,329	74,329	101,044	104,262	10,254	9,265	8,361	6,201	
3,831	3,895	4,081	3,471	22,958	18,578	14,803	12,056	15,657	15,657	33,812	32,867	33,812	7,993	7,993	10,589	8,776	1,353	964	986	693	
3,761	3,855	4,026	3,415	21,565	18,088	14,559	11,731	15,188	15,188	33,377	32,304	33,377	7,833	7,833	10,327	8,605	1,337	945	977	683	
8,627	8,435	9,380	8,957	27,591	29,392	32,210	36,594	68,515	68,515	68,346	68,515	68,346	19,285	19,285	20,532	20,125	3,214	2,989	2,613	2,000	
8,549	8,359	9,312	8,915	27,217	29,221	30,920	32,058	36,394	36,394	68,006	67,785	68,006	18,972	18,972	20,281	19,949	3,201	2,962	2,603	1,989	
4,733	4,842	4,726	4,680	5,067	5,000	5,116	5,183	5,020	5,020	5,020	5,165	5,020	5,263	5,263	5,017	4,998	4,917	4,815	4,743	4,780	
5,229	5,270	5,261	5,180	5,789	5,867	5,527	5,535	5,363	5,363	5,363	5,710	5,733	5,654	5,654	5,483	5,651	5,402	5,398	5,407	5,400	
6.3	5.5	6.3	5.0	26.3	27.0	26.2	24.5	19.0	19.0	58.8	58.5	58.8	8.5	8.5	17.4	16.0	2.4	2.0	1.5	1.0	
75.9	76.5	77.3	71.0	368.7	339.0	371.1	390.0	468.0	468.0	602.3	621.0	468.0	62.0	62.0	141.0	141.0	232.0	26.5	17.5	15.0	
4.9	4.5	5.4	5.0	16.0	19.0	16.6	16.0	16.0	16.0	16.0	32.5	31.5	11.0	11.0	11.1	11.1	11.0	2.0	2.0	1.7	
264.8	133.2	239.9	110.9	333.4	459.4	361.6	396.9	49.0	49.0	805.2	636.7	533.7	533.7	533.7	273.6	191.7	195.8	136.5	194.2	118.1	
85.3	71.7	98.8	79.3	174.7	246.3	174.3	170.6	49.0	49.0	432.8	406.1	406.1	247.1	247.1	125.0	122.6	65.7	49.0	54.9	37.6	
0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8	0.8	0.4	0.4	0.4	0.8	0.7	0.9	0.9	0.9	0.8	0.5	0.4	0.4	0.4	
90.3	90.1	89.7	89.6	83.2	87.3	88.8	90.1	78.0	78.0	91.0	90.6	91.0	87.7	87.7	91.7	92.2	86.9	88.8	85.6	86.2	
6.9	7.8	7.1	6.8	2.4	4.7	5.7	5.9	-4.6	-4.6	8.4	9.4	8.4	8.3	8.3	6.8	6.7	8.6	8.9	8.8	8.8	
1,560	775	1,952	1,008	6,050	883	3,676	1,214	14,627	14,627	14,627	14,627	14,627	1,148	1,100	1,297	3,856	1,721	388	127	434	
★	2,370	1,367	2,515	1,504	6,587	1,794	4,572	2,425	14,627	14,627	14,627	14,627	1,871	1,939	1,901	4,535	2,500	614	432	709	
	2.7	2.7	2.7	2.7	2.5	2.7	2.6	2.5	2.5	2.5	2.6	2.7	2.7	2.7	2.5	2.5	2.7	2.8	2.7	2.8	
	27.6	27.3	27.1	27.1	25.3	26.7	25.3	25.5	21.8	21.8	25.9	25.9	26.4	26.4	26.6	26.3	32.4	32.7	33.6	33.5	
★	14	12	13	13	12	13	12	12	10	10	13	13	12	12	12	12	18	18	18	18	
	31.5	30.8	30.9	31.3	28.1	29.8	28.7	28.4	24.7	24.7	30.4	30.6	30.5	30.5	30.1	29.9	37.6	37.5	38.5	38.8	
	19	18	18	18	17	18	17	17	15	15	18	18	18	18	18	22	22	23	23	23	
	33	32	32	32	29	31	30	30	27	27	32	32	32	32	31	31	39	39	40	40	
	20	20	20	20	18	19	18	18	15	15	20	20	20	20	19	19	25	25	26	25	
★	3.9	3.9	3.8	3.7	2.7	3.1	3.3	3.1	2.9	2.9	4.5	4.3	4.1	4.1	3.5	3.5	5.2	5.1	4.9	4.9	
	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	
	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	6	6	6	6	5	5	6	6	6	6	
	7	7	7	7	6	7	7	7	5	5	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	
★	35.6	35.4	35.1	34.7	32.9	31.2	32.6	31.7	35.8	35.8	34.5	34.1	38.3	38.3	33.1	33.0	39.3	38.6	38.5	38.3	
★	10.9	10.4	11.6	11.3	14.5	12.8	8.1	9.7	6.6	6.6	8.3	5.9	10.6	10.6	9.3	8.0	10.5	10.9	14.6	12.8	
★	24.7	24.6	24.1	24.0	25.7	25.3	25.3	25.4	26.9	26.9	23.8	23.9	25.7	25.7	24.9	25.0	22.6	23.4	22.5	22.7	
★	7.6	7.5	7.8	7.6	5																

4. 収集する指標

① 既存調査結果から収集する項目(案)

a) 改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果(見える化データベース)

- ・ 主観的幸福感の高い高齢者の割合
- ・ ボランティアに参加している高齢者の割合
- ・ 地域づくりへの参加意向のある高齢者の割合
- ・ 地域づくりへの企画・運営(お世話役)としての参加意向のある高齢者の割合
- ・ 主観的健康観の高い高齢者の割合
- ・ スポーツ関係のグループやクラブに参加している高齢者の割合
- ・ 趣味関係のグループに参加している高齢者の割合
- ・ 学習・教養サークルに参加している高齢者の割合
- ・ 運動器機能リスク高齢者の割合
- ・ 転倒リスク高齢者の割合
- ・ 認知症リスク高齢者の割合
- ・ 口腔機能リスク高齢者の割合
- ・ 愚痴を聞いてくれる/聞いてあげる人・看病をしてくれる/してあげる人のいずれもない人

b) 介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査

- ・ 週1回以上の通いの場の参加率

c) 介護保険事業状況報告

- ・ 在宅高齢者率 (施設・居住系・在宅受給者数)

d) 介護保険総合 DB

- ・ 認定情報(被保険者区分別・取下区分別・申請区分別・申請件数)
- ・ 65歳以上要支援・要介護認定率
- ・ 65歳以上新規認定申請者の割合
- ・ 65歳以上新規認定者の割合
- ・ 65歳以上新規認定者の平均年齢
- ・ 介護予防・日常生活支援総合事業の費用額
- ・ 予防給付と介護予防・日常生活支援総合事業の費用総額

e) 地域包括支援センター運営状況調査

- ・ 地域ケア会議の開催状況
- ・ 地域ケア会議を構築するために行っていること
- ・ 地域ケア推進会議の参加者の職種
- ・ 地域ケア会議の成果
- ・ 地域ケア会議を構築するために行っていること

- ・ 地域ケア推進会議で議論していたテーマ
- ・ センター主催の地域ケア会議への市町村職員の参加
- ・ 総合相談業務に関するセンターとの協働の状況
- ・ 高齢者の見守り体制を協議する場（会議等）
- ・ 高齢者の見守り体制を整備していますか
- ・ 地域の民間事業者等との見守りに関わる協定の締結状況
- ・ 権利擁護業務に関するセンターとの協働の状況
- ・ 高齢者虐待対応

f) 市町村と地域包括支援センターの連携・効果的な運営に関する調査

- ・ 認知症初期集中支援チームと地域包括支援センターが業務協力を行っているか
- ・ 医療・介護連携に関連して、地区医師会等の医療関係団体と定期的な会議を持っているか
- ・ 日常生活圏域ごとの居宅介護支援事業所のデータを把握しているか
- ・ 地域包括支援センターが開催する介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会等の開催計画を作成しているか
- ・ 生活支援コーディネーターや協議体と地域包括支援センターが業務協力を行っているか
- ・ 地域の課題の解決のために、地域ケア会議を活用しているか
- ・ 前年度（平成 27 年度）1 年間における相談件数の全地域包括支援センター合計
- ・ 前年度（平成 27 年度）1 年間における虐待事例の全地域包括支援センター合計

② 各自治体で把握しており、本検証(研究)のなかで収集する項目

- ・ 介護保険事業計画に記載している指標の内容ならびに数値
- ・ 指標（数値）を理解するうえで必要な定性的な要素

※ 本調査研究事業は、平成 28 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業として実施したものです。

平成 28 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

地域支援事業の実施状況及び評価指標等に関する調査研究事業

報 告 書

平成 29 年 3 月

株式会社日本総合研究所

〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-18-1 大崎フォレストビルディング
TEL: 03-6833-5204 FAX:03-6833-9479