

令和6(2024)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

# 1 人あたり介護給付費等の地域差要因に係る 調査研究事業

令和7(2025)年3月

一般社団法人 日本老年学的評価研究機構



|                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| 報告書概要.....                                                      | 2  |
| 1. 本事業の背景と目的.....                                               | 15 |
| 2. 委員会の実施.....                                                  | 15 |
| 3. 文献レビュー.....                                                  | 19 |
| 3.1. 厚生労働省老人保健健康増進等事業.....                                      | 19 |
| 3.1.1. 介護費用の伸びの定量的な分析に関する調査研究事業.....                            | 19 |
| 3.1.2. 福島県における要介護認定者増の要因分析による必要な支援のあり方に関する調査研究事業.....           | 20 |
| 3.1.3. 要介護認定における主治医意見書の実態把握と地域差の要因分析に関する調査研究事業.....             | 21 |
| 3.1.4. 要介護認定率の評価分析に係る調査研究事業.....                                | 22 |
| 3.1.5. 要介護認定率の変化に関する調査研究事業.....                                 | 24 |
| 3.2. 内閣府政策課題分析シリーズ.....                                         | 26 |
| 3.3. 厚生労働省老人保健健康等増進事業・内閣府政策課題分析シリーズまとめ.....                     | 33 |
| 3.4. 社会参加に関するエビデンス.....                                         | 35 |
| 3.4.1. PDCA サイクルに沿った介護予防の取組推進のための通いの場等の効果検証と評価の枠組み構築に関する研究..... | 36 |
| 3.4.2. 地域レベルのエビデンス.....                                         | 37 |
| 3.4.3. 「狭義の通いの場」の効果.....                                        | 41 |
| 3.4.4. 就労、社会経済状況（SES）、ライフコース.....                               | 45 |
| 3.4.5. 介護給付費.....                                               | 49 |
| 3.5. まとめ.....                                                   | 51 |
| 4. データ分析.....                                                   | 53 |
| 4.1. 相関分析.....                                                  | 53 |
| 4.2. 多変量解析.....                                                 | 55 |
| 4.2.1 社会参加と給付額.....                                             | 56 |
| 4.2.2 介護保険料第1段階と給付額.....                                        | 59 |
| 5. 都道府県・市町村へのヒアリング.....                                         | 61 |
| 5.1. 都道府県へのヒアリング.....                                           | 64 |
| 5.2. 市町村へのヒアリング.....                                            | 68 |
| 5.3. 要介護認定・介護給付費の要因.....                                        | 76 |
| 6. ヒアリング結果の考察.....                                              | 81 |
| 7. 提言.....                                                      | 86 |
| 8. 資料.....                                                      | 99 |

## 報告書概要

### 【本事業の背景と目的】

被保険者1人あたり介護給付費を都道府県別にみると、年齢構成要因や地域単価の違いを調整した後の費用でも最大の沖縄県と最小の千葉県で1.26倍の開きが生じている。居住系サービス、施設サービス、地域密着型サービスなどサービス別に1人あたり給付費をみても、居住系サービスを中心にして給付費が高い県があるなど、地域ごとに様相が異なっており、給付費の多寡をもたらす要因を分析して、とりわけ給付費が高い地域の給付費適正化を進めていく必要がある。

こうした状況を踏まえ、本事業では、学識経験者から成る委員会を設置し、先行文献のレビューを行うとともに、各種統計資料などを用いて多変量解析などの分析を行い給付費の多寡をもたらす要因を分析するとともに、得られた定量分析の裏付けを行うため、全国13の府県・市町村にヒアリング調査を行い、分析結果を解釈するうえでの知見を蓄積することを目的として、以下の業務を実施した。

- ・ 委員会の実施
- ・ 文献レビュー
- ・ データ分析
- ・ 都道府県および市町村へのヒアリング

上記業務の結果は以下のとおりである。

### 【委員会の実施】

本事業は、介護保険総合データベース（以下、介護DB）を含めた介護に関連するデータ分析の方向性・手法を検討し、それらのうち、今年度実施可能な分析を行なったうえで、都道府県間の介護給付費における格差の要因を探るとともに、都道府県・市町村へのヒアリングを通じて、それらデータ分析の結果を裏付けることを目的に実施している。

本事業を実施するにあたり、有識者による委員会を設置し、以下の内容を検討した。

- ・ データ分析の方向性
- ・ ヒアリング対象地域の選定方法
- ・ データ分析の結果およびヒアリング結果の検討

委員会は8名の委員で構成し、計4回の委員会を実施した。委員および計4回の委員会の内容は以下のとおりである。

## 委員

| 名前         | 所属                                 | 役職               |
|------------|------------------------------------|------------------|
| 近藤克則<br>座長 | 千葉大学予防医学センター／医療経済研究<br>機構／JAGES 機構 | 特任教授／研究部長<br>／理事 |
| 尾島俊之       | 浜松医科大学／JAGES 機構                    | 教授／代表理事          |
| 近藤尚己       | 京都大学／JAGES 機構                      | 主任教授／理事          |
| 相田 潤       | 東京科学大学／JAGES 機構                    | 教授／理事            |
| 斉藤雅茂       | 日本福祉大学／JAGES 機構                    | 教授／理事            |
| 宮國康弘       | 日本福祉大学／JAGES 機構                    | 講師／業務執行理事        |
| 泉田信行       | 国立社会保障・人口問題研究所                     | 部長               |
| 宇田和晃       | 筑波大学                               | 助教               |

## 委員会概要

|                      |                                                                                                               |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 第1回委員会：<br>令和6年7月19日 | 本事業で活用できるオープンデータの検討<br>要因分析の手法に関する検討<br>ヒアリング対象地域選定条件に関する検討                                                   |
| 第2回委員会：<br>令和6年8月30日 | 本事業で活用できるオープンデータの検討<br>ヒアリング対象地域選定についての検討<br>ヒアリング内容の検討                                                       |
| 第3回委員会：<br>令和7年1月23日 | ヒアリング結果概要の報告<br>ヒアリング結果を受けて今後の分析案の検討                                                                          |
| 第4回委員会：<br>令和7年3月4日  | 第3回委員会の結果を踏まえ作成された報告書案について検討を行った。文献レビュー結果をまとめた図およびヒアリング結果をまとめた図の修正などが指摘されたが方向性としては了承され、最終版の仕上げについては座長に一任となった。 |

### 【文献レビュー】

本事業では、まず過去の老人保健健康増進等事業で介護給付費や要介護認定の要因について検討されている報告書のレビューを行った。厚生労働省ホームページで遡れる平成24年度以降について、「採択事業」の一覧から「介護費」「介護給付費」「給付費」「要介護認定」「認定」で検索を行い、該当する報告書のうち、介護給付費、および／または要介護認定の要因について検討しているもののうち、ウェブを通じて報告書がダウンロードできるものを取りあげた。その結果、以下の報告書が該当した。

- ・ みずほ情報総研株式会社、平成26年度老人保健健康増進等事業「介護費用の伸びの定量的な分析に関する調査研究事業」

- ・ 国立大学法人福島大学、平成 26 年度老人保健健康増進等事業「福島県における要介護認定者増の要因分析による必要な支援のあり方に関する調査研究事業」
- ・ 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング株式会社、平成 27 年度老人保健健康増進等事業「要介護認定における主治医意見書の実態把握と地域差の要因分析に関する調査研究事業」
- ・ 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター、令和 2 年度老人保健健康増進等事業「要介護認定率の評価分析に係る調査研究事業」
- ・ 日本福祉大学健康社会研究センター、令和 5 年度老人保健健康増進等事業「要介護認定率の変化に関する調査研究事業」

また、内閣府が「政策課題分析シリーズ」の第 15 回において、要介護認定率の地域差要因に関する分析を行っていたため、同報告書についてもレビューを行った。なお、「政策課題分析シリーズ」は「要介護認定率の評価分析に係る調査研究事業」においてもすでにレビューされているが、より詳細に見るために、再度本報告書でも内容をレビューする。

続いて、介護給付費や要介護認定の抑制効果が期待される社会参加について、過去の報告書でも多く取り上げられている日本老年学的評価研究 (JAGES) のエビデンスを中心に概観し、その結果を「厚生労働省老人保健健康等増進事業・内閣府政策課題分析シリーズまとめ」「地域レベルのエビデンス」「狭義の通いの場に関するエビデンス」「広義の通いの場に関するエビデンス」(「広義」「狭義」の定義については以下の図参照)「就労、社会経済状況 (SES)、ライフコース」のそれぞれにわけてまとめたうえで、これらのエビデンスをまとめた図を作成した。

**<介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況に関する調査における定義>**

\* 通いの場：介護予防に資する住民主体の通いの場

次の条件に該当し、当該年度において活動実績があったものを集計

- ① 体操や趣味活動等を行い、介護予防に資すると市町村が判断する通いの場
- ② 通いの場の運営主体は、住民であること
- ③ 通いの場の運営について、市町村が財政的支援を行っているものに限らないこと
- \* 月 1 回以上の活動実績があること
- \* 主な活動内容及び参加実人数を把握していること

**狭義**

(厚生労働省, 2019)

**<一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会 取りまとめでの定義>**

○ 行政が介護保険による財政的支援を行っているものに限らず、下記のような取組も通いの場に含まれ得るものとして明確化を図ることが適当

- ・ 自治体の介護保険の担当以外の部局が行う、スポーツや生涯学習に関する取組、公園や農園を活用した取組など介護予防につながる取組
- ・ 民間企業・団体や社会福祉協議会など多様な主体と連携した取組
- ・ 医療機関や介護保険施設等が自主的に行う取組
- ・ 有償ボランティアなどいわゆる就労に類する取組
- ・ 高齢者だけではなく、多世代が交流する取組

**広義**

(厚生労働省, 2019)

Japan Gerontological Evaluation Study

図 1 厚生労働省が示す通いの場の定義

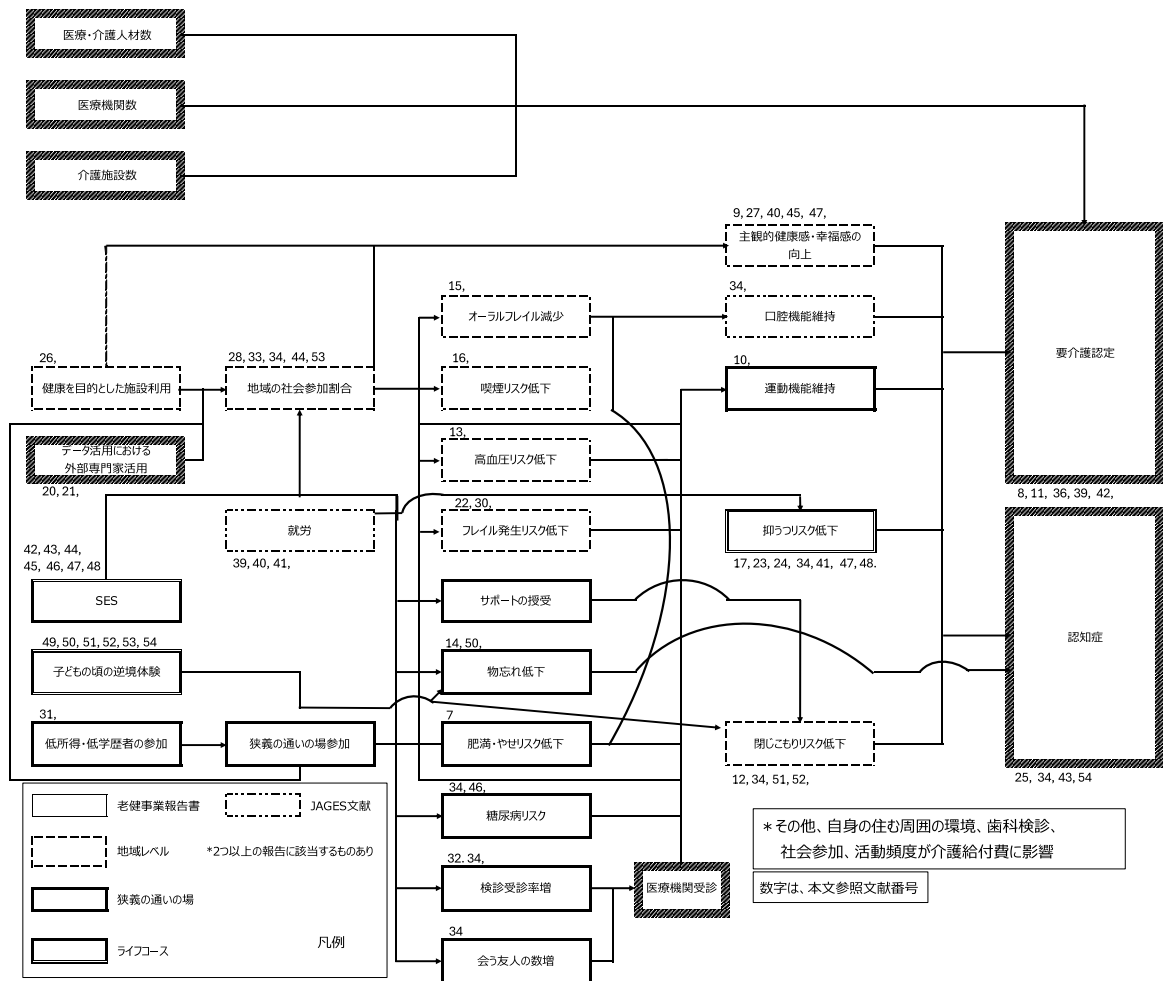


図2 文献レビューのエビデンスまとめ

【データ分析】

データ分析では、2022年に実施された健康とくらしの調査<sup>i</sup>（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（ニーズ調査）項目含む）データと2022年度のKDB帳票データの提供を受けられた49市町村を対象に、ニーズ調査項目およびKDB帳票データ項目と「1人あたりの介護給付費」の相関分析および社会参加と1人あたりの介護給付についての分析（横断分析）を実施した。

<sup>i</sup> 地域包括ケアシステム構築に向けて、社会参加の多い地域の把握など、介護予防・日常生活支援総合事業などを戦略的に推進していくための科学的根拠の創出と保険者の施策立案に寄与することを目的として、3年に1度、保険者と（一社）日本老年学的評価研究機構（JAGES機構）が実施している調査。ニーズ調査項目をすべて含み、2022・2023年調査では76市町村が参加した。

その結果、健康とくらしの調査データと KDB データの相関分析では、「収入のある仕事への参加者割合」が介護給付費と正の相関を示すなど、より詳細な分析を行うなどの解釈に注意が必要なものが一部あるものの、概ね予想通りの結果となった。

健康とくらしの調査および KDB データと 1 人あたりの介護給付費  
正の相関

|                                |       |
|--------------------------------|-------|
| 179.閉じこもり者割合                   | 0.663 |
| 177.残歯数19本以下の者の割合              | 0.656 |
| 126.肝機能リスクあり_割合                | 0.646 |
| 178.うつ割合(GDS5点以上)              | 0.627 |
| 227.経済的不安感がある者の割合              | 0.620 |
| 224.孤食者割合                      | 0.616 |
| 101.1 件当たり給付費 (居宅) (単位: 千円)    | 0.610 |
| 172.1 年間の転倒あり割合                | 0.596 |
| 127.肝機能リスクあり_割合_性・年齢調整値        | 0.593 |
| 197.うつ割合(ニーズ調査)                | 0.586 |
| 198.うつ割合(基本チェックリスト)            | 0.582 |
| 225.低所得者割合(等価所得199万円以下)        | 0.580 |
| 095.1 件当給付費 要介護 2 (単位: 千円)     | 0.578 |
| 007.死因割合 (脳疾患)                 | 0.564 |
| 171.運動機能低下者割合(基本チェックリスト)       | 0.562 |
| 226.低学歴者割合(学校教育が9年以下)          | 0.552 |
| 098.1 件当給付費 要介護 5 (単位: 千円)     | 0.520 |
| 123.血圧リスクあり_割合_性・年齢調整値         | 0.518 |
| 170.フレイルあり割合(基本チェックリスト 8 項目以上) | 0.516 |
| 214.収入のある仕事への参加者(月1回以上)割合      | 0.515 |
| 087.歯科 1 件当たり医療費点数             | 0.509 |
| 216.喫煙する者の割合                   | 0.481 |
| 201.生活機能低下者割合(基本チェックリスト)       | 0.476 |
| 097.1 件当給付費 要介護 4 (単位: 千円)     | 0.455 |
| 094.1 件当給付費 要介護 1 (単位: 千円)     | 0.451 |
| 088.1 号認定率                     | 0.447 |

表1 健康とくらしの調査および KDB データと 1 人あたりの介護給付費 正の相関

負の相関

|                                |        |
|--------------------------------|--------|
| 184.特技や経験を他者に伝える活動参加者(月1回以上)割合 | -0.422 |
| 162.二次医療圏の平均余命（男性）             | -0.447 |
| 217.30分以上歩く者の割合                | -0.449 |
| 207.社会的役割低下者割合                 | -0.455 |
| 054.医療費割合(脂質異常症)               | -0.462 |
| 229.商店・施設・移動販売が徒歩圏内にある者の割合     | -0.464 |
| 160.二次医療圏の平均自立期間(要介護2以上)（男性）   | -0.476 |
| 130.脂質リスクあり_割合                 | -0.479 |
| 183.学習・教養サークル参加者(月1回以上)割合      | -0.488 |
| 199.フレイルなし割合                   | -0.502 |
| 131.脂質リスクあり_割合_性・年齢調整値         | -0.514 |
| 193.ソーシャル・キャピタル得点(助け合い_210点満点) | -0.530 |
| 005.死因割合（がん）                   | -0.538 |
| 228.公園や歩道が徒歩圏内にある者の割合          | -0.540 |
| 001.平均寿命（男性）                   | -0.550 |
| 166.自市町村の平均余命（男性）              | -0.553 |
| 011.平均余命（男性）                   | -0.553 |
| 195.ポジティブ感情(5項目以上)がある者の割合      | -0.558 |
| 194.主観的健康感が良い者の割合              | -0.561 |
| 164.自市町村の平均自立期間(要介護2以上)（男性）    | -0.572 |
| 191.ソーシャル・キャピタル得点(社会参加_350点満点) | -0.587 |
| 085.1件当たり医療費点数（入院）（単位：千円）      | -0.591 |
| 215.就労していない者の割合                | -0.608 |
| 180.スポーツの会参加者(月1回以上)割合         | -0.612 |
| 181.趣味の会参加者(月1回以上)割合           | -0.639 |
| 086.歯科受診率                      | -0.679 |

表2 健康とくらしの調査およびKDBデータと1人あたりの介護給付費 負の相関

社会参加と1人あたり介護給付費に関する分析では、横断分析の結果ではあるが、社会参加割合が高い地域では、1人あたりの介護給付費が低いことが明らかになった。

|          | 全体 (n=270) |          |        |         |
|----------|------------|----------|--------|---------|
|          | 非標準化係数     | 95% 信頼区間 |        | p-value |
| 社会参加割合   | -7.96      | -15.71   | -0.20  | 0.044   |
| 通いの場     | 2.81       | -32.04   | 37.67  | 0.874   |
| ボランティア   | -29.16     | -65.47   | 7.15   | 0.115   |
| スポーツの会   | -49.28     | -82.75   | -15.81 | 0.004   |
| 趣味の会     | -24.91     | -54.88   | 5.06   | 0.103   |
| 学習教養サークル | -42.41     | -87.47   | 2.64   | 0.065   |
| 収入のある仕事  | -20.60     | -52.64   | 11.44  | 0.207   |

表3 社会参加と介護給付費重回帰分析結果（新型コロナウイルス流行前）

通いの場の参加割合と1人あたりの介護給付費の分析も行った。その結果、7.3%以上の参加割合のある地域では、参加割合が高いほど1人あたりの介護給付費が低い結果となった。

### 通いの場のみの分析

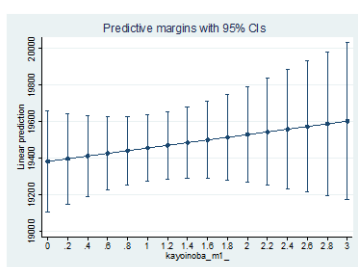


通いの場参加割合のみ1522市町村のデータがあったため、n数を増やして同様の分析を実施した。

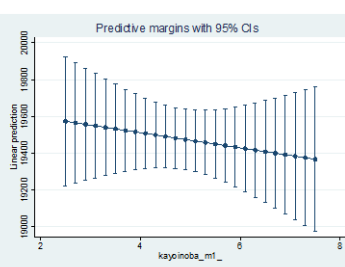
下図：通いの場参加割合を3分位にし重回帰分析を実施した後の推計値

- 左：第一分位、平均1.1% (0.0-2.8%)
- 中：第二分位、平均4.8% (2.8-7.3%)
- 右：第三分位、平均14.5% (7.3-17.0%)

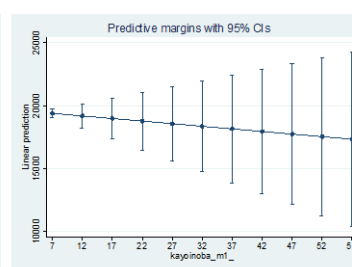
|      | 全体 (n=1,522) |          |      |         |
|------|--------------|----------|------|---------|
|      | 非標準化係数       | 95% 信頼区間 |      | p-value |
| 通いの場 | -2.43        | -14.35   | 9.49 | 0.690   |



非標準化係数：73.5  
95%信頼区間：-125.4 - 272.3



非標準化係数：-41.2  
95%信頼区間：-174.6 - 15.8



非標準化係数：-17.1  
95%信頼区間：-33.4 - -0.8

図3 通いの場と介護給付費

最後に、介護保険料第1段階と1人あたりの介護給付額についての分析も行った。その結果、こちらも横断分析の結果ではあるが、保険料第1段階の者の割合が高い都道府県では、1人あたりの介護給付額が有意に高いという結果になった。

また、第1段階、第2～3段階、第4～5段階、第6段階以上のグループに分け、第6段階以上のグループと比較して累積給付額の差を分析したところ、第1段階のみ有意差を示し、第6段階以上のグループと比べて第1段階のグループは累積給付額が高い結果となった。

### 結果：重回帰分析



|               | 全体 (n=1,524) |          |       |         |
|---------------|--------------|----------|-------|---------|
|               | 非標準化係数       | 95% 信頼区間 |       | p-value |
| Crude         | 12.82        | -5.89    | 31.54 | 0.179   |
| モデル1 (調整変数全て) | 24.89        | 2.47     | 47.31 | 0.030   |

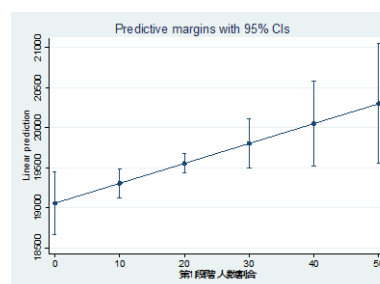


図4 都道府県における保険料第1段階の者の割合と介護給付費

|             | 全体 (n=20,216) |          |       | 死亡者 (5,110) |        |          |        |         |
|-------------|---------------|----------|-------|-------------|--------|----------|--------|---------|
|             | 非標準化係数        | 95% 信頼区間 |       | p-value     | 非標準化係数 | 95% 信頼区間 |        | p-value |
| ref. 第6段階以上 |               |          |       |             |        |          |        |         |
| 第1段階        | 60.20         | 26.31    | 94.09 | <0.001      | 82.98  | 8.54     | 157.42 | 0.029   |
| 第2-3段階      | 3.35          | -7.13    | 13.84 | 0.531       | 1.67   | -23.97   | 27.31  | 0.898   |
| 第4-5段階      | 1.54          | -7.00    | 10.07 | 0.724       | -2.43  | -24.20   | 19.35  | 0.827   |

表4 保険料段階別介護給付費分析結果

#### 【ヒアリングの実施】

ヒアリング対象地域を選定するにあたり、本事業で実施した委員会で提案された方法を踏まえ、以下の2つの基準でヒアリング先の都道府県を選定した。

- 1) インセンティブ交付金指標において、要介護認定率および1人あたり介護給付費と相関係数0.2以上を示した指標において上位、または下位の得点であった指標数が多い都道府県
- 2) 要介護認定率・介護給付費の経年変化に特徴的な動きがみられる都道府県
- 3) 「通いの場参加率」など、過去のエビデンスで要介護認定・介護給付費の要因として認められている指標に関して、顕著な数字を示している都道府県
- 4) 選定された都道府県下の市町村のうち、健康とくらしの調査に参加している市町村

5) 上記1)～3)の条件から選定された都道府県・市町村のうち可能な範囲で4)を加味して、ヒアリングの受け入れを表明した都道府県・市町村

その結果、以下の4府県、9市町村の計13自治体へのヒアリングが行われた。

都道府県：大分県、大阪府、茨城県、青森県

市町村：九重町、竹田市、津久見市（以上、大分県）、堺市、豊中市、東大阪市（以上、大阪府）、八千代町（以上、茨城県）、六戸町、南部町（以上、青森県）

ヒアリングでは、府県、市町村ともに要介護認定率や介護給付費に対しては、介護サービスが必要な方には必要なサービスを受けていただく必要がある一方で、予算には限りもあるところ、必要なサービスに絞って受けていただく、適正化は必要である。また特に要介護認定率に関しては、年齢によるリスクがある（高齢になれば要介護状態になるリスクが上がる）ため、高齢者が増えれば認定を受ける人が増えるのは致し方ない部分もありつつも、施策等で下げられる（なるべく認定を受けない状態を保つ）部分もある、という考えで共通していた。

それを踏まえ、ヒアリングを行った府県では、適正な介護給付費の支出、要介護認定率の低下を目指すうえで重要な方向性としては

- 1) 要介護にならないための予防
- 2) 要介護認定後も重度化しないための軽度者への早期対応
- 3) 要介護度が重度になった後も含め、要介護状態になった後の過不足ないサービスの提供

の3つが主なものとして挙げられており、都道府県の役割としては上記3つに向けた事業を実施する市町村を支援する立場であると捉えられていた。

これら3つの方向性を実現するための施策・事業として、大きくわけて以下の4つを実施しているということであった。

- ① 市町村とのコミュニケーション
- ② 市町村が必要とする研修の提供
- ③ 外部専門家の活用
- ④ 当該都道府県のデータ分析結果の説明・国の制度の説明・都道府県の方針の説明

市町村においても、1) 要介護にならないための予防、2) 要介護認定後も重度化しないための軽度者への早期対応、3) 要介護度が重度になった後も含め、要介護状態になった後の過不足ないサービスの提供の3つを柱に事業を進めているとのことであり、具体的には、

- ① 介護予防・自立支援
- ② 重度化防止
- ③ ケアプラン点検

の3つの事業を中心に行なっているとのことであった。

これらヒアリング結果をまとめると、以下のような図となった。

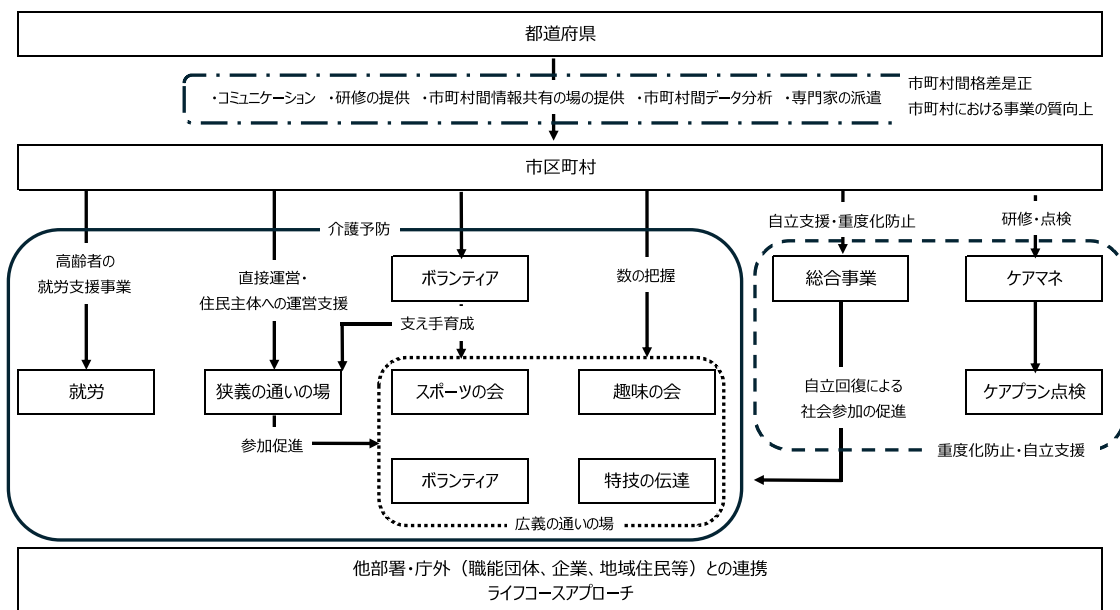


図5 都道府県および市区町村における介護事業実施体制

また、都道府県および市区町村が、それぞれの事業を実施した結果、理想として得られる成果のロジックをまとめると、以下のようなものが想定された。

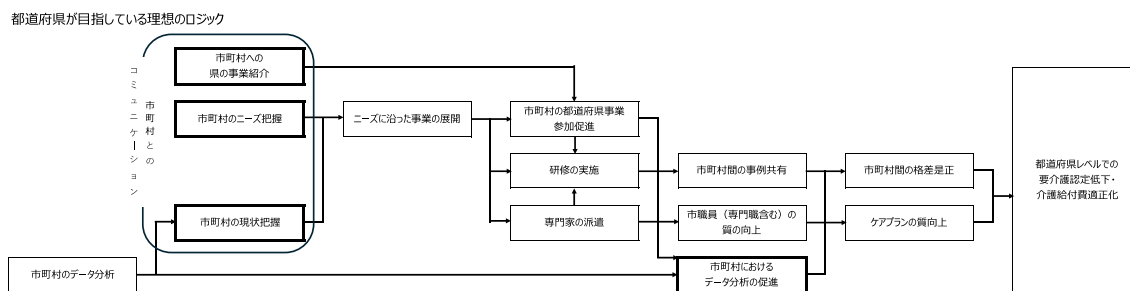


図6 都道府県における事業実施から成果までのロジック

市町村が目指している理想のロジック

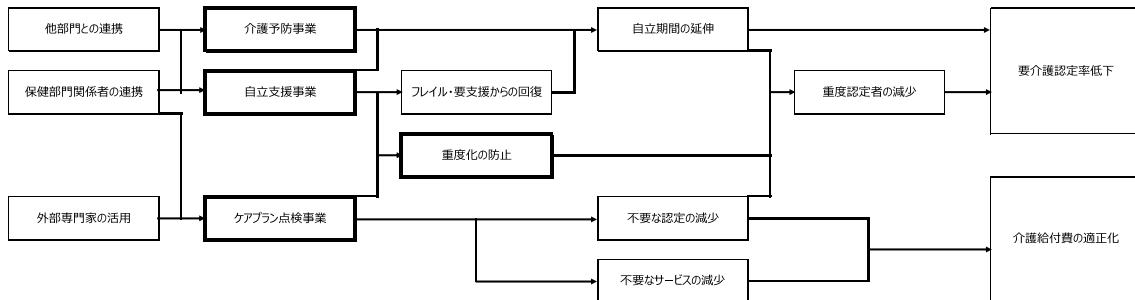


図7 における事業実施から成果までのロジック

ヒアリングでは、要介護認定および介護給付費に関する主なオープンデータの資料を見ながら聞き取りを行った結果、府県・市町村からは以下のような点が要介護認定、介護給付費に影響を与える要因として考えられると示された。

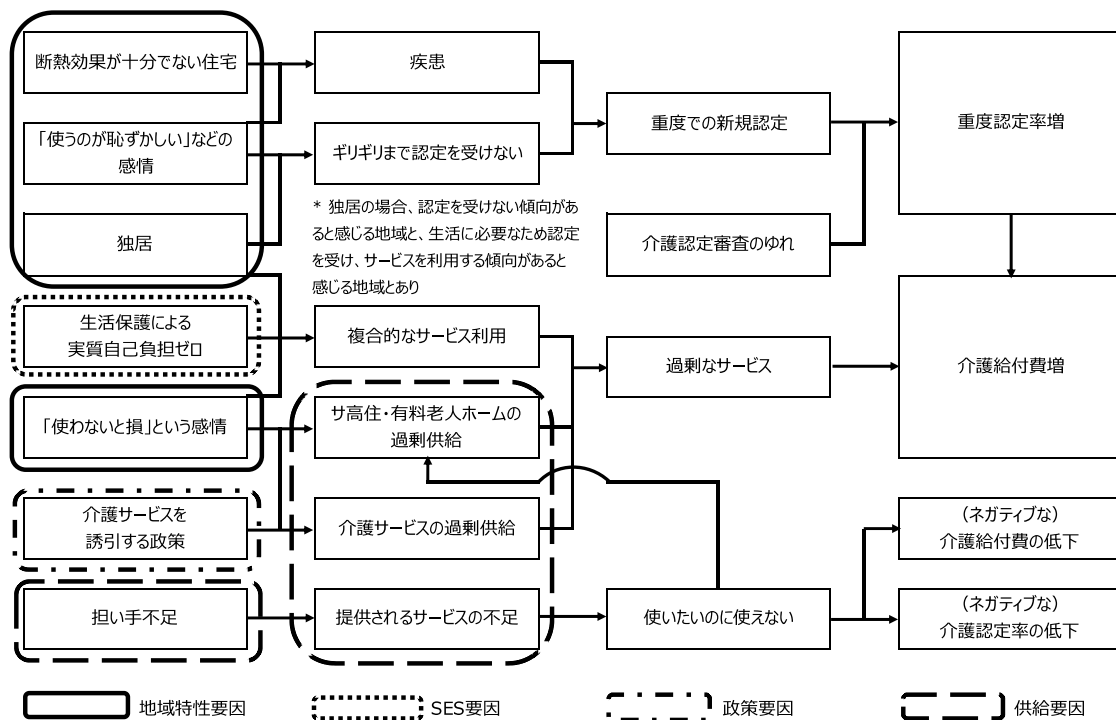


図8 ヒアリングで示された介護給付費に影響を与える要因

以上、要介護認定、介護給付費に影響を与える要因を文献レビュー、データ分析、自治体へのヒアリングを通して見てきたが、自治体では要介護にならないための予防、要介護認定後も重度化しないための軽度者への早期対応、要介護度が重度になった後も含め、要介護状態になった後の過不足ないサービスの提供、の3つが主な対応として実施されており、こう

した活動の多くで効果が見込めることが、先行研究や本事業で行った分析などで示唆されていた。

こうした結果を踏まえ、本事業では以下9つの提言を行う。

#### ① 長期的な視点に立ったポピュレーションアプローチの実施

通いの場は介護予防に効果的であると示唆されている一方で、政策が介護給付費に影響を与えるには時間がかかり、フレイルや介護予防効果による介護給付費抑制額は9年まで増幅することも示唆されている。過去の研究などを通じて示されているロジックモデルなどを参考にしながら、人事異動があるなか後任への引き継ぎなども踏まえ、5年や10年、アウトカムによっては10年以上の長期的な視点を持って取り組むことが必要である。

#### ② 「狭義の通いの場」と「広義の通いの場」との連携

狭義の通いの場の取り組みは、過去の研究などでその介護予防効果や広義の通いの場に比べて所得や教育歴に関わらず参加しやすいこと、狭義の通いの場への参加がきっかけでその他の社会参加につながっていることなどが示唆されている。しかしながら、狭義の通いの場参加率は高くないのが現状である。こうした現状を踏まえ、狭義の通いの場の参加率を上げる努力を継続しつつ、狭義の通いの場でも、広義の通いの場でも、住民が参加しやすい方から参加してもらい、相互にその人の状況の変化に応じて継続して参加しやすい場に参加してもらう状況を作ることが望まれる。

#### ③ データを活用したPDCAに基づく事業実施：外部専門家の活用

PDCA サイクルを回すうえで、特に評価において自治体職員だけでは実施が難しいところもあり、外部専門家を有効に活用しながら効率的・効果的にPDCA サイクルを回して事業運営を行なっていくことが望ましい。

データやエビデンスを活用した施策立案を進めるうえで、好事例の共有は自治体の参考になると思われる。ほかの市町村がどのようにデータやエビデンスを用いて施策立案・運営を行っているか、その事例を集めた文献ライブラリのようなものを開設するのも有効と思われる。

また、外部専門家の意見も取り入れながら指標が決定されているインセンティブ交付金指標のような、専門家が作成、または作成に関与した指標を活用することも重要である。

#### ④ 社会経済状況（SES）に配慮した政策の導入

SES が高齢者の健康に影響を与えることが過去の研究などで示唆されていることから、地域ごとのSESを把握し対応策を講じることが重要である。データから地域のSESの把握を進め、その状況に応じた対策を進めることが重要であると思われる。保険料や介護給付費の再保険・再配分の制度の導入・拡充などの検討が必要であろう。

#### ⑤ 疾病予防に関する分析の促進とポピュレーションアプローチの導入

本事業におけるヒアリングや過去の研究で、要介護につながる疾患があること、社会参加を通じて予防できる可能性がある疾患があることなどが示唆されており、介護予防という視点から疾患予防を検討することが重要であると思われる。

保健医療データとニーズ調査データを突合した分析をすることでポピュレーションアプローチで予防できる可能性のある疾患を特定し、その結果を踏まえ、これまで主に行われてきたハイリスクアプローチと合わせて、疾患対策にもポピュレーションアプローチを導入し介護予防、介護給付費、さらには医療費の適正化を目指すことも重要であろう。

#### ⑥ 都道府県と市町村の連携

同一都道府県下市町村の格差是正、市町村間の情報共有などにおいて、市町村を跨いで関与できる都道府県の役割は重要である。都道府県が市町村に対して情報共有の場や定期的な交流の仕組みを整え、データ活用の仕掛けを主導していくことが望まれる。

また、日常的に市町村とコミュニケーションをとり、市町村の日々の困りごとなどを聞き取るなかで、自然と情報共有の場などへの参加を促すなどの都道府県による工夫も重要である。

#### ⑦ 新しい指標の開発

都道府県による市町村への関与と健康アウトカムの研究はあまり行われていないが、そういった研究を行おうとしても必要なデータや指標が不足している。一方で、都道府県が実施する市町村向け事業が市町村にとって役に立っているという指摘もあり、都道府県の市町村への関わりに関する研究を進めることは、効率的・効果的な都道府県の関わりを促進するうえでも重要であると思われる。必要なデータを整備するとともに、国・自治体・研究者が協働して新しい指標を開発することが必要である。

#### ⑧ ヒアリングの継続

データ分析結果を的確に解釈するためには地域の実情を把握する必要がある、そのためには定期的なヒアリングが不可欠である。また、ヒアリングを通じて新しい分析のヒントを得ることも期待できる。分析とヒアリングの往復的なプロセスを推進する必要がある。

#### ⑨ 今後のデータ分析案

重度化防止、ケアプラン、新規認定の重度軽度別介護給付費への影響など、ヒアリング結果をもとに、今後の重点分析テーマを提示した。これらの分析を行うために必要なデータと研究支援体制の構築が求められる。

## 1. 本事業の背景と目的

被保険者 1 人あたり介護給付費を都道府県別にみると、年齢構成要因や地域単価の違いを調整した後の費用でも最大の沖縄県と最小の千葉県で 1.26 倍の開きが生じている。居住系サービス、施設サービス、地域密着型サービスなどのサービス別に 1 人あたり給付費をみても、居住系サービスを中心にして給付費が高い県があるなど、地域ごとに様相が異なっており、給付費の多寡をもたらす要因を分析して、とりわけ給付費が高い地域の地域差縮減を進めていく必要がある。

こうした状況を踏まえ、本事業では、分析結果を解釈するうえでの知見を蓄積することを目的として、学識経験者から成る委員会を設置し、選考文献のレビューを行い、各種統計資料などを用いて多変量解析などの分析により給付費の多寡をもたらす要因を分析するとともに、得られた定量分析の裏付けを取るため、全国 13 の府県・市町村にヒアリング調査を実施した。

## 2. 委員会の実施

本事業は、介護 DB を含めた介護に関連するデータ分析の方向性・手法を検討し、それらのうち、今年度実施可能な分析を行なったうえで、都道府県間の介護給付費における格差の要因を探るとともに、都道府県・市町村へのヒアリングを通じて、それらデータ分析の結果を裏付けることを目的に実施している。

本事業を実施するにあたり、有識者による委員会を設置し、以下の内容を検討した。

- ・ データ分析の方向性
- ・ ヒアリング対象地域の選定方法
- ・ データ分析の結果およびヒアリング結果の検討

委員会は 8 名の委員で構成し、計 4 回の委員会を実施した。委員および計 4 回の委員会の内容は以下のとおりである。

### 委員

| 名前         | 所属                             | 役職           |
|------------|--------------------------------|--------------|
| 近藤克則<br>座長 | 千葉大学予防医学センター／医療経済研究機構／JAGES 機構 | 特任教授／研究部長／理事 |
| 尾島俊之       | 浜松医科大学／JAGES 機構                | 教授／代表理事      |
| 近藤尚己       | 京都大学／JAGES 機構                  | 主任教授／理事      |
| 相田 潤       | 東京科学大学／JAGES 機構                | 教授／理事        |
| 斉藤雅茂       | 日本福祉大学／JAGES 機構                | 教授／理事        |
| 宮國康弘       | 日本福祉大学／JAGES 機構                | 講師／業務執行理事    |

|      |                |    |
|------|----------------|----|
| 泉田信行 | 国立社会保障・人口問題研究所 | 部長 |
| 宇田和晃 | 筑波大学           | 助教 |

委員会概要

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>第1回委員会：<br/>令和6年7月19日</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本事業で活用できるオープンデータの検討 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 要介護認定率、介護給付費については、経年での変化も見る必要があるのではないか。</li> <li>- 国の見える化システムからダウンロードできるデータが使えるのではないか。</li> <li>- 就労についてのデータを分析する価値があるのではないか。</li> <li>- 積雪量も関係するのではないか。</li> <li>- 高齢者人口が減っている地域は要介護認定率が下がっているか、という視点も重要ではないか。</li> </ul> </li> <li>・ 要因分析の手法に関する検討 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 事業者が多いと介護給付費が高いという過去の報告書などがある。</li> <li>- 自治体によって介護サービスの累計ごとに提供の多いサービスが異なるが、こうした累計ごとに1人あたり介護費や要介護認定率に違いがあるか見られるといいのではないか。</li> <li>- お守り認定の多寡によって1人あたり介護給付が異なるなどはないだろうか。</li> <li>- 要介護認定（介護給付費）の増加につながる疾患は何か分析できるといいのではないか。</li> <li>- 認定率が低くて介護給付費が高い都道府県があり、その要因がわかるといいのではないか。重度の要介護認定が多い傾向があるのではないか。</li> <li>- 認定後の悪化も重要な要素である。</li> </ul> </li> <li>・ ヒアリング対象地域選定条件に関する検討 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 主なヒアリング対象は都道府県であるが、実際に介護事業を行っているのは市町村なので、選定された都道府県下の市町村にもヒアリングをするべきである。</li> <li>- インセンティブ交付金指標のスコアが高いところは社会参加が高いという分析も出始めており、インセンティブ交付金を選定に活用するのがいいのではないか。</li> </ul> </li> </ul> |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>第2回委員会：<br/>令和6年8月30日</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本事業で活用できるオープンデータの検討</li> </ul> <p>第1回委員会の議論を踏まえ、事務局でオープンデータを集め、グラフ化した。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 都道府県別要介護認定率・介護給付費の推移</li> <li>- 都道府県別社会参加・就労データ</li> <li>- 医療費データ</li> <li>- 高齢者人口の増減と認定率の関係</li> <li>- 都道府県別の介護サービス利用率</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ヒアリング対象地域選定についての検討 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 就業率に焦点を当てた検討も重要である。</li> <li>- ずっと高いところ、低いところに聞いても要因に心あたりがない可能性があるので、変化があったところに聞くのがいいのではないか。</li> </ul> </li> <li>・ ヒアリング内容の検討 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 何かしらデータ分析の結果を持ってヒアリングを行うほうが、答える方も回答しやすいのではないか。</li> <li>- 医療経済研究機構のホームページに保険者シートというのがあり、保険者ごとに様々なデータが載っているので、そのデータも参考にしながら話を聞くのがいいのではないか。</li> <li>- インセンティブ交付金の指標において、要介護認定率や介護給付費と相関のあった指標について聞くのがいいのではないか。</li> <li>- 「要因」を聞いても自治体は答えづらいと思うので、実際に行っている事業の中身ややり方を聞くのがいいのではないか。</li> <li>- 主な介護事業の一つに通いの場があるが、大分県は通いの場参加率10年連続1位なので、大分県に聞くのもいいのではないか。</li> <li>- 要介護認定や介護給付費に関して、自治体が障壁や困難だと感じている点を聞き取るといいのではないか。</li> </ul> </li> </ul> <p>以上の議論を踏まえ、以下3つの質問項目が設定された。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 質的データから量的データの分析を考えるための質問： <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 介護給付費や認定率に関して重要であると考えていること</li> <li>→ 介護給付費適正化等に向けて実施している施策や取っている体制</li> </ul> </li> <li>- 量的データの結果を補強するための質問： <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 各都道府県のデータと全国平均のデータを比べて気づくことはあるか</li> </ul> </li> </ul> |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>第3回委員会<br/>令和7年1月23日</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ヒアリング結果概要の報告</li> <li>・ ヒアリング結果を受けて今後の分析案の検討 <ul style="list-style-type: none"> <li>- データ分析を行っている自治体があるが、その活動がどういったアウトカムにつながったのか。</li> <li>- ケアプラン点検を行っている自治体が多いが、その結果どうなったのか。</li> <li>- 訪問サービス、通所サービス、特別養護老人ホーム、老人保健施設の費用が1兆円を超えている。この4つの数を都道府県、市町村別に見てみるといいのではないか。</li> <li>- 重度になってから認定を受ける傾向があるという自治体はいくつか報告されているが、その状況を詳しく説明する必要がある。</li> <li>- SES が低いと要介護認定や介護給付費が高いという声が市町村から上がっているが、それを裏付ける分析を行うのも重要ではないか。SES は自治体ではどうしてもできない部分もあり、これが裏づけられるなら、新たな対策が必要かもしれない。</li> <li>- 厚生労働省が最近発表したデータでは、2015年をピークに年齢調整済み要介護認定率が下がり始めている。総合事業や介護予防を行なっている自治体の給付費が下がっているか、という分析ができるといいのではないか。</li> <li>- 事業者が多い自治体で介護給付費が高いということはデータでも裏付けられるか。</li> <li>- 住宅に関しては、WHO がガイドラインを出しており、冬でも18度以上が健康維持のうえで重要というエビデンスを出している。寒いと血圧が上がるし、住まいが寒いと答える人はうつが多いというエビデンスもある。</li> <li>- ヒアリング結果を報告書にまとめる際、ヒアリングから見えてきた要因を簡易的なロジックモデルで示すことで、すでにエビデンスがあるもの、今後分析が必要なものが明確になり、今後の参考になるのではないか。</li> </ul> </li> </ul> |
| <p>第4回委員会<br/>令和7年3月4日</p>  | <p>第3回委員会の結果を踏まえ作成された報告書案について検討を行った。文献レビュー結果をまとめた図およびヒアリング結果をまとめた図の修正などが指摘されたが方向性としては了承され、最終版の仕上げについては座長に一任となった。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

### 3. 文献レビュー

本章では、文献レビューとして、過去の老人保健健康増進等事業のうち、厚生労働省ホームページで遡れる平成24年度以降について、「採択事業」の一覧から「介護費」「介護給付費」「給付費」「要介護認定」「認定」で検索を行い、該当する報告書のうち、介護給付費、および／または要介護認定の要因について検討しているもののうち、ウェブを通じて報告書がダウンロードできるものを取りあげた。その結果、以下の報告書が該当した。

- ・ みずほ情報総研株式会社、平成26年度老人保健健康増進等事業「介護費用の伸びの定量的な分析に関する調査研究事業」
- ・ 国立大学法人福島大学、平成26年度老人保健健康増進等事業「福島県における要介護認定者増の要因分析による必要な支援のあり方に関する調査研究事業」
- ・ 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社、平成27年度老人保健健康増進等事業「要介護認定における主治医意見書の実態把握と地域差の要因分析に関する調査研究事業」
- ・ 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター、令和2年度老人保健健康増進等事業「要介護認定率の評価分析に係る調査研究事業」
- ・ 日本福祉大学健康社会研究センター、令和5年度老人保健健康増進等事業「要介護認定率の変化に関する調査研究事業」

また、内閣府が「政策課題分析シリーズ」の第15回において、要介護認定率の地域差要因に関する分析を行っていたため、同報告書についてもレビューを行った。なお、「政策課題分析シリーズ」は「要介護認定率の評価分析に係る調査研究事業」においてもすでにレビューされているが、より詳細に見るために、再度本報告書でも内容をレビューする。

続いて、介護給付費や要介護認定の抑制効果が期待される社会参加についてのエビデンスを概観する。これらのエビデンスについても、一部過去の老人保健健康増進等事業において実施されたレビューに含まれているものもあるが、再度本事業におけるレビューでも概観する。その際、すでに過去のレビューに含まれている文献に関する記述は下線で示す。

#### 3.1. 厚生労働省老人保健健康増進等事業

##### 3.1.1. 介護費用の伸びの定量的な分析に関する調査研究事業<sup>1</sup>

この事業では、群馬県と鹿児島県の2県において、介護給付費実態調査のデータ分析を行ったうえで介護費の伸びの要因についての分析を実施した。同分析では、「高齢化に伴う伸び」と「高齢化では説明できない伸び」の2つにわけて分析し、地域の人口1人あたり介護費用について年齢構成の相違による分を補正したうえでの地域間比較を行っている。

また、2009年度から2012年度の介護費用と「要介護認定者数」「第1号被保険者の要介

「介護認定者数」「75歳以上要介護認定者数」「所得段階別（第6段階以上）第1号被保険者数」「要介護度4または5の人数」との相関分析および2009年度から2013年度の介護費用と「介護老人福祉施設数」「介護老人福祉施設定員」「介護老人福祉施設常勤換算従事者数」「介護老人保健施設数」「介護老人保健施設定員」「介護老人保健施設常勤換算従事者数」「介護療養型医療施設数」「介護療養型医療施設病床数」「介護療養型医療施設常勤換算従事者数」との相関分析を行っている。

その結果、介護費用の伸びについて以下の示唆が得られたとしている。

|      |                                                           |
|------|-----------------------------------------------------------|
| 需要要因 | 介護費用が増加するような受給者の行動の変化                                     |
| 供給要因 | 介護保険制度適用外のサービスの影響（介護保険適用外の老人ホームが設立され、デイサービスが併設されている、など）   |
|      | 介護保険適用となる介護施設の新設                                          |
| 政策要因 | 当該地域で提供される介護サービスの量（多いと介護給付費が高くなり、少ないと低くなる）                |
|      | 福祉タクシー利用のため要介護認定が促される（タクシー利用の助成を受けるための条件に要支援・要介護認定が入っている） |

表5 介護費用の伸びの定量的な分析に関する調査研究事業<sup>1</sup>で示された介護給付増の要因

### 3.1.2. 福島県における要介護認定者増の要因分析による必要な支援のあり方に関する調査研究事業<sup>2</sup>

この事業では、東日本大震災以降福島県の被災市町村において介護保険の認定者数、受給者数、給付が大きく増加したことを受け、被災自治体の高齢者の生活状況データ等の分析および当該高齢者とその支援を行う者へのアンケートやヒアリングを行い、災害が高齢者に与えた影響や要介護認定者数増加の要因を探っている。

「一般的な要介護認定者の増加要因」「被災地における要介護認定率の規定要因」にわけ過去に文献等から要介護認定増加要因を挙げ、それらの結果を踏まえつつ、データ分析（重回帰分析等）や、アンケート、ヒアリングの結果分析などを行っている。

#### 【一般的な要介護認定の増加要因】

- ・ 後期高齢化率が高い。
- ・ 地域の社会参加している者の割合が低い。

#### 【被災地における要介護認定率の規定要因】

- ・ 仮設住宅の狭い居住環境、慣れない土地での生活、生活習慣の乱れによる生活の不活性化。
- ・ 環境の変化による認知症の悪化。
- ・ 将来に対する不安からの意欲の低下。

- ・ 家族や財産、職を失い、将来への不安を抱いている被災者たちが、使い勝手の悪い仮設住宅での不便な生活を長期間余儀なくされる。
- ・ 避難に伴う肉体的・精神的疲労、長期にわたる避難生活における健康悪化。

#### 【データ分析結果による被災地の要介護認定増加要因】

- ・ 福島第一原子力発電所からの距離が近い保険者ほど、有意に要介護認定率が高い。
- ・ 福島第一原子力発電所の事故による避難指示を受けた人の割合が高い保険者ほど、有意に要介護認定率が高い。
- ・ 福島県のある町の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査データを分析したところ、同じ要介護度の条件であってもうつに関する設問の該当者が大幅に増えている。また、口腔の状態も有意に悪くなっている。
- ・ 外出が元々週1回より多かった人は外出頻度が低下しており、逆に外出機会がなかった人は仮設住宅に併設されたデイサービスの利用等で新たな外出機会が発生している可能性がある。
- ・ うつ関連項目のなかでも「以前は楽にできていたことがおっくうに感じられる」が有意に要支援・要介護認定の新規認定と関連していた。

#### 【アンケート、ヒアリング結果による要介護認定増加要因】

- ・ 生活環境の変化による生活不活発化。
- ・ 家族離散や親族の死亡等による介護者の不在。
- ・ デイサービスなどでの会話の機会の増加など、サービスの社会的交流機能への期待
- ・ 避難の長期化や避難の体験により日常生活の活動の減少や生活環境の変化が起こり、認知症やうつを招いた可能性がある。

### 3.1.3. 要介護認定における主治医意見書の実態把握と地域差の要因分析に関する調査研究事業<sup>3</sup>

この事業では、介護予防・日常生活支援総合事業への移行により要支援2・要介護1の判定がより注目される環境となったことから、要介護認定の判定を適正に行うための情報源として主治医意見書の重要性が増していること、および認定調査の結果に地域間格差が指摘されていることから、主治医意見書と認定調査項目について、状況の把握を目的として実施されている。

情報収集の手段として、医師、介護認定審査会委員、居宅介護支援事業所の介護支援専門員へ郵送によるアンケート調査を実施している。その結果、以下のような結果となった。

- ・ 医師、委員、介護支援専門員いずれも平均7年の業務従事年数を有する経験豊富な者が回答している。

- ・ 医師の回答では、記載において判断基準がわかりにくい、情報不足のため記載が難しいと感じる項目がある、などの意見があった。
- ・ 認知機能の評価について、認知症高齢者の日常生活自立度の判断基準が分かりづらいとの指摘が一定割合あった。
- ・ 要支援2と要介護1の判定時に主治医意見書と認定調査での自立度の不整合がある、審査判定時に重視しているものの自由記載が不足している、などの指摘があった。

また、認定調査項目に関する調査では、認定調査員へのヒアリングを行うとともに、ヒアリング結果をもとにアンケート調査票を作成し、全国の自治体を対象にWEBアンケートを実施している。アンケート結果に関しては、「麻痺等の有無（下肢）」の「麻痺あり」の回答と、「短期記憶」の「できない」の回答の選択率のばらつき状況について、分析を行っている。その結果、以下のような結果が得られたとしている。

- ・ 下肢麻痺のはずれ値の原因としては、人口構成だけでなく調査方法・判断基準も影響しており、特に「拳上角度（厳密に水平まで挙上できるかを基準としているか）」「静止状態（静止した状態で震えが見られる場合に「麻痺あり」の選択に影響するか）」に関する判断が、選択率を上昇させている可能性がある。
- ・ 短期記憶のはずれ値の原因としては、人口構成の影響が比較的大きいものの、調査方法・判断基準の「連動選択（本来は各項目の定義に従って判断するが、例えば「ひどい物忘れ」で「ある」を選択すると短期記憶を必ず「できない」と判断する／判断することがある、など）」「3品提示（3品提示は必ず実施しなければならないものではなく、実施の判断の基準も示されていないため、実施の頻度が影響）」も選択率を上昇させていると考えられる。

#### 3.1.4. 要介護認定率の評価分析に係る調査研究事業<sup>4</sup>

この事業では、先行研究のレビュー、市町村関係者へのヒアリング、大規模データを用いた分析により、要介護認定率に影響を与える要因の検証を行っている。

その結果、医学中央雑誌 Web および CiNii を使用した先行研究レビューでは、以下の要因が要介護認定率と関連する要因として抽出されたとしている。

|           |        |                                             |
|-----------|--------|---------------------------------------------|
| 認定率を上げる要因 | 福祉関連要因 | 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設など施設サービスの提供数が多い |
|           |        | 訪問介護、訪問リハビリなど訪問サービスの登録数が多い                  |
|           |        | 通所リハビリテーション（デイケア）など通所サービス登録数が多い             |

|                                                   |        |                                                              |
|---------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------|
|                                                   |        | 短期入所生活介護（ショートステイ）といった短期入所サービス登録数が多い                          |
|                                                   |        | 福祉用具貸与などその他のサービス登録数が多い                                       |
|                                                   |        | 総人口・就業者数に対する医療福祉就業者数、保健師総数、県・市町村保健師数といった介護保険サービス提供に携わる人員数が多い |
|                                                   | 医療関連要因 | 病院・診療所病床数、病院利用割合、医療・介護定員数合計など医療サービスの提供数が多い                   |
|                                                   |        | 全原因・新生物・糖尿病・高血圧性疾患・脳血管疾患・循環器疾患による入院・外来受診率が高い                 |
|                                                   |        | 歯科症状有訴率、歯ぐきの腫れ・出血の有訴率が高いなど口腔の健康状態                            |
|                                                   | 人口学的要因 | 高齢者夫婦のみの世帯割合、高齢者単身世帯の割合、65歳以上人口の割合が高いなど                      |
|                                                   | 就業要因   | 完全失業率、第2次産業比率が高いなど                                           |
|                                                   | 財政要因   | 介護保険料が高いなど                                                   |
|                                                   | 地域特性要因 | 年齢調整加重障害保有割合（WDP）、障害調整健康寿命（DALE）が高いなど健康状況に関する要因              |
| 西日本在住、人口1000人あたり温泉地数・源泉地数・温泉宿泊施設数・温泉利用の公衆浴場数などが多い |        |                                                              |
| 認定率を下げる要因                                         | 人口学的要因 | 一般世帯の平均人数                                                    |
|                                                   | 就業的要因  | 高齢者有業割合が高い                                                   |
|                                                   | SES 要因 | 県民所得が高い                                                      |
|                                                   | 医療関連要因 | 脳血管疾患による年齢調整死亡率が高い                                           |
|                                                   | 社会参加要因 | ボランティア、趣味の会、スポーツ関係のグループ、介護予防・健康づくり活動、町内会・自治会への参加が多い          |
|                                                   | 地域特性要因 | 関東近辺在住、東北・中国・四国地方在住                                          |
| 1源泉あたりの高齢者人口が少ない                                  |        |                                                              |

表6 要介護認定率の評価分析に係る調査研究事業<sup>4</sup>で示された  
先行研究レビューによる要介護認定の要因

続いて、日本老年学的評価研究（JAGES）における要支援・要介護認定リスクに関連する先行研究レビューを実施し、以下のような関連要因を示し、要支援・要介護に至るロジックモデルを提示している。

|        |                                       |
|--------|---------------------------------------|
| 身体的要因  | 口腔機能、残歯数、手段的日常生活動作 (IADL)、認知症、運動機能・転倒 |
| 心理的要因  | 閉じこもり、主観的健康感、うつ、笑い                    |
| 社会階層要因 | 社会経済状況 (SES)、相対的剥奪                    |
| ライフコース | 運転停止、幼少期の逆境体験、幼少期の不利益 (SES、体重、教育歴)    |
| 地域要因   | 地域レベルのソーシャルキャピタル、地域介入プログラム、スポーツの会参加   |

表7 要介護認定率の評価分析に係る調査研究事業<sup>4</sup>で示された JAGES 研究レビューによる要介護認定の要因

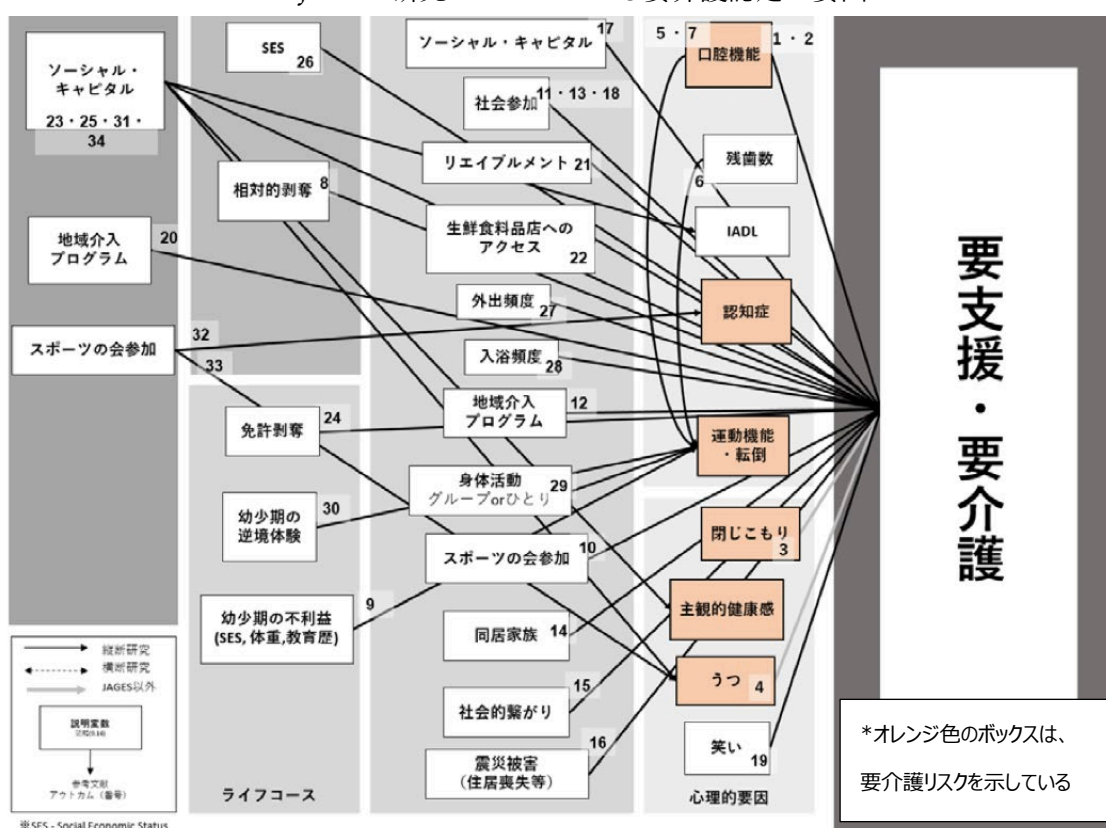


図9 「要介護認定率の評価分析に係る調査研究事業」<sup>4</sup>で提示された先行研究レビュー結果

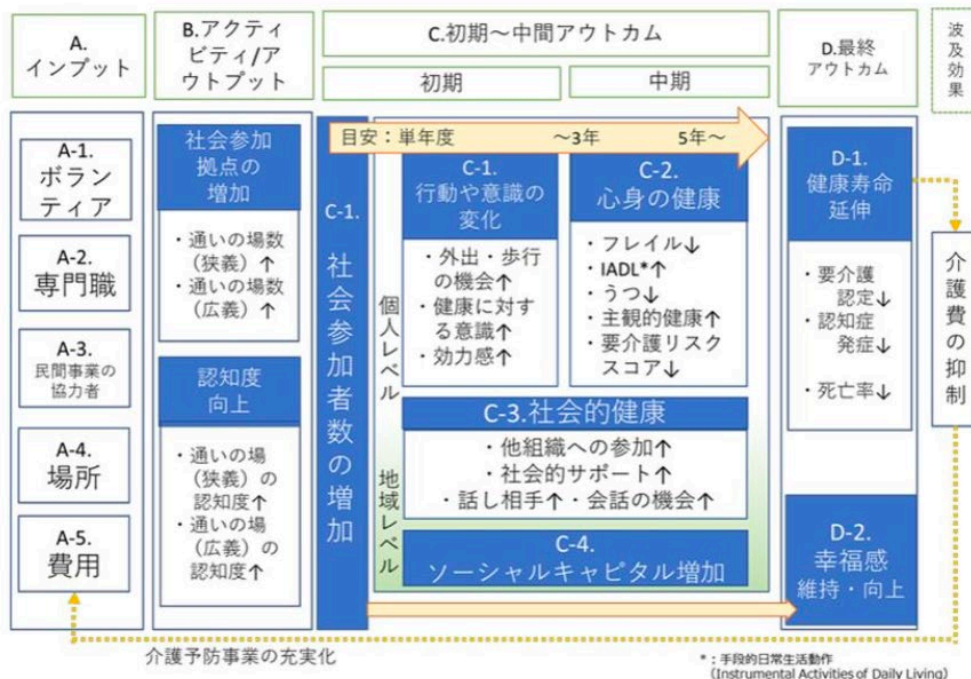
### 3.1.5. 要介護認定率の変化に関する調査研究事業<sup>5</sup>

この事業では、要介護認定に影響を与える要因に関する先行研究レビューと通いの場・社会参加と要介護リスク・要介護認定率との関連分析を行ない、ロジックモデルの作成を行なっている。

先行研究レビューでは、医中誌、CiNii、Pubmed を用いてスコーピングレビューを行い、以下の要因が要介護認定のリスクを抑えることを示唆しているとし、先行研究レビューの結果をもとに介護予防事業における要介護認定・介護費の抑制に至るロジックモデルを提示している。

|       |         |                    |
|-------|---------|--------------------|
| 個人レベル | 狭義の通いの場 | 後期高齢者における1年以上の継続参加 |
|       |         | 1年の参加              |
|       |         | 5年の参加              |
|       | 広義の通いの場 | 参加する数が多い           |
|       |         | 年数回以上の参加の維持、回数の増加  |
|       |         | 外出頻度が多い            |
| 地域レベル | 狭義の通いの場 | 通いの場参加者割合が高い       |
|       | 広義の通いの場 | 社会参加割合が高い          |

表8 要介護認定率の変化に関する調査研究事業<sup>5</sup>で示された JAGES 研究レビューによる要介護認定の要因



図：介護予防事業効果評価のロジックモデル(一例)

図10 「要介護認定率の変化に関する調査研究事業」<sup>5</sup>で提示されたロジックモデル

この結果を踏まえ、同報告書では「社会参加の継続」「他者との交流頻度」「社会活動の種類」「社会活動の頻度」が要介護認定のリスクを下げるために重要であることを指摘するとともに、そうした社会参加によって介護費用の減少が期待できることを指摘している。

また同報告書では、「通いの場とフレイルの関連」「通いの場の継続に関する分析」「通いの場の種類・数に関する分析」「通いの場と QOL、生きがいの関連」に関する分析を実施し、以下のような分析結果を示している。

|           |       |                                                                                                                                            |
|-----------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フレイル      | 地域レベル | コロナ禍の下で 2019 年から 2022 年にかけて多くの市町村で社会参加が増えなかったが、社会参加割合の減少を抑制できた市町村ほどフレイルあり割合の減少が大きい。                                                        |
|           | 個人レベル | 2016 年から 2019 年に社会参加をしている高齢者はしていない高齢者と比べてフレイル発生リスクが低い。                                                                                     |
|           |       | 2016 年に社会参加をしておらず 2019 年までに社会参加を始めた高齢者は、16 年、19 年いずれも社会参加していない高齢者に比べてフレイルリスクが 51%低い                                                        |
|           |       | 2016 年から 2019 年にかけて社会参加を継続している高齢者は、いずれの年も社会参加をしていない高齢者に比べてフレイルリスクが 37%低い。                                                                  |
|           |       | 2016 年から 2019 年にかけて社会参加の数が増えた高齢者は、同期間社会参加をしていない高齢者に比べてフレイルリスクが 52%低い。                                                                      |
| 通いの場参加継続  | 個人レベル | 2019 年から 2022 年まで通いの場に継続して参加している高齢者と 2019 年には参加していたが 2022 年には参加していなかった高齢者（脱落者）を比べると、前期高齢者では脱落者のほうが地域への愛着や互酬性が低く、後期高齢者では脱落者のほうが主観的幸福感が低かった。 |
| 通いの場の種類・数 | 個人レベル | 通いの場に参加していない高齢者に比べて、参加している通いの場のプログラム数が多い高齢者はうつが少なく、高次生活機能が維持されている。                                                                         |
| QOL・生きがい  | 個人レベル | 他者支援・社会貢献型の社会参加は、自己興味・課題指向型の社会参加に比べて生きがいの喪失を防ぐ可能性がある。                                                                                      |

表 9 要介護認定率の変化に関する調査研究事業<sup>5</sup>で示された通いの場の分析結果

### 3.2.内閣府政策課題分析シリーズ

「政策課題分析シリーズ 15 要介護（要支援）認定率の地域差要因に関する分析」<sup>6</sup>

#### ① 文献レビュー

平成 30 年 4 月に内閣府政策統括官（経済財政分析担当）が出した報告書、「政策課題分析シリーズ 15 要介護（要支援）認定率の地域差要因に関する分析」では、医学中央雑誌等の研究文献データベースを活用して行った先行研究レビューの結果として、介護予防の取組が要介護（要支援）認定率や要介護度の悪化、介護サービス給付費を抑制していることが示唆されているとしている。また、要介護認定率に関しては保険者の財政状況（財政が悪化している保険者では認定率が低い）が影響を与えていることが示唆され、介護サービス費用に

については、要介護度が高いほど医療・介護サービス費用の総額が高くなることが報告されているとしている。

## ② 介護サービス費用および要介護認定に関する分析

続いて、同報告書における分析結果として、介護サービス費用の増加には、認定率要因のほかに、第1号被保険者要因、サービス受給率要因、サービス利用者1人あたり費用要因が挙げられている。

要介護認定率に関しては、都道府県単位、市町村単位ともに認定率に地域差があるとしたうえで、要介護2以下の認定率が高い都道府県・市町村は、要介護3以上の認定率も高いことを示しているとしている。

都道府県単位における相関分析では、年齢構成のほかに、疾病、医療供給体制、福祉行政、運動習慣、自治体の財政状況の5つの要因と相関が見られたことを示唆した。

| 疾病                         | 医療供給体制                 | 福祉行政                    | 運動習慣                    | 自治体の財政状況                |
|----------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 人口10万人あたり死亡者数（悪性新生物）：0.695 | 人口10万人あたり一般病床数：0.725   | 人口10万人あたり老人福祉費：0.783    | スポーツ行動者割合（75歳以上）：-0.841 | 財政力指数：<br>-0.730        |
| 人口10万人あたり死亡者数（腎不全）：0.667   | 人口10万人あたり病床数（病院）：0.601 | 人口10万人あたり保健師数（常勤）：0.610 | スポーツ行動者割合（65歳以上）：-0.835 | 保険料負担が金額を上回る者の割合：-0.711 |
| 人口10万人あたり死亡者数（脳梗塞）：0.612   |                        |                         | スポーツ行動者割合（55歳以上）：-0.779 |                         |
|                            |                        |                         | スポーツ行動者割合（45歳以上）：-0.777 |                         |

表10 「政策課題分析シリーズ15 要介護（要支援）認定率の地域差要因に関する分析」<sup>6</sup>  
で示された介護サービス費用増加の要因

また、2009年度から2015年度の都道府県パネルデータを用いた固定効果モデル<sup>ii</sup>における分析結果では、要支援認定率と要介護2以下認定率変化(認定率の差分)要因について、以下の要因の変化(差分)と相関が見られたとしている。

| 正の相関              | 負の相関                       |
|-------------------|----------------------------|
| 75歳以上／65歳以上比率     | 人口10万人あたり病床数(病院)           |
| 高齢単身世帯数割合         | 65歳以上10万人あたり通所型介護予防事業参加実人数 |
| 完全失業率             | 人口10万人あたり死亡者数(糖尿病)         |
| 財政力指数             | 人口10万人あたり総患者数(新生物)         |
| ケアマネジャーに占める兼業者の割合 |                            |

表11 「政策課題分析シリーズ15 要介護(要支援)認定率の地域差要因に関する分析」<sup>6</sup>で示された要支援認定率と要介護2以下認定率変化(認定率の差分)要因

要介護認定率と要介護3以上認定率の変化要因については、以下の要因の変化との相関が見られたとしている。

| 正の相関                         | 負の相関                   |
|------------------------------|------------------------|
| 75歳以上／65歳以上比率                | 人口10万人あたり総患者数(本態性高血圧症) |
| 財政力指数                        |                        |
| 人口10万人あたり総患者数(内分泌、栄養および代謝疾患) |                        |

表12 「政策課題分析シリーズ15 要介護(要支援)認定率の地域差要因に関する分析」<sup>6</sup>で示された要介護認定率と要介護3以上認定率の変化要因

同様に、保険者単位における固定効果モデルの結果も示しており、その分析結果によると、要支援認定率および要介護2以下認定率において、以下の要因に関して相関が見られたとしている。

<sup>ii</sup> 「個々のグループや個体には変わらない特徴(効果)がある」と仮定して分析する方法。例えば、保険者の何らかの特徴が要介護認定率に影響を与えると考える場合、それらの特徴は時間が経っても変わらないと仮定して分析することで、時間が経っても変わらないと考えている特徴以外の要因について分析ができる。

| 正の相関          | 負の相関            |
|---------------|-----------------|
| 75歳以上／65歳以上比率 | 人口10万人あたり一般病院数  |
| 高齢単身世帯数割合     | 人口10万人あたり一般診療所数 |
| 完全失業率         |                 |
| 財政力指数         |                 |
| 65歳以上含む世帯割合   |                 |

表13 「政策課題分析シリーズ15 要介護（要支援）認定率の地域差要因に関する分析」<sup>6</sup>  
で示された要支援認定率及び要介護2以下認定率の要因

また、要介護認定率、要介護3以上認定率においては、以下の相関が見られたとしている。

| 正の相関              | 負の相関               |
|-------------------|--------------------|
| 75歳以上／65歳以上比率     | 就業者割合（65歳以上）       |
| 高齢夫婦世帯割合          | 人口10万人あたり死亡者数（糖尿病） |
| 保険料負担が基準額を下回る者の割合 | 人口10万人あたり死亡者数（腎不全） |
| 財政力指数             |                    |

表14 「政策課題分析シリーズ15 要介護（要支援）認定率の地域差要因に関する分析」<sup>6</sup>  
で示された要介護認定率、要介護3以上認定率との相関

保険者単位の分析では、要介護（要支援）認定率の変化には粘性（今年度の差分が前年度の差分に影響を受ける）があることを想定して固定効果モデルを用いた分析結果も示している。その分析結果によると、以下のような要因が要介護2以下の認定率の変化に影響を与えているとしている。

| 正の相関                       | 負の相関            |
|----------------------------|-----------------|
| 75歳以上／65歳以上比率              | 訪問型介護予防事業参加者実人数 |
| 第1号被保険者10万人あたり介護老人福祉施設（定員） | 介護予防普及啓発事業参加延人数 |

表15 「政策課題分析シリーズ15 要介護（要支援）認定率の地域差要因に関する分析」<sup>6</sup>  
で示された要介護2以下の認定率の変化に影響を与える要因

上記の分析において、介護予防普及啓発事業参加延人数と要介護2以下の認定率に負の相関が見られたことから歳出効率化効果を試算したところ、介護予防普及啓発事業参加延人数が10倍に増加すると国全体で270億円（58億～477億円）の歳出効率化効果が期待されるとしている。また、第1号被保険者10万人あたり介護福祉老人施設定員数が40%減少

すると、平均 177 億円（38 億～314 億円）の歳出効率化効果があるとしている。

以上が「政策課題分析シリーズ 15 要介護（要支援）認定率の地域差要因に関する分析」における認定率に関する報告であるが、同報告書では、要介護（要支援）認定者 1 人あたり介護サービス費用に影響を与える要因の分析も行なっている。その分析によると、以下の要因が 1 人あたり介護サービス費用の押し上げ、押し下げ要因として指摘されている。

| 押し上げ要因                              | 押し下げ要因                     |
|-------------------------------------|----------------------------|
| 要介護度 3 以上認定者 10 万人あたり介護老人保健施設（定員）   | 人口 10 万人あたり保健師数            |
| 要介護度 3 以上認定者 10 万人あたり介護療養型医療施設（病床数） | 40 歳以上人口 10 万人あたり健康手帳交付数   |
| 要介護認定者 10 万人あたり通所介護定員数              | 人口 10 万人あたり非常勤保健師数         |
| 要介護認定者 10 万人あたり訪問介護員数               | 人口 10 万人あたり民生委員数           |
| 75 歳以上人口／65 歳以上人口比率                 | 人口 10 万人あたり死亡者数（急性心筋梗塞）    |
| 保険料が基準額を下回る者の割合                     | 人口 10 万人あたり死亡者数（大動脈瘤および解離） |
| 65 歳以上人口 10 万人あたり老人クラブ数             | 人口 10 万人あたり死亡者数（腎不全）       |
| 人口 10 万人あたり死亡者数（悪性新生物）              | 保険料収納率                     |

表 16 「政策課題分析シリーズ 15 要介護（要支援）認定率の地域差要因に関する分析」<sup>6</sup> で示された 1 人あたり介護サービス費用の押し上げ、押し下げ要因

以上まとめると、「政策課題分析シリーズ 15 要介護（要支援）認定率の地域差要因に関する分析」では、以下のような要因が指摘されている。

#### 認定率

|          | 正の相関                   | 負の相関              |
|----------|------------------------|-------------------|
| 先行研究レビュー | 保険者の財政の悪化              | 介護予防の取組           |
| 相関分析     | 人口 10 万人あたり死亡者数（悪性新生物） | スポーツ行動者割合（75 歳以上） |
|          | 人口 10 万人あたり死亡者数（腎不全）   | スポーツ行動者割合（65 歳以上） |
|          | 人口 10 万人あたり死亡者数（脳梗塞）   | スポーツ行動者割合（55 歳以上） |
|          | 人口 10 万人あたり一般病床        | スポーツ行動者割合（45 歳以上） |

|                                        |                                        |                                       |
|----------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|
|                                        | 数                                      | 以上)                                   |
|                                        | 人口 10 万人あたり病床数<br>(病院)                 | 財政力指数                                 |
|                                        | 人口 10 万人あたり老人福祉<br>費                   | 保険料負担が基準額を上回<br>る者の割合                 |
|                                        | 人口 10 万人あたり保健師数<br>(常勤)                |                                       |
| 固定効果モデル分析 (都道<br>府県、要支援認定・要介護<br>2 以下) | 75 歳以上/65 歳以上比率                        | 人口 10 万人あたり病床数<br>(病院)                |
|                                        | 高齢単身世帯割合                               | 65 歳以上 10 万人あたり通<br>所型介護予防事業参加実人<br>数 |
|                                        | 完全失業率                                  | 人口 10 万人あたり死亡者数<br>(糖尿病)              |
|                                        | 財政力指数                                  | 人口 10 万人あたり総患者数<br>(新生物)              |
|                                        | ケアマネジャーに占める兼<br>業者の割合                  |                                       |
| 固定効果モデル分析 (都道<br>府県、要介護認定・要介護<br>3 以上) | 75 歳以上/65 歳以上比率                        | 人口 10 万人あたり総患者数<br>(本態性高血圧症)          |
|                                        | 財政力指数                                  |                                       |
|                                        | 人口 10 万人あたり総患者数<br>(内分泌、栄養および代謝<br>疾患) |                                       |
| 固定効果モデル分析 (保険<br>者、要支援認定・要介護 2<br>以下)  | 75 歳以上/65 歳以上比率                        | 人口 10 万人あたり一般病院<br>数                  |
|                                        | 高齢単身世帯数割合                              | 人口 10 万人あたり一般診療<br>所数                 |
|                                        | 完全失業率                                  |                                       |
|                                        | 財政力指数                                  |                                       |
|                                        | 65 歳以上含む世帯割合                           |                                       |
| 固定効果モデル分析 (保険<br>者、要介護認定・要介護 3<br>以上)  | 75 歳以上/65 歳以上比率                        | 就業者割合 (65 歳以上)                        |
|                                        | 高齢夫婦世帯割合                               | 人口 10 万人あたり死亡者数<br>(糖尿病)              |
|                                        | 保険料負担が基準額を下回                           | 人口 10 万人あたり死亡者数                       |

|                                                 |                            |                 |
|-------------------------------------------------|----------------------------|-----------------|
|                                                 | る者の割合                      | (腎不全)           |
|                                                 | 財政力指数                      |                 |
| 認定率の変化には粘性があることを想定した固定効果モデル分析（保険者、要支援認定・要介護2以下） | 75歳以上／65歳以上比率              | 訪問型介護予防事業参加者実人数 |
|                                                 | 第1号被保険者10万人あたり介護老人福祉施設（定員） | 介護予防普及啓発事業参加延人数 |

表17 「政策課題分析シリーズ15 要介護（要支援）認定率の地域差要因に関する分析」<sup>6</sup>  
認定率に与える要因まとめ

介護サービス費

|           | 正の相関                            | 負の相関                     |
|-----------|---------------------------------|--------------------------|
| 先行研究レビュー  | 要介護度                            |                          |
| 固定効果モデル分析 | 要介護度3以上認定者10万人あたり介護老人保健施設（定員）   | 人口10万人あたり保健師数            |
|           | 要介護度3以上認定者10万人あたり介護療養型医療施設（病床数） | 40歳以上人口10万人あたり健康手帳交付数    |
|           | 要介護認定者10万人あたり通所介護定員数            | 人口10万人あたり非常勤保健師数         |
|           | 要介護認定者10万人あたり訪問介護員数             | 人口10万人あたり民生委員数           |
|           | 75歳以上人口／65歳以上人口比率               | 人口10万人あたり死亡者数（急性心筋梗塞）    |
|           | 保険料が基準額を下回る者の割合                 | 人口10万人あたり死亡者数（大動脈瘤および解離） |
|           | 65歳以上人口10万人あたり老人クラブ数            | 人口10万人あたり死亡者数（腎不全）       |
|           | 人口10万人あたり死亡者数（悪性新生物）            | 保険料収納率                   |

表18 「政策課題分析シリーズ15 要介護（要支援）認定率の地域差要因に関する分析」<sup>6</sup>  
介護給付費に与える要因まとめ

### 3.3.厚生労働省老人保健健康等増進事業・内閣府政策課題分析シリーズまとめ

以上、老人保健健康増進等事業の報告書 5 本および内閣府政策課題分析シリーズ報告書 1 本において述べられている介護給付費および要支援・介護認定に影響を及ぼす要因を概観したが、それらをまとめ、以下の図を作成した。

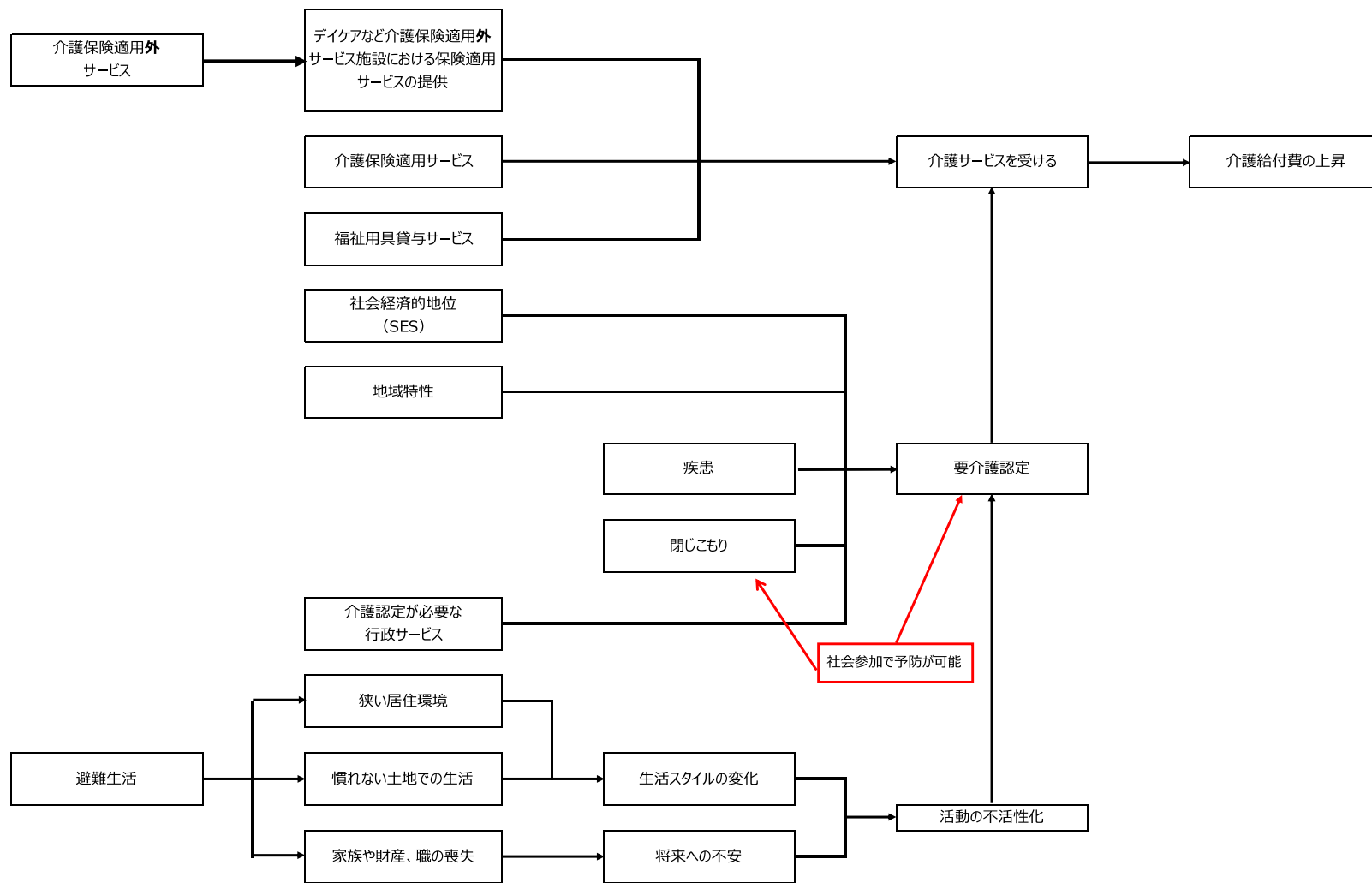


図 11 老人保健健康増進等事業の報告書 5 本及び内閣府政策課題分析シリーズ報告書 1 本のまとめ

### 3.4. 社会参加に関するエビデンス

以上見てきたとおり、これまでに介護給付費および要支援・要介護認定に影響を与える要因が検討されてきたが、合わせて「福島県における要介護認定者増の要因分析による必要な支援のあり方に関する調査研究事業」、「要介護認定率の評価分析に係る調査研究事業」、「要介護認定率の変化に関する調査研究事業」では、社会参加により要支援・要介護認定が抑制できる可能性についても言及されている。

社会参加を促すため厚生労働省は、「通いの場」の拡充をしてきたが、「通いの場」には厚生労働省が示す2つの定義がある(図12)。一つが介護予防に資する住民主体の「通いの場」であり、もう一つが自治体の介護保険担当部署以外の部署や、民間企業、団体など様々な

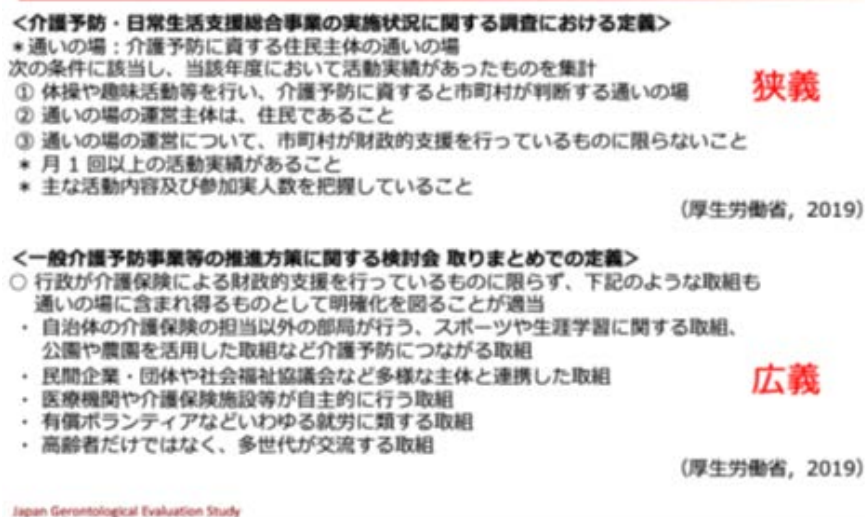


図12 厚生労働省が示す通いの場の定義

主体が実施する「通いの場」である。以下では、前者を「狭義の通いの場」、後者を「広義の通いの場」と呼ぶことにする。本項では、「狭義の通いの場」を含む社会参加による介護予防効果について分析が行われている先行研究のレビューを行う。

まず、「通いの場」に関する先行研究レビューを行った、「厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業) PDCA サイクルに沿った介護予防の取組推進のための通いの場等の効果検証と評価の枠組み構築に関する研究(研究代表者:藤原佳典)」の「研究3」において、通いの場の文献レビューを行っているので、その結果を記す。

そのうえで、上記「研究3」および前述の老人保健健康増進等事業等で行われた社会参加に言及した3つの報告書でもJAGES研究の研究成果を中心に議論されていることから、本報告書において、再度JAGES研究の成果のレビューを行う(前述の報告書等で報告されているものも含む)。JAGES研究の成果のレビューでは、「地域レベル」「狭義の通いの場」「就労、社会経済状況(SES)、ライフコース」「介護給付費」の4つにわけて行い、「介護給付費」に関してはJAGES研究の成果が少なかったため、その他の論文も参照した。

また以下で検討するエビデンスには、すでに見てきた老人保健健康増進等事業や内閣府の「政策課題分析シリーズ15 要介護(要支援)認定率の地域差要因に関する分析」(以下、本事業で検討した報告書等)における先行研究レビューですでに検討されているものも含まれているが、その詳細を再度掲載する。

### 3.4.1. PDCA サイクルに沿った介護予防の取組推進のための通いの場等の効果検証と評価の枠組み構築に関する研究<sup>7</sup>

本研究では、PDCA サイクルに沿った介護予防事業を推進するため、その効果の検証と自治体向けの手引きの作成を行っている。そのなかで「研究3」として、「通いの場の介護予防効果のメカニズムに関する文献レビュー」を実施した。本研究のレビューによると、計25件の文献が研究対象として抽出されたとのことであった。

これら25件の文献をレビューした結果、通いの場には以下の効果があることが示唆されているとのことであった。

#### 【対照群を置いた研究】

- ・ 通いの場参加群は、非参加群と比較して主観的健康感が高い。
- ・ 通いの場参加群は、非参加群と比較して老研式活動能力指標のうち、手段的自立、知的能動性が改善していた。
- ・ 通いの場参加群は、非参加群と比較してバランス能力の改善がみられた。
- ・ コロナ禍でも、参加群は非参加群に比べて身体活動量を維持していた。
- ・ コロナ禍での通いの場活動制限の影響を調べた報告では、通いの場参加群は非参加群に比べてやせや肥満が少なかった。
- ・ 通いの場参加群は、非参加群と比較して外出、会話、ほかの地域組織への参加が増加していた。

#### 【対照群を置かない研究】

- ・ 参加群のみの前後比較の報告では、通いの場を運営するボランティアで認知機能が改善しており、高頻度参加群では手段的自立が改善していた。
- ・ 通いの場参加群のみの前後比較では、通いの場立ち上げ前に比べて1年後の体力測定でバランス能力、歩行能力、筋力が改善していた。
- ・ 通いの場参加群のみの前後比較では、話し相手・何かに取り組む相手の増加、社会的サポート授受の増加、社会活動が増加していた。
- ・ 通いの場参加群のみの横断研究では、外出機会、会話機会、地域との交流、友達・知り合い・健康情報の増加、社会参加の数、近所付き合い、社会的サポートが増加していた。
- ・ 通いの場参加群のみの横断研究では、通いの場参加をきっかけに、約8～9割の対象者が健康に関する情報の増加、健康について望ましい変化があったと回答し、通いの場への参加がきっかけでほかの社会参加も増加した者でその傾向が強かった。

以上のとおり、通いの場に参加することで、心理面、認知面、身体面、栄養面、社会面における向上が報告されているとのことであった。

### 3.4.2. 地域レベルのエビデンス

本事業におけるテーマが介護給付費の地域差の要因であることから、まずは地域レベルで分析されたエビデンスを見ていく。地域レベルの関連の分析方法には、地域レベルの集計値を用いた地域相関分析と、個票を用いて、個人レベルの要因の関連を差し引いたうえで地域レベルの要因の関連を分析するマルチレベル分析とがある。以下では、地域相関分析とマルチレベル分析とでわけて結果を記載する。

#### 【本事業で検討した報告書等でレビューされているエビデンス】

##### 〈横断データによる分析〉

- ・ 伊藤らの研究によると、2016年に91市区町に住む要介護認定を受けていない高齢者188,583人のデータを使って分析したところ、ボランティア、趣味関係、スポーツ関係、介護予防・健康づくりへの参加率が高い市区町では、要介護認定率が低いことを報告している<sup>8</sup>。

##### 〈縦断データによる地域相関分析〉

- ・ Ideらの延べ289市町村の要介護認定を受けていない442,079人を対象とした2013年、2016年、2019年の3時点における調査データを用いた連続横断研究では、ボランティアや、スポーツ、趣味など社会活動に参加する割合が10%ポイント高いと幸せと感じる高齢者が3～5%ポイント（社会参加の種類によって異なる）高かったとしている<sup>9</sup>。

##### 〈縦断データによるマルチレベル分析〉

- ・ Fujiharaらの研究によると、2010年と2013年の24市区町村、380地域（おおよそ、小学校区、または中学校区）に住む要介護認定を受けていない高齢者30,587人のデータを分析したところ、地域の社会参加が多いとIADLが低下するリスクが10%低くなるとしている<sup>10</sup>。
- ・ Noguchiらの研究によると、2010年から2013年の約3年間24市区町村に住む要介護認定を受けていない高齢者73,021人を追跡して分析したところ、地域の結束力が高いほど、男性の要介護になるリスクが約9%減少したと報告している<sup>11</sup>。

#### 【本事業で検討した報告書等でレビューされていないエビデンス】

##### 〈横断データによる分析〉

- ・ Tsujiらの研究では、2016年に39市町の1000地域（おおよそ小学校区、または中学校区）の要介護認定を受けていない高齢者157,233人のデータを使って分析したところ、スポーツグループの参加割合が10%ポイント高いと、その地域に暮らす非参加者の行動変容ステージが平均で0.06段階高く、閉じこもりのリスクが6%低いことが確認されたとしている<sup>12</sup>。

- ・ Nakagomi らの研究では、2016 年に全国 818 校区に住む要介護認定を受けていない 116,013 人の高齢者データを分析したところ、**地域の市民参加の割合が 5%多くなると、男性で 3%、女性で 8%高血圧が少ないことが確認された**と報告している<sup>13</sup>。
- ・ Jeong らの研究では、105 市町 338,659 人の要介護認定を受けていない高齢者を対象とした 2013 年に実施された調査データを分析したところ、**社会参加する人が多い市町ほど、物忘れがある人の割合が少なかった**と報告している<sup>14</sup>。

#### 〈縦断データによる地域相関分析〉

- ・ Yamamoto らの研究では、全国 62 自治体の要介護認定を受けていない 65 歳以上の高齢者(165,164 人)を対象とした分析では、農村部は大都市部よりオーラルフレイル該当率が 1.17 倍高い一方で、**社会参加の多い学校区では社会参加の少ない学校区に比べてオーラルフレイルの該当者が 0.96 倍と 4%少ないことから、農村部での社会参加を促進することがオーラルフレイルの地域格差縮小に貢献すると述べている**<sup>15</sup>。
- ・ Takeuchi らの研究によると、全国 69 市町村を 6 年間追跡して分析した結果、6 年間でスポーツの会参加や助け合いの割合が **10%ポイント増加した市区町では、喫煙率が 1.7~4.5%ポイント下がった**ことを報告している<sup>16</sup>。
- ・ Watanabe らの研究によると、2010~11 年、2016 年の 2 時点ともに回答した 44 市区町の要介護認定を受けていない高齢者(2010~11 は 72,718 人、2016 年は 84,211 人)を対象に分析を行ったところ、**社会参加する高齢者の割合が 10%増えた市区町は、地域全体の抑うつ割合が 3%減少した**と報告している<sup>17</sup>。

#### 〈縦断データによるマルチレベル分析〉

- ・ 伊藤らの 39 市町村、572 小学校区の要介護認定を受けていない 69,778 人を対象とした研究では、「**社会的連帯**」が豊かな地域に住む高齢者は役所や社会福祉協議会、民生委員などの公的な相談窓口相談する意向を持つ可能性が高いことを示している<sup>18</sup>。
- ・ Tsuji らの研究では、2010~12 年を起点として 6 道県 9 市町の要介護認定を受けていない高齢者 43,088 人をその後最長 7 年間追跡した結果、**運動・スポーツのグループ活動への参加が地域で 1 割多いと、その地域における全死因とがん死亡リスクが 11%減るとしている**<sup>19</sup>。
- ・ Haseda らの研究によると、2013 年および 2016 年に健康とくらしの調査に参加した 25 市町村の要介護認定を受けていない高齢者 47,106 人を対象に、25 市町村を 2013 年時点で研究者と市町村担当者が協働しデータを積極的に活用していた市町村とそうでない市町村を比べて 2016 年の状況をみたところ、いずれの市町村でも 2013 年と 2016 年で高齢男性の地域活動への参加が増加していたが、**協働していた市町村のほうが 2.5%ポイント有意に増加割合が高いことを報告している**<sup>20</sup>。また別の Haseda

らの研究によると、同じく 2013 年、2016 年の調査データを使って、JAGES から調査結果のデータのみを受け取った市町村と JAGES の研究者が職員のデータ活用や組織間連系を支援して取り組みを行った市町村を比べたところ、**研究者が支援を行った市町村の男性高齢者はそうでない市町村の男性高齢者に比べて死亡リスクが 0.92 倍と 8%低かった**としている<sup>21</sup>。

- ・ Noguchi らの研究によると、全国 384 の小地域（おおよそ小学校区、または中学校区）の 2013 年時点でフレイルではない高齢者 21,940 人を 2016 年まで約 3 年間追跡して分析したところ、「**市民参加（地域の人々の社会参加）**」の割合が **10%ポイント上がる**と **フレイル発生リスクが 6%ポイント低くなった**と報告している<sup>22</sup>。
- ・ Tamura らの研究によると、2013 年から 2016 年の約 3 年間、24 市町村の 522 小地域（おおよそ小学校区、または中学校区）に住む要介護認定を受けていない高齢者 37,522 人を対象に分析を行ったところ、**地域のボランティアグループに参加する高齢者の割合が 10%ポイント高い**と、**うつの発症リスクが 10%低い**結果となったと報告している<sup>23</sup>。
- ・ Yamaguchi らの研究によると、2010 年と 2013 年に行われた調査に参加した全国 295 小学校区に住む 29,065 人の要介護認定を受けていない高齢者のデータを分析したところ、**地域の活動に参加者が 6%増えた地域は、抑うつ傾向が男性で 7%、女性で 6%少なくなった**と報告している<sup>24</sup>。

また、「地域」という観点からは、地域資源の活用も介護予防に資する可能性を示唆する研究成果もある。

#### 【本事業で検討した報告書等でレビューされているエビデンス】

##### 〈縦断データによる分析〉

- ・ Tani らの研究では、2010 年から 3 年間、要介護認定を受けていない高齢者 76,053 人のデータを追跡したところ、**歩道面積割合が低い地域に住む高齢者に比べて、高い地域に住む高齢者の認知症リスクが 45%低い**と報告している<sup>25</sup>。
- ・ Hosokawa らの研究によると、人々の交流と健康づくりを目的とした「健康交流の家」が設立されたことから、健康交流の家が開設された地域に住む高齢者 108 名を対象に 2014 年 12 月から 2015 年 12 月まで 1 年間の追跡調査を行いデータを分析した結果、**健康交流の家を週 1 回以上利用している高齢者は、そうでない高齢者と比べてスポーツの会へ参加する機会が 5.9 倍、ボランティアの会に参加する機会が 4.2 倍増えており、手段的自立が 1.2 倍、知的能動性が 1.3 倍維持・改善していた**と報告している<sup>26</sup>。

#### 【本事業で検討した報告書等でレビューされていないエビデンス】

##### 〈縦断データによる分析〉

- 熊澤らの研究によると、「健康支援型」道の駅が整備される前（2018年度）、整備された後（2020年度および2021年度）の3時点の調査に回答した要介護認定を受けていない高齢者576人（利用者：344人、非利用者：165人）のデータを用いて分析を行ったところ、「健康支援型」の道の駅を整備し地域住民の利用が進むことで、当該道の駅を利用した高齢者はそうでない高齢者に比べて主観的健康感が悪いと回答した者が33%減ったことが示されている<sup>27</sup>。

以上の結果をまとめると、以下のような図になる。

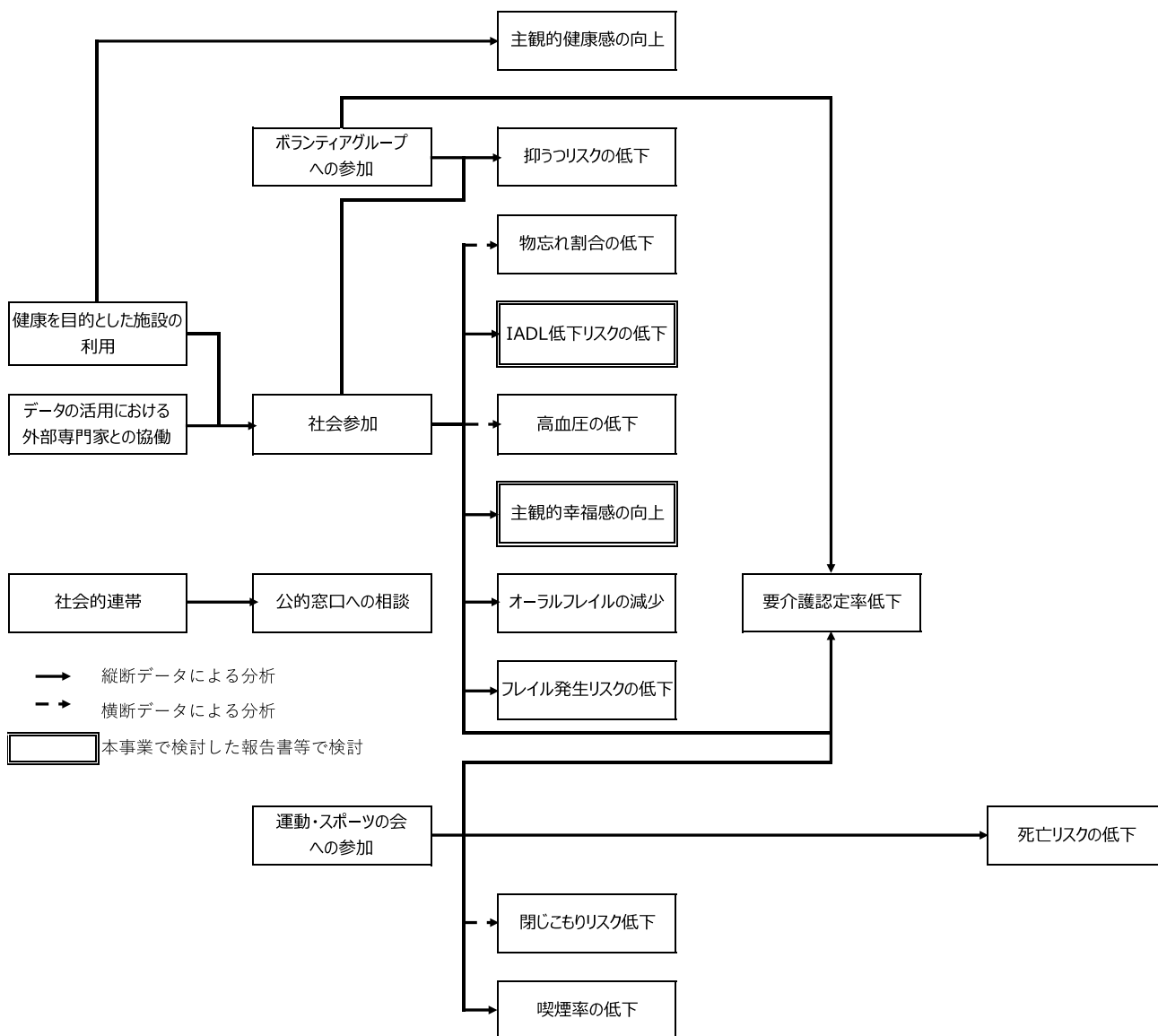


図13 地域レベルのエビデンスまとめ

### 3.4.3. 「狭義の通いの場」の効果

現在、「通いの場」には介護予防に資する住民主体の「通いの場」（「狭義の通いの場」）と、自治体の介護保険担当部署以外の部署や、民間企業、団体など様々な主体が実施する「通いの場」（「広義の通いの場」）がある（図 12）が、本項では、「狭義の通いの場」に絞って、どのような効果が報告されているか見ていきたい。なお、本項において「通いの場」と記す場合は、特に説明がない場合はすべて「狭義の通いの場」を指す。

#### 【本事業で検討した報告書等でレビューされているエビデンス】

##### 〈横断データによる分析〉

- ・ 林らの研究によると、2015年12月から2016年2月に実施した調査に参加した7市町村 109ヶ所の通いの場参加者 3,305人のデータを分析したところ、分析対象者の65.2%が、**通いの場参加後に通いの場以外の社会参加が増えた**と回答し、**通いの場の参加期間が長い参加者ほど通いの場以外の社会参加が増えた**と回答していたと報告している。また、通いの場以外の社会参加が増えたと回答した人の9割以上で健康に関する情報や健康に対する意識が増したと回答していると報告している<sup>28</sup>。

##### 〈縦断データによる分析〉

- ・ 辻らの研究によると、神戸市において、市内78圏域（おおよそ中学校区）のうち、複数の要介護リスク指標で不良な値を示した16圏域を重点的な対策が必要なモデル地区と指定し、2014年から2019年にかけて通いの場の立ち上げ支援を行ったところ、2011年、2013年の調査ではモデル地区で非モデル地区より有意に低かった「スポーツ関係のグループ参加」「情緒的サポート提供あり」「うつ傾向」「認知機能低下」などの指標において、2019年には差がなくなる、または差が逆転したこと（**通いの場づくりを重点的に行うことで、社会参加やネットワーク、サポートが醸成され、地域間の健康格差を是正**）を報告している<sup>29</sup>。
- ・ Satoらの研究によると、2010～11年、2013年、2016年に実施された調査に参加した81の市町村に住む要介護認定を受けていない高齢者375,400人を対象に分析を行ったところ、「通いの場」などの地域介護予防活動支援事業の高齢者100人あたり1回の実施は、**フレイルリスクを11%引き下げると報告している**<sup>30</sup>。

#### 【本事業で検討した報告書等でレビューされていないエビデンス】

##### 〈横断データによる分析〉

- ・ 井手らの研究では、2016年度に実施された健康とくらしの調査に参加した38市町の要介護認定を受けていない高齢者20,972人を対象に「狭義の通いの場」と「広義の通いの場」で参加者の背景に違いがあるかを分析したところ、「**狭義の通いの場**」参

加者に教育歴や等価所得における特徴は見られない一方で、「広義の通いの場」は男性で低学歴・低所得、女性で低学歴の参加が少ない結果であったとしている<sup>31</sup>。

- ・ 加藤らの研究によると、7市町村の109の通いの場に参加している2,637人を対象に分析を行ったところ、ポピュレーションアプローチが導入される前の2014年度に比べ、2015年度では二次予防対象者割合（推定値）が高齢者人口の1.1%から2.9%に有意に上昇しており、なかでも高齢者人口の1割が通いの場に参加していた2市町では、高齢者人口の5%にあたる二次予防対象者が確認できたとしている<sup>32</sup>。

#### 〈縦断データによる分析〉

- ・ 井手らの研究によると、神奈川県松田町が2016年、2019年に行なった調査に回答した575人を対象に分析を行ったところ、通いの場参加者は、非参加者に比べて物忘れリスクが44%低く、ボランティアグループやスポーツ関係のグループなど通いの場以外の地域参加が増加していたと報告している<sup>33</sup>。
- ・ Ideらの研究によると、2016年に通いの場に参加していた21市町村の4,232人を対象に2019年の健康・暮らし・幸せに関する34指標について分析したところ、通いの場参加者は、参加していない人に比べて生活機能が良好、趣味、老人クラブ、学習・教養サークル、ボランティアなど「広義の通いの場」への参加頻度が高く、会った友人の数が多く、糖尿病・うつ兆候などでも良い兆候を示し、検診受診率も高かったことを報告している<sup>34</sup>。
- ・ 田近らの研究によれば、2013年と2016年に実施した調査に参加した10道県24市町村に住む要介護認定を受けていない高齢者3,760人を対象に分析を行ったところ、通いの場に1年以上継続して参加した75歳以上の高齢者は、参加していない人に比べて3年間で要介護リスク点数<sup>iii</sup>悪化が46%少なかったと報告している<sup>35</sup>。

「狭義の通いの場」の効果に関しては、過去の老人保健健康増進等事業でも検討されているものがある。老人保健健康増進等事業のうち、厚生労働省ホームページで遡れる平成24年度以降について、「採択事業」の一覧から「通いの場」で検索を行い、該当する報告書のうち、通いの場の効果について検討しており、ウェブを通じて報告書がダウンロードできるものを取りあげた。その結果、以下の報告書が該当した。

- ・ 独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所、令和2年度老人保健健康増進等事業「通いの場の効果検証に関する調査研究事業」
- ・ 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター、令和5年度老人保健健康増進等事業「通いの場におけるフレイル予防の促進に向けた効果的な手法に関する調査研究」

---

<sup>iii</sup> 辻らが開発した尺度で、10問の質問に答えることで、約3年以内に要支援・要介護認定を受けるリスクを予測するもの。

#### 3.4.3.1. 通いの場の効果検証に関する調査研究事業<sup>36</sup>

この事業では、まず先行研究のレビューを行い、住民が運営する通いの場等への参加がフレイルおよび新規要介護認定に及ぼす影響を報告した研究3つを示し、**通いの場等の参加者は非参加者に比べてその後のフレイル、新規要介護認定が有意に低減していた**としている。そのうち1つの研究ではさらに追跡期間を延ばして分析を行ったところ、**参加者の認知症発生リスクが低減された**<sup>37</sup>としている。

また、2016年度および2019年度の健康とくらしの調査データの提供が得られた4市町のデータを分析した結果、パネルデータを用いた分析では**有意に通いの場参加者のフレイル発症リスクが低かった**（コホートデータでは、参加群における要介護認定者が少ないため効果評価が難しかった）と報告している。また、参加頻度については月1回以上の参加で効果が見られ、頻度が高くなるにつれて有意にリスクが低くなったと報告している<sup>37</sup>。

#### 3.4.3.2. 通いの場におけるフレイル予防の促進に向けた効果的な手法に関する調査研究<sup>37</sup>

同事業では、2019年、2022年に実施された健康とくらしの調査のデータを用いて、通いの場参加者と非参加者を比較したフレイルと要介護認定リスクの分析を行っている。その結果、**通いの場参加者は非参加者に比べて有意にフレイル発症リスクが低く、要介護認定のハザードリスクも低かった**と報告している。

また、基本チェックリストから判定できる日常生活関連動作低下、運動機能低下、低栄養、口腔機能低下、閉じこもり、認知機能低下、うつについても分析を行ったところ、**通いの場参加者は非参加者に比べて、日常生活関連動作、運動機能、閉じこもり、抑うつリスクが有意に低いことが明らかになった**としている。

以上をまとめると、狭義の通いの場の参加によって要介護認定や認知症のリスク、介護給付費を下げる可能性が示唆されている。もう一つ重要なポイントが、広義の通いの場（社会参加）のきっかけになっている点であろう。狭義の通いの場は、広義の通いの場に比べて所得や学歴などに関わらず参加しやすいということも報告されており、様々な住民にとって参加しやすく、次の社会参加のきっかけとなっていることは注目に値すると思われる。

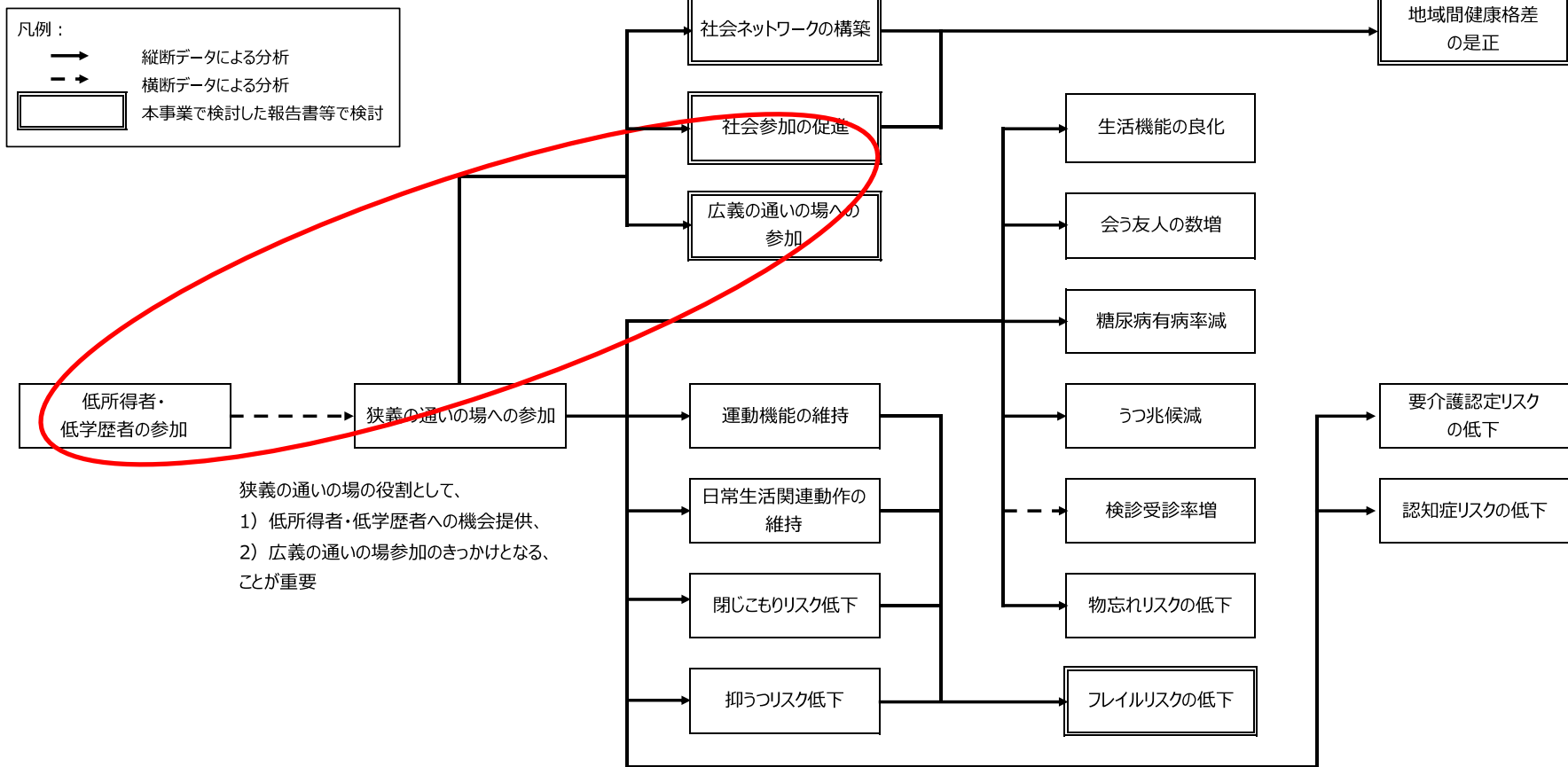


図 14 「狭義の通いの場」エビデンスまとめ

#### 3.4.4. 就労、社会経済状況 (SES)、ライフコース

近年、高齢者の就労が増えており、それに伴い就労が高齢者の健康に与える影響についての研究も進んできている。また、ここまで通いの場を含む社会参加における健康への影響についてエビデンスを見てきているが、高齢者の健康には社会経済状況や高齢者になる前の経験も影響を与えていることが知られている。このため、本項では就労、社会経済状況 (SES)、ライフコースが高齢者の健康に影響を与えることを示唆したエビデンスについても概観する。

##### 【就労】

##### 【本事業で検討した報告書等でレビューされているエビデンス】

###### 〈縦断データによる分析〉

- ・ Ide らの研究によると、2010～12 年に実施した調査に参加した 13 市町の要介護認定を受けていない高齢者 47,306 人をその後約 6 年間追跡して分析した結果、**就労している人は就労していない人に比べて農村で 17%、都市で 20%要介護リスクが低かったと報告している**<sup>38</sup>。

##### 【本事業で検討した報告書等でレビューされていないエビデンス】

###### 〈横断データによる分析〉

- ・ 小牧らの研究によると、2016 年に要介護認定を受けていない高齢者 17,695 人のデータを用いて分析を行ったところ、2016 年時点でも**就労を継続している高齢者は、退職した (就労していない) 高齢者に比べて QOL 尺度の一つである EQ-5D-5L で測定した QOL スコアが有意に高い**としている<sup>39</sup>。

###### 〈縦断データによる分析〉

- ・ Shiba らの研究によると、2010 年と 2013 年に実施した調査に参加した要介護認定を受けていない高齢者 62,438 人のデータを分析したところ、**退職をした人は仕事を続けている人に比べて高齢者用うつ尺度 GDS-15 項目版で評価した抑うつ度 (0-15 で点数が高いほどうつ度が高い) が有意に増加しており、退職後に趣味の会などに参加している人は退職後の抑うつ度の増加の程度が小さい傾向が見られたと報告している**<sup>40</sup>。

##### 【教育歴】

##### 【本事業で検討した報告書等でレビューされているエビデンス】

###### 〈横断データによる分析〉

- ・ Amemiya らの研究によると、2010 年の調査に参加した要介護認定を受けていない高齢者 4,149 人のデータを分析したところ、**男性では初回認定時に重度要介護であった層で教育歴 9 年以下の群と比べて教育歴 13 年以上の群では要介護度改善ハザード比**

が1.97、女性では初回認定時に重度だった層で教育歴9年以下の群と比べて13年以上の群では同ハザードが2.16倍であったと報告している<sup>41</sup>。

【本事業で検討した報告書等でレビューされていないエビデンス】

〈縦断データによる分析〉

- ・ Takasugiらの研究によると、2010年から12年に7道県16市町村で実施された調査に参加した要介護認定を受けていない高齢者52,063人を約6年間追跡して分析した結果、認知症リスクにおいて、教育年数が6年未満に比べて13年以上では男性で34%、女性で21%低く、女性では等価所得が199万円以下は400万円以上に比べて17%低く、男性では最長職が「専門・技術職」に比べて管理職、技能・労務職でそれぞれ14%、13%低い結果であったとしている<sup>42</sup>。

【経済状況】

【本事業で検討した報告書等でレビューされていないエビデンス】

〈横断データによる分析〉

- ・ Hasedaらの研究によると、2013年に行われた調査に参加した77市区町村の要介護認定を受けていない高齢者104,920人を対象に分析を行ったところ、低所得層ほど抑うつ症状を示す割合が高かったものの、スポーツの会や学習・教養サークルなど地域活動への参加割合が高く、ソーシャル・サポートの授受の割合が高い市区町村では、男性の抑うつにおける所得間格差が小さく、失業率や経済格差の悪化を感じている人が多い市区町村では所得間格差が大きかったと報告している<sup>43</sup>。
- ・ Sasakiらの研究では、2013年に実施された調査に参加した30自治体の要介護認定を受けていない高齢者193,694人のデータを分析したところ、企業年金受給者に比べて、無年金者は0.77倍、国民年金受給者は0.95倍、厚生年金・共済年金受給者は0.98倍主観的幸福感が低いことが示されたと報告している<sup>44</sup>。
- ・ Nagamineらの研究によると、2010年に実施された調査に参加した愛知県の要介護認定を受けていない高齢者9,893人のデータを分析したところ、女性では最も所得が高い群（4分位）に比べて2番目に所得が高い群、2番目に所得が低い群、最も所得が低い群でそれぞれ糖尿病であるリスクが1.22倍、1.33倍、1.43倍であり、男性は最も所得が低い群でリスクが高いことが示されたと報告している<sup>45</sup>。
- ・ Saitoらの研究によると、2010～12年に実施された調査に参加した12都道府県31市町村の要介護認定を受けていない高齢者169,215人のデータを分析したところ、経済的理由によりテレビや冷蔵庫、冷暖房機などが無い高齢者や経済的理由により親戚の冠婚葬祭に出席できなかった高齢者は、主観的健康感が悪い人が1.3～1.5倍多く、抑うつ傾向の人も1.5～1.8倍多いことが示されたと報告している<sup>46</sup>。

〈縦断データによる分析〉

- ・ Sato らの研究によると、2013 年と 2016 年に実施した調査に回答した要介護認定を受けていない高齢者 40,257 人を対象に分析を行ったところ、資産を一番多く保有している層（四分位）に比べて、資産が一番少ない層では抑うつ発症の可能性が男性で 1.4 倍、女性で 1.21 倍高いことが示されたと報告している<sup>47</sup>。

【子どもの頃の経験】

【本事業で検討した報告書等でレビューされているエビデンス】

〈横断データによる分析〉

- ・ Amemiya らの研究によると、2013 年に調査に参加した要介護認定を受けていない高齢者 19,220 人を対象に分析を行ったところ、「親の死亡」「親の離婚」「親の精神疾患」「家庭内暴力の目撃」「身体的虐待」「精神的虐待」「ネグレクト」のいずれかの体験がある人は、ない人に比べて高次機能が低くなるリスクが約 1.46 倍で、成人期以降の社会経済状況、健康状況を調整すると 1.19 倍であったと報告している<sup>48</sup>。

【本事業で検討した報告書等でレビューされていないエビデンス】

〈横断データによる分析〉

- ・ Nishizawa らは、2010 年に行われた調査に参加した 16,184 名を対象に分析したところ、子どもの頃の経済状況を「下」「中」と答えた高齢者は「上」と答えた高齢者に比べて物忘れのリスクがそれぞれ 1.29 倍、1.10 倍高かったと報告している<sup>49</sup>。
- ・ Ashida らは、2013 年に実施した調査に参加した 47 市町村の要介護認定を受けていない高齢者 21,385 人のデータを分析した結果、子どもの頃の逆境体験を 2 つ以上ある人は、全くない人と比べて閉じこもりが 1.5 倍多いと報告している<sup>50</sup>。
- ・ Ashida らの研究によると、2010 年に実施した調査に参加した 27 市町村の要介護認定を受けていない高齢者 21,004 人のデータを分析した結果、子どもの頃の社会経済状況が高い（3 群）人に比べて低い人は高齢期の閉じこもりのリスクが 24%、友人・知人と会う頻度が低いリスクは 17%、ネットワークが狭いリスクは 13% 高かった<sup>51</sup>。
- ・ Yamakita らの研究によると、2010 年に行われた調査に参加した 27 市町村の要介護認定を受けていない高齢者 22,311 人のデータを分析した結果、子どもの頃の社会的地位が低かった群（3 群）は高かった群に比べてスポーツの会への参加が男性で 0.82 倍、女性で 0.88 倍少なかったと報告している<sup>52</sup>。

〈縦断データによる分析〉

- ・ Tani らの研究によると、2013 年に実施した調査に参加した要介護認定を受けていない高齢者 17,412 名を約 3 年間追跡して分析した結果、子どもの頃に親との離別、虐待、ネグレクトや家庭内暴力など逆境体験を 3 つ以上経験している高齢者は、一つも

経験していない高齢者に比べて認知症リスクが2.2倍であったと報告している<sup>53</sup>。

以上、就労、教育歴、経済状況、子どもの頃の経験と要介護認定に関するエビデンスを見てきたが、これらをまとめると下図のようになる。このように、高齢期になってからの対策では手を打てない要因も要介護認定に影響を与えることが示唆されている。一方で一部では、高齢期の社会参加によってその負の影響が軽減できることも示されている。

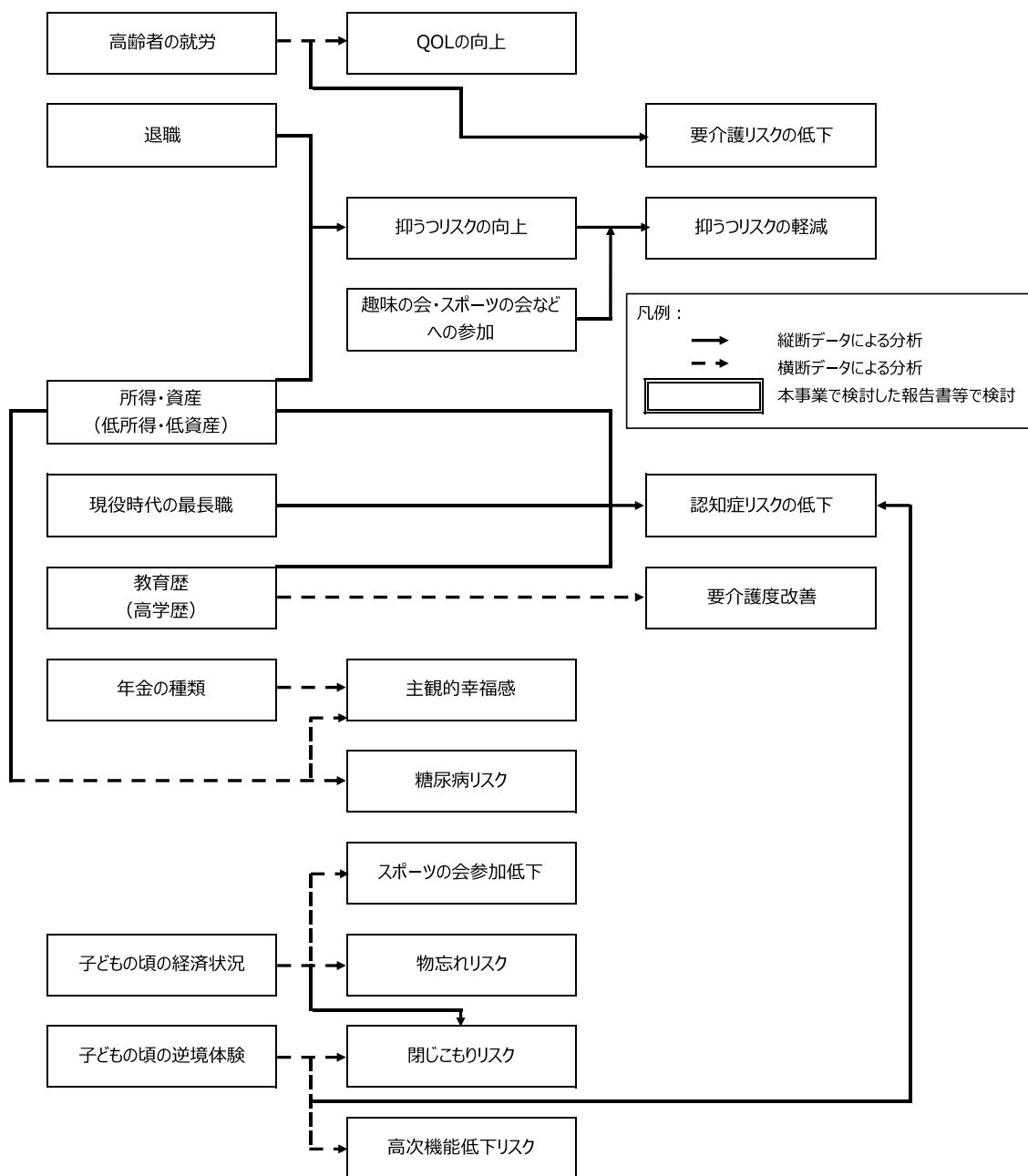


図 15 就労・社会経済状況 (SES)・ライフコースのエビデンスまとめ

### 3.4.5. 介護給付費

以上述べてきたフレイルをはじめとする各種の要介護リスクを高める要因は、要介護認定者を増やすことを通じて、間接的に本事業のテーマである介護給付費の増加を示唆している。最後に、本事業のテーマである介護給付費を目的変数として、JAGES データを使い直接の関連を確認した先行研究およびいくつかの主要な先行研究を概観する。

#### 【本事業で検討した報告書等でレビューされているエビデンス】

##### 〈縦断データによる分析〉

- ・ Saito らの研究によると、2010 年に健康とくらしの調査に参加した 12 市町村の要介護認定を受けていない高齢者 46,616 人のデータを 2016 年 11 月まで追跡（最大 76 ヶ月）して分析した結果、**趣味の会、またはスポーツの会に週 1 回以上参加していた人はそうでない人と比べて 6 年間の累積介護費が約 11～12 万円／人、就労をしている人はそうでない人と比べて同約 6 万円／人低かったと報告している**<sup>54</sup>。
- ・ Hirai らの研究によると、2010 年から 2011 年に実施された健康とくらしの調査に参加した 11 市町村の要介護認定を受けていない高齢者 38,875 人のデータを約 5 年間（59 ヶ月）追跡し分析したところ、**ほぼ毎日外出している人の 1 人あたり累積介護費は約 23 万円、週 2～3 回の人と同約 27 万円、週 1 回以下の人と同約 30 万円となり、1 日の平均歩行時間では、60 分以上の人が同約 21 万円、30～60 分の人と同約 24 万円、30 分未満の人が同約 32 万円で、活動性の高い人のほうが介護費が低かったと報告している**<sup>55</sup>。

#### 【本事業で検討した報告書等でレビューされていないエビデンス】

##### 〈相関を検討した分析〉

- ・ 清水による研究では、介護保険導入以降の各都道府県における高齢者の家族類型と介護保険サービス供給量との関係を公的統計の集計データを使って高齢者の家族類型「その他（単身、夫婦のみ、施設世帯以外の類型で主に二世帯、三世帯家族の世帯）」と介護老人福祉施設や訪問介護などのサービス供給量の関連を相関係数を用いて検討した結果、「その他」の割合には地域差が見られ、「その他」の割合の地域分布と介護老人福祉施設や介護老人保健施設の定員との間にやや強い正の相関、訪問介護の常勤換算従事者数との間にやや強い負の相関があったと報告している<sup>56</sup>。

##### 〈横断データによる分析〉

- ・ 岡田らの研究によると、オープンデータを用いた 1,564 保険者を分析対象とした回帰分析の結果、以下のような結果が得られたと報告している<sup>57</sup>。

|                                     | 増加                                                                   | 減少                                            |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 高齢者単身世帯の割合が10%増加すると                 | ・ 施設サービス利用割合が1.06倍                                                   | ・ 居宅サービス利用割合が0.919倍<br>・ 地域密着型サービス利用割合が0.913倍 |
| 女性の就業割合が10%上昇すると                    | ・ 居宅サービス利用割合が1.075倍<br>・ 地域密着型サービス利用割合が1.079倍<br>・ 施設サービス利用割合が1.028倍 |                                               |
| 高齢者の就業割合が10%増加すると                   | ・ 居宅サービス利用割合が1.012倍<br>・ 施設サービス利用割合が1.114倍                           | 地域密着型サービス利用割合が0.982倍                          |
| 65歳以上人口10万人あたりの居宅ケアマネジャー数が100人増加すると | ・ 居宅サービス利用割合が1.078倍<br>・ 地域密着型サービス利用割合が1.112倍                        | 施設サービス利用割合が0.993倍                             |
| 65歳以上人口千人あたりの施設サービス定員数が10人増加すると     | ・ 施設サービス利用割合が1.072倍                                                  | ・ 居宅サービス利用割合が0.971倍<br>・ 地域密着型サービス利用割合が0.964倍 |

表 19 岡田らの研究<sup>58</sup>で示された介護給付費に影響を与える要因

〈縦断データによる分析〉

- ・ Chenらの研究によると、2010年に健康とくらしの調査に参加し、その後2019年までレセプトデータを追跡できる7市町の要介護認定を受けていない高齢者34,982人を対象に分析を行ったところ、**生鮮食品店が近くにあると回答した人は、近くにないと回答した人に比べて介護費用がひとりあたり月1,367円低かったと報告している**。一方で、夜歩くのが危ない場所が多いと回答した人は、ないと回答した人よりも月1,383円低く、また立ち寄りやすい施設があると回答した人は、ないと回答した人と比べて月739円高い結果だったことも報告している。後者2つは仮説とは違ったが、夜歩くのが危ない場所が多いという回答は駅周辺に多くみられたことから生活の利便性が影響した可能性があること、気軽に立ち寄れる場所は過去の研究でも良い面、悪い面両方が報告されているので、それが反映されている可能性があるとしている<sup>58</sup>。

- ・ Kiuchi らの研究によると、2010 年に健康とくらしの調査に回答した要介護認定を受けていない高齢者 8,429 人をその後 8 年間追跡し分析したところ、過去 6 ヶ月以内に歯科検診を受けた人のうち、予防目的の歯科受診を行なった人は、行わなかった人に比べて累積介護費用が 108,990 円低く、治療目的の受診を行なった人は、行わなかった人に比べて 80,670 円低かったと報告している<sup>59</sup>。
- ・ 松岡の研究によると、2000～12 年度都道府県別パネルデータを用いて分析を行った結果、介護保険制度浸透に伴い、介護保険サービスの整備が低水準、利用が非積極的だった地域において、施設整備が行われ積極的な利用が行われていることが示唆された、と報告している<sup>60</sup>。
- ・ 松岡の研究によると、2006～12 年度の保険者別パネルデータを用いて分析したところ、地域密着型サービスは保険者に事業所の設置権限等があり、供給に関しての裁量権を持つため保険者の意向が強く反映された結果、介護給付水準の地域差が大きい可能性があること、居宅サービスの 2 期前の水準が高ければ地域密着サービス水準もそれに沿う形で高くなること（居宅が低ければ、地域密着も低く）が確認されたと報告している<sup>61</sup>。

このように、先行研究では自身が住む周囲の食料品店が多いなどの環境、歯科検診受診、社会参加、活動頻度が多いほど介護給付費が低い（低くなる）ことが報告されている。

### 3.5.まとめ

以上見てきたとおり、過去の先行研究などにおいて、通いの場をはじめとする社会参加などが要介護認定や介護給付費を抑制することが指摘されている。今回取り上げた先行研究は、要介護認定や介護給付費をアウトカムにしているものを中心に紹介しているため、社会参加等から直接要介護認定や介護給付費に与える影響を指摘しているが、社会参加はインプットや初期アウトカムに位置付けられることが多い一方で、要介護認定や介護給付費は最終アウトカムに位置付けられることが多く、その間には初期・中間アウトカムが存在することが想定される。これら初期・中間アウトカムに関しては、「令和 4 年度老人保健健康増進等事業 保険者機能強化に向けたアウトカム分析のための調査研究」において以下のような、先行研究をまとめたものも存在する<sup>62</sup>。

# JAGESが実証してきたリスク要因

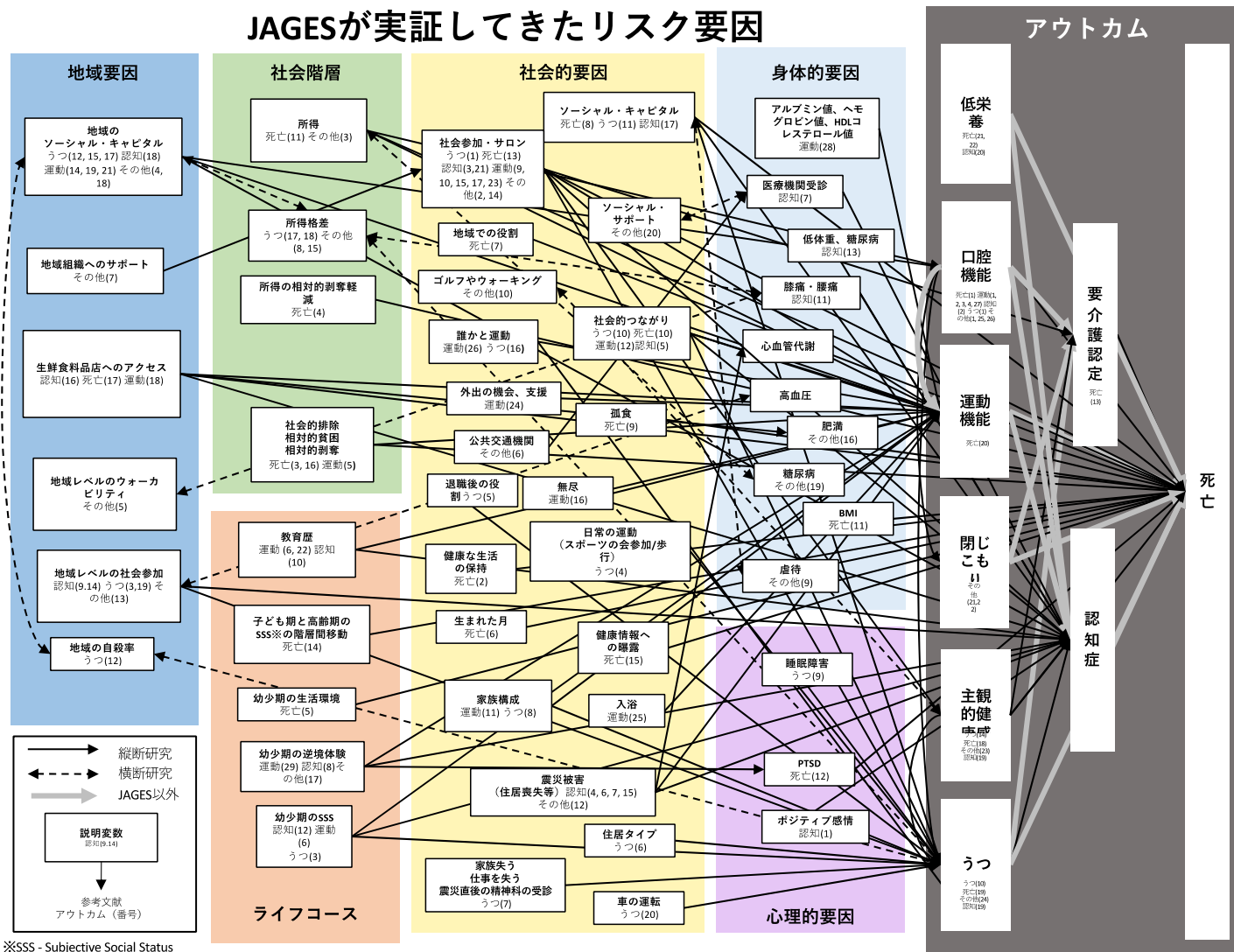


図 16 令和 4 年度老人保健健康増進等事業

保険者機能強化に向けたアウトカム分析のための調査研究<sup>63</sup>で示されたエビデンス

この図を参考に、本事業でまとめた要介護認定・介護給付費とその要因との間にあるアウトカムを補うと、以下のような図になる。

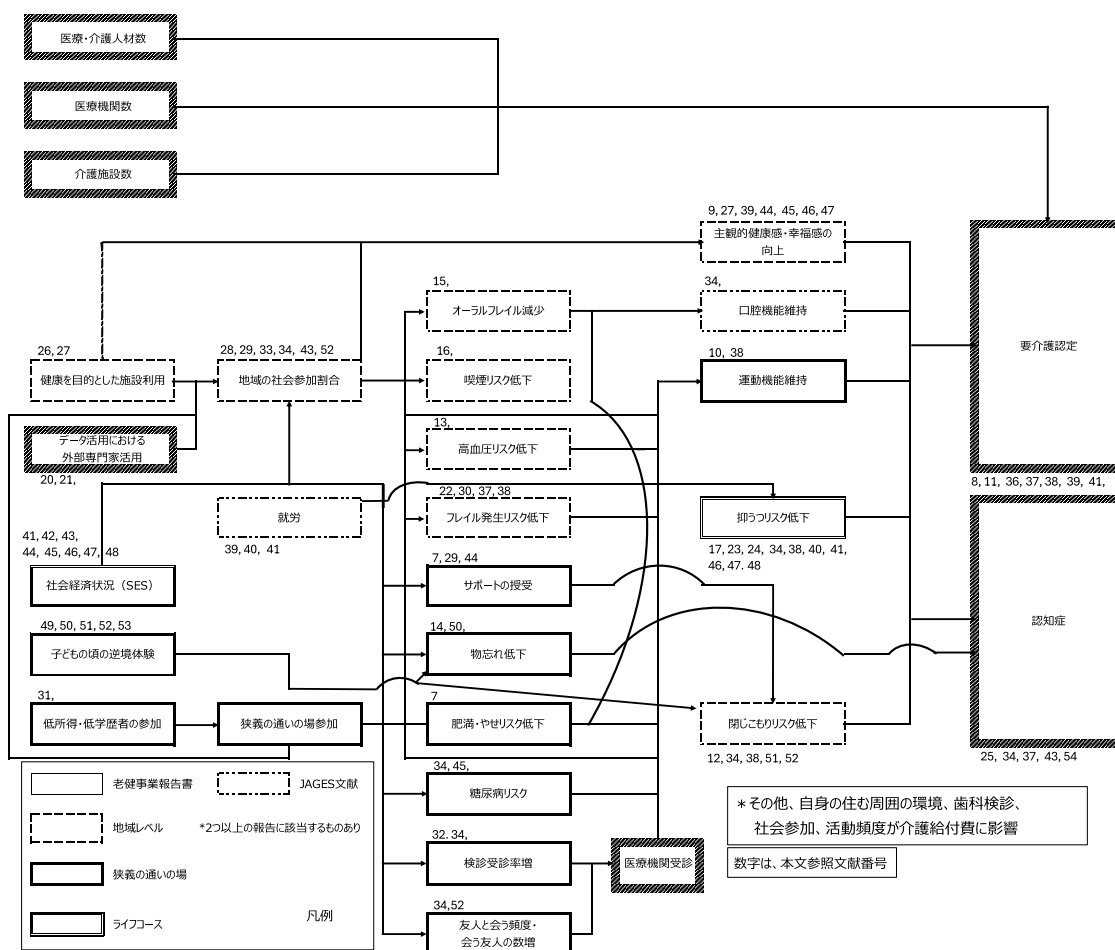


図 17 文献レビューのエビデンスまとめ

#### 4. データ分析

##### 4.1. 相関分析

先行研究のレビューに続き、国保データベース (KDB) データの指標を用いて、1人あたり介護給付費との相関分析を行った。

2022年に実施された健康とくらしの調査(ニーズ調査項目含む)データと2022年度のKDB帳票データの提供を受けられた49市町村を対象に、ニーズ調査項目およびKDBデータ項目と「1人あたりの介護給付費(総介護給付費/被保険者数)」の相関分析を行った。その結果、0.4以上の相関係数を示した指標は以下のとおりであった。

1人あたりの介護給付費

正の相関

|                              |       |
|------------------------------|-------|
| 179.閉じこもり者割合                 | 0.663 |
| 177.残歯数19本以下の者の割合            | 0.656 |
| 126.肝機能リスクあり_割合              | 0.646 |
| 178.うつ割合(GDS5点以上)            | 0.627 |
| 227.経済的不安感がある者の割合            | 0.620 |
| 224.孤食者割合                    | 0.616 |
| 101.1件当たり給付費(居宅)(単位:千円)      | 0.610 |
| 172.1年間の転倒あり割合               | 0.596 |
| 127.肝機能リスクあり_割合_性・年齢調整値      | 0.593 |
| 197.うつ割合(ニース調査)              | 0.586 |
| 198.うつ割合(基本チェックリスト)          | 0.582 |
| 225.低所得者割合(等価所得199万円以下)      | 0.580 |
| 095.1件当給付費 要介護2(単位:千円)       | 0.578 |
| 007.死因割合(脳疾患)                | 0.564 |
| 171.運動機能低下者割合(基本チェックリスト)     | 0.562 |
| 226.低学歴者割合(学校教育が9年以下)        | 0.552 |
| 098.1件当給付費 要介護5(単位:千円)       | 0.520 |
| 123.血圧リスクあり_割合_性・年齢調整値       | 0.518 |
| 170.フレイルあり割合(基本チェックリスト8項目以上) | 0.516 |
| 214.収入のある仕事への参加者(月1回以上)割合    | 0.515 |
| 087.歯科1件当たり医療費点数             | 0.509 |
| 216.喫煙する者の割合                 | 0.481 |
| 201.生活機能低下者割合(基本チェックリスト)     | 0.476 |
| 097.1件当給付費 要介護4(単位:千円)       | 0.455 |
| 094.1件当給付費 要介護1(単位:千円)       | 0.451 |

表 20 KDB データ 1人あたりの介護給付費 正の相関一覧

負の相関

|                                |        |
|--------------------------------|--------|
| 184.特技や経験を他者に伝える活動参加者(月1回以上)割合 | -0.422 |
| 162.二次医療圏の平均余命(男性)             | -0.447 |
| 217.30分以上歩く者の割合                | -0.449 |
| 207.社会的役割低下者割合                 | -0.455 |
| 054.医療費割合(脂質異常症)               | -0.462 |
| 229.商店・施設・移動販売が徒歩圏内にある者の割合     | -0.464 |
| 160.二次医療圏の平均自立期間(要介護2以上)(男性)   | -0.476 |

|                                |        |
|--------------------------------|--------|
| 130.脂質リスクあり_割合                 | -0.479 |
| 183.学習・教養サークル参加者(月1回以上)割合      | -0.488 |
| 199.フレイルなし割合                   | -0.502 |
| 131.脂質リスクあり_割合_性・年齢調整値         | -0.514 |
| 193.ソーシャル・キャピタル得点(助け合い_210点満点) | -0.530 |
| 005.死因割合(がん)                   | -0.538 |
| 228.公園や歩道が徒歩圏内にある者の割合          | -0.540 |
| 001.平均寿命(男性)                   | -0.550 |
| 166.自市町村の平均余命(男性)              | -0.553 |
| 011.平均余命(男性)                   | -0.553 |
| 195.ポジティブ感情(5項目以上)がある者の割合      | -0.558 |
| 194.主観的健康感が良い者の割合              | -0.561 |
| 164.自市町村の平均自立期間(要介護2以上)(男性)    | -0.572 |
| 191.ソーシャル・キャピタル得点(社会参加_350点満点) | -0.587 |
| 085.1件当たり医療費点数(入院)(単位:千円)      | -0.591 |
| 215.就労していない者の割合                | -0.608 |
| 180.スポーツの会参加者(月1回以上)割合         | -0.612 |
| 181.趣味の会参加者(月1回以上)割合           | -0.639 |
| 086.歯科受診率                      | -0.679 |

表 21 KDB データ 1人あたりの介護給付費 負の相関一覧

以上のとおり、「収入のある仕事への参加者割合」が介護給付費と正の相関を示すなど、より詳細な分析を行うなど解釈に注意が必要なものが一部あるものの、概ね予想通りの結果となった。

介護給付費と正の相関を示すものとして、ニーズ調査関連の指標では閉じこもりやうつ、運動機能低下、低SES(社会経済状況)などがあり、KDBデータ関連の指標では肝機能リスク、血圧リスク、死因(脳疾患)などがある。また、要介護度に関しては、要介護1、4、5の1件あたり給付費が強い相関を示している。

一方で介護給付費と負の相関を見てみると、ニーズ調査関連の指標では社会参加に関する指標が強い相関を示しており、公園や歩道がある、商店などがあるなど周囲の環境に関する指標もあがっている。KDBデータ関連では、平均余命・寿命関連の指標が上がっていると同時に、死因割合(がん)、脂質リスクあり割合、医療費割合(脂質異常症)などがあがっている。

#### 4.2.多変量解析

本分析では、ヒアリング結果によって作成されたロジックモデルのうち、オープンデータからデータが入手可能であった「保険者別社会参加割合と保険者別調整済み第1号被保険者1人あたり給付月額(総額)」(以下、給付額)および「保険者別介護保険料第1段階者割

合と保険者別給付額」について分析を行なった。

データは、厚生労働省が提供する「地域包括ケア「見える化」システム」（以下、見える化システム）および（一財）医療経済研究機構が提供する「保険者シート」（以下、保険者シート）から入手可能なものを使用した（参加割合は、いずれも「月1回以上」の参加者割合）。

- ・ 見える化システム：給付額、認定率、通いの場参加者割合
- ・ 保険者シート：ボランティア参加者割合、スポーツの会参加者割合、趣味の会参加者割合、学習・教養サークル参加者割合、収入のある仕事参加者割合、後期高齢者割合、高齢者独居世帯割合、地域支援事業費（第1号被保険者1000人あたり）、一般介護予防事業費（第1号被保険者1000人あたり）

\*いずれも、保険者別の割合や事業費を用いた。

#### 4.2.1. 社会参加と給付額

〈分析方法〉

社会参加と給付額の分析では、新型コロナウイルス感染症流行期に社会参加が減ったことを踏まえ、コロナ禍前の2018年、または2019年データを用いた横断分析と、コロナ禍後の2020年、または2021年のデータを用いた横断分析の2種類を行なった。

いずれの場合も、アウトカム、説明変数、調整変数は以下のとおりである。

- ・ アウトカム：調整済み第1号被保険者1人あたり給付費月額（総額）
- ・ 説明変数：以下の6種類の社会参加合計割合(以下「社会参加割合」)および種類別参加割合  
通いの場、ボランティア、スポーツの会、趣味の会、  
学習・教養サークル、収入のある仕事  
(いずれも月1回以上を参加と定義した)
- ・ 調整変数：後期高齢者割合、高齢者独居世帯割合、認定率、  
地域支援事業費（第1号被保険者1000人あたり）、  
一般介護予防事業費（第1号被保険者1000人あたり）  
\*いずれも、保険者別の割合や事業費を用いた
- ・ 分析モデル：一般線形モデル 説明変数は上記の7種類を個別に投入し分析した

〈分析結果〉

まず、コロナ禍前のデータを使った分析結果を示す。スピアマンの順位相関係数を用いて、給付額と可住地人口密度、後期高齢化率、独居世帯者割合、認定率、地域支援事業費との相関では認定率との間に有意な相関が確認された ( $p < 0.0001$ )

続いて、重回帰分析を行なった。その結果、社会参加割合<sup>iv</sup>が高い地域では給付費が低いことがわかった。同様にスポーツの会でも給付費が低かった。

|          | 全体 (n=270) |          |        |         |
|----------|------------|----------|--------|---------|
|          | 非標準化係数     | 95% 信頼区間 |        | p-value |
| 社会参加割合   | -7.96      | -15.71   | -0.20  | 0.044   |
| 通いの場     | 2.81       | -32.04   | 37.67  | 0.874   |
| ボランティア   | -29.16     | -65.47   | 7.15   | 0.115   |
| スポーツの会   | -49.28     | -82.75   | -15.81 | 0.004   |
| 趣味の会     | -24.91     | -54.88   | 5.06   | 0.103   |
| 学習教養サークル | -42.41     | -87.47   | 2.64   | 0.065   |
| 収入のある仕事  | -20.60     | -52.64   | 11.44  | 0.207   |

表 22 社会参加と介護給付費重回帰分析結果（新型コロナウイルス感染症流行前）

さらに、社会参加割合を三分位に分け同様の分析を実施した。社会参加者割合の少ない第一分位と第二分位では社会参加割合と給付費との間に関連がなかったが、参加割合が最も高い第三分位では参加割合が高い地域ほど給付額が低い関連が確認できた。

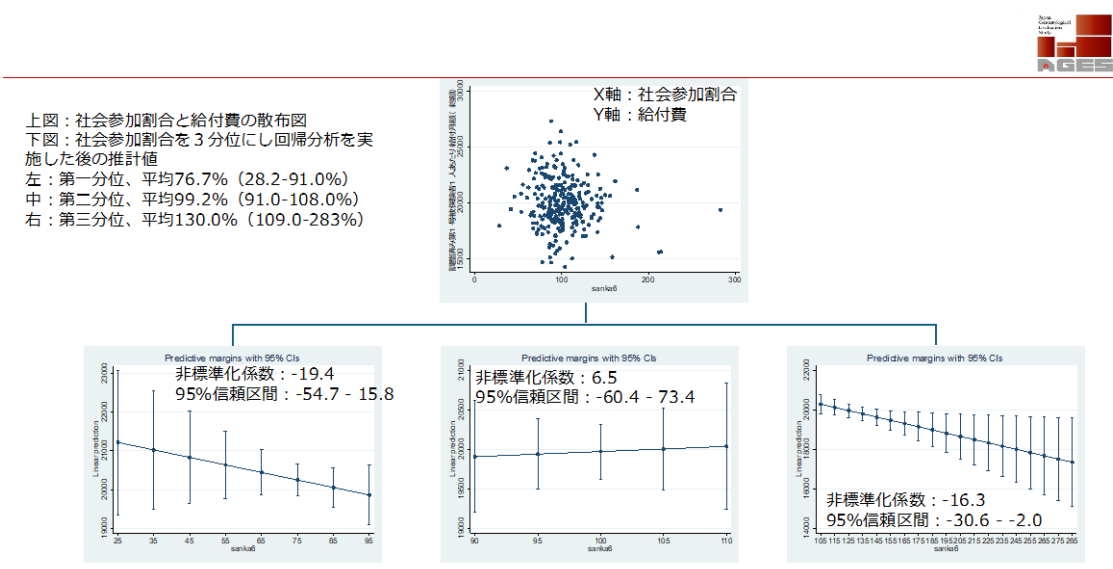


図 18 社会参加割合と給付費との関連

通いの場においても通いの場参加割合を三分位にし、同様の検討を行った。なおボランテ

<sup>iv</sup> 通いの場参加者割合、ボランティア参加者割合、スポーツの会参加者割合、趣味の会参加者割合、学習・教養サークル参加者割合、収入のある仕事参加者割合の6つの合計割合

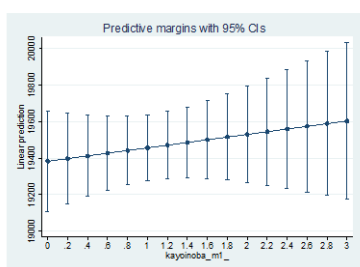
ィア、スポーツの会、趣味の会、学習・教養サークル、収入のある仕事では一部の保険者のデータしか公開されていないが、通いの場はすべての保険者において、その参加割合が公開されているため、本分析では1,522 保険者を対象とし分析した。分析の結果、最も参加割合が高いグループである第三分位のみにおいて、通いの場参加割合が高い地域ほど給付額が低い関連が確認された。

通いの場参加割合のみ1522市町村のデータがあったため、n数を増やして同様の分析を実施した。

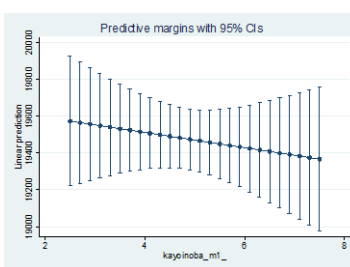
下図：通いの場参加割合を3分位にし重回帰分析を実施した後の推計値

左：第一分位、平均1.1% (0.0-2.8%)  
 中：第二分位、平均4.8% (2.8-7.3%)  
 右：第三分位、平均14.5% (7.3-170.0%)

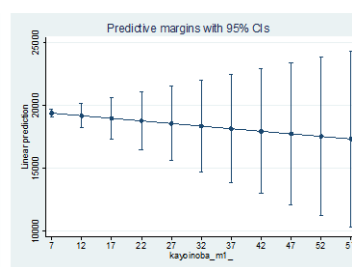
|      |  | 全体 (n=1,522) |                |         |
|------|--|--------------|----------------|---------|
|      |  | 非標準化係数       | 95% 信頼区間       | p-value |
| 通いの場 |  | -2.43        | --14.35   9.49 | 0.690   |



非標準化係数：73.5  
 95%信頼区間：-125.4 - 272.3



非標準化係数：-41.2  
 95%信頼区間：-174.6 - 15.8



非標準化係数：-17.1  
 95%信頼区間：-33.4 - -0.8

図 19 通いの場と介護給付費

コロナ禍後のデータを用いて上記と同様の分析を行なった。その結果、コロナ禍前と異なり、社会参加割合が高くなると給付費が低くなる傾向はあるものの統計学的有意差は確認できなかった。スポーツの会参加者割合は、コロナ禍前と同様に参加割合が高い地域では給付費が低かった。またコロナ禍前のデータでは統計学的有意差がなかった趣味の会参加者割合で有意に給付費が低くなることがわかった。

|          |  | 全体 (n=300) |                  |         |
|----------|--|------------|------------------|---------|
|          |  | 非標準化係数     | 95% 信頼区間         | p-value |
| 社会参加割合   |  | -6.19      | -15.48   3.09    | 0.190   |
| 通いの場     |  | 23.61      | -8.13   55.36    | 0.144   |
| ボランティア   |  | 9.85       | -30.33   50.03   | 0.630   |
| スポーツの会   |  | -75.57     | -114.32   -36.81 | <0.000  |
| 趣味の会     |  | -42.83     | -79.78   -5.89   | 0.023   |
| 学習教養サークル |  | -45.99     | -106.81   14.83  | 0.138   |
| 収入のある仕事  |  | -10.00     | -42.15   22.15   | 0.541   |

表 23 社会参加と介護給付費重回帰分析結果（新型コロナウイルス感染症流行後）

#### 〈考察〉

横断分析の結果ではあるが、社会参加割合の高い保険者では給付額が低いという関連性が保険者レベルでも示された。この関連は、6種類の社会参加を合計した社会参加割合でも示されており、特定の種類に関わらず様々な社会参加割合を高めることが給付額適正化に向けて重要であることが示唆された。

通いの場においても、全体で見ると有意差を示さないものの、参加割合が高いグループでのみ、通いの場参加者割合が高い地域での給付額が抑制されることが示されている。この三分位では、最も割合が高い三分位に入るのは参加割合7.3%以上の市町村であった。このことから、市町村レベルにおける通いの場参加割合を一定の割合を目指すことが重要であることが示唆された。ただし、この一定の割合については、今後更なる検討が必要であるとも考えている。

なお、コロナ禍後のデータでは、スポーツの会参加者割合と趣味の会参加者割合のみ給付額を抑制することが確認されたが、これらは、ソーシャルディスタンスなどコロナ禍で求められた行動様式でも実施しやすい面があったのではないだろうか（スポーツであれば屋外で行う、趣味であれば比較的距離をとって身体的接触を伴わずに集まって実施しやすい）。この推察が正しいとすれば、コロナ禍においても工夫を凝らして集まり、一緒に活動を行うことの重要性が示唆されたと言えるであろう。

ただし、本分析は横断分析のため、介護給付費が低く、社会参加しやすい地域在住高齢者が多い可能性も考えられるため、今後更なる検討が必要である。

#### 4.2.2. 介護保険料第1段階と給付額

##### 〈分析方法〉

続いて、介護保険料第1段階と給付額について分析を行なった。本分析における、アウトカム、説明変数、調整変数は以下のとおりである。

- ・ アウトカム：調整済み第1号被保険者1人あたり給付費月額（総額）（以下「給付費」）
- ・ 説明変数　：介護保険料第1段階者の割合
- ・ 調整変数　：後期高齢者割合、高齢者独居世帯割合、認定率、可住地人口密度  
\* いずれも、保険者別の給付費や割合を用いた
- ・ 分析モデル：一般線形モデル

##### 〈分析結果〉

まず、都道府県別に介護保険料段階別の割合をみた。その結果、第1段階の割合が高い都道府県は沖縄県、鹿児島県、青森県の順で、逆に低い割合の都道府県は、福井県、富山県、石川県の順であった。



図 20 都道府県別保険料段階別割合

続いて、スピアマンの順位相関係数を用いて可住地人口密度、後期高齢化率、独居世帯者割合、認定率との相関を見てみたところ、後期高齢化率 ( $p < 0.0001$ )、独居世帯者割合 ( $p < 0.0001$ )、認定率 ( $p < 0.0001$ ) との有意な相関を示した。

次に重回帰分析を行なったところ、保険料第1段階の者の割合が高い都道府県では、給付額が有意に高いという結果となった。



|               | 全体 (n=1,524) |          |       |         |
|---------------|--------------|----------|-------|---------|
|               | 非標準化係数       | 95% 信頼区間 |       | p-value |
| Crude         | 12.82        | -5.89    | 31.54 | 0.179   |
| モデル1 (調整変数全て) | 24.89        | 2.47     | 47.31 | 0.030   |

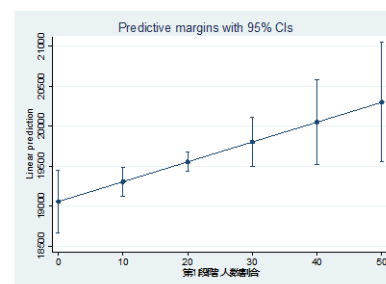


図 21 都道府県における保険料第1段階の者の割合と介護給付費

また、第1段階、第2～3段階、第4～5段階、第6段階以上のグループに分け、第6段階以上のグループと比較して累積給付額の差をみたところ、第1段階のみ有意差を示し、第6段階以上のグループと比べて第1段階のグループは累積給付額が約60万円高い結果となった。また、この傾向は死亡者に限定して比較しても同様の結果であった。

|             | 全体 (n=20,216) |          |         | 死亡者 (5,110) |          |         |        |       |
|-------------|---------------|----------|---------|-------------|----------|---------|--------|-------|
|             | 非標準化係数        | 95% 信頼区間 | p-value | 非標準化係数      | 95% 信頼区間 | p-value |        |       |
| ref. 第6段階以上 |               |          |         |             |          |         |        |       |
| 第1段階        | 60.20         | 26.31    | 94.09   | <0.001      | 82.98    | 8.54    | 157.42 | 0.029 |
| 第2-3段階      | 3.35          | -7.13    | 13.84   | 0.531       | 1.67     | -23.97  | 27.31  | 0.898 |
| 第4-5段階      | 1.54          | -7.00    | 10.07   | 0.724       | -2.43    | -24.20  | 19.35  | 0.827 |

表24 保険料段階別介護給付費分析結果

#### 〈考察〉

本事業で実施したヒアリングにおいて、自治体から「生活保護を受けている人は介護給付費が高いのではないか」「社会経済状況が悪い人が多いと介護給付費が高くなるのではないか」という声が聞かれたが、そのヒアリング結果に沿った分析結果となった。本分析では、この結果がサービスの利用過多によるものか、あるいは低所得者と要介護リスクによるものかについての検討はできていないものの、いずれにしても、低所得者が多い地域に対して何らかの対応が必要である可能性が示唆されている。

#### 5. 都道府県・市町村へのヒアリング

本事業では、ヒアリング対象地域を選定するにあたり、本事業で実施した委員会で提案された方法を踏まえ、以下の2つの基準でヒアリング先の都道府県を選定した。

- 1) インセンティブ交付金指標において、要介護認定率および1人あたり介護給付費と相関係数0.2以上を示した指標において上位、または下位の得点であった指標数が多い都道府県
- 2) 要介護認定率・介護給付費の経年変化に特徴的な動きがみられる都道府県
- 3) 「通いの場参加率」など、過去のエビデンスで要介護認定・介護給付費の要因として認められている指標に関して、顕著な数字を示している都道府県
- 4) 選定された都道府県下の市町村のうち、健康とくらしの調査に参加している市町村
- 5) 上記1)～3)の条件から選定された都道府県・市町村のうち、可能な範囲で4)を加味して、ヒアリングの受け入れを表明した都道府県・市町村

1)については、委員会でも指摘されたとおり、介護事業を行なっているのは市町村であることから、厚生労働省が公表している令和6年度分の集計データにおける市町村のインセンティブ交付金指標を用い、各都道府県下の市町村の合計の平均点を都道府県の点数として選定した。

また、インセンティブ交付金指標との相関を見るために用いた要介護認定率および介護給付については、厚生労働省より公表されている介護保険事業状況報告（月報）より令和5年度（年齢調整無し）の、「都道府県別第一号被保険者総数」を分母として、「都道府県別 保険給付 介護給付・予防給付総数-（給付費）-」「都道府県別 要介護（要支援）認定者数」から被保険者1人あたりの介護給付費および認定率を割り出したデータを用いた。

インセンティブ交付金の指標は大項目、中項目、小項目と分かれているが、各指標の評価点が3点満点、または5点満点であることから小項目では差がでにくいため、中項目の点数を採用した。

その結果、強い相関を示す指標が多くなかった。このため、一般的に弱い相関を示すとされる0.2以上の相関係数を示した指標を検討した。その結果は、以下のとおりである。

#### 月別1人あたりの介護給付費 正の相関

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| 047.入退院支援の実施状況          | 0.33  |
| 034.心身・認知機能維持・改善者の割合    | 0.281 |
| 010.ケアプラン点検の実施状況        | 0.268 |
| 007.PFS委託事業数            | 0.263 |
| 029.地域包括支援センター3職種の配置状況  | 0.252 |
| 032.通いの場への参加率           | 0.24  |
| 024.介護予防等と保健事業の一体的実施    | 0.228 |
| 031.個別事例の検討割合           | 0.208 |
| 013.庁内・庁外における連携体制       | 0.202 |
| 030.地域包括支援センター事業評価の達成状況 | 0.2   |
| 039.早期診断・早期対応の体制構築      | 0.2   |

表25 インセンティブ交付金指標 月別1人あたりの介護給付費の正の相関一覧

負の相関

|                           |        |
|---------------------------|--------|
| 020.長期的な要介護度の変化（要介護 3～5）  | -0.456 |
| 052.長期的な要介護度の変化（要介護 3～5）  | -0.456 |
| 042.認知症サポーターステップアップ講座修了者数 | -0.324 |
| 021.健康寿命延伸の状況             | -0.263 |
| 053.健康寿命延伸の状況             | -0.263 |
| 018.長期的な要介護度の変化（要介護 1・2）  | -0.2   |
| 050.長期的な要介護度の変化（要介護 1・2）  | -0.2   |

表26 インセンティブ交付金指標 月別 1人あたりの介護給付費の負の相関一覧

要支援・要介護年間認定率（平均）

正の相関

|               |       |
|---------------|-------|
| 032.通いの場への参加率 | 0.261 |
| 007.PFS委託事業数  | 0.201 |

表27 インセンティブ交付金指標 要支援・要介護年間認定率（平均） 正の相関一覧

負の相関

|                           |        |
|---------------------------|--------|
| 021.健康寿命延伸の状況             | -0.283 |
| 053.健康寿命延伸の状況             | -0.283 |
| 042.認知症サポーターステップアップ講座修了者数 | -0.203 |

表28 インセンティブ交付金指標 要支援・要介護年間認定率（平均） 負の相関一覧

1)において上位、または下位の得点の両方を参考にしたのは、「通いの場への参加率」など、過去のエビデンスからは参加率が高ければ介護給付費が下がるはず（負の相関があるはず）の指標において、正の相関が見られていることから、「相関係数の高い指標において特徴のある都道府県（相関のある指標において何らかの特徴があるであろう）」として、高い点数、低い点数の両方を参考にした。

2)については、厚生労働省の地域包括ケア「見える化システム」および（一財）医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構（IHEP）の介護保険「保険者シート」で得られたデータを用いて、2014年から2023年度間の経年変化を参考にした。

3)については、ヒアリング結果を受けてデータ分析が必要になったケースに備え、ニーズ調査データや KDB データなど関連のデータが手に入りやすい市町村を選ぶのが良いとの判断から、健康とくらしの調査に参加した市町村を選定することとした。

上記 1)～5)の基準に沿って候補都道府県および市町村を選んだところ、以下の都道府県および市町村がヒアリング対象地域に選ばれた。

都道府県：大分県、大阪府、茨城県、青森県

市町村：九重町、竹田市、津久見市（以上、大分県）、堺市、豊中市、東大阪市（以上、大阪府）、八千代町（以上、茨城県）、六戸町、南部町（以上、青森県）

#### 5.1. 都道府県へのヒアリング

まず、要介護認定・介護給付費への考え方であるが、概ね、どの都道府県も同じような方向性を示しており、削減一辺倒ではない状況であった。まず大前提として介護サービスが必要な方には必要なサービスを受けていただく必要があるという姿勢である。一方で、予算には限りもあるところ、過不足のないサービスを受けていただく、適正化は必要であるという姿勢であった。また特に要介護認定率に関しては、年齢によるリスクがある（高齢になれば要介護状態になるリスクが上がる）ため、高齢者が増えれば認定を受ける人が増えるのは致し方ない部分もありつつも、施策等で下げられる（なるべく認定を受けない状態を保つ）部分もあるという考えの下、介護が必要でない状態を維持することが重要であるという点も概ね共通していた。

そうした、適正な介護給付費の支出、要介護認定率の低下を目指すうえで重要な方向性としては

- 1) 要介護にならないための予防
- 2) 要介護認定後も重度化しないための軽度者への早期対応
- 3) 要介護度が重度になった後も含め、要介護状態になった後過不足ないサービスの提供

の3つが主なものとして挙げられており、都道府県の役割としては上記3つに向けた事業を実施する市町村を支援する立場であると捉えられていた。なお、この3つの方向性は後述する市町村においても同様に多くの市町村から挙げられており、行政として行える要介護認定率・介護給付費の適正化に向けた施策はこれらに集約されるようである。

#### 1) 要介護にならないための予防

要介護認定率や、介護給付費の適正化に向けては、介護予防が重要であるとの声が多く聞かれた。また、サービスなどに頼りすぎると逆に機能が低下する可能性があるので、自立の考え方を広めることも重要である、という認識も複数聞かれた。

介護予防については市町村支援が主な柱であるが、社会参加の場づくり等を行う地域団体を直接支援する事例もあった。地域で活動する団体にボランティア等を派遣し、地域で活動する団体が抱える課題の解決を支援するということがあった。

介護予防においては、都道府県によっては自立支援の考え方について、まだ十分に浸透しきっていないという声も複数聞かれた。研修を通じて市町村で自立支援の考えが浸透していないと気づくケースもあれば、自立支援の考え方が浸透していないため、自立支援に向けた研修を実施するというケースもあった。

これらの研修は、いずれの場合も外部専門家を活用しながら行なっているということであった。

## 2) 要介護認定後も重度化しないための軽度者への早期対応

重度化防止に関しては、地域支援事業交付金が上限に近づいている（あるいは上限を超えている）自治体が多いことが聞かれた。しかしながら、県、市町村単体を問わず多くの自治体で、上限額を超えていても、要介護認定が低いというケースも聞かれた。

また、フレイル予防や健康維持など介護予防に関する事業は市町村も一生懸命行なっているが、一度要支援・要介護になった後に、そこから回復を目指す、あるいは重度化を防止するという観点からの施策はあまり行われていないという声もあった。

重度化防止のためにはケアプランも重要という声も聞かれた。施設を利用する高齢者が、施設内で機能の衰えがないようにするために、という視点で施設のケアマネジャーを対象とした研修を行っているというケースもあった。

## 3) 要介護度が重度になった後も含め、要介護状態になった後過不足ないサービスの提供

過不足のないサービスの提供（適切なサービスの提供）のためには、ケアプランの点検が重要であるとの声が聞かれた。例えば、ケアプランの作成者によって内容にばらつき（同じようなサービスが必要な人でも、ケアプラン作成担当者によって受けられるサービスが異なること）が出ないように、ケアマネジャーへの研修に力を入れているという事例があった。

また、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅（サ高住）の整備率が高いことから、介護給付費の適正化に向けて、有料老人ホーム・サ高住のケアプラン点検を重視したいなど、現状分析に基づき、どのケアプラン点検を重視するか決めているという例も聞かれた。

具体的に、上記3つの方向性に関して、どのような市町村支援をしているかについては、以下の4つが主な施策・事業として挙げられていた。

- ① 市町村とのコミュニケーション
- ② 市町村が必要とする研修の提供
- ③ 外部専門家の活用
- ④ 当該都道府県のデータ分析結果の説明・国の制度の説明・都道府県の方針の説明

## ① 市町村とのコミュニケーション

市町村とのコミュニケーションで特徴的なものとしては、都道府県側からの積極的なコミュニケーションを行っている事例であった。例えば後述する市町村が必要とする研修の提供に際して、参加を希望する市町村を募るだけでは、いつも同じ市町村が参加するだけになってしまうとのことであった。この状態が続くと、都道府県とのコミュニケーションに積極的な市町村へは都道府県のサポートが届く一方で、そうでない市町村へは都道府県のサポートが届かない。そこで、すべての市町村に対して普段から訪問やアンケートなどを通してコミュニケーションを取り、各市町村の業務の状況や各市町村が抱えている困難な点などの把握を行い、それぞれの市町村の状況に応じた助言や、国や都道府県事業の紹介を行っていた。

こうした市町村とのコミュニケーションにおいて重要なことは、定例化してしまうことだという声も聞かれた。毎年度、同じ時期に都道府県職員が各市町村を訪問する、ということを決めてしまえば、市町村側も受け入れしやすいのではないか、という意見があった。

また、こうした全市町村との関わりを重視する理由としては、都道府県の役割の一つとして、都道府県内市町村の格差をなくすことがあるとの意見も聞かれた。市町村にまたがって関わりを持てるのは都道府県であり、このため、希望する市町村だけでなく、すべての市町村と関わりを持つ必要がある、という意見も聞かれた。

「市町村をまたいで関われる」という都道府県の機能の活用としては、市町村間の情報共有を促進することも重要であるという声も聞かれた。都道府県が各市町村とコミュニケーションを促進することで、各市町村の様々な事例が都道府県に蓄積され、都道府県が各地の好事例をほかの市町村に広げる役割も担えるということであった。この役割をより促進するため、後述する都道府県が提供する研修を工夫する事例なども見られた。

なお、「コミュニケーション」の観点からは、都道府県と市町村間のコミュニケーションだけでなく、都道府県内におけるコミュニケーションの重要性を認識しているという声も聞かれ、部署内や関係他部署、民間企業、自治会や民生委員など地域の方とのコミュニケーションを活発に行なっているという話も聞かれた。

## ② 市町村が必要とする研修の提供

都道府県が提供する研修として印象的だったのは、「ケアプランの適正な点検」など技術的な研修を提供するだけでなく、研修を市町村が情報を共有する場、市町村の担当者間の人脈形成の場として捉えて提供しているケースであった。情報共有を主な目的にした研修を提供しているケースもあれば、情報共有が促進されるよう研修のなかでグループワークに多くの時間を割き、参加者同士で意見交換する場を設けているケースもあった。こういった研修や場の提供は、市町村のヒアリングでも「有意義である」という声が複数聞かれた。

また、市町村がデータ分析をする機会として研修をとらえているケースもあった。この場合、研修内でデータを取り上げるもののほかに、事前準備として参加者に課題を出し、課題

のなかにデータを見なければできないものを入れる、という方法をとっているケースもあった。そのような研修を行っている都道府県では、参加する市町村も事前準備において市町村内でデータを見ながら議論を行っているという声も聞かれている。日々の業務が忙しいなかでデータを活用するためには、データの読み解き方を習うだけでなく、実際にデータに触れる機会を増やす仕組みづくりも重要になると思われるが、都道府県がそういった仕組みを提供していると言えるであろう。

都道府県が提供する研修に、「市町村間の情報共有」「市町村間の人脈形成」「データ活用の機会提供」という機能があるとした場合、情報共有や人脈はその範囲が広いほど良いであろうし、データ活用も一部の市町村でできれば良いというわけではないであろう。そういった点を考えると、自発的な参加市町村だけでなく、すべての市町村が参加することが望ましく、1) のコミュニケーションと合わせて実施していくことが重要であると思われる。

その他、市町村担当者の人事異動を見据えた研修を行なっている事例もあった。例えば、市職員向けのケアプラン適正化に向けた研修を、毎年同じような内容で行なっているという事例があった。あるいは、新任期、中堅期、管理職をわけてそれぞれの段階で研修を提供しているという都道府県もあった。市町村のヒアリングでも、参加する側として、自身の状況で研修内容のニーズは変わる（新任であれば知識を増やす講義形式が必要だろうし、すでにその部署での経験が長ければ、新しい知識よりも他市町村の事例などが参考になる、など）という声も聞かれており、人事異動を見据えた毎年同じような内容の研修とともに、こうしたレベル別の研修も必要であろうという意見も聞かれた。

研修だけでなく、マニュアル（例えば、通いの場の立ち上げに関するマニュアル、ケアプラン点検のマニュアルなど）作成を行っているという例も複数あった。県が準備したマニュアルが役に立ったという声は市町村ヒアリングでも聞かれており、県がマニュアルを作成することは一定の意義がありそうである。

### ③ 外部専門家の活用

外部専門家の活用は、都道府県における活用と、市町村への専門家派遣、研修での専門家活用の3つがあった。例えば、介護予防の考え方を県内に導入する際、どういった施策が適切か、外部専門家の意見を聞きながら検討を重ねた、という事例や、外部専門家の講演によって自立支援の考え方を学んだという事例などがあった。

また、都道府県自身で外部専門家を活用するだけでなく、市町村に対して外部専門家を派遣する事業を実施している例も聞かれた。例えば、都道府県が指定したアドバイザーを市町村に派遣して市町村の伴走支援を行なっている例があったが、令和3年度老人保健健康増進等事業「データを活用したPDCAサイクルに沿った介護予防の取組に関する調査研究事業」<sup>63</sup>で報告されているとおり、市町村で外部専門家を活用したいと思っても、どこに適切な専門家がいるのかわからない、専門家を知っていてもコンタクトが取れない、などが外部専門家の活用の難しい点として指摘されている。こうしたときに、都道府県からの支援があ

ることは重要であろう。

専門職の協会との連携という話も複数聞かれた。内部の保健師やリハビリ職の職員を活用するとともに、外部の専門協会からも人を派遣してもらい、市町村支援を行うケースも聞かれた。

#### ④ 当該都道府県のデータ分析結果の説明・国の制度の説明・都道府県の方針の説明

都道府県が市町村とコミュニケーションを取るなかで、市町村からよくある問い合わせの一つが、国の制度に関するものであるという声が複数聞かれた。国が新しい制度や方針を出したとき、都道府県でその解釈を進め、市町村に説明を行っているとのことであった。

またデータ分析についても、市町村は当該市町村のデータのみを見ることが多いと思われるが、都道府県は都道府県下市町村のデータを見ることで市町村比較なども行える。また、データ分析についても必ずしもすべての市町村で行われているわけではないなか、県がデータ分析を行いその結果を示すことや、データ分析のやり方を示しているという事例も聞かれた。

ただし、データ利用に関しては、例えばニーズ調査の場合、各市町村で質問項目や回答項目をアレンジするなどしており、あるいはニーズ調査以外でも一部のデータをとらない市町村があるなど、市町村間の比較が難しくなるケースがあるという声も聞かれた。

## 5.2.市町村へのヒアリング

市町村においても、要介護認定・介護給付費の適正化を目指すという姿勢は都道府県と同様であり、1) 要介護にならないための予防、2) 要介護認定後も重度化しないための軽度者への早期対応、3) 要介護度が重度になった後も含め、要介護状態になった後過不足ないサービスの提供、を重視している点は概ね変わらなかった。

そうした方向性のもと、実際にどのような事業を行なっているかについては、以下の3つを行なっているケースがほとんどであった。

- 1) 介護予防・自立支援
- 2) 重度化防止
- 3) ケアプラン点検

過去の様々な研究や報告書において、介護給付費の増加に影響を与える要因として介護サービスの施設数など様々な要因が指摘されてきているが、例えば介護サービス提供施設数などは市町村でコントロールできる余地はあまりなく、市町村ができることといえば上記の3つに集約されるというのがほとんどの市町村の意見であった。

こうした事業を行うにあたり、庁内外の連携を強めることが重要であるという声も複数の市町村から聞かれた。庁内外の様々な関係者と定期的に情報共有の場を設けている市町

村は多く、職員間で情報共有をし、意識を統一することで誰が担当しても同じサービスが提供できる体制を整えることが重要であるという意見や、適切なサービスを住民に提供するためには情報を把握するルートをどれだけ持っているかが重要である、というような意見があった。さらに、なるべく要支援・要介護認定を受けず、自立した生活を送ってもらおうという考えを庁内関係者でも共有し、かつ住民とのコミュニケーションでもその考えを共有し、自立の考え方を広めているという事例もある。加えて、「健康」は多分野にわたって対策が必要な分野であることから、様々な分野の担当者の意思が統一されていることが重要であり、そのためにも庁内の情報共有・連携が重要であるとの意見もあった。

専門職を活用する重要性に関しては、保健師はデータを扱うこともある一方、住民と接する機会も多く、量・質双方の情報が集まるので、保健行政を行ううえで活躍できる場が多くあることから、保健師が中核になりコーディネーションすることが重要である、という意見が聞かれた。

地域特性を踏まえたうえで対策を考えることの重要性も複数の自治体で聞かれた。例えば、同じ市町村でも山間部と沿岸部では状況が大きく異なり、山間部では交流の場がなく閉じこもりが増える傾向にある一方で、沿岸部では地域コミュニティが強く残っており住民間の交流はあるが、逆にお酒を飲む機会などが多く、生活習慣病対策が重要、などであり、データや聞き取り結果も踏まえながらそういった地域特性を把握し、特性に応じた対応が必要であるということであった。

データの分析に関しては、独自のシステムを構築して通いの場の状況を把握したり、介護給付費適正化支援システムのように市販されているシステムを活用してデータ把握を行うなどの事例が見られた。

## 1) 介護予防・自立支援

今回ヒアリングを行ったすべての市町村において、介護予防・自立支援に力を入れているとのことであった。介護予防・自立支援に力を入れるきっかけとしては、地域包括ケアの考え方が導入されたことのほかに、データを分析したところ、軽度認定者が多く、軽度であれば自立に回復できる可能性もあり、介護予防に力を入れるようになったという声が複数聞かれた。

また、介護予防に力を入れ始めてから時間が経過している自治体においては、軽度の認定者数が減り始めている、など結果が見え始めているという声も聞かれた。

また「認定に至らない」という点では介護予防以外の要因も複数の市町村で指摘されており、できるだけ自分でできることはやるという意識が強すぎて、ギリギリまで我慢してしまう。それが新規申請をする時点で、すでに要介護2以上の重度の状態になっている要因の一つであるということであった。

加えて、介護予防・自立支援の観点からは、支え手不足による限界があることも複数の市町村で聞かれた。住民からのニーズはあるが職員が集められなくて事業者が撤退するなど、

人手不足によりサービスが提供できない状況があるということであった。このため、行政だけでは限界があり、民間の力も借りながら施策を進めていく必要があるとの声があった。民間との連携の事例としては、通所 C 型を提供する事業者と協力し、介護予防において力を入れる点を共有することで、通所 C 型でも介護予防・自立支援の観点から活動を行ってもらうことができる。また参加者の状況に応じて市が実施するサロン活動と通所 C 型との間で参加者の行き来を行うことなどしているという話が聞かれた。

また、市が関与する「狭義の通いの場」以外に、「広義の通いの場」も社会福祉協議会に依頼して情報収集を行っており、今後は把握した「広義の通いの場」との連携も視野に入れて施策を考えていきたいということであった。

介護予防事業の新しい取り組みとして、PFS /SIB を導入しているという事例もあった。「民間の力を借りる」という点では、PFS /SIB が民間を活用する枠組みであることから、民間の力を借りるとともに、その過程で参加者の勧誘の方法や活動の実施方法など、新しい知見を得られた（例えば、PFS では前期高齢者の参加が多いが、これは趣味を入り口とした活動だから若い高齢者も参加しやすいのではとのことであった）。また、準備の段階で庁内他部署との連携が必要な面があり、庁内連携の促進にも役立ったという声が聞かれた。

いわゆる「お守り認定」に関しても、遠くに住む家族の意向によって行われる傾向があるという声が複数の市町村から聞かれた。親を心配する子が、何かあった時にすぐにサービスを受けられるよう、予防的に認定を受けておくというケースである。あるいは、「無料ならとりあえず受けておかなければ損」というような気質があり、独居が多いことも相まってお守り認定につながっているという声も聞かれた。「お守り認定」に関しては、必ずしも認めないということではない市町村と、本当にサービスを受ける予定がある人しか認定を認めておらず、このため、要介護 2 以上になってからの認定が多いというケースもあり、様々な考え方があった。

介護予防の担い手育成という点において、ボランティア養成講座などの人材育成を行ったり、「見守りサポーター」や「高齢者相談支援員」のような市町村や社会福祉協議会が委嘱する形で新しい役割を創設するなど、地域資源の活用も活発に行われていた。一方で、養成講座の参加者がなかなか集まらないという声も聞くなか、夜間に養成講座を行ったところ参加者が増えた、などの工夫をすることで参加の促進を行なっている事例もあった。

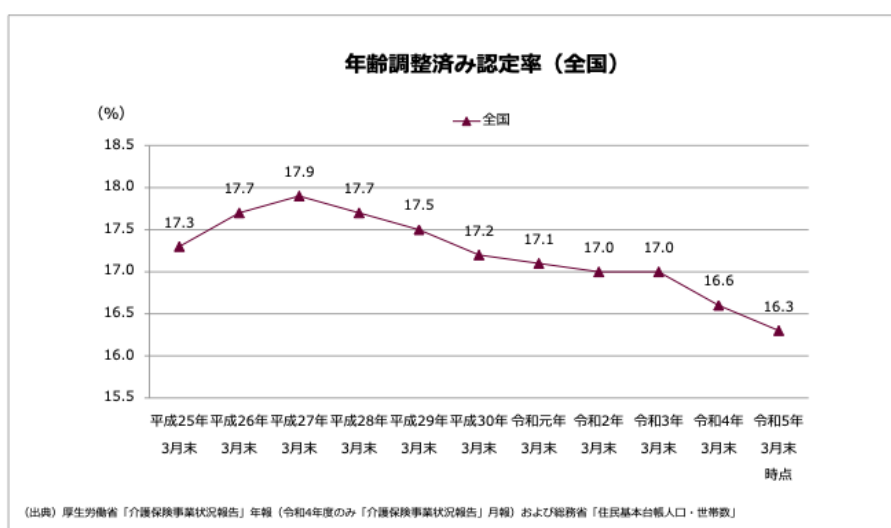
あるいは、認定の考え方については、「必要な人には必要なサービスを提供する」という考え方のもと、まずは住民に介護サービスを知ってもらうために積極的に周知を進めたという事例もあった。つまり、「(本来必要だが) 知らないから使わない」という事例を減らすべきであるという考え方である。そのうえで、介護サービスが住民に広く浸透してきたので、これからは適正化を目指すということであった。

なお、厚生労働省が「2040 年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会（第 1 回）で示した資料 3 において、平成 27 年から調整済み要介護認定率が下がっていることが報告された<sup>64</sup>。本章の冒頭にも記載したとおり、今回のヒアリングでも地域共生社会の考え方の

導入に伴い通いの場等介護予防に力を入れた結果、それ以前は認定率が県でも最下位（認定率が高い）の方だったが現在は上位（認定率が低い方）に入るようになったり、5年前に要支援者が多かったため介護予防・自立支援を強化したところ要支援の認定率が下がってきたなどの声が聞かれている。平成25年に「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」により地域包括ケアシステムが導入され、平成26年の介護保険法の改正によりポピュレーションアプローチによる介護予防事業が推進されてきたが、こうした取り組みの成果が現れている可能性もあるであろう。

### 第1号被保険者の認定率（年齢調整後）の変化 （介護保険事業状況報告月報及び人口推計から作成）

- 要介護認定率はピーク時の平成27年3月末の17.9%から減少してきており、令和5年3月末には16.3%となっている。（平成27年3月末比▲1.6%）



94

図22 第1号被保険者の認定率（年齢調整後）の変化<sup>64</sup>

## 2) 重度化防止

重度化防止も、多くの市町村で重要視しているとの声が聞かれた。重度化を防止するためには重度化する前、要支援の段階で住民の状況を把握することが重要であるという意見も聞かれた。重度化防止の具体的な対策の一つとして、ケアプラン点検を上げる市町村が複数あった。

また、重度化防止の考え方と合わせて、一度、要支援になっても自立に戻ることを目標としており、そうした観点から総合事業などに力を入れているという市町村も複数あった。例えば、ケアマネジメント研修を通じてケアマネジャーに重度化防止の意識を持ってもらうだけでなく、事業所にもこの考えは共有し、事業所が行う短期型の活動の際には、活動参加者をグループ化して卒業後の活動に繋げる工夫をしてもらうなどの事例もあった。

特に介護予防や自立支援、重度化防止には住民の行動変容が必要になるが、行動変容の難しさとして、地域特性を上げる声もあった。例えば、農業従事者は健診を受ける機会が会社従業員よりも少なく、健康に意識が向きづらいことや、社会経済状況が悪いために健康まで意識が回らないことなど、最長職であることや社会経済状況（SES）を理由に上げる市町村が複数あった。

他方で、行動変容までには10～20年など長いスパンで考える必要があると考え、長期的な視点で考える必要があるとの声も聞かれた。健康意識という点においては、高齢者になってからではなく、幼少期や壮年期から意識を変えていく必要があると考えているとのことであった。

その他の介護予防・重度化防止の工夫としては、実施場所を工夫する事例などもあった。例えば、フレイルチェックを行い、リスクの高い人にアプローチする方法をとっているが、フレイルチェックを受ける人を増やす工夫として、商業施設などでのフレイルチェック健康測定会を行ったところ、フレイルチェックを行う人が増えたとのことであった。

### 3) ケアプラン点検

ケアプラン点検を重要視している市町村は多く、適正な介護給付費の支出を行うためには適切なケアプランの作成が必要であるとの意見が多く聞かれた。

ケアプラン点検の方法としては、ケアマネジャーに対する研修を充実化させるケースや、市町村においても全数、またはランダムにケアプランを取り上げ、内容が適切か確認するケースもあった。その他、ケアプラン点検を外部専門家に委託するケースも見られた。

具体的なケアプラン点検の例としては、ショートステイの日数を超えている、基準値を超えているなどが見られるケアプランがあった場合にケアマネジャーと一緒にケアプランの再点検を行った。また、介護給付費適正化支援システムを導入し、そのシステムを通じてケアプランの点検を行なっている事例もあった。その他の事例では、「区分支給限度額7割以上」、「訪問6割以上」、「サ高住・有料老人ホームのケアプラン」、「頻回の生活支援のケアプラン」などの条件に沿って居宅介護事業者から提出してもらったプランを市が抽出し、介護士専門協会に依頼してすべて点検してもらう計画があるという事例もあった。

また、ケアプランにおいて重要視されていたことの一つに、ケアマネジャーとの意思疎通をあげる市町村もあった。市町村が「自立化を目指す」「重度化を防止する」などケアプランに対する考え方などをケアマネジャーに定期的に伝える場を設け、同じ方向を向いて進んでいくことが重要であるとのことであった。

ケアプラン点検ではないが、個別訪問による高齢者の現状把握も複数の市町村で行われていた。例えば、高齢者ごとに見守りシートを作成する取組を進めているなどである。民生委員の協力を得ながら、身寄りがなく介護サービスにも繋がっていない高齢者を個別訪問して見守りシートを作成することを今後進めていき、現在行われている地域の医者や薬剤師、ケアマネジャーなどが定期的に集まって情報共有している場で見守りシートを共有し

て、対策を議論していきたいとの話もあった。また、在宅介護支援センターの職員が80歳以上の高齢者を訪問して話を聞くことで、日常生活の困難さを把握し、本人や家族が支えることが難しくなった部分を介護保険で支えるという考え方も聞かれた。65歳となった高齢者を全戸訪問し、閉じこもり傾向のある方を記録、見守りサポーターという地域住民の役割も作り、一人暮らしの高齢者の見守りをしているという事例もあった。

以上をまとめると、都道府県および市町村において、図23のような体制がとられている。また、都道府県および市町村が、それぞれの事業を実施した結果、期待される成果のロジックをまとめると、図24のようなものが想定される。

なお、ヒアリング結果の概要は資料のとおりである。

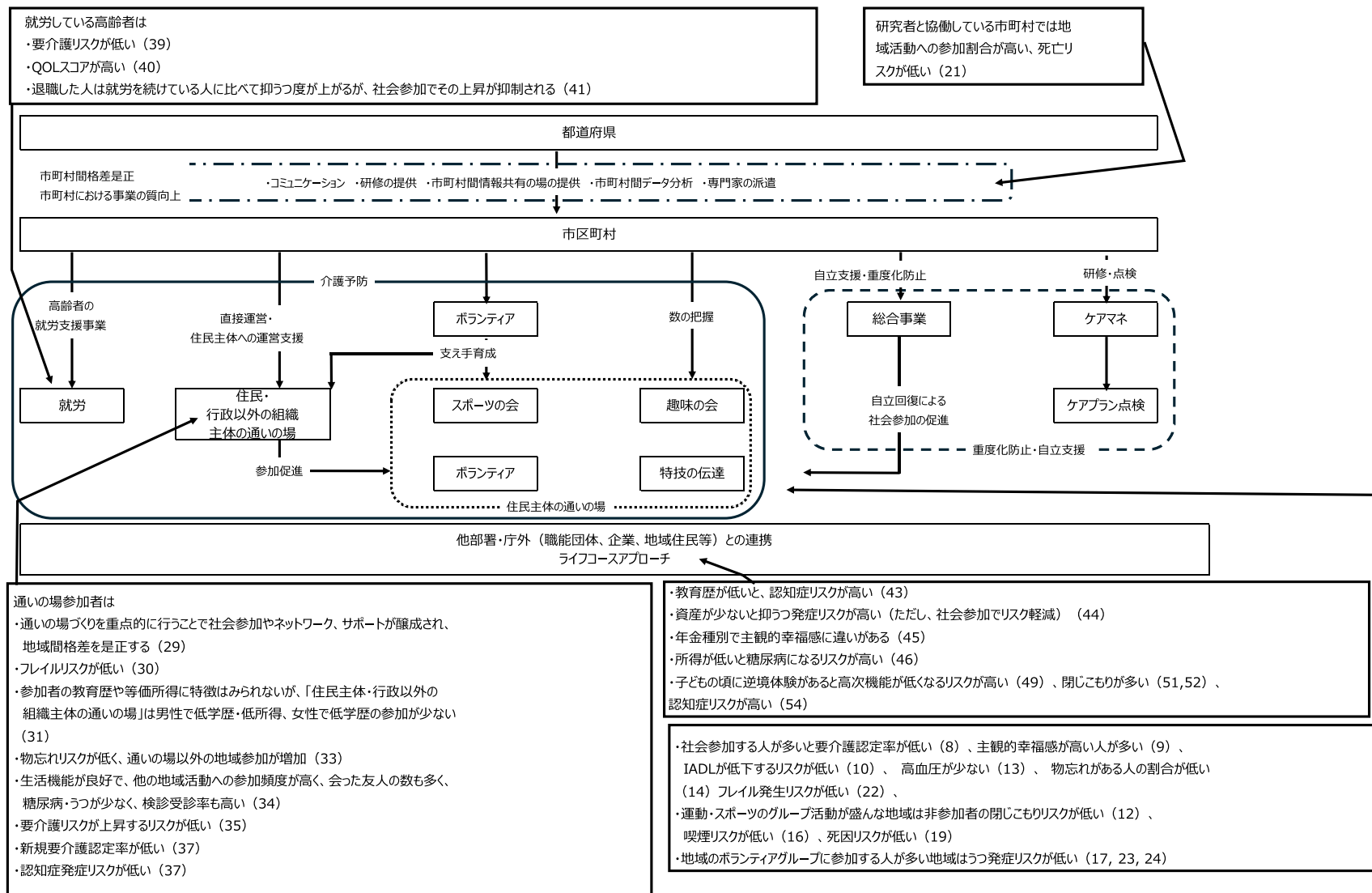
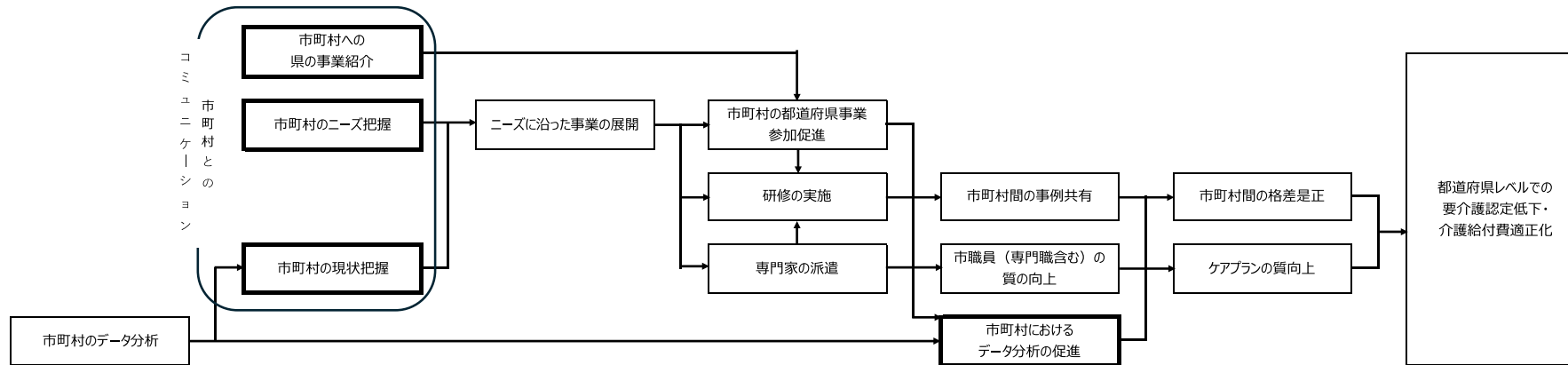


図 23 都道府県及び市町村における介護事業実施体制

都道府県が目指している理想のロジック



市町村が目指している理想のロジック

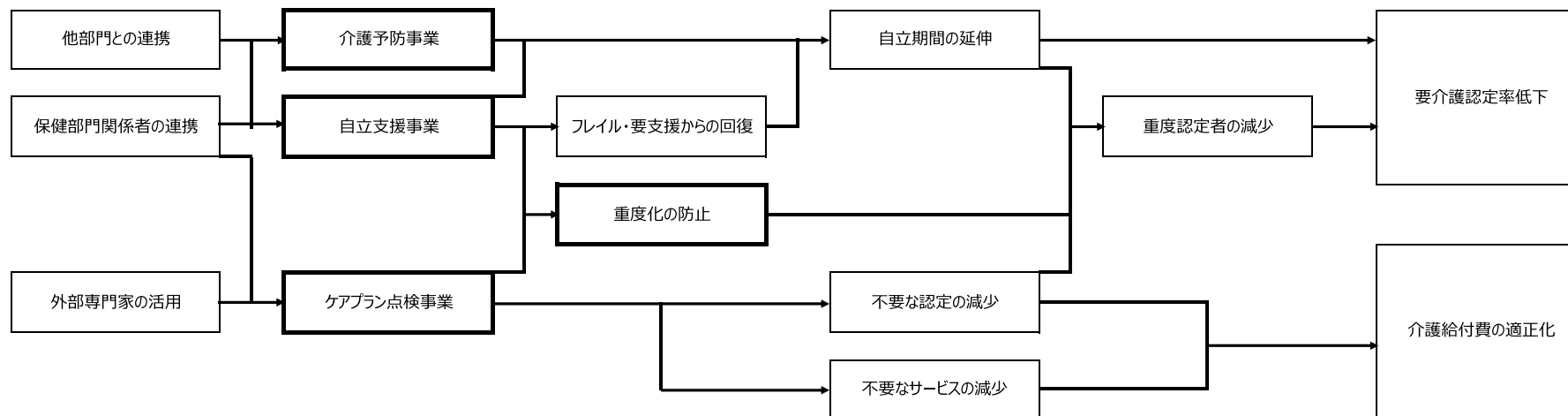


図 24 都道府県及び市町村における事業実施から成果までのロジック

### 5.3.要介護認定・介護給付費の要因

本事業では、都道府県ごとに 1) 都道府県平均と全国平均の比較、2) 都道府県内市町村間比較の 2 種類のデータを提示し、それらのデータから気づくことを都道府県、市町村それぞれに聞いている。1) と 2) で提示したデータは各々以下のとおりであるが、その結果、以下のような意見が都道府県、市町村から聞かれた。

#### 【ヒアリングで提示したデータ】

##### 1) 都道府県平均と全国平均の比較

- 高齢化率
- 高齢者世帯数、高齢者独居世帯数
- 調整済み認定率（全体および区分別）
- 介護サービス利用率
- 第 1 号被保険者 1 人あたりの介護給付月額の変動（全体、在宅サービス、居住系サービス、施設サービス）
- サービスごとの給付額および総給付額に占める割合（訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院）

##### 2) 都道府県内市町村間比較

- 調整済み認定率（全体、区分ごと）
- 調整済み第 1 号被保険者 1 人あたり給付月額（総額、在宅サービス、施設サービス、居住系サービス）
- サービス費割合（全体の給付額のうち、各サービスで何割利用されているか：居宅介護サービス、地域密着型サービス、施設介護サービス）
- 受給者割合（受給者の何割がそのサービスを使っているか：居宅サービス、地域密着型サービス、施設介護サービス）
- 調整済み認定率の変化

## 【データを見て出された主な声】

### 〈地域特性〉

- 家族が近在しているため家族が支えることが基本で、家族で支えるのが難しくなったら認定を受ける傾向がある。
- 要支援の状態では認定の申請をしない県民性がある。このため、要介護になってからの認定につながっているのではないか。
- 通いの場の参加率が低いのは、農業従事者が多いためではないか。農作業に忙しく、社会参加が難しいという声は聞く。
- 家に住み続けたいと考えるほうが多いという地域性がある。
- 認定の申請を本当に困るまで出さない傾向はあるかもしれない。
- 古い家に住んでいる高齢者が多く、住居に断熱性がない。このため、冬になると体調を崩しやすいことも冬季に施設の利用者が多いことに影響しているのではないか。

### 〈家族構成〉

- 独居が多い地域では、一人で生活が困難になった際に施設に入る傾向が強いのではないか。
- 独居者が多いと、在宅サービスの利用が増えるのではないか。
- 高齢者世帯における単身世帯が多くなると、介護保険に頼ることが増えるのではないか。
- 一人暮らしの場合は自身の状態の悪化に気づかず、離れて暮らす子どもが帰省した際に気づいて認定につながるケースもある。

### 〈介護認定判定の傾向〉

- 判定が厳しい、緩いというのは市町村で特徴があるかもしれない。
- 一次判定に影響が大きいと言われている5項目（麻痺（左下肢、右下肢）、座位保持、移乗、移動、短期記憶）の結果に偏りがある市町村ほど認定が高い傾向があるように見える。
- 判定の過程で、同じような状況でも、独居であればよりサポートが必要なので要介護1、家族がいれば要支援2と判定する、というような配慮はあるかもしれない。

### 〈社会経済状況（SES）〉

- 年金の種別によって介護サービスの利用に影響が出るのではないか。介護サービスを受けるには自己負担があり、国民年金の場合は年金だけで費用を賄うのは難しい。
- 施設に入るとお金がかかるので在宅のほうが良いという声は一定数あり、また生活保護を受けることを前提に施設に入るケースが増えている感覚がある。
- 生活保護を受けている人はサービスを多く受けがちである。認定も、生活保護を受

けていない人に比べて1ほど重くなる傾向があるように感じる。健診なども受けていないので、一度悪くなるとすぐに重度化するように感じる。

#### 〈供給〉

- 在宅系のサービスがあまり整っていない地域は施設に入る傾向があるのではないか。
- 社会福祉法人ではないサービス事業者が多い地域では、介護給付費が高い傾向があるかもしれない。
- 訪問介護は民間の事業者が多く、在宅でサービスを受けられる環境にあるので居宅サービスの利用が多いのではないか。
- サービスの供給が認定率にも影響を与えるのではないか。認定を受けてもサービスを受けられないのであれば、認定を受けるインセンティブにはならない。サービスが充実している地域で認定率が高い、などの傾向はないか。
- 居宅介護サービスが高いのはサ高住が多いことと関係しているかもしれない。サ高住の事業者が居宅介護サービスも提供しているというケースが多いのではないか。
- 要介護3、4になっても特別養護老人ホームが定員いっぱいに入れられないため有料老人ホームに入っているケースがある。有料老人ホームが家賃を下げて入居者を集め、入居者へのサービス提供で回収するというケースもある。
- 担い手不足によって事業者が事業を展開したくてもできず、住民にサービスを届けられないケースがある。

#### 〈制度〉

- 施設系に比べて、社会福祉法人でなくても指定が受けられることからグループホームが数多く設立された経緯がある。このためグループホームが多く、居住系の利用が多いのではないか。
- 在宅での利用割合などが上がってきているのは、地域包括ケアの考え方が浸透してきているからではないか。
- グループホームは施設を建てる時の補助が受けやすいのでグループホームが増え、結果として居住系のサービス費用が高いのではないか。
- デイサービスなどは送迎などがあり利用者のメリットが大きく、このためサービスを受けるために要介護認定を受けたいという要望がある。特に、独居の方には介護サービスのメリットが大きいのではないか。

#### 〈介護度〉

- 過去には要支援者が多く、そこから悪化しているケースが多かったため介護予防・重度化防止に力を入れるようになった。その頃、要支援者だったほうが高齢化し、介護度も上がって重度認定者が多くなったのではないか。

- 要介護4、5が多いと、施設系のサービスを受けることが多くなり、このため介護給付費が高くなるのではないか。
- 要介護度が4、5になると在宅サービスが増えてきている。
- 要介護5の増加率が高く、それが介護給付費が高くなっている要因の一つではないか。
- 要支援が多い場合、かかりつけの医師が「予防的に認定を取っておけば」という考え方があり、医師に勧められて認定を受けるケースがある。

#### 〈都道府県・市町村からの要望〉

- 新規申請から要支援に繋がった人、要介護になった人、要支援から要介護になった人、それぞれの特徴がわかるとありがたい。
- どういう介入がどういった結果になったのかを知りたい。
- 介護の見える化システムのなかにKDBデータがあるといい。
- 施設サービスは、同一の事業所が複数の施設を運営している地域で介護給付費がどうなっているか、どういう施設を運営しているところが多いかなどを知りたい。
- 全国の市町村のうち、自身の市町村と同等の規模であったり、同じような状況である市町村とのみ比較できるようなシステムが欲しい。
- サ高住・有料老人ホームに関しては、なかでどのようなサービスが提供されているかを知りたい。自宅の人とサ高住・有料老人ホームに入っている人で受けているサービスの内容や額に違いがあるか、調べる必要があるのではないか。

以上、データを見ながら出てきた都道府県・市町村の意見をまとめると以下のような形になる。供給要因や社会経済状況（SES）要因、地域特性要因のうち独居などは、文献レビューの章でも検討した過去の報告書・研究において指摘されている。また、地域特性のうち住居の断熱性については、WHOは報告書において、暖房対策が不十分な住居で生活することは冬の罹患や死亡に影響するため、18度以上の室温を保つことを推奨しており、特に高齢者を含む健康リスクの高い層には、それ以上の高い室温を保つことを推奨している<sup>65</sup>。同じく地域特性のうち、「使わないと損」などの感情に関しては、大阪府の報告書でも言及されている<sup>66</sup>。

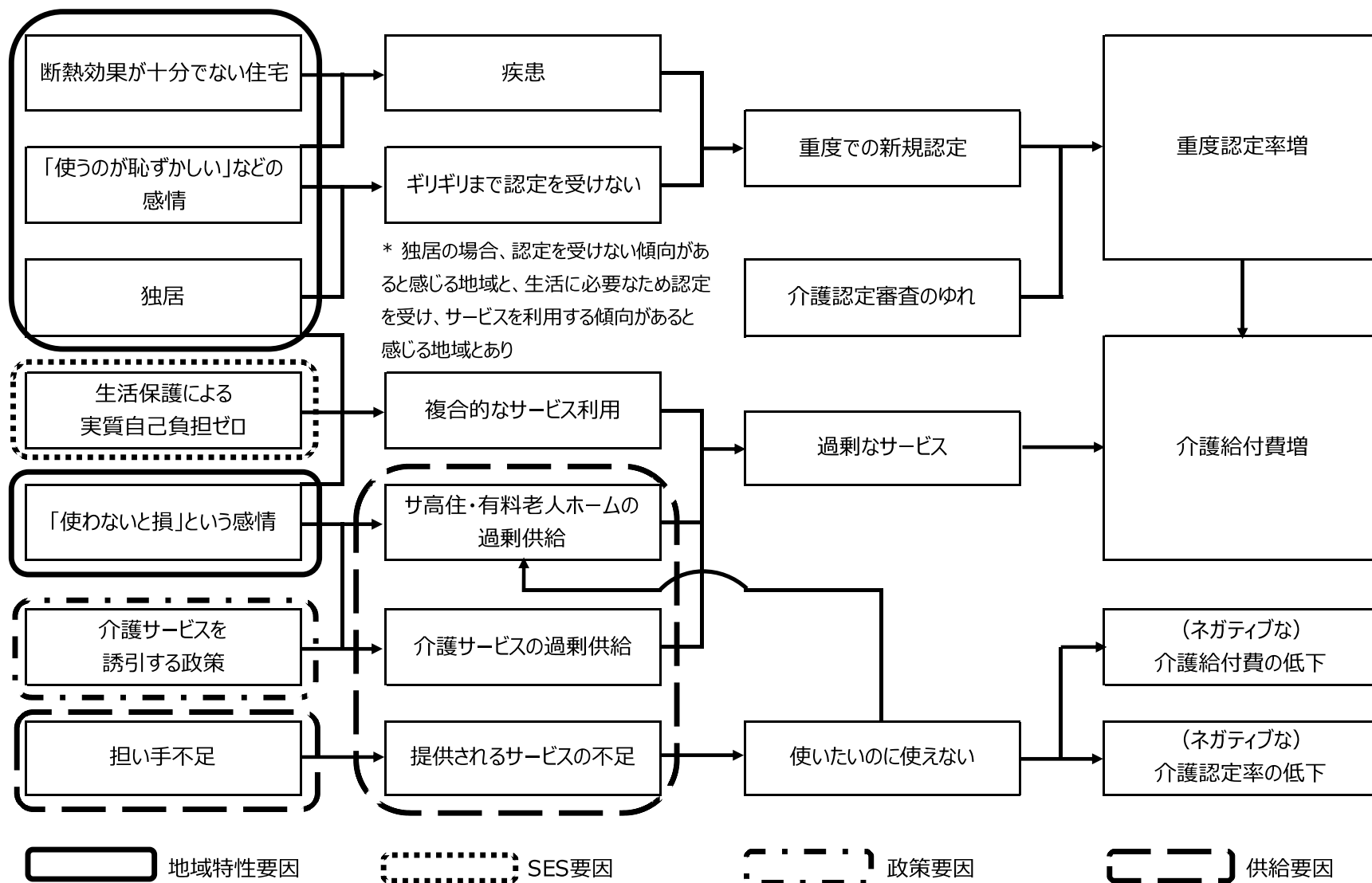


図 25 ヒアリングで示された介護給付費に影響を与える要因

## 6. ヒアリング結果の考察

以上、見てきたとおり、都道府県、市町村、いずれにおいても介護に対する考え方は、「必要な人に必要なサービスを届ける」が基本であり、要介護認定、介護給付費いずれにおいても必要な人がサービスを受けられない状況を回避しつつ、不要な認定（予防など）・サービスの提供を避けることで要介護認定率の低下と介護給付費の削減を目指す、つまり適正化を目指すというスタンスであった。

### 自治体の方針等を考慮した分析の必要性

基本的なスタンスは共通しているものの、自治体ごとに方針が異なる部分もあった。例えば、「新規認定の際に要介護2以上が多い」という状況は同じでも、「可能な限り自立支援を行う考え方から、要介護1あたりまでは介護認定ではなく自立支援の施策で支える」との方針のもと、認定申請を受け付けた結果新規認定で要介護2以上が多いケースと、「できるだけ認定を受けたくない」という地域性から、可能な限り自分だけで頑張った結果、重度化してから認定を受けるケース、家族がギリギリまで介護を行なった後、要介護認定を受けるケース、あるいは病院を受診した結果認定に至り重度の判定を受けるケースでは同じ「新規認定の際に要介護2以上が多い」場合でもその意味合いが異なるであろう。

あるいは、同じ要介護認定率が高い場合であっても、「まずは広く介護制度を知ってもらい、かつサービスを受ける心理的障壁をなくす」という方針のもと、積極的に介護サービスを勧める（そういった状況のなかでも過剰なサービスの削減に取り組むことで、必要以上の削減を防げる）段階であるケースも、単に「要介護認定率が高い」こととは意味合いが異なる。

また、「重度化防止のためには要支援から状態を把握することが重要」としてできるだけ軽度のうちに状況を把握するよう努めることと、状況を把握したうえで要介護認定以外の方法で支える、ということも考え方としては似ていても、そのアプローチは異なり、要支援・要介護認定の結果に影響が及ぶであろう。

このように、データ上は同じような状況であったとしても、その実際は異なる状況があることもあり、ヒアリングなどを通じてそういった状況を把握することは重要である。

### 社会経済状況（SES）やライフコースなど、（超）長期的な視点の重要性

ヒアリングでは、SESに関する意見も出ていたが、文献レビューの章でも見たとおり、学歴や最長職、経済状況なども高齢者の健康に影響を与えることがわかっているが、特に高齢者を担当する部署だけではどうすることもできない部分もある。SESはSESを加味する分析を行うことでデータで把握できる部分もあると思われるが、自治体だけではどうすることもできない部分をどのように考慮・配慮していかも重要であろう。

要介護認定・介護給付費に関しては、行動変容を伴うため、長期的な視点に立つ必要性もある。渡邊らの先行研究でも、介護給付費に差が出るまでには少なくとも数年の時間が必要

であり、短期の評価は過小評価につながる可能性があることを指摘しており<sup>67</sup>介護給付費を最終アウトカムとする際は、長期的な視点が必要であることを示唆している。また、「超長期的な視点」という意味では、幼少期や壮年期からの対策が重要である意見も出ていたが、文献レビューの章で見たように過去の研究でも幼少期、壮年期の経験の影響が顕在化しており、いわゆるライフコースアプローチ、(超)長期的な視点での施策というのも重要であろう。

### データ活用の重要性

データ活用の重要性も指摘されていた。文献レビューの章でも見たとおり、神戸市ではデータを活用することで地域間の健康格差の是正に成功したり、研究者と協力してデータを活用した市町村は、そうでない市町村に比べて社会参加が増加したり、男性の死亡リスクが低下したことが報告されており、データや外部の資源を活用した施策づくりも重要な要素であると思われる。

### 関係者の情報共有の重要性

関係者間の情報共有の重要性も指摘されていた。山本らの先行研究では、常勤の歯科衛生士の配置や、住民や地域の歯科医師会、企業、地域包括支援センターなどと連携することがある市区町村は、ない市区町村と比べて歯科の有病率の減少や健康行動実践者の増加、正しい知識を持つ者の増加などがあつたと回答することが多い(=効果的な歯科保健事業を行った)ことを報告しているが<sup>68</sup>、ヒアリングでは情報・知見を共有することで、職員の質を可能な限り均一にする、市町村間や地域間の格差をなくす、誰が対応しても同じ対応になる、目標や方針を関係者で共有することで効果的な対策が行えるなどの声が多かった。実際に定期的な情報共有の場を設けているケースや、情報共有を目的として研修などを行うケースなどが報告されており、現場の感覚として、その有効性が実感されている。

また、山本らの研究では常勤の歯科衛生士の配置に言及しているが、ヒアリングでも保健師をはじめとした専門職が庁内にいること、中心的な役割を担っていることの重要性が複数の自治体から聞かれた。

### 施策の方向性

施策の方向性としては、都道府県、市町村ともに 1) 要介護にならないための予防、2) 要介護認定後も重度化しないための軽度者への早期対応、3) 要介護度が重度になった後も含め、要介護状態になった後過不足ないサービスの提供の3つに集約され、具体的な施策としては都道府県では市町村の支援として①市町村とのコミュニケーション、②市町村が必要とする研修の提供、③外部専門家の活用、④当該都道府県のデータ分析結果の説明・国の制度の説明・都道府県の方針の説明が行われており、市町村では①介護予防・自立支援、②重度化防止、③ケアプラン点検が行われていた。

都道府県が行っている事業のうち、研修の提供は必要な知識の習得のみならず、他市町村の事例把握やデータ分析の機会、他市町村担当者との人脈形成など、様々な面でメリットがあることが確認された。また、合わせて都道府県が作成するマニュアルが役に立ったという声も複数の市町村で確認されている。

市町村とのコミュニケーションにおいては、市町村も日々の業務で忙しいなかで効果的なコミュニケーションを取るためには様々な工夫が必要であることも伺えた。都道府県と市町村とのコミュニケーションは難しく、研修の様々なメリットを活かすためには多くの市町村に参加してもらう必要がある。そのためにはコミュニケーションが大事であることを知ってもらい、適切な市町村への外部専門家の派遣に繋げるためのニーズの把握にも役立てるなど、都道府県が行う市町村支援において根幹をなすものであることも確認された。

市町村が行う主な介護予防事業としては、狭義の通いの場（定義は図 12 参照）がある。文献レビューの章で見てきたとおり、「狭義の通いの場」単独での成果も確認されており、さらに「広義の通いの場」を含めて考えると、地域レベルでの効果も確認されている。加えて、「狭義の通いの場」は「広義の通いの場」に比べて低学歴、低所得者の参加が多いことが指摘されている一方で、「狭義の通いの場」への参加がきっかけで約半数の参加者が「広義の通いの場」への参加につながることも報告されており、「狭義の通いの場」単独では参加率も低く被益する高齢者が限定的であったとしても、一定の役割や効果があることが確認されている。

重度化防止に関しては、「要支援から自立への回復」と「より重度の介護度になることの防止」の2つの側面から事業が実施されていたが、渡邊らの研究でフレイルから回復できる人の特徴が報告されており<sup>69</sup>、また上野らの研究では、社会参加をすることで人生最後まで自立した生活を送る確率が高いことなどが報告されている<sup>70</sup>。また、文献レビューで紹介した過去の報告書や本事業で行なったニーズ調査データと KDB データの相関分析においても、重度の介護度と介護給付費との相関が認められており、理に合った対策であろう。

ケアプラン点検については、すべての市町村が実施していた。

データを見ながら検討した要介護認定・介護給付費に影響を与える要因としては、「地域特性」「家族構成」「介護認定判定の傾向」「社会経済状況（SES）」「供給」「制度」「介護度」などが挙げられていた。これらのうち、「介護認定判定の傾向」「SES」「供給」については行政が介入できる余地はあまりないものである。「地域特性」「家族構成」などは文化的なものであり、介入するというよりも、介入する際に考慮すべき事項という側面が強い。

これらを考えると、要介護認定・介護給付費の適正化に向けて行政が介入できるものは、介護予防、要介護認定後の重度化防止、ケアプランの点検に絞られるということであろう。

以上、見てきたとおり、今回ヒアリングを行なった府県、市町村で行っている事業を図式化した結果、それら事業の多くが先行研究や本事業で行なった分析でその効果が示唆されている。これらをまとめると以下のような図になる。このなかでは、ケアプラン点検のみ、その効果を検証する分析がまだあまりなされておらず、今後はケアプラン点検の効果につ

いても研究が進んでいくことが望まれる。

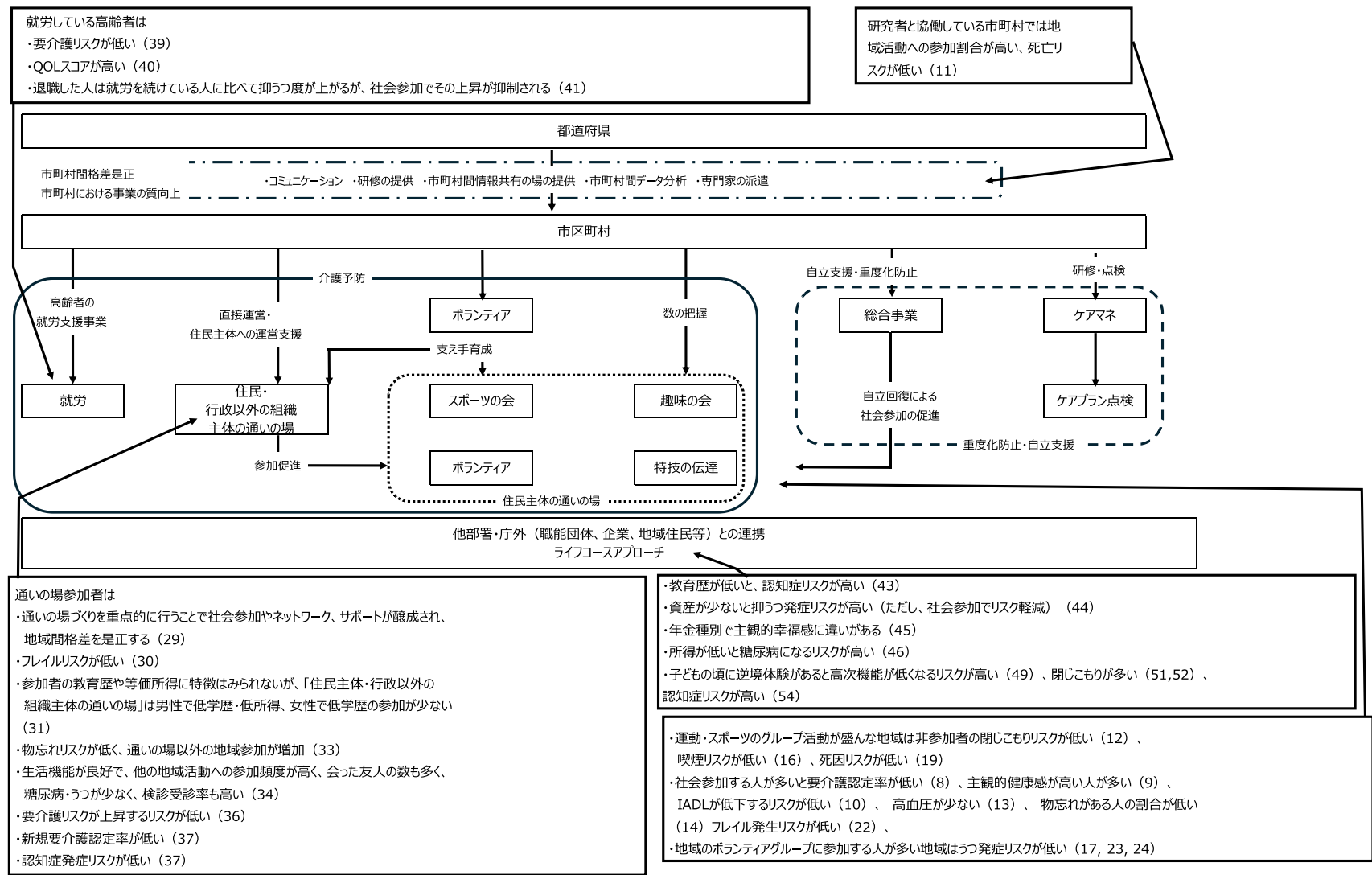


図 26 都道府県及び市町村における介護事業実施体制と関連エビデンス

## 7. 提言

以上、要介護認定、介護給付費に影響を与える要因を文献レビュー、データ分析、自治体へのヒアリングを通して見てきたが、自治体では要介護にならないための予防、要介護認定後も重度化しないための軽度者への早期対応、要介護度が重度になった後も含め、要介護状態になった後、過不足ないサービスの提供、の3つが主な対応として実施されており、こうした活動の多くで効果が見込めることが、先行研究や本事業で行った分析などで示唆されていた。

こうした結果を踏まえ、本事業では以下9つの提言を行う。

### ① 長期的な視点に立ったポピュレーションアプローチの実施

文献レビューで見たとおり、広義・狭義、いずれにおいても通いの場が高齢者の介護予防につながっていることが多くの研究で示されている。また、通いの場への参加によって健診受診が増えることを報告する研究もあり、ポピュレーションアプローチを行うことでハイリスクアプローチへの好影響も示唆されている。このため、国、自治体は今後も引き続き通いの場を含め、地域づくりによる介護予防事業を展開していくことが望まれる。

ポピュレーションアプローチを実施する際、長期的な視点が必要である。本事業では、文献レビューやヒアリングなどの結果を踏まえ、様々なロジックモデルを作成したが、いずれのロジックモデルにおいても、要介護認定は最終アウトカムとなっており、様々な対策が要介護認定に影響を及ぼすまでには数年以上の長い時間がかかることが示されている。

介護給付費に関しても、文献レビューで見た先行研究では6年以上追跡しており、また渡邊らの研究では、フレイルや要支援・要介護リスクがあるものとないもののその後の累積介護給付費を比べたところ、最初の1～3年は比較的差が小さいのに対し、6年目、さらには9年目ではさらに大きな差になっていることが明らかにされる<sup>71</sup>など、フレイルや介護予防効果による給付費抑制額は9年まで増幅することが報告されている。

厚生労働省が示す年齢調整済みの要介護認定率の経年変化<sup>64</sup>においても、2015年をピークに下がり始めているが、これらは一般介護予防事業が制度化された2015年より前に介護予防マニュアル（平成24年改訂版）などで「通いの場」づくりが紹介され始めたことや、前述のエビデンスも踏まえて考えると、介護予防事業の効果が現れ始めている可能性もあると思われる。本事業で行ったヒアリングでも、介護予防事業を導入した当初は府県でも要介護認定率などが高い方だったが、現在ではそれが低くなっているという話も聞かれている。また、長期的視点を持つためにロジックモデルの作成を市町村に促したり、成果が出るまでには長期間かかるのでそれを見据えて施策を考えるなどの話が聞かれた。一方、国・自治体では定期的に人事異動があるため、後任への引き継ぎなども踏まえ、文献レビューでも提示したロジックモデルなどを参考にして、目指すべきアウトカムによっては5年から10年以上など、長期的な視点を持って介護予防事業の計画を立て、何回かの引き継ぎを経ても最終目標に到達するような取組（一貫性のある取組）が必要である。

## ② 「狭義の通いの場」と「広義の通いの場」との連携

文献レビューで見たとおり、狭義の通いの場においても、過去の研究において要介護認定リスクの低下や認知症リスクの低下に寄与することが示唆されている。また、本事業で行なった分析においても、7.3%以上の参加率がある市町村において、参加率が高いほど介護給付費が低い可能性が示めされた。一方で、「介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和4年度実施分）に関する調査結果（概要）」によると、令和4年度に通いの場に参加していたのは高齢者人口の6.2%であり、週1回以上開催している通いの場の参加者は高齢者人口の2.3%以上であったと<sup>72</sup>。このように、狭義の通いの場参加による効果は認められても、そこに参加している人の数は限定的であるのが現状である。

文献レビューでも見たように、狭義の通いの場の大きな特徴として、所得や教育歴に関わらず参加している、狭義の通いの場から広義の通いの場に参加するきっかけとなっている、の2点が挙げられる。これは、狭義の通いの場が社会参加のきっかけとしての役割を担っているとも言えるであろう。

狭義の通いの場自体にも効果が認められていること、また、狭義の通いの場で効果を引き出すには一定程度以上の参加率が必要である可能性が示唆されたことから、引き続き国・自治体は狭義の通いの場への参加率の向上を目指しつつ、狭義の通いの場だけで要介護認定率の低下や介護給付費の適正化を目指すのではなく、狭義の通いの場から広義の通いの場へ繋ぐ工夫をするなど、広義の通いの場も視野に入れた施策づくりが望まれる。狭義の通いの場でも、広義の通いの場でも、住民が参加しやすい方から参加してもらい、相互にその人の状況の変化に応じて継続して参加しやすい状況を作ることが重要である。

本事業のヒアリングでも、広義の通いの場の数の把握を進めている市町村があったが、行政で広義の通いの場の把握を進めることで、狭義の通いの場と広義の通いの場のいずれであっても参加者の状況に応じて紹介することができる。あるいは、内閣府が進める成果連動型民間委託方式（Pay for Success: PFS/ソーシャル・インパクト・ボンド（SIB））を活用して民間が参加できる枠組みを導入し、官民連携して通いの場（狭義、広義ともに）を促進していくなどの事例があった。行政として実施・支援するのは狭義の通いの場でも、広義の通いの場を視野に入れながら施策運営を行う姿勢が望ましいと思われる。

## ③ データを活用したPDCAに基づく事業実施：外部専門家の活用

インセンティブ交付金の指標にも評価に基づく施策づくり・運営が含まれているように、自治体における介護事業の実施においてPDCAによる事業運営が重要である。要介護認定で変化が見られるまでには長期的な取り組みを必要とすることから、ロジックモデルに沿った初期・中期アウトカム指標における変化が見られるのかをモニタリングし、期待する変化が見られない場合には、取り組み方を変えながら進めていくことが必要である。しかしながら、令和3年度老人保健健康増進等事業「データを活用したPDCAサイクル

に沿った介護予防の取組に関する調査研究事業」でも示されたように、特に評価は自治体職員だけで実施することは難しい。本事業における文献レビューでも示されていたとおり、研究者等外部専門家とともにデータを活用した自治体と、そうでない自治体では、男性の社会参加割合や死亡率などの成果に違いがあることが示されている。そういった点からも、外部専門家を有効に活用しながら、効率的・効果的に PDCA サイクルを回しながら事業運営を行なっていくことが望ましいと思われる。

また、本事業でのヒアリングでも複数声が上がっていたように、市町村ではほかの市町村における事例を共有することが有効であると思われる。このため、国や都道府県、または研究機関などは、データやエビデンスを活用した施策立案を始め、データを用いた評価、こういった場面でどのように専門家を活用したかなど、ほかの市町村の事例を集めた文献ライブラリのようなものを開設するのも有効であると思われる。現在でも様々な報告書で好事例などが紹介されているが、それらの文献を集め、一つの場所で探することができるようになることは、これまでの成果の有効活用という観点からも有用であると思われる。

PDCA は、計画を立て（Plan）、その計画を実行し（Do）、実行した成果を評価し（Check）、評価結果を踏まえた改善や横展開を行う（Action）ことである。現在導入されている保険者機能強化推進交付金および介護保険保険者努力支援交付金で使用されている指標（インセンティブ交付金指標）では、定期的に専門家の意見なども参考に指標の改訂が行われているものである。こうした専門家が関わった指標を活用して評価を行うことも、PDCA を回すうえで有効な手段の一つであると思われる。

#### ④ 社会経済状況（SES）に配慮した政策の拡充

本事業におけるヒアリングでも要介護認定や介護給付費が高い原因の一つに SES が挙げられており、また文献レビューでもみた先行研究でも SES が高齢者の健康に影響があることが示唆されている。一方で、SES は高齢になってからの対策が難しい部分であり、SES が低い地域や高齢者では、高い地域や高齢者に比べて施策が難しい部分がある。

SES の違いによって取れる対策や、有効な対策は異なると思われるため、データから地域や高齢者の SES の把握を進め、その状況に応じた対策を進めることが重要であろう。

また、SES が低い地域や低い階層の高齢者はある種のハンデを背負っている部分もあり、国の政策としては、こうした地域に配慮し、保険料や給付費の再保険・再配分制度の導入・拡充などを検討する余地があると思われる。

#### ⑤ 疾病予防に関する分析の促進とポピュレーションアプローチの導入

本事業のヒアリングでは、府県や市町村の職員は疾患の種類によっては要介護に繋がりがやすいものがあると感じており、介護予防に疾患予防も重要であるという声が聞かれた。また、相関分析でも見たとおり、脳疾患や高血圧は 1 人あたり介護給付と正の相関を示してい

た。平成6年度から、多くの市町村で本格的に保健事業と介護予防の一体的実施が行われているが、介護予防という視点からの疾患予防を検討することも重要であろう。

また、これまで疾病への対策としてはハイリスクアプローチが取られることが多く、本事業におけるヒアリングでも、ハイリスクアプローチを意識していると思われる事例が聞かれているが、文献レビューで見たとおり、糖尿病や高血圧などは社会参加によってリスクが抑制できる可能性が示唆されている。ただし、これらの分析は、アンケートを中心にした分析である。国・自治体は医療データとニーズ調査データを分析できる形で整え、それを研究者に提供し、医療データとニーズ調査データを突合した分析を進め、介護給付費に影響を与える疾患を特定し、さらに、そのうちポピュレーションアプローチで予防できる可能性がある疾患を特定することで、国、自治体、研究者が協力してポピュレーションアプローチによる疾患予防を通じた介護予防、介護給付費の適正化を目指すことも重要であろう。

#### ⑥ 都道府県と市町村の連携

本事業におけるヒアリングでは、都道府県の役割としては市町村間の格差をなくすことである、ということが印象的であった。また、都道府県が実施する市町村向け事業が、役立っているという声も複数の市町村から聞かれている。都道府県が、市町村間を跨いで効果的に関わることで、市町村間格差がなくなり、都道府県レベルでの要介護認定率の低下や介護給付費の適正化につながる、ということはロジックとしても想像ができ、都道府県と市町村が連携することは重要であると思われる。

ヒアリングのなかで市町村から、都道府県の事業で有効であるという声が多かったのが、他市町村との情報共有の場の設定であった。市町村担当者が集まる研修のなかで情報共有の時間を設けるなど、都道府県が主導して場を設定することは市町村にとっても有意義な都道府県との関わり方であると思われる。

また、都道府県が実施する研修では、事前に市町村のデータを確認したうえで参加することや、市町村間の情報共有の時間にデータに基づいた各市町村の現状説明を必ず入れるように求める（その際に、都道府県内市町村間比較のデータなどを都道府県から市町村に事前に共有する）など、市町村自身がデータ分析などの介護給付費適正化に資すると思われる作業を行う仕掛けづくりをすることも、効果的であると思われる。

以上は、研修や情報交換のための会議など、市町村が集まった場での都道府県による工夫であるが、そもそも、研修や情報交換の場に市町村が出席しなければ活発な情報交換はできない。市町村に参加してもらうための工夫としては、毎年、実施する時期をあらかじめ決めて市町村がスケジュール調整しやすいようにしたり、日頃から都道府県担当者が市町村担当者とコミュニケーションをとり、日々の業務での困難や困りごとを聞くなかで、自然とそういった場への参加を促すなどがヒアリングで聞かれた。こうした市町村が参加しやすい工夫を行うことも、重要であろう。

## ⑦ 新しい指標の開発

⑥で述べたとおり、ヒアリングでは都道府県と市町村の関わりが重要である点が聞き取れた一方で、それらを証明した研究などはあまりない。都道府県の市町村への関わりが、健康アウトカムや要介護認定、介護給付費などに、どのように影響しているかに着目した指標も多くないことから、「証明した研究があまりない」理由として、データや指標が足りないために証明ができない、という状況ではないかと思われる。データを分析するうえでは、そもそもデータが入手できることが重要である。本事業のヒアリングでも、「こんなデータがあると良い」「こんな分析結果があれば助かる」という声が聞かれたため、一部、本事業の分析でも試みようとしたが、データが手に入らず分析できなかったものが複数ある。データに基づいて施策を実施するには、その基となるデータの充実が欠かせないであろう。

文献レビューの結果を見ても、都道府県と市町村の関わりについて行われた研究はあまりなく、また、本事業で行なった分析においても都道府県と市町村の関わりに関する分析を試みても、データの制限等でできないものがあった。

ヒアリングなどを通じて研究者等が足りないデータや開発が必要な指標を特定し、国や自治体では、研究費予算や委託費をデータ収集や指標開発に振り向け、国・自治体・研究者が協議しながらデータ収集の方法や指標を開発していくことが望まれる。

## ⑧ ヒアリングの継続

本事業では、データ分析の結果を裏付けるためにヒアリングを実施するという位置付けであったが、実際にヒアリングをしてみると、後述するようにデータ分析のヒントを得ることができた。

また、前述したとおり、例えば同じ「新規認定者の要介護度が要介護2、3が多い」というケースでも、「軽度の間は要介護認定を受けない形で地域で支える方針の結果要介護2、3が多い」ケースと、「地域性からなかなか認定を受けたがらず病気になったことを契機に要介護認定につながった」ケースとではその意味合いが異なることもありえる。こうした地域性は、データ分析の結果を解釈する際も参考になると思われ、地域特性を始めとしたヒアリング結果も考慮しながら分析結果の検討を進めていく必要があると思われる。

本事業のように、「データ分析を進める→ヒアリングを行う→新しい分析を進める」のサイクルを維持することは、より正確に要介護認定・介護給付費の現状を把握するために重要であると思われることから、国・自治体はこうしたヒアリングも含めた事業の実施を検討するとともに、研究者もヒアリング実施などに参加し、自身の分析結果の解釈に生かしていくことが必要であると思われる。

## ⑨ 今後のデータ分析案

本事業のヒアリング結果を踏まえ、今後さらなる分析が必要だと思われるものを示す。研

研究者は、以下の研究に必要なデータの種類・様式等を明らかにするとともに、それを国・自治体と共有し、国・自治体は研究者が分析するために必要な資金・データの提供を検討することが望まれる。

- 重度化防止が介護給付費に与える影響（要支援で給付費を使っているほうが総給付費は安い、地域支援事業交付金の状況と介護給付費の関係など）
- ケアプラン点検が介護給付費に与える影響
- 新規要介護認定が軽度の場合と重度の場合の介護給付費に与える影響
- 都道府県・市町村によるデータ活用が介護給付費に与える影響
- 都道府県・市町村による専門家（内部・外部）活用が介護給付費に与える影響
- 関係者との協議・連携が介護給付費に与える影響

以上

---

<sup>1</sup> みずほ情報総研株式会社、平成 26 年度老人保健健康増進等事業「介護費用の伸びの定量的な分析に関する調査研究事業」、2015 年 3 月

<sup>2</sup> 国立大学法人福島大学、平成 26 年度老人保健健康増進等事業「福島県における要介護認定者増の要因分析による必要な支援のあり方に関する調査研究事業」、2015 年 3 月

<sup>3</sup> 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社、平成 27 年度老人保険健康増進等事業「要介護認定における主治医意見書の実態把握と地域差の要因分析に関する調査研究事業」、2016 年 3 月

<sup>4</sup> 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター、令和 2 年度老人保健健康増進等事業「要介護認定率の評価分析に係る調査研究事業」、2021 年 3 月

<sup>5</sup> 日本福祉大学健康社会研究センター、令和 5 年度老人保健健康増進等事業「要介護認定率の変化に関する調査研究事業」、2024 年 3 月

<sup>6</sup> 内閣府政策統括官（経済財政分析担当）、「政策課題分析シリーズ 15 要介護（要支援）認定率の地域差要因に関する分析」、2019 年 4 月

<sup>7</sup> 近藤克則：通いの場の介護予防効果のメカニズムに関する文献レビュー。PDCA サイクルに沿った介護予防の取組推進のための通いの場等の効果検証と評価の枠組み構築に関する研究（研究代表者：藤原佳典）（[https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/download\\_pdf/2022/202216003A.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/download_pdf/2022/202216003A.pdf), 2023. 10, 20）（2023）。

<sup>8</sup> 伊藤大介, 齊藤雅茂, 宮國康弘, 近藤克則. 91 市区町における地域組織参加率と要支援・介護認定率の関連—地域組織の種類・都市度別の分析: JAGES プロジェクト—. 厚生労働省の指標 66(8),1-8,2019.

- 
- <sup>9</sup> Ide K, Jeong S, Tsuji T, Watanabe R, Miyaguni Y, Nakamura H, Kimura M, Kondo K. Suggesting Indicators of Age-Friendly City: Social Participation and Happiness, an Ecological Study from the JAGES. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Apr 22;19(9):5096.
- <sup>10</sup> Fujihara S, Tsuji T, Miyaguni Y, Aida J, Saito M, Koyama S, Kondo K. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5), 828, 2019
- <sup>11</sup> Noguchi T, Kondo K, Saito M, Nakagawa-Senda H, Suzuki S. Community social capital and the onset of functional disability among older adults in Japan: a multilevel longitudinal study using Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES) data. *BMJ Open*. 2019 Oct 8;9(10):e029279.
- <sup>12</sup> Tsuji T, Kanamori S, Miyaguni Y, Kondo K. Community-Level Sports Group Participation and Health Behaviors Among Older Non-Participants in a Sports Group: A Multilevel Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(2): 531, 2021.
- <sup>13</sup> Atsushi Nakagomi, Taishi Tsuji, Masamichi Hanazato, Yoshio Kobayashi, Katsunori Kondo. Association between community-level social participation and self-reported hypertension in older Japanese: A JAGES multilevel cross-sectional study. *Am J Hypertens*. 2019.
- <sup>14</sup> Seungwon Jeong, Yusuke Inoue, Katsunori Kondo, Kazushige Ide, Yasuhiro Miyaguni, Eisaku Okada, Tokunori Takeda, Toshiyuki Ojima. Correlations between Forgetfulness and Social Participation: Community Diagnosing Indicators. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 16(13): 2426, 1-11, 2019.
- <sup>15</sup> Yamamoto T, Mochida Y, Irie K, Altanbagana NU, Fuchida S, Aida J, Takeuchi K, Fujita M, and Kondo K. Regional Inequalities in Oral Frailty and Social Capital. *JDR Clinical and Translational Research*, First published online April 23, 2024
- <sup>16</sup> Takeuchi, H.; Ide, K.; Watanabe, R.; Miyaguni, Y.; Kondo, K. Association between Increasing Social Capital and Decreasing Prevalence of Smoking at the Municipality Level: Repeated Cross-Sectional Study from the JAGES. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022
- <sup>17</sup> Watanabe R, Kondo K, Saito T, Tsuji T, Hayashi T, Ikeda T, Takeda T. Change in Municipality-Level Health-Related Social Capital and Depressive Symptoms: Ecological and 5-Year Repeated Cross-Sectional Study from the JAGES. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(11):2038.
- <sup>18</sup> 伊藤大介, 斎藤民, 村田千代栄, 近藤克則: 公的な相談窓口への相談意向と地域のソーシャル・キャピタルの関連; マルチレベル横断研究(JAGES). *老年社会科学*, 45(4): 327-337(2024).

- 
- <sup>19</sup> Tsuji T, Okada E, Saito M, Kanamori S, Miyaguni Y, Hanazato M, Kondo K, Ojima T. Community-level group sports participation and all-cause, cardiovascular disease, and cancer mortality: a 7-year longitudinal study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 21: 44, 2024.
- <sup>20</sup> Haseda M, Takagi D, Kondo K, Kondo N. Effectiveness of community organizing interventions on social activities among older residents in Japan: A JAGES quasi-experimental study. *Soc Sci Med* 2019; 240: 112527.
- <sup>21</sup> Haseda M, Takagi D, Stickley A, Kondo K, & Kondo N. (2022). Effectiveness of a community organizing intervention on mortality and its equity among older residents in Japan: A JAGES quasi-experimental study. *Health & place*, 74, 102764.
- <sup>22</sup> Noguchi T, Murata C, Hayashi T, Watanabe R, Saito M, Kojima M, Kondo K, Saito T. Association between community-level social capital and frailty onset among older adults: A multilevel longitudinal study from the Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES). *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2021.
- <sup>23</sup> Motoki Tamura, Shinji Hattori, Taishi Tsuji, Katsunori Kondo, Masamichi Hanazato, Kanami Tsuno and Hiroyuki Sakamaki. Community-Level Participation in Volunteer Groups and Individual Depressive Symptoms in Japanese Older People: A Three-Year Longitudinal Multilevel Analysis Using JAGES Data. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18(14), 7502
- <sup>24</sup> Miwa Yamaguchi, Yosuke Inoue, Tomohiro Shinozaki, Masashige Saito, Daisuke Takagi, Katsunori Kondo, Naoki Kondo. Community Social Capital and Depressive Symptoms Among Older People in Japan: A Multilevel Longitudinal Study. *J Epidemiol*. 2018. doi: 10.2188/jea.JE20180078.
- <sup>25</sup> Tani Y, Hanazato M, Fujiwara T, Suzuki N, Kondo K. Neighborhood sidewalk environment and incidence of dementia in older Japanese adults: the Japan Gerontological Evaluation Study cohort. *Am J Epidemiol* 2021 Jul 1;190(7):1270-1280.
- <sup>26</sup> Rikuya Hosokawa, Katsunori Kondo, Michiyo Ito, Yasuhiro Miyaguni, Seiko Mizutani, Fumie Goto, Yoshinobu Abe, Yumi Tsuge, Yuko Handa, Toshiyuki Ojima. The Effectiveness of Japan's Community Centers in Facilitating Social Participation and Maintaining the Functional Capacity of Older People. *Res Aging*. 2019 Apr;41(4):315-335.
- <sup>27</sup> 熊澤大輔, 田村元樹, 井手一茂, 中込敦士, 近藤克則. 「健康支援型」道の駅の利用と主観的健康感：3 時点パネルデータを用いた縦断研究. *日本公衆衛生雑誌*
- <sup>28</sup> 林尊弘, 竹田徳則, 加藤清人, 近藤克則. 通いの場参加後の社会参加状況と健康情報・意識に関する変化：JAGES 通いの場参加者調査, 総合リハビリテーション, 47 巻 11 号, pp.1109-1115, 2019

- 
- <sup>29</sup> 辻大士, 高木大資, 近藤尚己, 丸山佳子, 井手一茂, LINGLING, 王鶴群, 近藤克則. 通いの場づくりによる介護予防は地域間の健康格差を是正するか?: 8年間のエコロジカル研究. 日本公衆衛生雑誌 2022; 69(5): 383-393.
- <sup>30</sup> Sato K, Ikeda T, Watanabe R, Kondo N, Kawachi I, Kondo K. Intensity of community-based programs by long-term care insurers and the likelihood of frailty: Multilevel analysis of older Japanese adults. *Soc Sci Med.* 2020;245:112701. doi:10.1016/j.socscimed.2019.112701. Epub 2019 Nov 30.
- <sup>31</sup> 井手一茂, 辻大士, 渡邊良太, 横山芽衣子, 飯塚玄明, 近藤克則. 高齢者における通いの場参加と社会経済階層: JAGES 横断研究. 老年社会科学 43(3): 239-251, 2021.
- <sup>32</sup> 加藤清人, 竹田徳則, 林尊弘, 平井寛, 鄭丞媛, 近藤克則. 介護予防制度改正による二次予防対象者割合の変化: 複数市町データによる検討 - JAGES 横断分析 -. 地域リハビリテーション 15(5) 382-388 2020 年
- <sup>33</sup> 井手一茂, 横山芽衣子, 渡邊良太, 松村貴与美, 齊藤雅茂, 近藤克則. 高齢者における通いの場参加と物忘れ・地域組織参加数: 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査と参加者名簿を用いた縦断研究. 老年社会科学 46(3): 245-255, 2024.
- <sup>34</sup> Ide K, Nakagomi A, Tsuji T, Yamamoto T, Watanabe R, Yokoyama M, Shirai K, Kondo K, Shiba K. Participation in Community Gathering Places and Subsequent Health and Well-being: An Outcome-wide Analysis, *Innovation in Aging*, 2023
- <sup>35</sup> 田近敦子, 井手一茂, 飯塚玄明, 辻大士, 横山芽衣子, 尾島俊之, 近藤克則: 「通いの場」への参加は要支援・要介護リスクの悪化を抑制するか: JAGES2013-2016 縦断研究. 日本公衆衛生雑誌, 第 69 巻第 2 号, 136-145 頁
- <sup>36</sup> 独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所, 令和 2 年度老人保健健康増進等事業「通いの場の効果検証に関する調査研究事業」, 2021 年 3 月
- <sup>37</sup> 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター, 令和 5 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業補助金老人保険健康増進等事業 通いの場におけるフレイル予防の促進へ向けた効果的な手法に関する調査研究報告書, 2024 年 3 月
- <sup>38</sup> Ide K, Tsuji T, Kanamori S, Jeong S, Nagamine Y, Kondo K. Social Participation and Functional Decline: A Comparative Study of Rural and Urban Older People, Using Japan Gerontological Evaluation Study Longitudinal Data. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17(2), 617;
- <sup>39</sup> 小牧靖典, 平塚義宗, 池田登顕, 柳奈津代, 近藤克則. 高齢者の就労状況と QOL の関連性—QALY 試算による経済学的評価も含めて—. 月刊誌「厚生指標」2022; 69(2): 9-17.
- <sup>40</sup> Shiba K, Kondo N, Kondo K, Kawachi I. Retirement and mental health: does social participation mitigate the association? A fixed-effects longitudinal analysis. *BMC Public Health.* 2017 Dec 30;17(1):526

- 
- <sup>41</sup> Amemiya A, Kondo N, Saito J, Saito M, Takagi D, Haseda M, Tani Y, Kondo K. Socioeconomic status and improvement in functional ability among older adults in Japan: a longitudinal study. *BMC Public Health*. 2019 Feb 19;19(1):209.
- <sup>42</sup> Takasugi T, Tsuji T, Nagamine Y, Miyaguni Y, Kondo K. Socio-economic status and dementia onset among older Japanese: A 6-year prospective cohort study from the Japan Gerontological Evaluation Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2019;34:1642-1650
- <sup>43</sup> Haseda M, Kondo N, Ashida T, et al. Community Social Capital, Built Environment, and Income-Based Inequality in Depressive Symptoms Among Older People in Japan: An Ecological Study From the JAGES Project. *J Epidemiol* 2017;advpub
- <sup>44</sup> Sasaki I, Kondo K, Kondo N, Aida J, Ichikawa H, Kusumi T, Sueishi N, Imanaka Y: Are pension types associated with happiness in Japanese older people?: JAGES Cross-sectional study. *PLOS ONE* 2018 May 21; 13(5):e0197423.
- <sup>45</sup> Y Nagamine, N Kondo, K Yokobayashi, A Ota, Y Miyaguni, Y Sasaki, Y Tani, K Kondo. Socioeconomic Disparity in the Prevalence of Objectively Evaluated Diabetes Among Older Japanese Adults: JAGES Cross- Sectional Data in 2010. *J Epidemiol*. 2019 Aug 5;29(8):295-301.
- <sup>46</sup> Saito Masashige, Kondo Katsunori, Kondo Naoki, Abe Aya, Ojima Toshiyuki, Suzuki Kayo, and the JAGES group (2014) Relative deprivation, poverty, and subjective health; JAGES cross- - sectional study. *PLoS ONE*, 9(10): e111169.
- <sup>47</sup> Masashi Sato, Taishi Tsuji, Takayuki Ueno, Ryota Watanabe, Kazushige Ide, Katsunori Kondo. Socioeconomic status and incident depressive symptoms among older adults: A 3 - year longitudinal study from the Japan Gerontological Evaluation Study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2024; e6069.
- <sup>48</sup> Amemiya, Airi, Hiroshi Murayama, Yukako Tani, Katsunori Kondo, and Takeo Fujiwara. "Adverse Childhood Experiences and Higher-Level Functional Limitations among Older Japanese People: Results from the Jages Study" *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* (May 19 2017): glx097-gl97.
- <sup>49</sup> Nishizawa T, Ayako M, Takeo F, Kondo K. Association between childhood socioeconomic status and subjective memory complaints among older adults: results from the Japan Gerontological Evaluation Study 2010. *International Geriatrics*. 2019 Jul 18:1-9.
- <sup>50</sup> Ashida, T., Fujiwara, T., & Kondo, K. (2023). Association Between Adverse Childhood Experiences and Social Integration Among Older People in Japan: Results from the JAGES Study. *Archives of gerontology and geriatrics* , 105099.

- 
- <sup>51</sup> Ashida, T., Fujiwara, T., & Kondo, K. (2022). Childhood socioeconomic status and social integration in later life: Results of the Japan Gerontological Evaluation Study. *SSM-Population Health*, 101090.
- <sup>52</sup> Yamakita M, Kanamori S, Kondo N, Ashida T, Fujiwara T, Tsuji T, and Kondo K. Association between childhood socioeconomic position and sports group participation among Japanese older adults: a cross-sectional study from the JAGES 2010 survey. *Preventive Medicine Reports*. 18: 101065. 2020.
- <sup>53</sup> Tani Y, Fujiwara T, Kondo K. Association between Adverse childhood experiences and dementia in older Japanese adults. *JAMA Netw Open* 2020;3(2):e1920740.
- <sup>54</sup> Saito Masashige, Kondo Naoki, Aida Jun, Saito Junko, Anezaki Hisataka, Ojima Toshiyuki, Kondo Katsunori: Differences in cumulative long-term care costs by community activities and employment: A prospective follow-up study of older Japanese adults. *Int J Environ Res Public Health*, 18(10): 5414
- <sup>55</sup> Hirai H, Saito M, Kondo N, Kondo K, Ojima T. Physical Activity and Cumulative Long-Term Care Cost among Older Japanese Adults: A Prospective Study in JAGES. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(9):5004.
- <sup>56</sup> 清水 昌人, 高齢者の家族類型と介護保険サービスの地域差, 人口問題研究 79 (1), 21-36, 2023-03
- <sup>57</sup> 岡田 理沙, 後藤 悦, 慎 重虎, 佐々木 典子, 今中 雄一, 市区町村別にみた介護保険サービス利用の地域差と関連因子の検討, 日本医療・病院管理学会誌 60 (2), 44-52, 2023-04-30
- <sup>58</sup> Yu-Ru Chen, Masamichi Hanazato, Masashige Saito, Chie Koga, Yoko Matsuoka, Hiroaki Yoshida, Katsunori Kondo, Does the neighborhood built and social environment reduce long-term care costs for Japanese older people? The JAGES2010-2019 cohort study, *Health & Place*, Vol.86, No.103223 (2024)
- <sup>59</sup> S. Kiuchi, K. Takeuchi, M. Saito, T. Kusama, N. Nakazawa, K. Fujita, K. Kondo, J. Aida, K. Osaka Differences in cumulative long-term care costs by dental visit pattern among Japanese older adults: the JAGES cohort study *The Journal of Gerontology: Series A*
- <sup>60</sup> 松岡 佑和, 地域間介護給付水準の収束仮説の検証, 医療経済研究 27 (2), 100-116, 2016-03-31
- <sup>61</sup> 松岡 佑和, 地域密着型介護サービスが介護給付水準の地域差に与える影響及びその構造, 会計検査研究 52 (0), 45-69, 2015-09-18
- <sup>62</sup> 日本福祉大学健康社会研究センター, 令和4年度老人保健健康増進等事業 保険者機能強化に向けたアウトカム分析のための調査研究, 2023年3月
- <sup>63</sup> JAGES 機構、令和3年度老人保健事業推進等補助金老人保健健康増進等事業 データを活用した PDCA サイクルに沿った介護予防の取組に関する調査研究事業、2022年3月

---

<sup>64</sup> 厚生労働省, 「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会(第1回)資料3, 2025年1月9日

<sup>65</sup> WHO Housing and health guidelines. Geneva: World Health Organizations; 2018.

<sup>66</sup> 大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会報告書 参考資料(1), <https://www.pref.osaka.lg.jp/o090090/kaigoshien/keikaku/bukai.html>, 2025年3月29日  
アクセス

<sup>67</sup> 渡邊良太, 齊藤雅茂, 井手一茂, 近藤克則. 地域在住高齢者のその後の累積介護費は直線的に増加するのカーブレイク, 要支援・要介護リスク評価尺度を用いたJAGES9年間の追跡調査より-. 厚生指標 71 (4), 9-18, 2024.

<sup>68</sup> Yamamoto T, Fuchida S, Aida J, Kondo K, Hirata Y: Adult oral health programs in Japanese municipalities: factors associated with self-rated effectiveness. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine* 2015, **237(4)**: 259-266.

<sup>69</sup> 渡邊良太, 竹田徳則, 林尊弘, 金森悟, 辻大士, 近藤克則: フレイルから改善した地域在住高齢者の特徴-JAGES 縦断研究: 総合リハ, 46(9), 853-862, 2018.

<sup>70</sup> Ueno T, Saito J, Murayama H, Saito M, Haseda M, Kondo K, Kondo N. Social participation and functional disability trajectories in the last three years of life: The Japan Gerontological Evaluation Study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2024 Jun;121:105361.

<sup>71</sup> 渡邊良太, 齊藤雅茂, 井手一茂, 近藤克則. 地域在住高齢者のその後の累積介護費は直線的に増加するのカーブレイク, 要支援・要介護リスク評価尺度を用いたJAGES9年間の追跡調査より-. 厚生指標 71 (4), 9-18, 2024.

<sup>72</sup> 厚生労働省老健局老人保健課, 介護予防・日常生活支援総合事業等(地域支援事業)の実施状況(令和4年度実施分)に関する調査結果(概要), [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576\\_00011.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576_00011.html) 2025年2月28日アクセス



# 資 料

## ヒアリング調査結果概要：都道府県

## ヒアリング調査結果概要：大分県



## 介護給付費・要介護認定への方針・考え方

- ・ 介護給付の動向を示すデータを活用することが重要。
- ・ 介護給付費の適正化には介護予防とケアプラン点検が重要。
- ・ 県の役割は市町村間の格差是正に向けたサポート。

## 取組・施策に至った経緯及び現状

- ・ 以前は認定率が全国平均を上回っていたが、H24年に地域包括ケアを取り入れ、H27から全国平均を下回る様に。
- ・ 10年前に調査したところ、新規認定者の多くが要支援者で、原因疾患が廃用症候群であるにもかかわらず、改善率が低かった。
- ・ 有料やサ高住の整備率が全国のなかでも高い。

## 介護給付費・要介護認定に関する取組・施策

- ・ 県職員が年1回（8月）各市町村を訪問して意見交換。
- ・ 県内を6つの圏域に分け、圏域内市町村間の意見交換会を設定。
- ・ 見える化システムを使った分析のきっかけづくりもしている。
- ・ 地域における自立支援サイクルの構築として、1) ケア会議を立ち上げる、2) 自立支援型のアプローチを行う（事業者の自立支援を目指す）、3) それによって改善した方が地域で活動する場を整備する、の3本柱を実施。
- ・ 定期的に市町村を訪問し、業務の相談に乗るなかで、県が提供する事業などを紹介。
- ・ 全市町村の通いの場実施団体の交流会の実施、継続実施の団体や高齢での参加者を表彰（新型コロナウイルス感染症流行下まで交流会だったが、現在は表彰のみ）。

## データが示す現状

- ・ 全体の認定率は全国平均より低いが、要介護1、4、5で全国平均より高い。
- ・ サービス別の受給者1人あたり給付月額、在宅サービスで全国平均を上回っているのに対し、居住系サービス、施設サービスは全国平均を下回っている。
- ・ 在宅の給付が高いのは、住み慣れたところで住みやすく、という地域包括ケアの考え方が浸透してきた結果かもしれない。
- ・ 子どもが同居していないとサービスを使いながら一人で住んでいる傾向はあると思われる。
- ・ 介護サービスが充実している地域は認定率が高めの印象である。

# ヒアリング結果概要：大阪府



## 要介護認定率・介護給付費の状況

- 軽度の要介護認定率は、全国よりも高い状況が続いており、特に要支援1において全国との差が大きい。
- 重度の要介護認定率は、2016年頃までは全国と同程度であったが、2016年頃から全国を上回り、増加している。
- 2022年の要介護認定率（年齢等調整済み）及び、第1号被保険者一人当たり介護給付費は全国で最も高い。
- 要介護別第1号被保険者一人当たりの給付月額の変遷を見ると、要介護3、4、5において増加幅が大きい。
- サービス種別（在宅・居住系・施設）ごとの第1号被保険者一人当たり介護給付費を見ると、在宅サービスにおいて全国より大幅に高くなっている。

## 介護給付に関する考え方

- サービスが必要な方には使っていただいた上で、以下の取組などにより高齢者の自立を支援し、ひいては介護給付費の適正化に繋げていく。
- 短期集中通所型サービスなど要支援者などへの介護予防、通いの場への参加促進などにより、支援される側から支援する側に回る循環を作ることで自立を支援
- 自立支援につながる過不足のないサービス利用のための給付適正化の取組を促進
- 都道府県の役割は市町村支援

## 府の取組

- 自立支援、介護予防・重度化防止
  - リハビリ専門職等5団体と連携し、自治体が希望する時に、専門職派遣を依頼できる仕組みを構築
  - ロードマップ作成支援（重点支援市町）、年度末に全市町村を対象に取組などを共有する研修会を開催
  - 窓口対応強化研修・介護予防ケアマネジメント研修・通所C利用促進研修を開催
- 大阪ええまちプロジェクト及び生活支援体制整備推進支援事業
  - プロボノ派遣などによる地域活動を行う団体支援
  - 地域づくりに関する研修（市職員、生活支援コーディネーター対象）
  - 関係者間のネットワーク構築を目指した交流会（年1回、100～200人参加）
  - 地域団体を立ち上げるためのアカデミーの実施（入門編と実践編）
- 介護給付適正化
  - ケアプラン点検などに関する市町村への研修など

# ヒアリング結果概要：茨城県



## 介護給付費・要介護認定への方針・考え方

- 認定率は水戸市を除けば全市町村全国平均を下回っており、これを維持したい。
- 要支援の方が要介護に陥らないようにする（自立支援）ことが重要である。

## 介護給付費・要介護認定に関する取組・施策

- 全市町村向けに、専門家を講師に自立支援などの視点に関する研修会を実施した。
- 総合事業の予算額を抑制するために市町村へのサービス・活動Cに関する支援を重点的に行っている。
- 認定の一次判定に影響が出やすいと言われている5項目についてデータを確認し、偏りのある市町村をチェックしている。
- H17年度からシルバーリハビリ指導士養成を行い、住民に指導士になってもらうことで住民が住民を支援する体制を構築している。
- サービス・活動Cの行政担当者の意見交換会を年1回行っている。意見交換会にはリハ専門職も参加してもらっている。
- 県事業委託先の茨城県福祉サービス振興会や県社協には、県の方針を伝えている。
- 県が委託を行っている3団体と介護保険事業支援計画策定時に意見交換を行なう場がある。
- 主に生活支援体制整備事業について県社協と県職員が定期的に市町村を訪問してヒアリング調査を実施し、市町村の状況把握を行っている。
- 県の各担当が市町村の取組状況把握のため、年に1回1～2ページ程度の調査を市町村に対して行っている。

## 取組・施策に至った経緯及び現状

- 市町村はいまある事業を行うので手一杯で、自立支援の視点での事業の見直しにまで手が回っていない。
- 地域支援事業交付金の総合事業の上限額を超えている自治体が3分の1程度あった。
- シルバーリハビリ体操などフレイル予防の取組は盛んだが、フレイル状態の高齢者への介護予防の取組については見直しが必要。

## データが示す現状

- 認定率は全国平均と比べて低く、経年変化も全国平均と同じような動きをしているが、若干茨城県の方が上昇傾向にあり、差が縮んできている。
- 居住系サービスの利用率が全国平均より低いのにに対し、一人当たりの居住系サービスの給付月額では、要介護1から5まで全国平均より多めである。
- 逆に、施設系のサービスは利用率が全国よりも高いが、一人当たり月額では全国平均より低め（特に要介護3、4、5で）である。
- 家族が近住している家庭が多く、家族介護で基本対応していて、難しくなったら認定を受けるといった傾向がある。
- 認定の判定が緩い可能性があり、認定を受けやすくて利用率が高い可能性がある。
- 一次判定に偏りがある市町村で認定にも偏りがある傾向が見られる。

# ヒアリング調査結果概要：青森県

## 介護給付費・要介護認定への方針・考え方

- ・ 高齢者数が増えており、介護給付費が増えるのは自然なこと。
- ・ 介護給付費が増えすぎないように、適正な支出が重要であり、「抑制する」という考え方ではない。
- ・ 国の方針に沿って事業を実施し、市町村を側面支援する。

## 介護給付費・要介護認定に関する取組・施策

- ・ ケアプランの点検を重視しており、全市町村にケアプランの点検を行う必要があると強調。
- ・ 介護給付費が適正に支払われるよう、また誰が認定をしても同じ結果になるよう、ケアマネージャーの研修を実施。
- ・ 施設で高齢者の機能が落ちない取組ができるよう、施設所属のケアマネージャー対象の研修も実施。
- ・ 市町村を対象とした介護給付費適正化に関する研修を年3回実施。
- ・ ケアプラン点検に関する市町村へのアドバイザー派遣事業を実施（希望市町村に対して）。
- ・ 医療情報との突合・縦覧の事業を国保連に委託して実施、国保連から各市町村に結果をフィードバック。
- ・ 市町村の介護給付適正化の実施調査を実施。
- ・ 国が示す給付適正化主要3事業を実施。

## 取組・施策に至った経緯及び現状

- ・ 高齢者の人口が増えており、また今後も85歳以上の人口が増えるという予測であり、認定率が上昇するのは自然なことである。
- ・ 介護予防に関する直接的な市町村支援は行っていない（研修会・情報交換会・伴走支援などは実施）。
- ・ 要支援では認定を受けない、病院にも行きたがらない県民性がある。このため、重くなってから認定を受ける傾向がある。

## データが示す現状

- ・ 要支援1、2の認定率は全国平均より低い、要介護2、5が全国平均より高い値となっている。要介護3は2014～17年までは全国平均より高かったが、2020年から全国平均とほぼ同じ値となっている。
- ・ 介護サービス利用率は全国平均より高いものの、21年あたりから微減傾向になり、全国平均との差は縮まっている。在宅利用率の低下が全体の利用率を全国平均に近づけているか。
- ・ 一人当たりの給付月額、要介護2、4、5で全国平均より高い。
- ・ 要介護4、5の在宅サービスと要支援1以外の居住系サービスで全国平均より高い。

# ヒアリング調査結果概要：市町村

## ヒアリング調査結果概要：大分県九重町



### 介護給付費・要介護認定への方針・考え方

- ・ 軽度者への対応を強化し、重度化防止に力を入れている。
- ・ 介護度が高い方の介護給付費が上がってきているのでその対策も必要。
- ・ 今後後期高齢者が増えていくことから、介護予防と重度化防止に力を入れる。

### 取組・施策に至った経緯及び現状

- ・ 介護給付費の受給率が県で高い方である。
- ・ 地域活動が活発であり、地域のスポーツ団などの活動も盛んである。
- ・ 毎年2回、町の広報誌でデータ分析の結果を報告することを決めており、これが職員がデータ分析を行う動機づけになっている。
- ・ 町の人口の割には施設が充実しておりベッド数も多い。自由に入出入りできるので、冬場は利用が増える。
- ・ ケアプラン点検の支援は県が行っているが、ケアマネージャーの入れ替わりがあまりないので、町の方針もよく理解してくれている。

### 介護給付費・要介護認定に関する取組・施策

- ・ 通所Cを立ち上げる際は外部の企業が提供する研修に参加してもらっている。
- ・ 地域包括と月1回連絡会を開き、事業の確認、個別事例の共有などを行っている。
- ・ C型は社協に委託して行っており、月1回の連絡会を開き、事業の状況を共有している。
- ・ 社協に委託してサロンのリーダーを育成するための人材育成を行っている（3回シリーズ、毎回10～20名程度の参加。今年度夜間に実施したら新しい層の参加もあった）。
- ・ サロンの立ち上げ支援を行っているが、支援は立ち上げ期のみで運営は自分たちでやることを最初からしっかり伝えている。
- ・ 社協がサロンを定期的に巡回し、サロンとの関係構築を行っている。
- ・ 町のマイクロバスを活用して参加者の移動支援を行っている。

## ヒアリング調査結果概要：大分県竹田市



### 介護給付費・要介護認定への方針・考え方

- ・ 高齢になれば認定リスクがあがるので、高齢化率が高ければ認定率も高くなると考えられるが、現状では通いの場の取組の成果が一定程度あるのではないかと考えており、また通いの場に限らず、社会参加によって重度化は防げると考えている。
- ・ 要介護度別・性別・世帯状況別に、原因疾患やサービス利用状況を把握し、対策を講じていく必要がある。
- ・ 地域住民の状況を把握するルートをどれだけ持っているかが重要である。また、連携のための会議が重要であると考えている。
- ・ 医療・介護・福祉の関係機関で、その機能や専門性が発揮されるよう、地域全体を対象とする公衆衛生を担い、予防的アプローチを行う専門職として、保健師がコーディネーションを行うことが重要だと考える。

### 取組・施策に至った経緯及び現状

- ・ 認定認定員にお願いして認定を受けている方のデータを集め、分析したところ、性別・年齢層・世帯構成によって介護に至る疾患の種類や認定結果区分に特徴があることがわかった。
- ・ 山間部特有の課題があった。（都会や海辺ではコミュニティが近く、日常的な社会参加が可能だが、山間部では、免許返納後の生活上の困りや、外出機会の減少によるフレイル、うつ・認知症のリスクがあり、あえて通いの場などをつくる必要があると認識しており、地域状況を踏まえながら対策を考える必要があるため、地域介入は不可欠であると考えている。）

### 介護給付費・要介護認定に関する取組・施策

#### 【横断的な取組の推進体制】

- ・ データ分析によって把握された傾向を踏まえ、生活習慣病予防＋フレイル予防・転倒・骨折予防という成人期から老年期への切れ目のない視点で継続的に取り組んでいる。
- ・ 関係各所と担当者レベルまで集まる連絡会議を複数種類、定期的（各々月に1回以上）に開催している。こうした会議は、関係機関の情報共有を進め、共有された情報を施策に繋げたり、各事業が連動して実施されるためにも重要であると考えている。
- ・ それぞれの目的を明確に、データ分析を交えての現状把握や情報交換を密にしながら事業の推進をしている。

## ヒアリング調査結果概要：大分県竹田市（つづき）



### 【保健師間の連携体制】

- ・ 保健師は住民と接する機会が多く、地域課題だけでなく地域の人的資源も把握しているので、その果たす役割は大きい。要介護度だけでなく、疾患の影響など一体的実施の観点からも介護予防対策が行われている。
- ・ 各部署に保健師を分散配置し、定期的に会議を行うことで情報の共有を行なっている。保健師間で月1回の保健・福祉・介護連携会議や毎年当初予算前の時期に4日間にわたって行われる事業評価会議、包括や医療機関所属の保健師を含めた地域保健師研究会を月1回開催するなどすることで評価・研究結果を踏まえた事業推進に繋がっている。

### 【介護予防が必要な高齢者の把握及び支援体制】

- ・ 通いの場参加者に年1回は基本チェックリストによる状況確認を実施し、無関心層への気づきの機会として、巡回健診や薬局でもフレイルチェックや基本チェックリストを実施している。
- ・ 介護予防対象者把握のためのシートを作成し、在宅医療・介護連携推進事業と連動した医療機関との連携を行なっている。
- ・ 通いの場の参加状況（参加者と基本チェックリスト結果）を把握するシステムを独自に開発して参加者の状況を把握し、基本チェックリストの結果をケアマネージャーと共有したり、現状分析に活用したりしている。このシステムで75歳以上で通いの場への参加も介護サービスの利用もない場合は訪問して実態把握とともに、必要なサービスへ繋ぐよう働きかけている。
- ・ 高齢者相談支援員を社協などに委託しており、相談員1名あたり300名程度の住民を担当、全戸訪問などで高齢者の状況を把握してもらい、毎月報告書を市に提出してもらっている。

### 【データ活用】

- ・ 独自に開発したデータ分析のシステムを活用し、認定の原因疾患のデータを年代・性別・世帯構成などで分析し、取り組むべき施策の検討などに活かしている。一体的実施では、医療費のデータも併せて分析を行っている。
- ・ 通いの場の参加状況、フレイルチェックの結果なども経年で把握し、その成果を関係者に示すとともに継続支援や新規立ち上げなどの通いの場事業の見直しを行なっている。

## ヒアリング調査結果概要：大分県竹田市（つづき）



### 【医介連携】

- ・ 認知症予防支援における連携体制を構築しているが、医療的サービスの利用のみでケアマネがない場合の総合的な支援が今後の課題と感じている。
- ・ 頻りに帰省して親の様子を見るなど、家族の介護・見守りが強い地域においては、それが故に医療サービスのみとなり、介護サービスを受けるのが遅くなり、予防的アプローチが遅れてしまうため、介護予防の観点での医介連携にも力を入れている。

### 【通いの場】

- ・ 閉じこもり、うつ、認知症が多かったため、集まって話をするだけでも予防になると考え、敷居を低くした「おしゃべりサロン」を導入した。立ち上げに際しては、保健師が自治会単位で関わり、愛育班と保健推進員を統合した愛育保健推進員などを創設しながら進めた。そのほか、運動の普及啓発を行うボランティアの養成や、国の補助事業を活用して育成した総合インストラクター協会などの団体を活用しながら運動中心の通いの場を展開している。
- ・ 運動中心の通いの場の取組は、サービスCの受け皿になっており、希望者にはタクシー送迎も行っている。
- ・ 通いの場は選べるのが大事であり、自治体単位で歩ける範囲での開催、近くで参加したくないという人のための地区毎や全市的な範囲での開催、時間を縛られたくない人のための自由参加の教室の開催など、さまざまな形態での通いの場を整備している。
- ・ 住民主体支え合いの拠点である「暮らしのサポートセンター」を立ち上げ、ボランティア講座を通じてサポートを行う活動会員を、保健師がそれまでの活動のなかで培ってきた人脈を活かしながらリクルートした。
- ・ 住民主体の通いの場では、毎年、登録者の管理や、申請書や報告書の提出が必要なサロンのほかに、登録不要で5名以上集まり運動を継続すれば出席簿の提出のみでよい健康長寿週一活動なども推進しており、内容や運営のしやすさなど、参加者が重視する内容に応じて選べるようメニューを複数揃えている。
- ・ 住民主体の通いの場のリーダーを対象とした研修・意見交換会や研修会を定期的に行なっており、参加による成果のフィードバックを毎年欠かさず行っている。通いの場の団体・個人表彰を県が行っており、それもモチベーションになっている。
- ・ 多種多様な通いの場や社会参加の場があることで、認定後も重度化が防げ、介護給付費の抑制に繋がっていると考えている。
- ・ 今後は、通いの場に限らない就労も含めた社会参加の場や、同じ趣味を持つ仲間づくりなどの取組が必要と考えている。

## ヒアリング調査結果概要：大分県竹田市（つづき）



### 【介護予防の成果】

- 認定を受けても社会参加を続けることで重度化が防げて介護給付費は抑えられていると考えている。事業対象者あるいは要支援の段階で、自立支援型ケアマネジメントを経ることで、予防に対する意識が醸成され、その後の重度化が防げる。
- 介護者がいて生活支援の困りがない高齢者においても、予防の早い段階で社会参加に繋げることが、やはり重要ではないかと考える。
- 医療費との関連分析が必要で、サービス量の少なさや、なるべく迷惑をかけたくないとの地域性、費用負担からのサービス控えが在宅介護費の低さに影響していることが考えられるが、竹田市が調整済み認定率が低いのは、これまでの通いの場や住民主体の支え合いの体制づくりなどの取組が一定の成果に繋がっていると考えている。

## ヒアリング調査結果概要：大分県津久見市



### 介護給付費・要介護認定への方針・考え方

- 一人当たりのサービス単価が県内でも高い方であり、この点も意識しながら介護予防に取り組んでいる。
- 若い頃及び軽度の頃からの対策が重要と考えている。また、地域によっては担い手不足により事業所などが維持できず、その点からも、軽度のうちの対策が重要である。

### 取組・施策に至った経緯及び現状

- 近年認定率の増減はあまりないものの、高齢者人口の減少による率の維持である。8期では給付費が想定よりも低く基金が蓄積できたが、9期になって給付費が上がってきている。
- 新規認定で介護度が高く、県下でも健康寿命が最も短い。
- 民生委員、介護予防推進員、区長などがサロンのリーダーなどを行っており、高齢化から新しい人材の発掘が課題である。
- 離島、半島地域は担い手が少ないために事業所が閉鎖したり、活動が行えなかつたりしている。
- 認定の申請を本当に困るまで出さない傾向がある。また、独居者が多く、独居の場合は自分で気づかず、子どもが帰省して気づき、認定に繋がるケースもある。
- 高血圧からくる脳疾患、認知症で介護度が重くなる傾向があると思われる。
- 在宅サービスで限度額いっぱいまで使うケースが多い。一方で、施設が不足気味であり、このことが原因で、居住系と在宅のサービスを使わざるを得ず、この辺りの利用額が増えるのではないかと。

## ヒアリング調査結果概要：大分県津久見市（つづき）



### 介護給付費・要介護認定に関する取組・施策

- 事業者の協力も得て、通所Cに力を入れて実施している。
- 市職員や地域包括職員が直接現場にも足を運び関わりを持ちながら事業を実施している。
- 生活支援コーディネーターが地域資源の掘り起こしなども行いながら、サロンの参加者を増やしている。
- サロンでフレイルチェックを行っており、参加者の状況に応じてサロンから通所Cに繋げたり、通所Cからサロンに繋げたりなどの連携を行っている。
- 住民主体の体操の立ち上げ支援をしている。リハ専門職を派遣するなどして最初の1ヶ月立ち上げ支援するとともに、グループの状況に応じて3ヶ月後、ないし6ヶ月後にも市職員が訪問して体力チェックをするなどの支援を行っている。
- 介護予防推進員（地区からの推薦により市が委嘱）を地区におき、推進員の研修などで通いの場などを紹介している。
- 自立支援部会を設立（通所、施設、居宅ごと）し、研修会や各地区の事例発表などの情報交換などを行っている。この活動を通じて横の連携ができ、医療機関との連携から通所Cの参加に繋がるケースもある。
- ケアプラン点検は、昨年度までは市が職員を雇用していたが、今年度から業者に委託し点検してもらっている。
- 地域包括による地域の訪問や見守りは人材不足から不足がちであり、民生委員などの協力を得ながら行っている。日頃から、ご近所同士で見守りをするなどと呼びかけている。

## ヒアリング調査結果概要：大阪府堺市



### 介護給付費・要介護認定への方針・考え方

- ケアプランが自立支援に向けて適正につくられているかなども合わせて見ていく必要がある。
- 介護が必要ない状態を保ってもらうことが重要である。

### 取組・施策に至った経緯及び現状

- 介護保険料が大阪市に次いで2番目に高い。
- 要支援1、2の割合が非常に高い。要支援1、2の原因は生活不活発などが多く、その点でも介護予防の支援が重要である。リハビリ専門職とともに回復するための支援に取り組んでいる。
- 自立に向けた支援は全庁的な取り組みが必要である。
- 令和元年度からPFS（成果連動型民間委託契約方式）事業を導入した。ただし、この取組はモデル事業である。
- 介護予防事業に参加していない無関心層をどう支えるかは課題である。

### 介護給付費・要介護認定に関する取組・施策

- 保健センターなど関係機関と協力して介護予防事業を実施している。
- 無関心層へのアプローチとして、企業のノウハウを活用できるPFSを実施している。また、これにより前期高齢者の参加も増えた。
- ケアマネジメント研修会などを通して、要支援1、2の方を自立に戻す計画が作成されるよう支援している。
- 事業者にも自立支援が市の方針であることは伝えている。
- PFSで実施された事業は、事業終了後も活動が続くような仕掛けづくりをしており、実際に継続されている活動もある。
- 区役所と定期的に担当レベルの連絡会議を実施している。地域包括とも定期的な連絡会議や年1回のヒアリング調査を行っている。

## ヒアリング調査結果概要：大阪府豊中市



### 介護給付費・要介護認定への方針・考え方

- ・ 市民に使っていただくために必要な介護の供給量を確保することを目指してきた。
- ・ 介護サービスを浸透（社会化）させる必要があると考え、まずは介護制度を知っていただくために出前講座などで周知を推進してきた。
- ・ 給付費の適正化に関して、「保険料が上がってきている」と呼びかけ、介護予防や自立の理解を求めようとする方が有効ではないかと考えている。

### 取組・施策に至った経緯及び現状

- ・ 保険料が大阪府で9番目に高く、介護サービスも浸透してきたと感じており、適正化に向けた活動をしていければと思っている。
- ・ 病院からの認定依頼が多いことで、医療の世界にも介護が広がってきている。
- ・ 北摂地域内で比べると豊中市は認定率が高く、介護給付費などの面からサービスを継続できるかという議論になっている。
- ・ 10万人あたりの一般診療所数が大阪で3番目に多く、供給が充実している。またサービスごとの給付額を見ると訪問看護が多い。

### 介護給付費・要介護認定に関する取組・施策

- ・ 新規認定が病院・クリニックからが多く、今後は保険料や認定の方針なども含めた研修を、病院の看護師や医師へ行っていく。
- ・ 総合事業を知っている医療従事者は少ないので、介護認定がなくても使えるサービスの紹介などを行い、医療と介護を繋いでいくのが重要だと考えている。
- ・ 介護予防と総合事業の重要性を周知し、実施していけば給付費の抑制に繋がるのではないかと考えている。
- ・ サービスCは要支援1、2の方が対象である。来年度からは、一般高齢者も利用できるようにする予定である。フレイル健診（後期高齢者医療健診）の結果を活用してフレイル傾向のある方を事業に誘導し、取り組むことで自立の維持に繋げたい。
- ・ 通いの場実施グループへのフォローアップ事業として、専門職が赴いて体力測定、口腔や栄養の講話などを行っている。
- ・ 体力測定のフィードバックについて、他者と比べていい・悪いという視点ではなく、過去の自分と比べてどうか、という視点で指導をするようにマニュアルを作成して専門職にお願いしている。

## ヒアリング調査結果概要：大阪府東大阪市



### 介護給付費・要介護認定への方針・考え方

- ・ データを見ながら事業を組み立てているが、大阪府のなかでも、介護給付費と認定率ともに高い、というのが現状であると認識している。一般介護予防事業を促進することで、市民の健康寿命の延伸を通じ、介護給付費や認定率を下げていけるのではと考えている。
- ・ 要介護認定については、必要な人はもとより、すぐにサービス利用の予定がない人であっても、本人の希望に応じて申請を受け付けている。サービス利用のない要介護認定者も一定数いる。
- ・ 一般介護予防事業などを担当しているのが福祉部なので、給付費だけでなくウェルビーイングを念頭に置いている。
- ・ 給付費の削減には、介護保険法の理念に基づく自立支援・重度化防止の観点が必要であり、その点について市民の理解を深めることが重要だと考えている。

### 取組・施策に至った経緯及び現状

- ・ 独居高齢者が多く、介護サービスを必要とする人も多い。
- ・ 総合事業を含む介護予防による介護給付費の適正化を目指しているものの、特に総合事業はその複雑さから市民への理解を深めることに難しさを感じており、その推進の難しさを感じている。
- ・ 総合事業のサービスを希望される方が多くても、受け皿（総合事業を提供する事業者）の充実が追いついていない。サービスA、B、Cすべて実施しているが、それぞれの事業所数がそれほど多くない。形はつくったがそれをどう発展させていくのが課題である。
- ・ 一方、一般介護予防事業は、成果連動型民間委託契約方式（PFS: Pay For Success）を取り入れて拡充しており、一般介護予防事業も一体的実施も、一定の予算規模を確保して事業が実施できている。
- ・ 自立支援・重度化防止の観点から、ケアマネ研修や、ケアプランチェックを負担のない形で実施し、複数の目が入ることが大切だと感じている。

## ヒアリング調査結果概要：大阪府東大阪市（つづき）



### 介護給付費・要介護認定に関する取組・施策

- 市が直接委託して行っていた既存の体操教室など教室系の委託費を、PFS事業の委託費に置き変えた。それとは別に、地域包括に委託している、全市的にやっている介護予防教室はこれまで通りの方法で行っている。
- 令和5年度から一体的実施を本格的に開始し、ポピュレーションアプローチ（フレイル予防のアプローチ）として、フレイルチェック健康測定会や、通いの場への専門職派遣などを行っている。
- 年間100団体（中学校区25区×4団体）の通いの場に対し、オーラル、栄養、運動の3つの切り口で、それぞれ歯科医師、管理栄養士、理学療法士を派遣し、予防講話を実施している。
- フレイルチェック健康測定会を実施している。
  - フレイルチェック健康測定会を市内10箇所の商業施設で実施している。広報誌での参加以外に、商業施設で行うことで買い物ついでに参加した人もおり、普段なかなか行政の活動に参加しないような人にも参加してもらうことができた。
  - 測定の結果、想定以上に認知機能が落ちている人が多い地域があるなど、市関係者がその地域を知るきっかけにもなった。
- 地域包括に配置された生活支援コーディネーター（SC）が、地域の通いの場を訪問している。
- 市が関与している通所サービスBなど以外に、875か所の活動があり、SCがどんな活動をしているか把握している。年1回厚生労働省の調査の時期に調査依頼をし、地域包括が地道に把握していつている。今後は、このような広義の通いの場へ新しい参加者を紹介できる関係づくりと、資源としてもデータベース化をしていく必要があると考えている。

## ヒアリング調査結果概要：茨城県八千代町



### 介護給付費・要介護認定への方針・考え方

- 予防が重要であるが、予防への意識も含め行動変容には長期間必要なため、10～20年のスパンで対策を考える必要がある。
- 高齢期になってからではなく、幼少期なども含めたライフサイクルの各段階から健康意識を高める必要がある。
- 疾患が原因で要介護になるケースも多く、糖尿病、高血圧など、要介護に至る疾患の予防も重要である。

### 取組・施策に至った経緯及び現状

- 20年前には3歳児の虫歯罹患率が6～7割程度であったのが、その後乳幼児の虫歯予防の取り組みを続けることで現在では2割程度に下がってきている。一方で、住民への予防意識を周知するための活動を続けているが意識がすぐ変わるわけではなく、長期的な視点が必要である。このため、高齢者になってからではなく、幼少期、壮年期からの対策が必要である。
- 農業従事者や自営業者が多く、会社員に比べて健康診断を受ける頻度も少ないことから、健康意識の促進が難しい面がある。
- 地域の特性を生かした健康教育が必要であると感じている。

### 介護給付費・要介護認定に関する取組・施策

- 保健師が町の保健行政に積極的に関わっている。また、8人の保健師間で月に1回定期的に打ち合わせを行い、「予防が重要」など施策の方針における意思統一を図るとともに、事例の共有などを行なっている。
- 県の研修を活用し、統括保健師と若い保健師が関連データを見ながら町の現状を把握し、現状に即した活動を考える体制がつけられている。
- 県の研修機会なども活用しながら他市町村の保健師とのネットワークも構築し、状況が似た市町村の事例共有などができる体制をとっている。
- 糖尿病の健康教育を子どもの健康教育としておやつの話から入り、大人の食生活などの話に繋げるなど、住民が受け入れやすいテーマから入って、その後に本題に入るなどの工夫を行なっている。
- 今後は、医療機関やケアマネージャー、民生委員などの協力を得ながら、独居者の個別訪問による現状把握などを進める予定。

## ヒアリング調査結果概要：青森県六戸町



### 介護給付費・要介護認定への方針・考え方

- ・ 認定率は下がってきているが、介護給付費は高い。認定率も介護給付費も抑えられるのであれば抑えたい。
- ・ 認定率が下がってはきているが人口動態の関係もあり、数は変わっていない。数を減らすことが重要であると考えている。
- ・ 要介護認定を減らす方策としては介護予防に力を入れている。

### 取組・施策に至った経緯及び現状

- ・ 温泉施設で活動を行い、温泉に入った後に体操や食事などをする事業を始めた際は、認定率も介護給付費も県で最も悪かった。
- ・ 六戸町は裕福ではなく、お金がないなかでどうするかは、町、ケアマネージャーなど関係者で統一している意識である。
- ・ 最初の認定は要介護3が多い。末期がんなど、通院がきっかけで要介護に至るケースも多い。また、認知症で最初に認定を受ける人も多い。
- ・ 予防事業でできるだけ認定を引き延ばしたいという方針があり、本来は要支援でも認定を行っていないケースもある。家族やご本人にも自立した生活がいいでしょう、と呼びかけ、納得してもらった上で行なっている。認定を受けなくても総合事業に参加できるようにしている。

### 介護給付費・要介護認定に関する取組・施策

- ・ 認定申請は町で受け付けているが、介護サービスを受ける予定がない方からの申請は受け付けない。以前は事業所での代理申請も認めていたが、顧客掘り起こしと見受けられる申請が多かったのでやめた。
- ・ 老人福祉センターで週2回、無料入浴サービスを実施している。一人では入浴が怖いというニーズに応えるための事業である。
- ・ 居宅のケアマネージャーへの研修を年に2～3回実施し、連絡会議とケアマネージャー会議を合わせて年4～5回実施している。
- ・ ケアプランチェックはシステムを使ってすべてのプランをチェックしている。
- ・ 65歳になると全戸訪問を行ない、閉じこもり傾向のある方を記録している。その記録を地域と共有し、民生委員など地域の方が定期的に見守りをしている。民生委員の下に見守りサポーター（社協が委嘱）をおき、見守りのサポートをしている。
- ・ 社協、地域包括、民生委員、見守りサポーターが集まって情報交換する場を設けている。地区によって年1回か半年に1回。

## ヒアリング調査結果概要：青森県南部町



### 介護給付費・要介護認定への方針・考え方

- ・ 予防に力を入れることで介護給付費の削減に繋がりたい。
- ・ 認定を勧めるというよりも、個人個人で困っている点を把握し、本人の生活や家族が支えるのが難しい点を支援するという視点が重要。

### 取組・施策に至った経緯及び現状

- ・ 新規認定は80歳を超えて要介護2あたりで受ける人が多い傾向がある。
- ・ 人に迷惑がかかるようなことを隠したいと考える人が多く、この心理が重度化に繋がっている。
- ・ 断熱などが十分でない住居も多く、冬になると体調を崩す人も多く、住環境が影響している部分もありそう。
- ・ 最近は独居者が増えており、本来は支援が必要だが認定申請に至らないケースが増えてきた可能性は否定できない。
- ・ 老人ホームやグループホームの定員がいっぱいになっており、そういった人をどう支えるかが課題である。
- ・ 社会参加の事業に参加する人は様々な活動に積極的に参加する人であり、そういった人たちを活用することが重要である。
- ・ 基準値を超えたケアプランはケアマネージャーから町に報告してもらおうようになっているが、この体制が始まってすでに数年が経っており、ケアマネージャーも提出するのが当たり前になっている。
- ・ 一次判定では要介護1であったが、二次判定で要支援になるような傾向はあるかもしれない。
- ・ 高齢でもボランティアができる人もいれば、通いの場に通っていても要介護になる人もいる。年齢以外に要介護になる要因を知りたい。
- ・ 一人暮らしの場合、遠方にいる家族が見守りのために介護保険を使いたいという家族が多い。
- ・ デイサービスでお風呂に入ったという友達の話を聞いて、私も認定を受けたいと認定を受ける必要のない方から相談を受けることもある。

## ヒアリング調査結果概要：青森県南部町（つづき）

### 取組・施策に至った経緯及び現状（つづき）

- 後期高齢者が多いと、悪くなる時に一気に状態が悪化する。1ヶ月前までは自分で色々なことができていたが、急にできなくなる人が多い印象である。
- 自分の家に住み続けたいという人が多い。施設に入ると費用がかかることから敬遠する人もいる。生活保護を受けることを前提に施設に入る人が増えている感覚もある。
- 施設の待機者は多い。ニーズはあるが施設が足りていない。

### 介護給付費・要介護認定に関する取組・施策

- 通いの場や社会参加を促進するためのポイント事業を行っている。
- 県の事業でeスポーツを行うための機器の貸し出しなどがあり、それがきっかけで通いの場でeスポーツを実施しているところもある。
- ショートステイの日数など基準値を超えた場合ケアマネージャーから町に報告するようにしている。また、国保連から毎月送られてくる給付実績も確認し、報告の漏れがないか確認している。
- ケアマネージャーはほぼ毎日町の窓口に来るのでコミュニケーションがしっかり取れている。
- 3年に1度は各事業所を回り、運営指導を行なっている。
- トリトンモニター(介護給付適正化事業総合支援システム)を導入し、給付の適正化、偏りのあるサービスがあるかなどケアプラン点検を実施している。
- 「適切なケアマネジメントプラン」という資料が県から送られてきており、またケアプラン点検のアドバイザーを派遣してくれた。
- ケアマネージャーの資質向上研修への講師派遣も県がしてくれた。
- 地域包括支援センターが居宅介護支援センターでケア会議を年4回実施しており、実際のケースをもとにした情報共有、議論を行なっている。
- エンディングノート作成や人生会議など、終活支援を行なっている。