

▼調査の背景や目的について

Q：参加するメリットを教えてください

A：高齢者のニーズに加え地域の社会資源を明らかにし、ヘルスプロモーションや介護予防をはじめとする「まちづくり施策」にお役立ていただくことができます。

厚生労働省が推進していたニーズ調査では、高齢者の健康状態や、二次予防事業で力を入れるべき項目・内容がわかります。

しかし、厚生労働省が全高齢者人口の5%を二次予防事業施策参加率の目標としていたにもかかわらず、平成20年度の参加率は0.5%でした

(www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dl/yobou_20100906a.pdf)。

今後、効果的な介護予防推進のためには、まちづくりによる一次予防施策に力を入れる必要があると介護予防マニュアル（2012年3月改訂）でも指摘されています。

JAGES調査にご参加いただき、地域の社会資源を明らかにすることで、「まちづくり」施策を通じた一次予防事業を通じて、高齢者全体・まち全体を健康にする、効果的な介護予防・健康増進施策へのヒントが得られます。さらに、JAGES調査では地域診断システムを用いて地域のニーズと「社会資源」を「見える化」することで、自治体間・自治体内の現状把握や比較する「地区診断」とその「内容の共有」が可能となります。

また、2010年、2013年、2016年、2019年調査にご参加いただいた自治体では、2022年調査で引き続き地域診断システムにデータを搭載していただくことで、各種指標の経年比較が可能となり、「介護予防事業の評価・見直し」の基礎資料となります。

Q：調査研究の目的は何ですか？

A：効果的な介護予防施策の検討を行うことを目的として、

- ①保険者・生活圏域別の介護予防ニーズ・リソースの把握、
- ②個人を追跡する縦断調査によって要介護リスク要因を解明、
- ③介護予防事業の評価を行います。

Q：個人を追跡する縦断調査の目的は何ですか？

A：2016年と2019年で同じ対象者にアンケート調査を行い、前後年でどのように変化したかを調査することが目的です。対象者を追跡した要介護認定状況と今回の調査データを結合して分析し、今回の調査でどのような特徴があった高齢者が要介護状態になりやすかったか、なりにくかったかを明らかにします。単年調査ではその時点の状況を把握することしかできません。しかし縦断調査では、例えば虚弱を招く要因を検討することができます。今までの縦断分析による成果は、下記のプレスリリースをご覧ください

▼調査方法について

Q：具体的にはどのようなことをするのですか？

A：第1に、要介護認定を受けていない一般高齢者を対象とする調査を行います。そのデータを分析し、保険者・生活圏域別の介護予防ニーズ・リソースの把握をします。例えば、厚生労働省が介護予防の重点とした6つの要介護リスク要因（運動器・口腔・栄養・閉じこもり・認知症・うつ）を持つ高齢者の保険者・生活圏域別の人数・割合などを把握します。また専門職以外の住民ボランティア等の社会資源の把握も行います。

第2に、個人を追跡する縦断調査によって、どのような人が要介護状態になりやすいのかを分析し、リスク要因を解明します。

第3に、介護予防事業参加者と非参加者を比べたり、他の保険者や生活圏域と比べることで、介護予防事業の効果を評価します。

Q：誰が研究をしているのですか？

A：全国の40以上の大学・国立研究所の研究者で構成されています。（要介護認定を受けていない）一般高齢者を対象とした郵送調査の実施や、その調査データと介護保険統計データを用いた分析などは、介護保険者（市町村または広域連合）と研究班との共同研究です。調査結果の中間とりまとめ後に、参加保険者・研究者で共同研究会を持ち、議論・検討を行います。

Q：調査時期はいつですか？

A：調査は、主に2022年10月-2月頃を実施します（厚生労働省のニーズ調査公開時期に関連します）。この場合、2023年の6-8月に開催予定の共同研究会で、当該保険者のデータ分析結果をご覧いただけます。保険者の事情により一部を2020年春にも実施を予定しています。この場合には、第9期介護保険事業計画策定委員会などで活用していただけるように、2023年10月ごろまでに調査結果をお示ししますが、2023年の6-8月に開催予定の共同研究会には間に合いません。

Q：主な調査内容を教えてください

A：要介護リスク要因と考えられる身体的特性、生活機能、心理的特性、生活習慣、社会的特性などのほか、年齢・性別等の基本的属性、地域社会環境等について調査します。2022年の調査票はA4サイズで16ページです。初めの2ページは挨拶状、続く10ページは全種類共通のコア項目、次の2ページは8種類のバージョン項目で、対象者は無作為に割り当て送付します。残り2ページは自治体独自項目です。バージョン項目を設定する理由は、全調査項目を1種類の調査票で調査すると26ページとなりますが、調査項目を分散配置して短縮化することで回答者への負担を少しでも軽減することです。バージョン項目は、まだ

仮説的ですが、介護予防に関連すると思われる項目などです。

Q：最低何万人など、参加自治体の条件はありますか？

A：ありません。JAGES は全国代表サンプルではありませんが、日本の多様な自治体に参加いただくことで、より代表性（普遍性）の高い知見が得られることを期待しています。

Q：調査は誰が実施し、データはどこに帰属することになりますか

A：調査の実務については、協議の上、保険者または研究班、業者への委託など、最適な方法を決めます。アンケート調査の結果は匿名化情報として保険者から研究班に渡されて、研究班が集計分析します。アンケート結果及び集計分析結果は、保険者にお渡しします。保険者内で管理している調査対象者名簿と突合し、被保険者番号に戻して、個別支援計画の策定などにご活用いただけます。匿名化されたデータは研究班に帰属し、将来、縦断分析などに活用されます。

Q：自治体としては、JAGES 調査の対象者をどんなふうに抽出したらよいですか？

A：2022 年 10 月から 11 月に調査を実施する場合、標準的に用いられる「当該年度の 10 月 1 日において 65 歳以上の方」を対象者として抽出します。悉皆調査（全数調査）の場合は名簿に含まれる方全員を対象とし、1/2 抽出、1/4 抽出等の場合には、名簿に含まれる方をランダムに抽出します。この抽出作業は介護保険第一号被保険者名簿を使用して、7 月頃に行っていただきます。また、抽出時期から調査実施までの 3-4 か月間に要支援・要介護認定を受けた方、死亡・転出された方に調査票が届くことのないよう、調査票の送付直前に確認をしていただきます。

Q：対象者のサンプリングの仕方はどうなっていますか？

A：調査対象者は、要介護認定を受けていない高齢者全数（悉皆）、または、その人数が多数に上る保険者の場合には無作為抽出が原則です。

他自治体との比較を行いますので、同じ条件となるよう、全体からの無作為抽出（ランダムサンプリング）か悉皆調査としています。一部、状況によって、各区域（小学校区など）で対象者が 150 人以上になるように、など特別なサンプリングを検討する場合があります。更に細かく、性別毎、年齢毎（前期・後期高齢者）で検討したい場合は、各区域あたりの対象者が 300 人、または 600 人と対象者を増やすこともご検討ください。

Q：小学校区以外のレベルで地域別分析をしてほしいのですが、可能ですか？

（生活圏域、中学校区／包括支援センター管轄区、行政区や町内会単位など）

A：対象者データに必要な地域情報をつけていただければ、分析は可能です。追加費用をご

負担いただければ、その数値も地図上に落としたものをご覧いただけます。

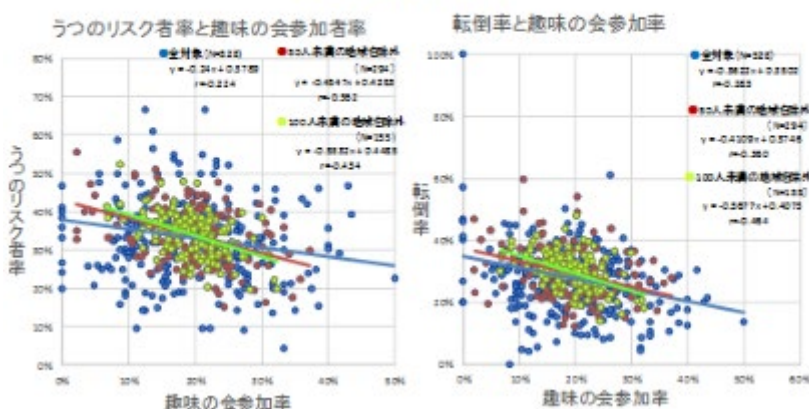
Q: 要支援要介護認定者の分析も頼めますか? その場合、どのような形での分析になりますか?

A: 同じ調査項目について、要介護認定者と認定を受けていない者で分けて、校區別集計結果をお返しします。要介護認定者についての独自調査をご希望であれば、別途ご相談ください。以前に使った調査表をお送りいただければ、それを元に見積を出すことも可能です。ただし、要支援要介護認定者の情報については件数が少ないため、地図上での表示はいたしません。

Q: 1校区当たりどれくらいの調査対象数を見込めば、地域診断が可能となりますか?

A: 1校区当たり 150 人程度の対象者に配布することをお勧めします。校区によって高齢化率が大きく異なっている市町村で前期高齢者・後期高齢者に分けた地域診断を行うには、150 人の 2 倍にあたる 300 人程度を対象者に調査表を送ることが望ましいと考えます。1校区当たり 150 人に送付すると、回収率を 7 割とすると 105 人から回答が得られます。通常数%無回答項目があるので、分析に使えるのは、100 人程度となります。下図に 2013 年調査の一例を示します。一校区当たりの回答者数が 100 人以上の校区を黄緑、50 人以上の校区を赤、50 人未満の校区も含む全校区を青で示しています。対象者数が増えるほど偶然誤差(バラツキ)が減り、100 人以上の校区で分析すると、相関がより強くなっていました。1校区当たりの対象者数が少ない(下図で言えば 50 人を切る)と、誤差が大きくなるために、地域診断の結果の信頼性が低くなります。

n数が多い地域に限定で相関は大きくなる 後期高齢者



Q: 対象は要支援・要介護認定されていない高齢者ですか?

A：原則として、要支援・要介護認定を受けていない高齢者です。保険者の希望により、要支援・要介護認定者まで、対象に含めた例はあります。

Q：健診データや医療データは二回目以降、必須になるのでしょうか？

A：必須ではありません 1 あくまで任意ですが、可能であればご提供いただければと思います。

Q：初回参加自治体でも、“縦断”調査は必須なのでしょうか？二回目以降が必須なのでしょうか？

A：初回参加保険者の場合、例えば 2022 年調査の回答者を、2025 年調査に追跡(再度 2025 年に調査票を送付)するかどうかの判断は、3 年後にご判断いただきます。一方で、2022 年調査の回答者の、3～6 年後の要介護認定状況・死亡状況などは、研究協定内でデータ提供のお願いを謳うことが原則のため、要介護認定状況・死亡状況のデータ(要介護認定データ・賦課データ)はご提供いただくことをお願いしております。

▼調査費用について

Q：調査費用の概算を教えてください

A：1票あたり1300円程度（税込）の計上をお願いします。ただし、参加自治体数、対象者人数、入札によって選定される業者による見積もり額によって変動する可能性があります。

内訳は、調査実施費用、データパンチ・データクリーニング、集計、報告書3冊（4冊以上ご希望の場合は、別途印刷費用をご負担いただきます）、インターネット上で閲覧できる地域診断書などのシステム開発費、管理経費、間接経費、消費税などです。

Q：費用を抑えて実施する方法はありませんか？

A：外部資金を得る方法があります。

外部資金を得る方法については、下記『Q 外部資金を得る方法を教えてください』をご覧ください。

Q：外部資金を得る方法を教えてください

A：○長寿社会づくりソフト事業費交付金

公益財団法人地域社会振興財団

<http://www.zcssz.or.jp/subsidy.html>

長寿社会づくりソフト事業費交付金の手引き（平成27年度版）

<http://www.zcssz.or.jp/blog/wp-content/uploads/2014/11/H27tebiki.pdf>

○老人保健健康増進等事業

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000075031.html>

例年3月か4月に公募されます

申請に当たって必要な情報を提供し、申請をお手伝いします。その他、各都道府県で活用できる事業が行われている可能性もあるかと思えます。

Q：サンプル抽出に関して追加経費はかかりますか？

A：抽出には、介護保険の第一号被保険者名簿を使い、ランダムに対象者を抜き出す方法を用います。これは役場の中で出来る作業で、具体的な方法を記したマニュアルをこちらから提供しますので、自治体職員の介護保険担当の方が作業をしてくださる限り、追加費用は発生しません。

過去のJAGES調査参加自治体の中では、高齢者人口が10万人を超えるような大都市の中に業者に抽出を委託したケースもありましたが、多くの場合は内部での作業が可能でした。

Q：見積書をいただきましたが、それ以外にこちらで見ておく必要のある経費はありますか？

A：調査実施に関する経費についてのみ言えば、「見積書以外で経費を見ておかなければならないもの」は、基本的にありません。ただし、成果物の地域診断書説明書をご希望の場合は、別途費用が必要になります。更に、地域マネジメント支援システムを利用した研修会などをご希望の場合は、HPより見積もり依頼をしていただくか、事務局までメールでお問い合わせください。

Q：調査実施費用の中の送料（含回収費用）には切手代も含まれていますか？

A：切手代や返送用封筒代にくわえ、実際に記入を終えて返送されてきた封筒をまとめて段ボールに入れ、宅配便でデータ入力業者宛てに送る際に必要な費用などがすべて含まれています。したがって、こちらの送料とは全実費を含めた費用です。

Q：自治体が調査票を配布したり、直接回収したりしたら送料や回収料のコストを下げるとはできますか？

A：可能性はあります。ただし、民生委員さん等のご協力をいただいて各戸配布・回収をした場合に謝金を考えると、その予算化が必要です。

Q：一般会計の予算要求の時期を逃しましたが、他に費用捻出の方法はありませんか？

A：介護保険事業計画策定に向けた調査費用として計上していただく以外の方法として、地域支援事業の中の介護予防評価事業費の一次予防事業評価事業として位置づけていただく方法、地域社会振興財団「長寿社会づくりソフト事業費交付金」に申請していただく方法などがあります

採択されますと最大 1000 万円超が交付されます。

Q：もしも予想外に回収率が高かったりして、当初予定されていた予算よりも多くの費用がかかった場合は、追加料金が発生するのですか？

A：いいえ、たとえ予想以上のコストがかかっても、その分は研究費等からカバーしますので、自治体の金銭的なご負担が増えることはありません。

Q：ニーズ調査のベンチマークにおいて、自治体の費用負担は発生しますか？

A：いいえ、上記の条件を満たすよう、データを整えていただければ、費用負担は発生しません

▼調査票について

Q：調査票について

A：JAGESの調査票は、①「コア項目」②「バージョン項目」③「市町村独自項目」の3つの項目群で構成されています。

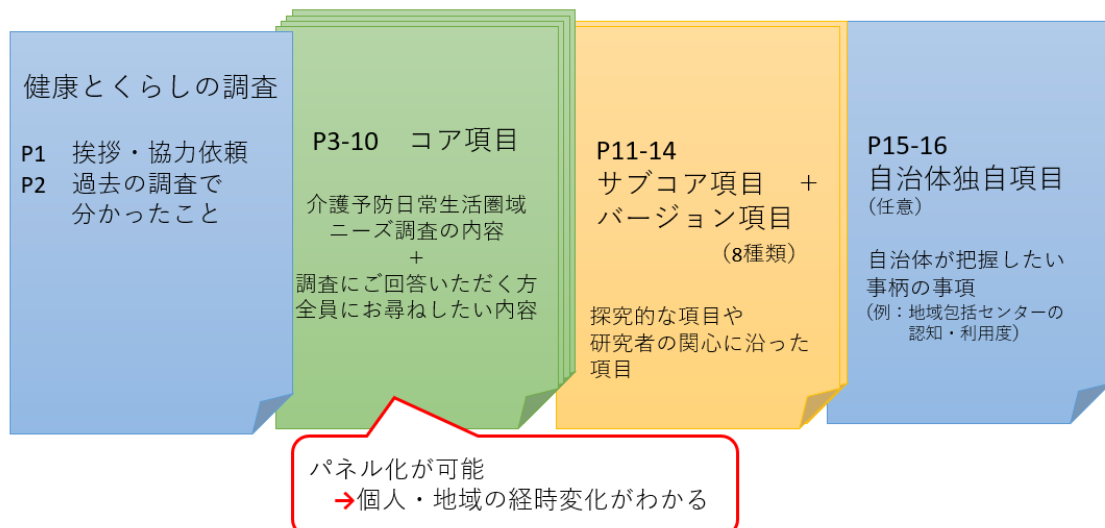
「コア項目」は分析上重要で全員にお尋ねすべきと考えられるもので、原則としてすべてのバージョンの調査票に含まれます。

「バージョン項目」は一部のバージョンにのみ含まれるものです。過去の調査で用いられた例としては、「認知症」「看取り」「通いの場」「家族・虐待」「口腔・喫煙」「住環境・生きがい」「運動」「孤立」などがあります。このようにバージョンを複数設ける理由は、一人の回答者に対する質問項目が膨大になることを避けつつ、いろいろな課題について検討するためです。

「市町村独自項目」は市町村側からの要望により追加される項目です。この項目は、その市町村のみに追加されます。各バージョンの調査票をランダム（無作為）に振り分けて配布します。

調 査 票

- ・ A4サイズ（A3用紙2つ折り） 16ページの冊子
- ・ コア項目は共通とし、サブコア項目とバージョン項目を組み合わせた8種類の調査票を作成
 - バージョンごとに用紙を色分けすることでミスを防止
 - 各自治体内で8種類をランダムに割り付けて送付



Q：調査票の例を教えてください

A：調査票 2010 年の一例. pdf をご覧ください.

Q：調査票の項目は変えられるのですか？

A：参加する保険者が同じ設問で調査を行うことが、相互に数値を比較するベンチマークには必要です。今回用いる調査票は、2003-04 年、2006-07 年、2010-2011 年、2013 年の調査と、その分析結果を踏まえて改良してきたものです。厚生労働省の、特定高齢者把握事業の基本チェックリストの項目も含んでいます。これを使っていただくことで、他の保険者との比較が可能となります。

各保険者の興味関心に合わせて項目を追加できるスペースを、半ページ取ってありますのでご活用ください。

また、何らかの理由で調査票内の設問を削除することはやむを得ませんが、比較可能性を残すため、できるだけそのまま生かしてくださるようお願いしています。個別にご相談ください。

Q：自治体で独自に行いたい調査内容があるのですが、それを盛り込んでいただくことは可能ですか？ またその場合、追加料金は発生しますか？

A：調査票の末尾に自治体独自項目用のスペースが 2 ページありますので可能です。その場合追加料金は生じません。それ以上のボリュームになる場合、別途ご相談ください。自治体で独自に行いたい調査内容については、自治体ごとに様々なバリエーションがございましたが、「独自に行いたい調査の希望が無い」という自治体においては、地域包括支援センターに関する設問（知っているか、利用しているか、など）を設けたケースが多数でした。

その他には、以下のような調査内容がありました。

- ・市がおこなっている次のような事業を知っていますか？
- ・どのような（介護予防）教室に参加したいですか？
- ・日常生活でどのような困りごとがありますか？
- ・どのような介護サービスを希望しますか？
- ・介護保険料が上がることに對してどう思いますか？
- ・地域にサロンがあれば参加したいと思いますか？
- ・介護に関する相談が必要になったら誰に相談しますか？
- ・認知症の不安を感じたら、どこ・誰に相談しますか？
- ・認知症になったらどこで暮らしたいですか？

※ただし、調査票が長くなるほど調査票回収率が下がり、回答者が健康な方に偏りがちになりますので、ご勘案ください。

Q：校区によって高齢者人口が 1000 人程度違うのですが、校区あたり調査票数は同じでも

よいのでしょうか？

A：手間が少ないのは、最も高齢者人口が少ない校区で 150 人（前期・後期にわたるのなら 300 人）程度に調査票を送るように抽出率を設定する方法です。

予算の制約などで、最小数に抑える場合、各校区の地域診断に耐えるように、すべての校区で 150 人以上になるように抽出率を校区毎に変える方法があります。この場合、市町村の平均値を求めるためには、抽出率が低い校区の重みを大きくする必要があります。校区毎の抽出率の逆数を、各校区の値にかける重み付けをして、市町村の平均値を求めるため、校区毎の全高齢者数と送付数と回収数の数字をご提供いただく必要があります。

▼ベンチマークについて

Q：ベンチマークとは何ですか？

A：ベンチマークとは、もともとは「測量などにおいて利用される水準点・標準」のことです。本研究では、保険者や事業所の提供しているケアの質に関わるプロセスやアウトカムなどに関わる要因について、可能な範囲で数値指標化し、それらを他保険者や事業所と比較できるようにすることを目指しています。これにより、他の保険者や事業所と比べ、①自らの優れた点と課題とすべき点を把握し、②取り組み方の違いを分析することで改善策を探り、③さらにそれを実行に移した後にその改善効果を比較評価することを目的としています。「見える化」を進めることで、ケアの質の向上を支援するためのものです。

Q：ベンチマーク参加の条件は何かありますか？

A：はい、データ提出ウェブサイトでは、下記の条件を満たすデータのみを受け付けます。不備がある場合、データ提出ができません。

要介護認定を受けていない第一号被保険者のみが対象者で、全数調査または無作為抽出調査によること。要介護認定者についても調査を実施している場合は、要介護認定者データを削除済みであること。国が示すニーズ調査票をそのまま用いていること。自治体独自の項目を付加してある場合は、それらを削除済みであること。

地区診断に必要な分析単位の情報が入力済みであること。各地区あたりのサンプル数が、前・後期高齢者それぞれで50人以上であること。

Q：新聞報道やホームページなどで、この調査・研究のことを知った保険者ですが、ベンチマークに参加することはできますか？

A：ご参加いただけます。ただし、その場合、原則として調査費用は、保険者の全額負担になります。調査の実費の他に、データ分析および報告書作成にかかる費用、得られた分析結果を「介護予防政策サポートサイト（地域診断システムが搭載されるサイト名）」上で見られるようにするデータ加工費用などがかかります。見積書が必要な場合、準備しますので、ご連絡ください。

Q：「ベンチマークシステム」とは何ですか？「ベンチマーク」だけならわかりますが、「システム」が付いているのには、特別な意味がありますか？

A：ベンチマークを行うためには、収集するデータの標準化やそれらを収集し結合したデータベースを、より少ない労力で作るような仕組み（システム）づくりが必要です。また、取り組みプロセスやアウトカムの改善をベンチマークによってモニタリングするには、継続的にデータを集めて、ベンチマークを更新することも必要です。さらに、ベンチマークをつくっても、活用されなければ意味がありません。ベンチマークした結果を、有効活用するた

めの表現・公表の仕方、それらを有効活用した事例を集積して、他の保険者や事業者が参考にできるような仕組み（システム）も望まれます。例えば、先進事例を検索できるデータベースや相互研修・交流ができるニューズレターや場づくりなどです。以上のような、ツールとしてのベンチマークでなく、データ収集からベンチマーキング、それを活用したケアの質向上支援策までを含めた全体をベンチマークシステムと呼んでいます。

Q：県内の市町村で比較をしたかったら、県内で一斉にベンチマークに参加しないと意味がありませんか？

A：確かに、県内の市町村を一斉に比較するには、県内の全保険者にご参加いただくのが理想的です。しかし、このベンチマークには全国の多くの保険者が参加するため、参加するのが県内の一市町村であっても、他保険者との比較をすることには意義があると考えられます。

Q：このベンチマークでは、第7期介護事業計画策定に向けたアドバイス等はもらえないのですか？

A：今回のベンチマークは、保険者間の結果比較に重点を置いたものであり、どのような要因が関連してその結果が生じているかを分析したり、保険料賦課を算出したりするものではありません。むしろ、結果をご覧になった担当職員の皆様に関連要因に関する議論やまちづくりの取り組みに向けた構想創出のための材料をご提供するかたちで支援することが、この研究の目的です。

Q：インターネットの地図上で地区診断の結果を見られると聞いたのですが、どこで見られますか？

A：介護予防政策サポートサイトで閲覧できます。

各保険者から厚生労働省に報告された介護予防事業報告、および公表されている各種の社会統計調査データ についてはどなたでもご覧いただけます。

本調査にご協力いただいた保険者についてのみ、分析結果を「介護予防 Web アトラス上で見られる様にするデータ加工費用をご負担いただいた場合に、小（中）学校区別の結果をご覧いただけます。ただし、小学校区別のデータは、悪用を防止するため、お知らせする ID とパスワードをご存じの保険者の関係者のみをご覧いただけます。

Q：地域診断書とはどのようなものですか？

A：当該保険者の指標を他保険者と比較（ベンチマーク）した結果、それぞれの指標値が他の保険者よりもどれ位が大きいのか小さいのかを示す一覧表形式の地域診断書を現在作成中です。イメージについては、こちらをご覧ください

Q：コア指標にある3つの「うつ割合」についての、データの見方を教えてください

A：健康とくらしの調査では3つのうつ指標があります

【3つの指標の考え方】

①国の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（ニーズ調査）の項目（2項目中2項目該当）

・①の項目は、国が示すニーズ調査の項目のため、ニーズ調査の拡張版としての位置づけとして実施されている健康とくらしの調査には含める必要があります。

・しかし、指標の妥当性という点においては、これからの課題となります。

②基本チェックリストの項目（5項目中2項目以上該当）

・②の項目は、指標の妥当性検証は進めており、①と比較すると、ご存知のように日本国内では広く使用されている項目です。

・①の項目よりは、設問数も多い（5項目でうつをスクリーニングする）ので、よりうつを捉えられる可能性があります。

③高齢者用うつ尺度（15項目版）（15項目中5項目以上該当）

・③の項目は、世界的にも広く使用されており、多くの研究者は③の項目を使用して分析等を行います。

・③の項目を用いて地域診断書の検証をした JAGES 論文もあり、①～③の中では、設問数も15項目と多く、うつをスクリーニングする尺度としては妥当性が最も高いと考えられます。

・一方で、項目数が多いということは、回答者への負担も大きいので、②（または①）をもちいて簡便にうつをスクリーニングするなどが必要でもあります。

【地域診断書（コア指標）に3つのうつ指標が含まれている理由】

①うつ割合（ニーズ調査）は、国のニーズ調査項目のため、国の拡張版としての位置づけである健康とくらしの調査では、地域診断書に含めることが必要であると判断しました。

②うつ割合（基本チェックリスト）については、第6期事業計画策定のためのニーズ調査までは①はなく、②うつ割合（基本チェックリスト）で、ニーズ調査を実施していたため、2010年・2013年・2016年・2019年と健康とくらしに参加する市町村においては、経年変化をみれる指標として地域診断書に含める必要がありました。

③うつ割合（GDS5点以上）については、①②の指標はありましたが、やはり国際的にも標準化されている指標を地域診断書に含めたいこと、さらに、WHO神戸センターと共同研究（http://www.who.int/kobe_centre/ageing/j_ages_heart/ja/）を開始したこともあり、国内だけの指標だけでなく、国際的にも認められた指標を含める必要がありました。

上記の理由により地域診断書のコア指標に3つのうつ指標が含まれている理由となります。ただ、複数の似たような指標が入っていることへのわかりにくさもありますので、2019年調査にむけて、市町村担当者の皆様のご意見伺いながら改善していきたいと思っております。

Q：厚生労働省は、今後ニーズ調査で得られた情報をどう活用しますか？

A：厚生労働省は、今後ニーズ調査で得られた情報を、「見える化」システムに載せる方向で検討しています

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/osirase/hokenjigyou/06/dl/3.pdf

日常生活圏域ニーズ調査の報告を求める法的根拠として、介護保険法第 197 条第 1 項「厚生労働大臣又は都道府県知事は、市町村に対し、保険給付の効果に関する評価のためその他必要があると認めるときは、その事業の実施の状況に関する報告を求めることができる。」

※要介護認定データ、介護保険レセプトデータと同様の取り扱いとなる と記載されています

Q：国が求める圏域ニーズ調査は調査項目が異なるのでしょうか。貴法人にお願いしても別途実施しなくてはならないのでしょうか。

A：国が求めるニーズ調査項目は、健康とくらしの調査にも含まれます。

Q：同調査のデータを CSV で“見える化システム”に入力するよう国から求められていますが、対応はお願いできるのでしょうか。

A：国の見える化システム用の csv データは納品いたします。その後のアップロードは、保険者アカウントでないとできないため、アップロードは保険者様でお願いいたします。

▼結果のフィードバックについて

Q：調査票冊子で各8種類（AバージョンからHバージョン）のアンケートを実施した集計表は、どこで見られますか？

A：送付させていただいた冊子報告書には、ページ数が膨大になるため、掲載しておりません。JAGES ホームページから【保険者共同ルーム】にログイン後、ファイルキャビネットの中にある【報告書フォルダ】を開き、【(資料) 基礎集計表.pdf】に、各8種類（AバージョンからHバージョン）の集計表が記載されておりますので、そちらをご覧ください。

Q：特定健診のデータを提供していますが、こちらとのクロス集計などは、どのようになっていますか？

A：現在、特定健診データのデータ結合作業を進めております。健診データをご提供いただいた保険者分の結果は、保険者共同研究会にてご紹介できるように進めております。

▼個人情報保護について

Q：個人情報保護について教えてください

A：今回の調査は、千葉大学や国立研究開発法人 国立長寿医療研究センターなど複数の研究機関の倫理審査委員会と複数の市町村の個人情報保護審議会等の承認も受け、個人情報を保護しながら研究を進めています。

保有する個人情報に関する事項についての詳細は、保有する個人情報に関する事項の公表等のご案内 12.21.pdf をご覧ください。

▼受付窓口や問い合わせについて

Q：JAGES 調査の市町村側の担当窓口はどこになりますか？

A：JAGES 調査を担当していただく窓口は，市町村によって異なっています。JAGES 調査は，多くの市町村では介護保険事業計画立案のための日常生活ニーズ調査の拡張版として行っています。この場合，介護保険事業計画策定担当部門の関与（財務当局への概算要求，日常生活圏域など調査対象地域の設定，調査結果の計画への反映など）が必要になります。地域づくり型の介護予防とその効果検証のための調査という位置づけをされている市町村では，介護予防担当者が関わっています。縦断追跡して認知症などの要介護リスクを解明したり，介護予防事業の効果評価をするためには，要介護認定データが必要ですので，介護認定データを管理されている担当者に，データ提供をお願いすることになります。一部の市町村では，町長，健康福祉部あるいは健康推進課など，介護保険担当を超える部門も関わって JAGES 調査に取り組まれている例もあります。以上のように，多くの部門が関わるため，JAGES 調査の担当窓口は，市町村毎に相談して決めていただくことになります。

Q：市民から問い合わせがあった場合，どのように対応したらよいでしょうか？

A：調査期間中は専用のコールセンターを設けています。直接役場にきた電話や問い合わせにつきましてはご対応いただければ幸いです。調査参加保険者の職員さまには，参考資料としてコールセンター用のマニュアルもお渡しします。

▼その他

Q：第8期介護保険事業計画の策定及び保健計画策定について、コンサルタントに委託していますが、JAGESのデータを渡して作業してもらえますか？

A：コンサルタント業者との契約の中で、JAGES データを活用し、作業していただいて構いません。

Q：保険者が準備するものは何ですか？

A：調査実施に際し、保険者をお願いする準備・作業内容は、下記の表のようなものです。

Q：保険者側には調査に関する費用負担以外にどのような作業が発生しますか？また、専門的な知識や技術は必要でしょうか？

A：調査対象者の抽出には介護保険第一号被保険者名簿を使用しますので、そこから対象者を抽出し、対象者リストとタックシール（調査票送付用封筒に貼る宛名シール）の作成を行っていただきます。また、対象者リストを用いて、対象者の被保険者番号を暗号化していただき、調査票番号と暗号化被保険者番号との対合表をご作成いただきます。調査票の宛先は自治体の役場とさせていただきますので、調査票のとりまとめとデータ入力会社への送付をお願いいたします。これら一連の作業につきましては、こちらでマニュアルを用意いたしますので、指示に従って行っていただければ結構です。専門的な知識や技術は必要ありません。

大分類	小分類	内容
データ提供	調査対象者名簿	暗号化被保険者番号、調査票番号、年齢・性別、住所地区
	小学校区・中学校区区分データ	町丁字と学区の対応表
	介護保険関連データ	要介護認定データ、保険料賦課データ
	介護予防事業参加者データ	参加者の暗号化被保険者番号、回数
調査実施に係る雑務	調査について広報で紹介	調査目的や時期等を広報に掲載
	宛名ラベル印刷	大学側が用意したタックシールに宛名ラベルを印刷 ※大学側が回収に伺う
	調査対象者からの質問への対応	調査項目の意味・回答方法など ※事前に大学側で資料作成
共同研究会での報告	各保険者の取り組みの報告	介護予防事業や関連事業の紹介

Q：調査結果に基づいて事業を実施した結果、介護予防「効果」がデータとして現れた事例はありますか？

A：地域に働きかけて、高齢者の社会参加を進め、要介護認定率の抑制などで高齢者の健康

状態の改善効果が確認できるまでには数年間かかります。そのため、今までに確認できたのは、愛知県武豊町ですが、現在複数の市町村で追跡調査中です。愛知県武豊町では2007年から町内に「憩いのサロン」を開設し、参加者と非参加者を比べて、統計学的にも有意な効果が検証できましたが、介入から5年間の追跡が必要でした。

<https://www.dropbox.com/s/wql1htdnpgs284/056-15-01%E3%82%B5%E3%83%AD%E3%83%B3%E5%8F%82%E5%8A%A0%E3%81%A8%E8%A6%81%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E8%AA%8D%E5%AE%9A%E7%8E%87.pdf?dl=0>

Q：通いの場を増やして、健康状態が改善が確認できた例には、どのような取り組みがありますか？

A：JAGES プロジェクト参加市町村で言えば、
武豊町

(<http://www.jages.net/#!/kainyu/cwt6>)

東海市

([https://www.dropbox.com/s/m3r3n4xyfw0y35z/062-15-](https://www.dropbox.com/s/m3r3n4xyfw0y35z/062-15-07%20%20%E5%81%A5%E5%BA%B7%E4%BA%A4%E6%B5%81%E3%81%AE%E5%A)

[07%20%20%E5%81%A5%E5%BA%B7%E4%BA%A4%E6%B5%81%E3%81%AE%E5%AEB6.pdf?dl=0](https://www.dropbox.com/s/m3r3n4xyfw0y35z/062-15-07%20%20%E5%81%A5%E5%BA%B7%E4%BA%A4%E6%B5%81%E3%81%AE%E5%AEB6.pdf?dl=0))

の例があります。

その他、厚生労働省の介護予防・日常生活支援総合事業のページに多くの好事例が出ています。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000074126.html>

Q：地域診断結果に基づいて、介護予防事業を実施した事例にはどのようなものがありますか？

A：地域診断結果を、地域住民を含む関係者で共有して、通いの場を増やした例には、下記のような市町村の取り組みがあります。

愛知県武豊町

(小林美紀：楽しく・無理なく・介護予防—地域と協働で進める「憩いのサロン」。保健師ジャーナル 69：386-392, 2013)

愛知県半田市

兵庫県神戸市

(岡田尚他：委託型地域包括支援センターに対する地域活動支援—神戸市における「地域診断研修」保健師ジャーナル 71(8): 704-710, 2015)

長崎県松浦市

(山谷麻由美他：地域診断を起点とした地域住民や関係機関との協働のまちづくり 介護
予防 Web アトラスを活用した松浦市の試み. 保健師ジャーナル 70(9): 812-816, 2014)
熊本県御船町

現在, 取り組み進行中で, 効果検証のための追跡調査を行っています.

Q: 参加自治体は, 何をすれば良いですか?

A: 2021 年に行う共同研究会への参加, 調査サンプリング方針の協議, 共同研究協定の締結, 対象者名簿の作成 (被保険者番号・調査票番号の突合票), 暗号化処理後の送付 (専用システムを配付します), 調査票送付用のタックシール作成, 住所データの提供, 市町村広報での調査告知, 調査票送付直前保険料賦課データをお願い致します.