

平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）

地域支援事業の実施状況及び評価指標等に関する  
調査研究事業

報 告 書

平成30年3月

株式会社 日本総合研究所



# 地域支援事業の実施状況及び評価指標等に関する調査研究事業

## 報告書

### 目次

第1章 調査研究の概要 .....	1
1. 背景 .....	1
2. これまでの検討状況 .....	2
3. 本調査研究の目的と内容・進め方 .....	9
(1) 本調査研究の目的 .....	9
(2) 本調査研究の内容と進め方 .....	9
(3) 検討委員会・ワーキンググループにおける検討 .....	11
第2章 分析・検討結果及び課題 .....	12
第1節 評価指標の検討 .....	12
1. 指標及びデータ候補の選定 .....	12
(1) 評価指標の候補の抽出・整理における視点 .....	12
(2) 最終アウトカム(インパクト)に関する項目とその評価指標の案 .....	14
(3) アウトカムに関する項目とその評価指標の案 .....	16
(4) アクティビティに関する項目とその指標 .....	18
2. 自治体ごとに独自収集しているデータの収集 .....	21
(1) 公表情報からのデータ収集 .....	21
(2) 調査協力自治体の選定 .....	23
(3) 調査協力自治体からの提供によるデータ収集 .....	24
3. 指標の活用可能性の検討 .....	27
(1) 日常生活圏域ニーズ調査データの活用可能性 .....	27
(2) 要介護認定情報の活用可能性 .....	38
(3) 介護保険給付実績の活用可能性 .....	43
(4) その他のデータの活用可能性 .....	45
第2節 既存データによる試行的検証 .....	46
1. 試行検証内容 .....	46
2. 分析結果の概要 .....	49
3. 試行分析・検討を踏まえた課題 .....	51

第3節	インパクトマップの活用方法及びデータセットのあり方についての委員会・WGでの意見	52
1.	インパクト評価手法を活用した評価の全体設計	52
(1)	指標の設計について	52
(2)	指標を手がかりとして事業の進捗を把握するにあたって	52
2.	評価に利用するためのデータセットの内容	54
(1)	最終アウトカム(インパクト)に関する項目とその評価指標の案	54
(2)	アウトカムに関する項目とその評価指標の案	59
(3)	アクティビティに関する項目とその指標	59
第4節	分析・検討のまとめ	63
(1)	データの活用について	63
(2)	データ収集と運用について	64
第3章	インパクト評価手法の活用に向けて	66
第1節	インパクト評価手法の活用のあり方	66
1.	インパクト評価手法に着目する意味	66
(1)	地域支援事業の持つ「地域づくり」の側面を評価するために適した手法である	66
(2)	地域の特性を踏まえた事業の継続的改善に活用できる	67
2.	インパクト評価を活用することで期待される波及的効果	69
(1)	行政の事業のみならず地域に波及する効果の把握・評価が可能になる	69
(2)	地域のステークホルダー間での共通認識の醸成が可能になる	70
3.	地域におけるインパクトマップの具体的な活用例	71
(1)	インパクトマップを用いて地域支援事業が将来的に生み出そうとする価値を説明する	71
(2)	地域ごとの重点を踏まえて「地域版のインパクトマップ」を作成する	71
(3)	まずはいくつかの事業に着目して評価の試行と新たな評価指標の検討を行う	71
第2節	指標ならびにデータセットのあるべき姿	73
1.	まずは既存データを活用しつつ地域性を踏まえてアウトカム指標を検討する	73
2.	既存データに加え「地域ケア会議」や「協議体」等の機会を活用して情報収集する	73
第3節	インパクト評価手法のより効果的な活用に向けて	75
1.	インパクトマップの行政評価(事務事業評価)における説明への活用	75
2.	地域のステークホルダーの間での共有するビジョンや認識の醸成への活用	76
	(コラム) 地域づくりに向けた活動に対する準公的資金や民間資金の導入における活用	77
参考資料	地域支援事業の社会的インパクトの構造仮説の設計	78

# 第 1 章 調査研究の概要

## 1. 背景

介護保険制度の地域支援事業は、被保険者が要介護・要支援状態となることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目指している。地域支援事業は、介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業(地域支援センターの運営、ならびに、在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業及び地域ケア会議等の地域包括ケアシステムの構築)及び任意事業から構成される。地域支援事業に内包される各事業は、相互が関係する部分も多く、これらを一体的に推進することが求められている。したがって、地域支援事業に携わる関係者が、各事業が互いにどのように影響するのかについての認識を共有することによって、各事業の位置づけや意義が明確になり、地域支援事業全体の効果を高めることにつながると考えられる。

こうした課題認識のもと、平成 28 年度調査研究では、「インパクト評価」の手法を用いて、事業相互の構造を明らかにするため「インパクトマップ(案)」を作成した。インパクトマップでは、「被保険者が要介護・要支援状態となることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができる」という最終的な目標(インパクト)の実現に向けて、節目となる中間的な目標(アウトカム)を設定し、それら項目間の関連性をマップとして表現し、各項目を代表する指標(データ項目)についても整理した。

今後、第 7 期介護保険事業計画期間、さらにその先に向け、わが国の地域ごとの特徴の違いが大きくなることを見込まれる一方、住み慣れた地域で暮らし続けることの実現に向けた、まさに地域づくりの事業である地域支援事業の意義と効果を高めるためには、これまで以上に、最終的な目標を念頭におきながら、地域に波及していく、地域と協働していくような事業の成果を捉えた事業運営が求められる。

本調査研究事業は、こうした背景を踏まえ、地域支援事業へのインパクト評価手法の活用を実践的に進める上での留意点や課題等の検証・検討に取り組んだものである。なお、保険者機能の強化に向けた財政的インセンティブ(保険者機能強化推進交付金)の検討とは独立した調査研究として、検討を行った。

## 2. これまでの検討状況

前述の背景を踏まえ、本調査研究事業の先行研究である、平成 28 年度老人保健健康増進等事業「地域支援事業の実施状況及び評価指標等に関する調査研究」では、地域支援事業の効果の把握に向けたインパクト評価手法の活用方法の検討と具体的な評価指標の検討を行った。

具体的には、地域支援事業の社会的インパクトの構造仮説の設計と地域支援事業の評価に資する指標候補の選定を行った。加えて、地域支援事業の実施状況が自治体ごとに異なることを踏まえ、今後のインパクト評価の実施に向けて地域差を考慮した分析が出来るよう、自治体ごとの特徴の分析とそれに基づく分類も実施した。これまでに検討した各事項の概要は以下の通りである。

### ① 地域支援事業の社会的インパクトの構造仮説の設計

インパクトマップの手法を活用して、地域支援事業で行う各事業(アクティビティ)とその実施結果(アウトプット)、アウトカム(個人・環境の変化)、インパクト(社会への影響)を整理した。具体的には、介護保険法ならびに介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針を主な根拠として、社会課題の解決の道筋を図式化するため、インパクトマップの手法を用いて構造化した。

介護保険法等の制度の理念に基づいて作成したインパクトマップの全体像は5頁に掲載している通りだが、これを簡略化するため、複数のアウトカムをグルーピングしてまとめたインパクトマップ(概要版)は7、8頁のようになる。

### ② 地域支援事業の評価に資する指標の選定・具体化

構造化したインパクトマップの項目(経過を示すパスの中の結節点)のそれぞれについて、進捗度・達成度を評価するための指標を検討し、それぞれの項目に当てはめる場合の留意点等について整理した。実際にインパクト評価を実施する場合は、各指標のデータを収集する必要があるため、データ収集を容易にする観点から、保険者が行政報告として取りまとめている既存データを中心に、インパクトマップの中の「アクティビティ」に関する指標ならびに「アウトカム」に関する指標を選定・具体化した。

### ③ 自治体の特徴の分類

将来的に、全国的にデータを蓄積したのちにインパクト評価手法を活用して地域支援事業の評価をすることになった場合に備え、地域ごとの特性の違いを考慮した分析が可能となるよう、平成 28 年度までのデータに基づいて自治体の特徴に着目した分類を検討した。

具体的には、人口、人口密度、高齢化率、認定率、介護保険料伸び率、介護サービス給付額等に注目し、地域支援事業に関係しうる自治体の基本的な特性を分類した。さらに、地域支

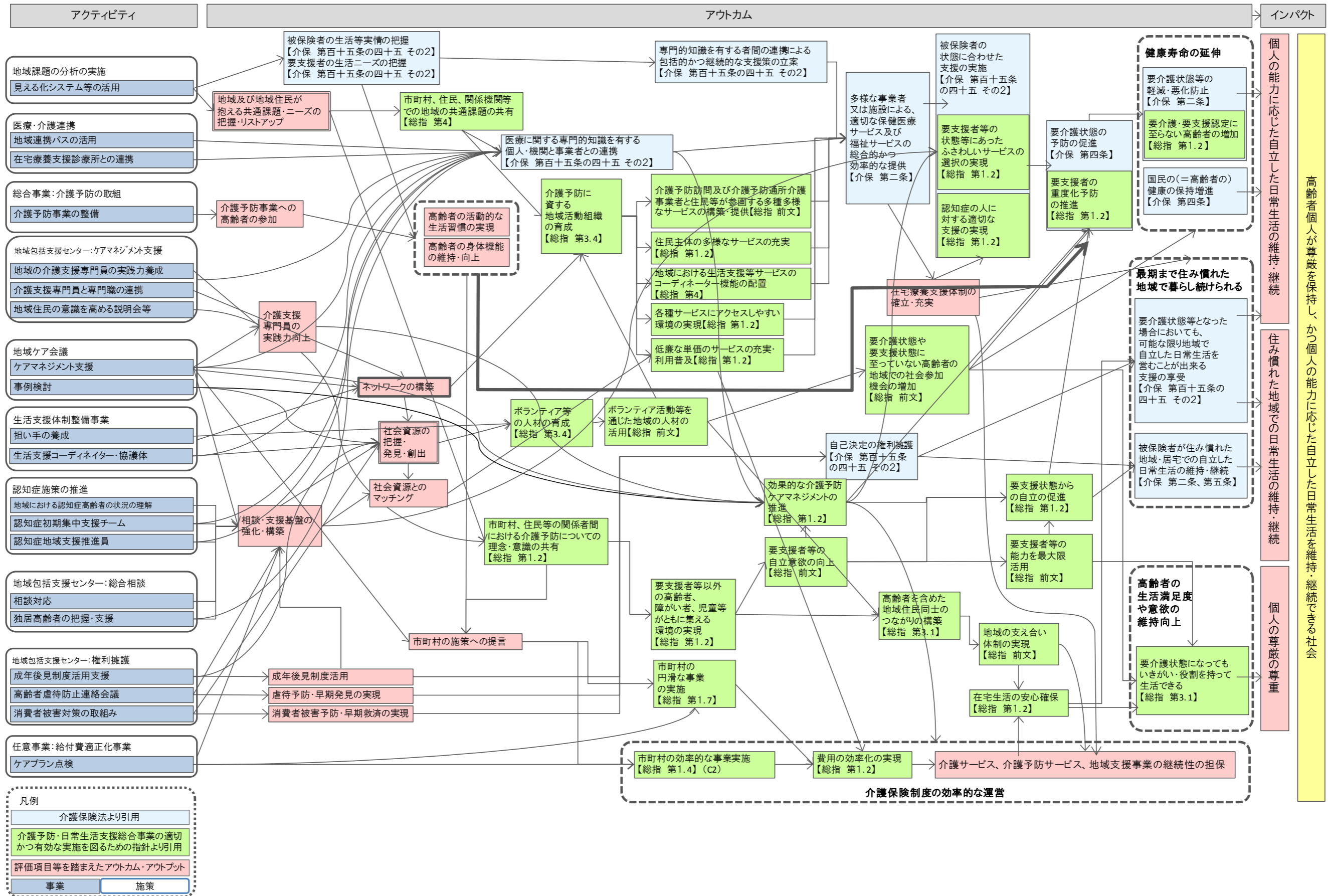
援事業、なかでも総合事業の状況は開始時期によって大きく異なることから、総合事業の開始時期を 3 段階に分類し、前述した自治体の基本的な特性と組み合わせて 12 の分類に整理した。

上述した各事項の調査・検討の結果の詳細については、本報告書の参考資料に示す。



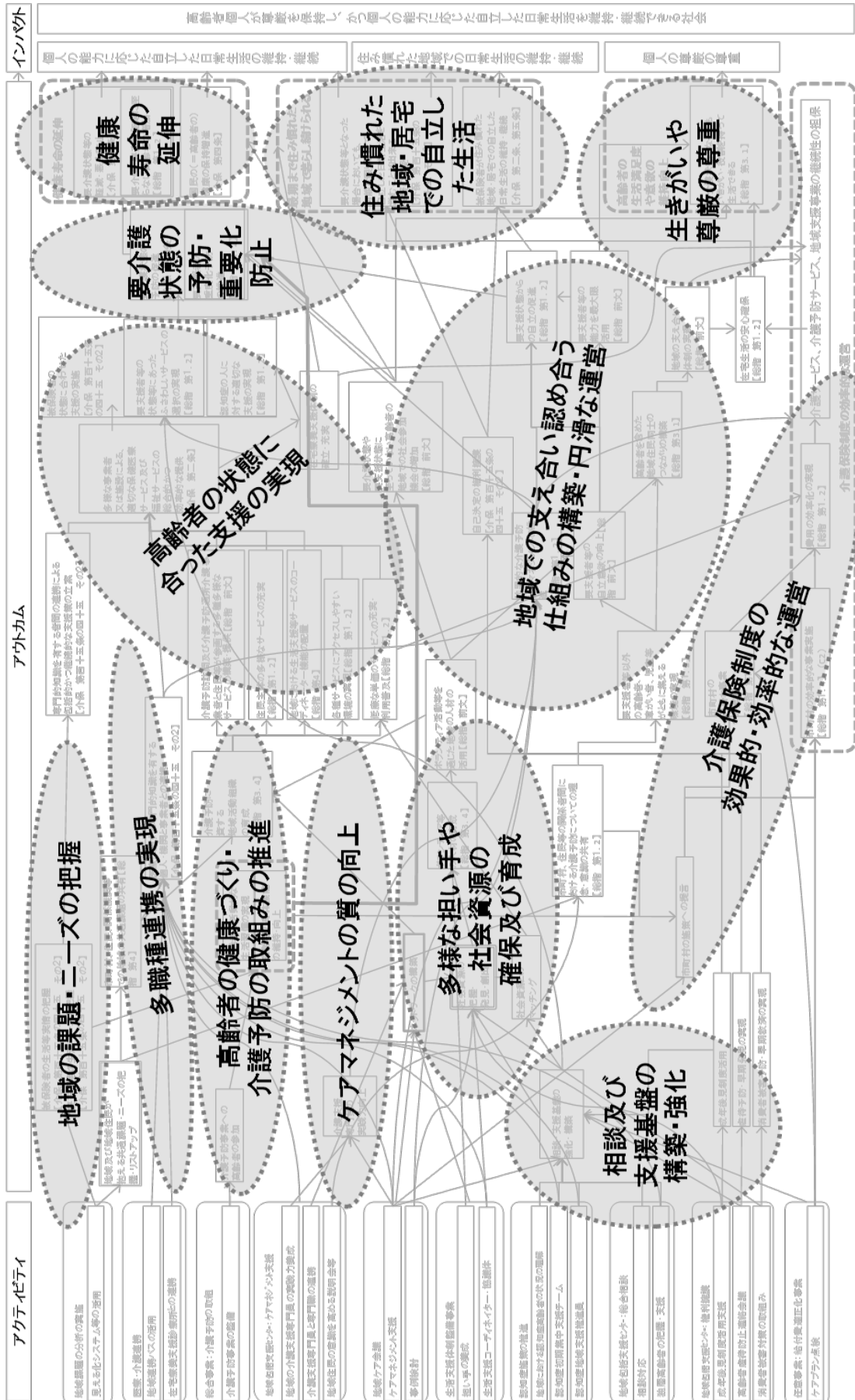


図表1 インパクトマップ(詳細版)

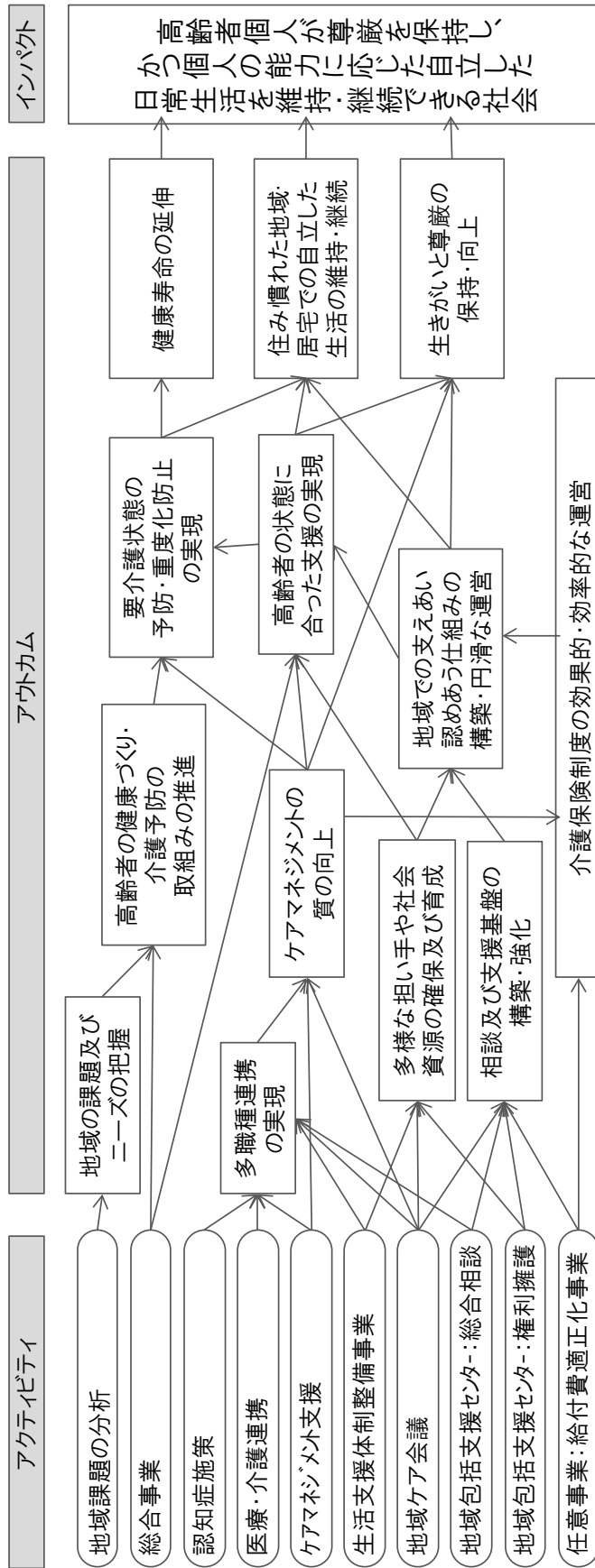




図表2 インパクトマップ(詳細版と概要版の対応)



図表3 インパクトマップ(養老版)



### 3. 本調査研究の目的と内容・進め方

#### (1) 本調査研究の目的

ここまで挙げた背景認識及び先行する調査研究事業における検討結果を踏まえ、本調査研究事業では、自治体が持つ既存データを活用したインパクトマップの妥当性の検証と、自治体においてインパクト評価を実施・活用（評価指標の選定やデータの蓄積、評価結果の活用等）の場面で想定される運用上の留意点の検討の2つを主たる目的とした。

なお、本調査研究では、保険者機能の強化に向けた財政的インセンティブ（保険者機能強化推進交付金）については、本調査研究の検討範囲とは分けて（本調査研究の検討の対象外として）検討を進めた。

#### (2) 本調査研究の内容と進め方

##### ① 評価指標の検討

###### a) 指標及びデータ候補の選定

平成 28 年度に実施した先行調査研究で整理された指標候補を対象に、まず、入手可能性の観点から、インパクトマップの評価指標として活用可能性が大きいと考えられる指標を選定した。

具体的には、自治体が行政報告等のために既に収集・蓄積しているデータであって、国に報告あるいは公表されていて入手可能な指標に着目し、選定した。

###### b) 自治体ごとに独自収集しているデータの収集

行政報告等のために国に報告あるいは公表されているデータ以外のデータであって、自治体ごとに独自に収集しているデータのうち、地域支援事業のインパクト評価に活用できると考えられるデータ項目を検討・設定し、後述する調査協力4自治体に対し、データ提供を依頼した。

具体的には、地域支援事業の実施状況のデータ（例えば、補助金等を交付している団体から集約される活動経過報告や介護予防プログラムへの参加状況や参加者のデータ等）や、日常生活圏ニーズ調査において自治体独自に設定した調査項目のデータ等を検討した。

###### c) 指標の活用可能性の検討

調査協力 4 自治体から提供を受けるデータは、基本的に直近のもの（第 6 期介護保険事業計画の期間内）と、およそ 3 年前のもの（第 5 期介護保険事業計画の期間内）の 2 時点とした。

3 年間の高齢化率の進展による影響を除外するため年齢階層別の集計を行った上で、時系列の変化やデータの特性について分析し、指標として実用的なものであるかどうかを検討した。

なお、ここでの指標としての実用性の検討は、「2 時点でデータの定義が異なっていないか」と「2 時点でデータの変化が見られるか」の 2 つの視点から行った。前者は、2 時点のデータが異なる定義や異なる選択肢で収集されている場合、同じ意味を持つデータとならないため、そもそ

も比較に適さないためである。後者については、自治体が地域支援事業の評価を行うにあたり、長くとも 3 年程度の間で変化が表れるような指標でなければ、行政事業の評価指標として利用しにくい(地域支援事業及び介護保険事業計画の振り返りの役に立てにくい)ためである。

## ② 既存データによる試行的検証

前項①で検討した指標及びデータ項目に着目し、公表されている統計データ及び調査協力 4 自治体から提供を受けたデータを対象に、まずは比較可能な形に正規化した上で、相関関係の有無を分析した。

この際、地域差を平準化できるよう、以下のようなデータの下処理を行った。

- ▶ 高齢者人口あたりの値に換算する  
(例:第 1 号被保険者千人あたりの通いの場の参加人数)
- ▶ 全体に占める〇〇の割合等の比率の値に換算する  
(例:通いの場参加者全体に占める男性の割合)
- ▶ 平成 25 年を 100 としたときの伸び率を示す指数に変換する

## ③ インパクトマップの活用及びデータセットのあり方についての検討

前項②までの検討結果を踏まえ、インパクト評価手法を地域支援事業の評価や事業内容の改善に活用していく際の具体的な運用方法や留意点等を、検討委員会及びワーキンググループで検討し、整理した。

また、検討した指標及びデータ項目について取り扱う上での実務的な留意点(例えば、データの読み方に多義性がある、定義が曖昧である等)について、ワーキンググループで検討し、とりまとめた。データ項目の検討では、併せて、適切な評価を行うために、自治体が既に持っているデータ以外で収集すべきデータ、つまりインパクト評価を行うために独自に収集すべきと考えられるデータについても検討を行った。

### (3) 検討委員会・ワーキンググループにおける検討

以下のとおり検討委員会・ワーキンググループを実施した。

なお、ワーキンググループの第1回、第3回、第4回は検討委員会と同時開催とした。

#### ① 検討委員会

第1回検討委員会 平成29年11月7日

第2回検討委員会 平成30年2月2日

第3回検討委員会 平成30年3月28日

検討委員会 委員名簿		(五十音順、敬称略)	○印 座長
瓜生 律子	世田谷区 高齢福祉部 部長		
清末 敬一朗	大分県 福祉保健部高齢者福祉課 課長		
駒村 康平	慶應義塾大学 経済学部 教授		
田中 明美	生駒市 福祉健康部 地域包括ケア推進課長		
土屋 幸己	公益財団法人 さわやか福祉財団 戦略アドバイザー		
○ 栃本 一三郎	上智大学 総合人間科学部 社会福祉学科 教授		
吉田 昌司	倉敷市役所 保健福祉局 参与		

#### ② ワーキンググループ

第1回ワーキンググループ 平成29年11月7日

第2回ワーキンググループ 平成29年12月18日

第3回ワーキンググループ 平成30年2月2日

第4回ワーキンググループ 平成30年3月28日

ワーキンググループ 委員名簿		(五十音順、敬称略)	○印 座長
江藤 修	杵築市市長部局福祉推進課 課長		
田中 明美	生駒市福祉健康部地域包括ケア推進課 課長	※	
松田 美穂	豊島区保健福祉部介護保険課 課長		
元木 博	八王子市福祉部高齢者いきいき課 課長		

※ 検討委員会委員 兼

なお、オブザーバーとして、厚生労働省 老健局振興課が検討委員会・ワーキンググループの両方に出席した。

## 第2章 分析・検討結果及び課題

### 第1節 評価指標の検討

第1章3.(2)で示した通り、評価指標の検討を「指標及びデータ候補の選定」、「自治体ごとに独自収集しているデータの収集」「指標の活用可能性の検討」の3ステップにより進めた。本節では各検討結果を示す。

#### 1. 指標及びデータ候補の選定

##### (1) 評価指標の候補の抽出・整理における視点

平成28年度の調査研究事業で作成したインパクトマップに基づき、インパクトマップの各項目の評価を実施するために活用しうる指標候補(データ項目)について、すでに自治体が有していると考えられるデータ群の中から抽出・整理を行った。指標候補を選定する基準(抽出の視点)は以下の2点である。

##### ① 収集可能性

すでに保険者・市町村が日常業務あるいは介護保険事業計画の策定のタイミングで把握しているものであれば、収集の負担が小さく、実用的であると考え、有望な候補として抽出・整理した。

特に、地域支援事業のインパクト評価を実際に運用するのは地域支援事業の担当課であると想定されるため、地域支援事業の担当課が所管しているデータ、あるいは一般に公表されているデータの方が、担当課の実務負担が小さいと考え、有望な候補として抽出・整理した。これは、地域支援事業の担当課以外の所管課が有しているデータを活用する場合、庁内連携の体制を構築し、データの抽出や利用において手続きを要するために、地域支援事業の担当課の実務負担が過大になると考えられるためである。

##### ② 定量的な取扱いの容易性

地域支援事業にインパクト評価手法を活用するには、その地域複数の項目間の相関性の分析が必要になる。例えば、地域支援事業のうち通いの場への参加者数の増加が、その地域の高齢者の外出頻度の増加に本当に関連しているのか、また外出頻度の増加が二次予防リスクを有する高齢者の割合の減少に本当に関連しているのか、といった視点での分析・検証が必要ということである。

このような分析を行うには、定量的なデータ(数値化されたデータ)の方が取り扱いやすい。したがって、指標候補として考えられるデータのうち、定量的な取扱いが容易なデータを、有望な指標候補として抽出・整理した。

なお、定性的なデータ(特に文章データ)は、相関関係を統計的に分析するには適さないが、



地域支援事業において実際にどのようなことが現場で起きているかを把握し、定量的な分析で検証された相関関係の理由(なぜ、そのような関係性があるといえるのか)を検討したり、当初想定されていなかった新たな相関関係を探索・発見するには有効である。

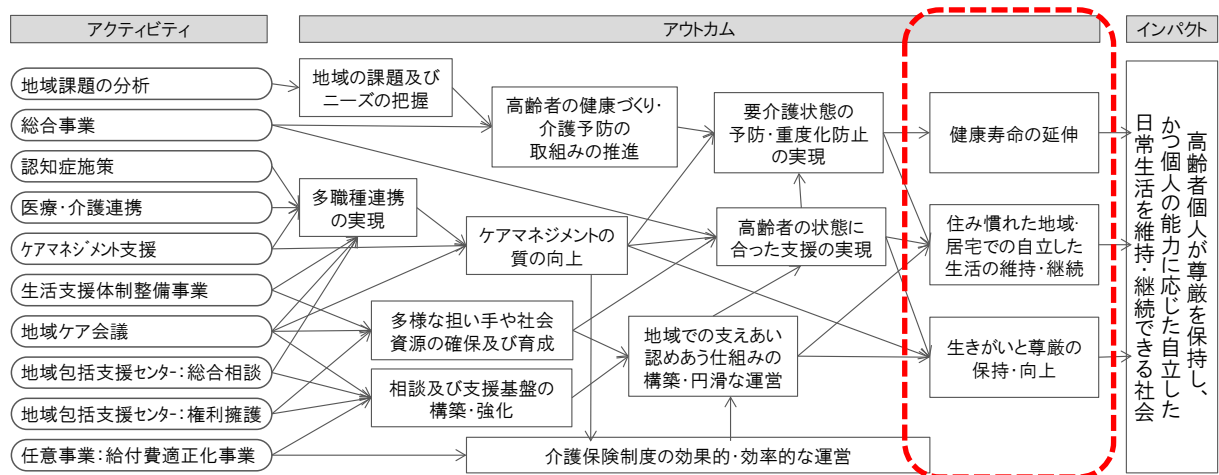
以上の視点を踏まえて、指標候補となるデータを、指標としての有望さ、優先度の順に以下に示すA～Fに分類した。

A	国に報告または公表されており、全国の保険者・市町村が一覧になった定量データがある、あるいはデータを元に容易に数値的な指標を算出することができる
B	各保険者・市町村ですでに把握している定量データがある、あるいはデータを元に容易に数値的な指標を算出することができる
C	国に報告または公表されている定性データがある
D	各保険者・市町村ですでに把握している定性データがある
E	別所管(県や保健所等)で把握しているとみられる
F	自治体によって把握しているかどうかはまちまちである可能性が高い 新たに収集が必要な可能性もある

以下では、最終アウトカム(インパクト)、アウトカム、アクティビティのそれぞれの項目について、具体的な評価指標案及びその内容について、上記で示した区分(有望度の整理)を合わせて整理したものを示す。

## (2) 最終アウトカム(インパクト)に関する項目とその評価指標の案

最終アウトカムとして設定した「健康寿命の延伸」「住み慣れた地域での自立した生活の維持・継続」「生きがいと尊厳の保持・向上」の3項目について、評価指標を設定し、区分した。



### ① 健康寿命の延伸

#### a) 要支援・要介護認定率

指標候補	区分	既存データ等
65歳以上要支援・要介護認定率	A	介護保険事業状況報告から算出
年齢階層別要支援・要介護認定率	A	介護保険事業状況報告から算出
65歳以上新規認定申請者の割合	F	認定情報には申請情報はないため困難
65歳以上新規認定者の割合	B	認定情報から算出可能
65歳以上新規認定者の平均年齢	B	認定情報から算出可能
原因疾患別認定率	F	認定情報には原因疾患はなし (二号被保険者のみ)

#### b) 総合事業利用者像

指標候補	区分	既存データ等
総合事業利用者の利用開始時点の年齢	F	(なし)
総合事業利用者の平均年齢	F	(なし)

### ② 住み慣れた地域での自立した生活の維持・継続

#### a) 在宅高齢者の割合

指標候補	区分	既存データ等
在宅高齢者率	A	介護保険事業状況報告から算出

#### b) 死亡時の在宅支援環境

指標候補	区分	既存データ等
死亡場所	E	人口動態調査
在宅患者訪問診療料	E	社会医療診療行為別調査
在宅時医学総合管理料	E	社会医療診療行為別調査

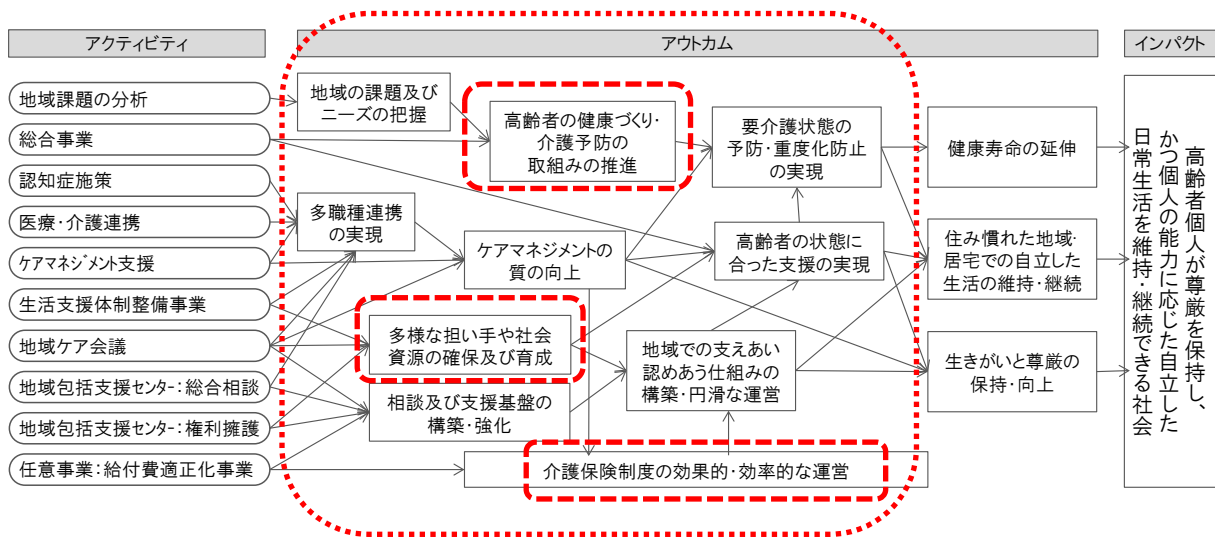
③生きがいと尊厳の保持・向上

指標候補	区分	既存データ等
主観的幸福感の高い高齢者の割合	B	改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果
主観的健康観の高い高齢者の割合	B	改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果
ボランティアに参加している高齢者の割合	B	改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果
地域づくりへの参加意向のある高齢者の割合	B	改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果
地域づくりへの企画・運営(お世話役)としての参加意向のある高齢者の割合	B	改訂版日常生活圏域ニーズ調査結果

### (3) アウトカムに関する項目とその評価指標の案

アウトカムとして設定した 10 の項目のうち、「要介護状態の予防・重度化防止」「高齢者の状態に合った支援の実現」「地域で支え合い認め合う仕組みの構築・円滑な運営」「ケアマネジメントの質の向上」「相談及び支援基盤の構築・強化」「多職種連携の実現」「地域の課題及びニーズの把握」については、その項目における評価指標の設定が難しいため、それよりも上流あるいは下流の項目で評価することとした。

このため、「高齢者の健康づくり・介護予防の取り組みの推進」「多様な担い手や社会資源の確保及び育成」「介護保険制度の効果的・効率的な運営」の 3 項目について評価指標を設定して区分を行った。



#### ①高齢者の健康づくり・介護予防の取り組みの推進

##### a) 高齢者の活動的な生活習慣の実現

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

b) 高齢者の身体機能の維持・向上

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

② 多様な担い手や社会資源の確保及び育成

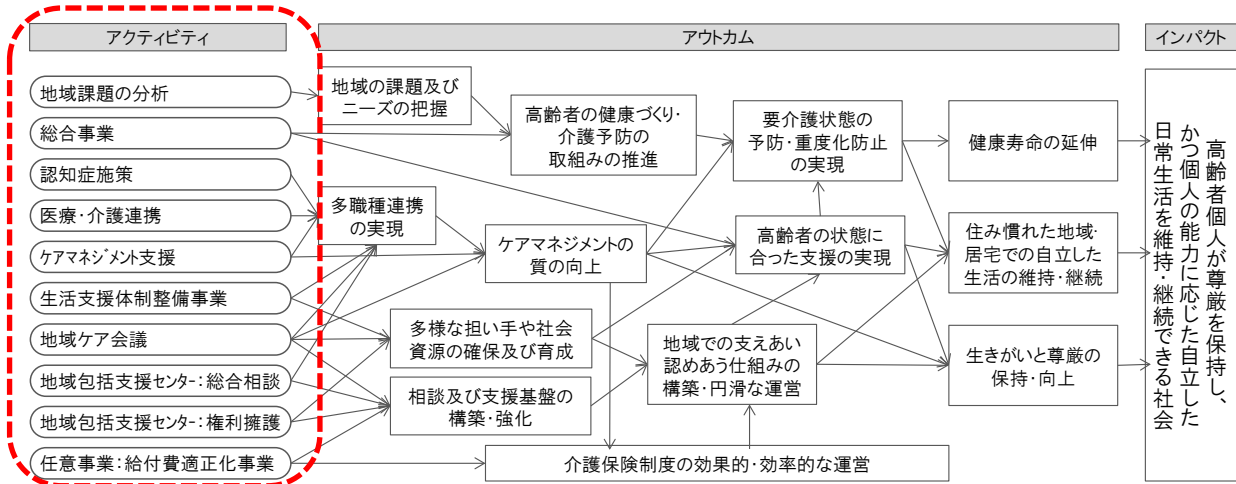
指標候補	区分	既存データ等
ボランティアの育成人数	A	介護予防事業実施状況調査
ボランティアの累積育成人数	A	介護予防事業実施状況調査

③ 介護保険制度の効果的・効率的な運営

指標候補	区分	既存データ等
介護予防・日常生活支援総合事業の費用額	A	介護給付費等実態調査
予防給付と介護予防・日常生活支援総合事業の費用総額	A	介護給付費等実態調査

#### (4) アクティビティに関する項目とその指標

評価指標の設定が難しい「地域課題の分析」を除く9項目について指標候補を設定し、区分を行った。



##### ① 総合事業(介護予防の取り組み)

指標候補	区分	既存データ等
通いの場の拠点数	A	介護予防事業実施状況調査
通いの場の参加状況	A	介護予防事業実施状況調査

##### ② 認知症施策

指標候補	区分	既存データ等
認知症総合支援事業に関するセンターとの協働の状況	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)
認知症初期集中支援チームとセンターが業務協力を行っているか	C	市町村と地域包括支援センターの連携・効果的な運営に関する調査 調査票(保険者票)

##### ③ 医療・介護連携

指標候補	区分	既存データ等
在宅医療・介護連携推進事業に関するセンターとの協働の状況	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)
在宅医療・介護連携を推進するために、センターに対して行っている支援	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)
医療・介護連携に関連して、地区医師会等の医療関係団体と定期的な会議を持っているか	C	市町村と地域包括支援センターの連携・効果的な運営に関する調査 調査票(保険者票)

#### ④ 地域包括支援センターにおけるケアマネジメント支援

指標候補	区分	既存データ等
包括的・継続的ケアマネジメント支援に関するセンターとの協働の状況	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)
主任介護支援専門員の把握状況	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)
日常生活圏域ごとの居宅介護支援事業所のデータを把握しているか	C	市町村と地域包括支援センターの連携・効果的な運営に関する調査 調査票(保険者票)
センターが開催する介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会等の開催計画を作成しているか	C	市町村と地域包括支援センターの連携・効果的な運営に関する調査 調査票(保険者票)
地域包括支援センターが介護支援専門員から受けた相談件数の総数	B	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 延べ件数	F	各自治体の介護保険事業計画等
地域住民への広報や地域の専門職との勉強会等、地域における介護予防や自立支援意識の共有化をどのような関係者や機関と図っているか	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)

#### ⑤ 生活支援体制整備事業

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

#### ⑥ 地域ケア会議

指標候補	区分	既存データ等
地域ケア会議の開催状況	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票分と、センター票分の合算が必要)
地域ケア個別会議の開催状況	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票分と、センター票分の合算が必要)
地域ケア個別会議・推進会議の参加者の職種	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)
地域ケア推進会議で議論していたテーマ:地域課題	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)
地域ケア会議の成果:地域課題発見	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)
センター主催の地域ケア会議への市町村職員の参加	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)

⑦ 地域包括支援センターにおける総合相談

指標候補	区分	既存データ等
地域包括支援センターと市区町村の総合相談業務における協働	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)
前年度1年間における相談件数の全センター合計	C	市町村と地域包括支援センターの連携・効果的な運営に関する調査 調査票(保険者票)
地域包括支援センター総合相談支援業務件数	F	介護保険事業計画に掲載がある自治体もある
総合相談業務に関するセンターとの協働の状況:地域の社会資源やニーズ・実態把握	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)
総合相談業務に関するセンターとの協働の状況 :社会資源の開発や地域課題への取り組み	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)
高齢者の見守り体制を協議する場(会議等)	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)
高齢者の見守り体制を整備しているか	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)
地域の民間事業者等との見守りに関わる協定の締結状況	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)

⑧ 地域包括支援センターにおける権利擁護

指標候補	区分	既存データ等
権利擁護業務に関するセンターとの協働の状況 2)成年後見制度の利用支援	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)
成年後見人養成研修修了者数・養成人数	F	各自治体の介護保険事業計画
地域福祉権利擁護事業利用件数(年間)	F	各自治体の介護保険事業計画
権利擁護業務に関するセンターとの協働の状況 1)高齢者虐待防止・対応	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)
高齢者虐待防止法第15条で規定されている「専門的に従事する職員」の配置	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)
高齢者虐待対応の支援計画の策定有無	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)
高齢者虐待対応のルール等の有無	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)
高齢者虐待対応に関して、センターから相談の連絡に連携して対応した事項等の有無	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)
前年度1年間における虐待事例の全センター合計件数	C	市町村と地域包括支援センターの連携・効果的な運営に関する調査 調査票(保険者票)
虐待の届出・相談件数	F	各自治体の介護保険事業計画
権利擁護業務に関するセンターとの協働の状況:消費者被害防止・対応	C	地域包括支援センター運営状況調査(市区町村票)

⑨ 任意事業(給付費適正化事業)

指標候補	区分	既存データ等
ケアプラン点検実施率	B,F	介護給付適正化計画



## 2. 自治体ごとに独自収集しているデータの収集

自治体ごとに独自収集しているデータの収集は、「一般に公表されている自治体別データの収集」と、「調査協力自治体から本調査研究のために提供を受けることによるデータ収集」の 2 つの方法により実施した。以下に、それぞれの実施結果を示す。

### (1) 公表情報からのデータ収集

前項 1. で検討したデータ項目を踏まえ、一般に公表されている以下のデータを収集した。

具体的には、後述(3)で示す、調査協力自治体から提供を受けるデータと時点を合わせるため、第 6 期介護保険事業計画期間のデータ(平成 27～29 年度)と、第 5 期介護保険事業計画期間のデータ(平成 24～26 年度)を収集・整理した。

なお、制度改正、報酬改定後直後の年度(介護保険事業計画期間の 1 年目)は、制度改正や報酬改定の影響が大きく、また新たな事業が開始される場合も多いため、評価のためのデータとしては計画期間の 3 年目ないし 2 年目のデータを用いることが望ましいと考えられたが、介護保険事業運営に関する自治体別のデータについては公表されている最新のデータが平成 27 年度分であったため、第 6 期介護保険事業計画期間を代表するデータは平成 27 年度のものを用いることとした。

#### ① 平成 27 年介護予防事業実施状況調査

老健局老人保健課が集計している「平成 27 年度 介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査」であり、1741 市町村のデータ(※市町村合併により平成 25 年に比べて 1 町減っている)である。主な調査項目は以下の通り。

- (1) 介護予防に資する住民運営の通いの場の展開状況
- (2) 一次介護予防事業(総合事業未実施市町村のみ回答)
- (3) 一般介護予防事業(総合事業実施市町村のみ回答)
  - [1] 介護予防把握事業の情報収集の方法
  - [2] 介護予防普及啓発事業の実施状況
  - [3] 地域介護予防活動支援事業の実施状況、ボランティア等の人材の育成
  - [4] 地域リハビリテーション活動支援事業の実施状況、専門職の関与状況
- (4) 介護予防・生活支援サービス事業
- (5) 介護予防事業
- (6) 旧総合事業

#### ② 平成 25 年介護予防事業実施状況調査

老健局老人保健課が集計している「平成 25 年度 介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査」であり、1742 市町村のデータである。

主な調査項目は以下の通りであり、平成 27 年と共通の項目もあれば、単年度しかないデータもある。

- (1) 二次予防事業及び要支援・二次予防事業
  - [1] 二次予防事業対象者の把握事業の実施状況等
  - [2] 介護予防事業の実施状況(総合事業未実施市町村のみ回答)
  - [3] 予防サービス事業の実施状況(総合事業実施市町村のみ回答)
  - [4] 生活支援サービス事業の実施状況(総合事業実施市町村のみ回答)
- (2) 一次予防事業
- (3) 二次予防事業・一次予防事業評価事業
- (4) 介護予防に資する住民運営の通いの場の展開状況
  - [1] 介護予防に資する住民運営の通いの場の状況
  - [2] リハビリテーション専門職等の関与状況

### ③ 平成 27 年介護保険事業状況報告

1579 保険者のデータであり、老健局介護保険計画課の所管である。

調査項目は年度によって変わることはほぼなく、以下のような項目となっている。年齢階層別、やサービス種類別の詳細の項目にわたっている。

- 被保険者数、要介護(要支援)認定者数
- サービス受給者数
- 保険給付(給付費)

### ④ 平成 25 年介護保険事業状況報告

平成 27 年度と同様の、1579 保険者についての、被保険者数・認定者数・受給者数・保険給付に関するデータである。

### ⑤ 統計でみる市区町村のすがた 2017 年版

総務省統計局による「統計でみる市区町村のすがた 2017 年版」(平成 29 年 6 月刊行)を使用した。内容のデータは 2014 年や 2015 年時点のものが多く掲載されている。1741 市町村のデータである。

人口・世帯、自然環境、経済基盤、行政基盤、教育、労働、文化・スポーツ、居住、健康・医療、福祉・社会保障等の分野にわたり、約 100 項目のデータが掲載されている。

## (2) 調査協力自治体の選定

一般には公表されておらず、自治体ごとに独自収集しているデータを活用したインパクト評価の試行的実施・検証を行うために調査協力いただける自治体を選定した。なお、本調査研究では自治体間の比較や評価を目的とはしていないが、地域特性を考慮した試行的な分析を行うため、自治体の地域特性を整理し、特性が異なる群ごとに調査協力自治体を選定・依頼することとした。

具体的には、平成 28 年度の調査研究において整理した、自治体の特性格別のグループ分けと総合事業開始時期別の分類を活用することとし、それらの分類の中から地域特性と総合事業開始時期がばらけるよう、下図表の通り、計 4 つの調査協力自治体を選定した。

なお、総合事業の開始時期について「平成 29 年度開始」を調査協力自治体の対象から除外したのは、地域支援事業(とくに総合事業)の実施効果を検証するには適さないと考えられたためである。

図表4 自治体のグループ分けと調査協力自治体

	グループ A	グループ B	グループ C	グループ D
特徴	人口 約 2 万人 高齢化率高	人口 50 万人以上 高齢化率低	人口 約 10 万人 認定率低	人口 30～40 万人 平均的
全国の自治体数	約 1000 自治体	少数	約 250 自治体	約 100 自治体
総合事業早期開始 平成 27 年 4～12 月	A 市		C 市	
中期開始 平成 28 年 1 月～3 月 平成 28 年度		B 市		D 市
後期開始 平成 29 年度				

図表 4 に示す自治体特性格別のグループ分け及び総合事業開始時期別の分類の考え方は以下の通りである。

グループ A は人口 2 万人規模の市や町が多く、要介護認定率が 20% ぐらい、2025 年に予想される高齢化率が 40% ぐらいで、多くの保険者がここに分類される。グループ B は人口が多く、高齢化率が低い自治体である。グループ C は、人口 10 万人規模の市で、要介護認定率が 15% ぐらい、2025 年に予想される高齢化率が 30% ぐらいの自治体が多い。グループ D は高齢化率・要介護認定率とも全国平均水準で、人口が 30～40 万人の規模である。

### (3) 調査協力自治体からの提供によるデータ収集

#### ① 日常生活圏域ニーズ調査

第6期介護保険事業計画の策定に際して実施した日常生活圏域ニーズ調査(平成25年度下期～平成26年度上期頃に実施)と、第6期介護保険事業計画の策定に際して実施した改訂版日常生活圏域ニーズ調査(平成28年度下期～平成29年度上期頃に実施)の提供を依頼した。

なお、国から示されたニーズ調査実施の手引きの改訂により、調査項目が変化している。また、同じ問いでも、回答する選択肢が異なる場合もある。

#### ② 介護保険認定情報

直近(平成29年4月1日現在〔目安〕)に有効期間内の要介護・要支援認定者と、3年前(平成26年)の2時点のデータについて、個人情報削除した上で1人1行でのデータ提供を依頼した。より精緻に分析する場合には、個人情報を暗号化して他の数値に置換する等して、3年前のAさんの要介護度が現在どのように変化したか、個人ごとに集計することが有効である。しかしデータ提供の難しさや自治体内の手続きの負担を鑑み、個人情報は削除することとし、個人ごとの突合は行わなかった。しかし、1人1行データでの提供を得たことにより、詳細なセグメントに分類して集計することができ、例えば3年前の75～79歳女性の認定率と、現在の75～79歳女性の認定率を比較することが可能となった。

#### ③ 介護保険給付情報

直近(平成29年6月審査分〔目安〕)の給付情報(レセプト)と、3年前(平成26年)のデータについて、個人情報を削除した上でのデータ提供を依頼した。上記②と同様に、個人ごとの突合をできる形での提供は依頼しなかった。しかし1レセプト1行でのデータであり、それぞれに受給者の要介護度や年齢・性別等の基本情報があったため、例えば「80～84歳で施設サービス給付を受けている人数」を算出し、80～84歳人口に占める施設入所者の割合等を指標として算出することが可能となった。

④ 診療報酬に関するデータ

在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料等在宅医療の実施状況を把握できるデータの提供を依頼した。

図表5 診療報酬に関して依頼したデータのフォーマット(イメージ)

	国保分		後期高齢者医療分	
	平成 28 年 6 月 審査分	平成 25 年 6 月 審査分	平成 28 年 6 月 審査分	平成 25 年 6 月 審査分
全年齢				
65～69 歳				
70～74 歳				
75～79 歳				
80～84 歳				
85～89 歳				
90～94 歳				
95～99 歳				
100 歳以上				

⑤ 死亡場所のデータ

「住み慣れた地域での自立した生活の維持・継続」に関する指標に関連するデータとして、死亡場所のデータの提供を依頼した。死亡届の様式の半分は死亡診断書となっており、死亡場所を医師が記載し、選択肢式の項目に○をつける欄がある。死亡届は市区町村が受理する様式であるため、このデータの提供を依頼した。なお、死亡時点の年齢階層別に以下のような様式での提供を依頼した。

図表6 「死亡したところの種別」

死亡診断書 (死体検案書)

この死亡診断書(死体検案書)は、我が国の死因統計行政の資料としても用いられます。かい審で、できるだけ詳しく書いてください。

氏名	民事一郎	①男 2女	生年月日	明治 23 年 12 月 14 日 大正 平成 (なまじりから初日は西に死亡したと し、まは生まれた時刻も書いてください) 午前・午後 時 分
死亡したとき	平成 21 年 1 月 9 日			午後 4 時 10 分
死亡したところ 及びその種別	死亡したところの種別	①病院 2 診療所 3 介護老人保健施設 4 助産所 5 老人ホーム 6 自宅 7 その他		
	死亡したところ 施設の名	東京都港区虎ノ門1丁目1 〇〇〇〇病院		

(資料) 法務省ウェブサイト

図表7 人口動態に関して依頼したデータのフォーマット(イメージ)

	総数	病院	診療所	介護老人 保健施設	助産所	老人 ホーム	自宅	その他
全年齢								
65～69 歳								
70～74 歳								
75～79 歳								
80～84 歳								
85～89 歳								
90～94 歳								
95～99 歳								
100 歳以上								

## ⑥ 地域包括支援センター運営状況調査への回答内容の写し

地域包括支援センター運営状況調査は、市町村・保険者が厚生労働省に報告するものではなく、民間のシンクタンクが厚生労働省の補助を受けて実施している調査研究である。調査項目は調査の目的に応じて変わるものの、継続的に実施されている調査であり、この調査への回答経験を有する自治体職員も少なくない。

地域包括支援センター運営状況調査のなかに、総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援、地域ケア会議、介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援、在宅医療・介護連携、認知症高齢者支援、生活支援体制整備等多岐にわたる項目があり、このなかには地域支援事業の評価に活用しうるものもあると考えられる。

市町村・保険者から厚生労働省に報告されている介護保険事業状況報告等の調査は、保険者あるいは市町村の一覧で公表されているが、地域包括支援センター運営状況調査結果は個別の自治体が特定できる形では公表されていない。このため、公表データを各自治体の指標として活用することはできない。

自治体における指標データの収集の負担を軽減するためには、すでに業務の中でデータ収集手順が定まっているものを再活用することが有効であると考えられる。そこで本調査研究ではこれらの調査の項目についても評価指標としての有用性の検討を行った。

### 3. 指標の活用可能性の検討

前項 2. で収集したデータを用いてインパクト評価への適用を試行した。

具体的には、前項 2. で収集したデータについて、入手に伴う実施可能性、データセットの特性(既存のデータ構造や入力データの内容)、異なる調査時点でのデータ収集の前提条件の違い、おおむね 3 年程度の間でのデータへの変化の現れ方等の実務的な観点から、これら指標(データ)がインパクト評価に活用しうるものかどうかを検討・整理した。

以下、データセットごとに、指標としての活用可能性に関する検討結果を示す。

#### (1) 日常生活圏域ニーズ調査データの活用可能性

##### ① データの概要

日常生活圏域ニーズ調査は 3 年ごとに定期的に調査が実施される。国が示す手引きの内容が変化し、設問の加除や表現の変更、選択肢の変更等があるものの、読み替えることで比較可能な項目も多い。

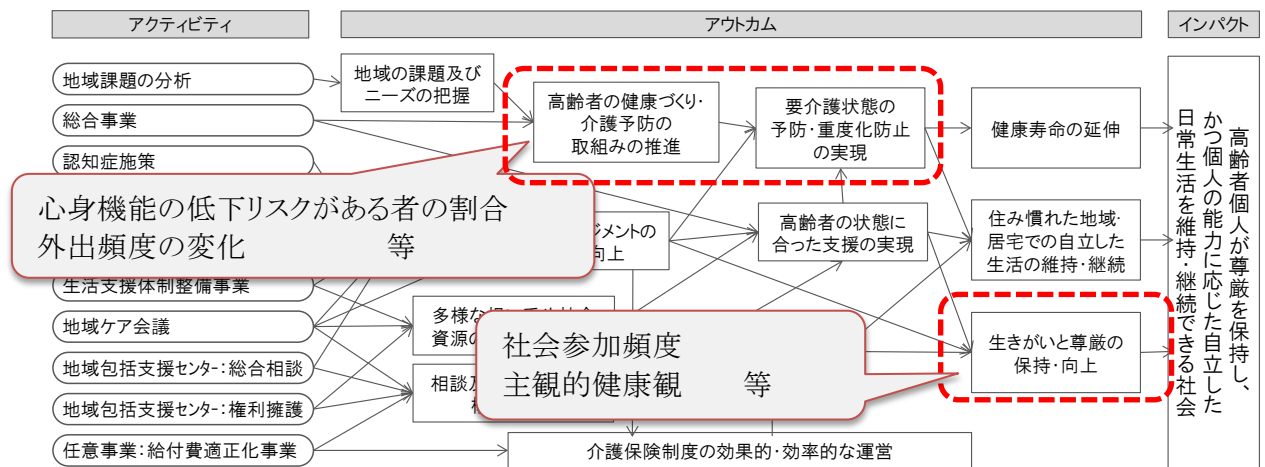
##### ② データの概要と収集可能性

日常生活圏域ニーズ調査のローデータ(回答者 1 人につき 1 行で入力されているデータ)を地域支援事業の所管課が保有していることが多いため、他課に依頼せずに入手できる場合が多い。日常生活圏域ニーズ調査の実施にあたっては、印刷・配布・入力・集計等にコストはかかっているものの、介護保険事業計画策定のサイクルに則って予算計上されており、インパクトマップの項目に対応した指標として用いるにあたって新たなコストはほぼ発生しない。

ただし、データ入力の仕様が都度異なる場合もある。具体的には、例えば 6 期向け調査では「男」「女」と文字入力、7 期向け調査では男=1、女=2等、コーディングが異なる場合がある。また、無回答の場合にデータ上空欄とする場合もあれば、ハイフン(-)や数字の 0 や 99 等のダメーデータを入力している場合がある。また、複数回答の設問の場合の入力方法が同じ自治体でも年度によって異なる場合もあった。このため、日常生活圏域ニーズ調査のデータを時系列で蓄積しさえすれば、進捗を測る指標としてすぐに使えるとは限らず、事前にデータクリーニングが必要な場合もある。

### ③ 指標候補の検討

ニーズ調査の項目から、以下の9つの指標候補について検討を行った。



それぞれの指標候補について、日常生活圏域ニーズ調査の設問の内容と、選択肢の項目を比較すると以下の通りである。6期のときに「はい、いいえ」の2択だった質問が、3択ないし4択になっているものも多い。比較分析にあたっては、例えば4択の選択肢の意味をもとに、2択のどちらかにあてはめるために読み替えた。

なお、指標候補のうち、認知症の兆候については、6期向け調査のときは「周りの人から『いつも同じ事を聞く』などの物忘れがあると言われるか」という問いだったのが、7期向け調査では、本人の主観で「物忘れが多いと感じますか」へと変わった。判断基準が変わったため、「物忘れが多いと自分では感じているが周りの人に指摘されるほどではない」という中間ゾーンの人が、第6期にはリスクなし、第7期ではリスクありに区分されるという違いがあり、指標として用いることは難しい。



図表8 日常生活圏域ニーズ調査の設問の変化の例

	項目	第6期設問		第7期設問		選択肢の比較 ⑥は6期、⑦は7期
1	運動器機能	問2 Q1-3, 問3 Q1,2	運動器機能判定5項目	問2 (1)-(5)	運動器機能判定5項目	⑥ はい、いいえ の2択 ⑦ できるしている、できるがしていない、できない の3択
2	転倒経験	問3Q1	この1年間に転んだことがありますか	問2(4)	過去1年間に転んだ経験がありますか	⑥ はい、いいえ の2択 ⑦ 何度も、一度、ない の3択
3	外出頻度	問2Q5	週に1回以上は外出していますか	問2(6)	週に1回以上は外出していますか	⑥ はい、いいえ の2択 ⑦ ほとんどない～週5以上の4段階
4	外出増減	問2Q6	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	問2(6)	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	⑥ はい、いいえ の2択 ⑦ とても～いない の4段階
5	咀嚼力	問4Q3	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	問3(2)	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	選択肢一致(はい、いいえの2択)
6	孤食	問4Q11	自分一人ではなく、どなたかと食事をともにする機会がありますか	問3(4)	どなたかと食事をともにする機会がありますか	選択肢一致(頻度別の5段階)
7	地域活動参加	問7 Q11(1)(2)(3)(6)	次のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか	問5(1) ①-④	以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか	選択肢一致(頻度別の6段階)
8	主観的健康感	問8Q1	普段、ご自分で健康だと思えますか	問7(1)	現在のあなたの健康状態はいかがですか	表現は異なるものの、いずれも4段階
参考	物忘れ	問5Q1	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	問4(1)	物忘れが多いと感じますか	選択肢一致(はい、いいえの2択)

以下は、具体的な指標の候補に対して、3年間という介護保険事業計画の1期分の期間において、どのような変化があったかについて見たものである。男女別にどの年齢階層においても改善傾向が見られた指標、年齢層によって改善・悪化の逆転があった指標、指標の増減幅がごくわずかだった指標等があった。

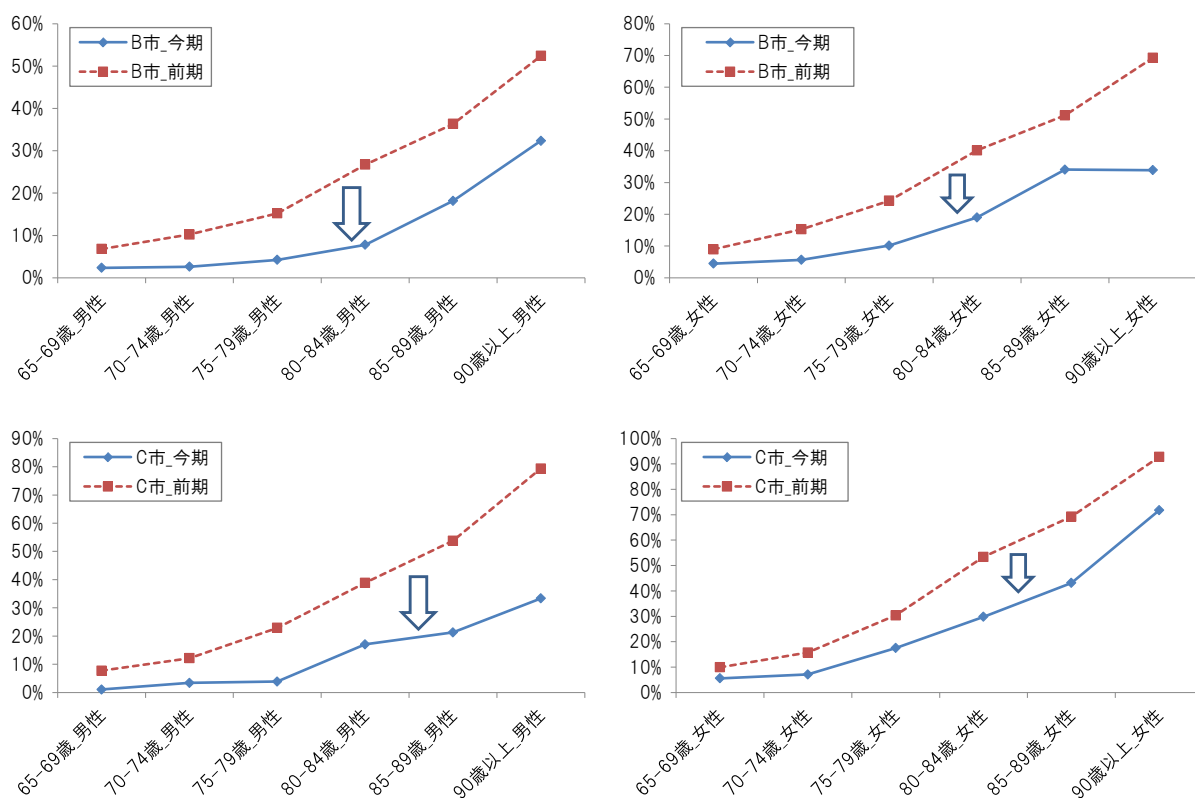
平成26年頃のデータと、平成29年頃のデータをもとに作成した指標候補であり、調査協力自治体はいずれも平成27年～28年度に総合事業を開始していることから、それらの取り組みの成果が数字に現れている可能性もある。一方で、健康づくりに関する意識が高い団塊の世代の層が高齢者層に増えていることが影響している可能性もある。

a) 男女別にどの年齢層を見ても、改善傾向が見られた指標候補

運動器リスクのある高齢者の割合や閉じこもりリスクのある高齢者の割合などは、男女別にどの年齢層を見ても、改善傾向が見られる。自治体ごと、男女別にグラフの縦軸の目盛りが異なることから、数値の変化の幅はさまざまであるが、3年間で10ポイント前後の変化が見られた年齢階層もあった。

運動器の機能低下リスクが下がった背景には、自治体での取り組みがあると考えられる。数ヶ月間の通所型のプログラムで、ストレッチ・筋トレ等を行い、身体機能の向上、運動の仕方についての知識の獲得、運動の習慣づけ等を行っている。自宅でできる体操を動画配信する等の普及啓発によって、個人で運動したり、高齢者同士が集まって運動をするといった取り組みも効果を上げていていると考えられる。一方で、スポーツ庁による平成29年度『スポーツの実施状況等に関する世論調査<sup>i)</sup>』によると、週1日以上運動・スポーツをする成人の割合は51.5%で、前年度の42.5%よりも9ポイント増加していることから、高齢者に限らず市民全体の運動の実施率が増加傾向にあり、65歳の時点での心身機能が高まっている可能性もある。

図表9 運動器機能低下リスクありの人の割合の変化



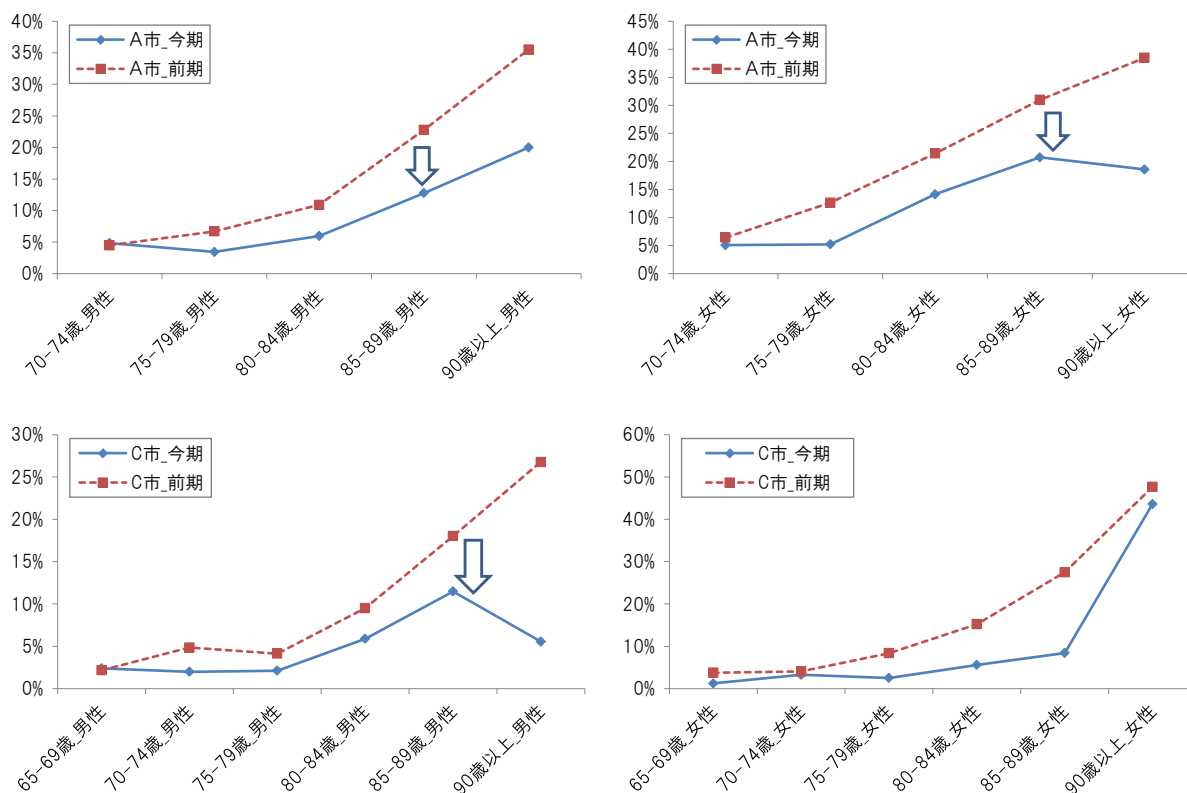
[調査数] B市\_今期(n=5494), C市\_今期(n=2575), B市\_前期(n=25402), C市\_前期(n=2516)

<sup>i)</sup> [http://www.mext.go.jp/sports/b\\_menu/houdou/30/02/1401750.htm](http://www.mext.go.jp/sports/b_menu/houdou/30/02/1401750.htm)

外出が週1回未満で、閉じこもりリスクがありと考えられる人の割合も改善傾向が見られた。特に75歳以上の高齢者において改善傾向が顕著である。閉じこもりをもたらす背景には、「外出する理由がない」「外出がおっくう」等の心理的な要因と、「長時間歩くのが困難」「階段の昇降が困難」「交通手段がない」等の身体的・物理的要因がある<sup>i</sup>。内閣府が実施した『平成26年度高齢者の日常生活に関する意識調査結果<sup>ii</sup>』によると、日常的に「外出したい」と考えている高齢者が61.3%であり、一方で、「あまり外出したいとは思わない」28.3%、「外出したいとは思わない」4.0%となっている。

外出をしたいができない(しづらい)人が体力をつけたり、交通手段を手に入れることを可能にすること、そして外出をしたいとは思わない人に対して外出の理由や楽しさを提供することが、閉じこもりリスクの低下につながると思われる。下肢筋力をつけて歩きやすくすることは運動プログラム等によって後押しすることができるが、例えばコミュニティバスの運行等のまちづくりの施策が高齢者の閉じこもりリスク低下につながる可能性もある。また、高齢者が参加する会やグループの活動の活性化によって、外出の目的と楽しみができて閉じこもり防止につながることも期待できる。

図表10 閉じこもりリスクありの人の割合の変化



〔調査数〕A市\_今期(n=2084) , C市\_今期(n=2575) , A市\_前期(n=5331) , C市\_前期(n=2516)

<sup>i</sup> 平成25年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)介護サービス事業者による生活支援サービスの推進に関する調査研究事業『要支援者の自立支援のためのケアマネジメント事例集』 p8

<sup>ii</sup> <http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h26/sougou/zentai/index.html>

b) 指標の増減の幅が小さく、変化を把握しづらい指標の例

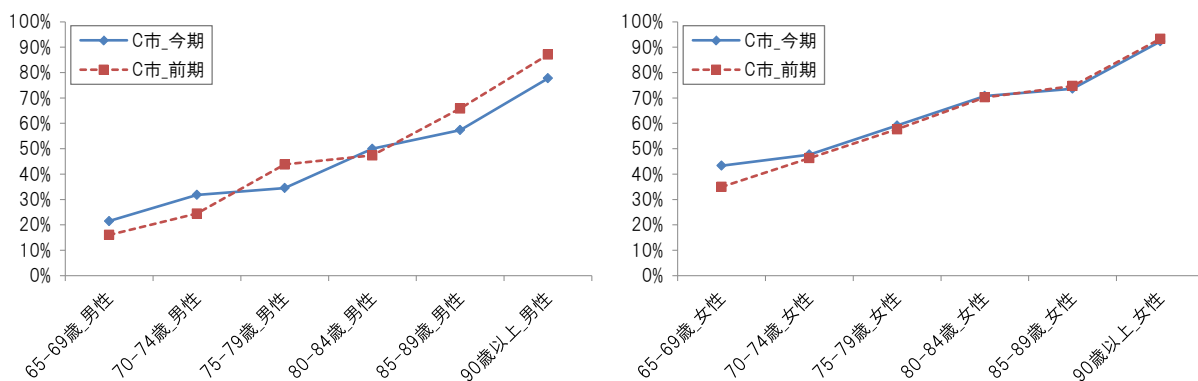
C市における転倒に対する不安がある人の割合は、特に女性において第6期ニーズ調査と第7期ニーズ調査とでほとんど変化が見られなかった。

転倒に対する不安はそれ自体が「悪い」と決め付けるべきものではなく、不安があるからこそ慎重になり、結果的に転倒の予防につながっている可能性もある。

数字の増減幅の小ささもさることながら、その意味の解釈も難しい指標であるといえる。

全国で転倒予防教室を行っている自治体は数多くあり、筋力の向上やバランスの改善等、身体的な側面では一定の効果を挙げていると考えられる。しかし本調査項目は転倒に対する「不安」について尋ねたものである。転倒予防教室を修了したからといって、転倒の不安が軽減するとは限らず、場合によっては転倒・骨折の危険性についての知識を得たことがきっかけで、却って不安が増幅する可能性もある。あるいは、自治体の取り組みとは別に、知人・友人の転倒・骨折・入院等を見聞きして不安が募る場合もあると考えられる。

図表11 転倒に対する不安がある人の割合



[調査数] C市\_今期(n=2575), C市\_前期(n=2516)

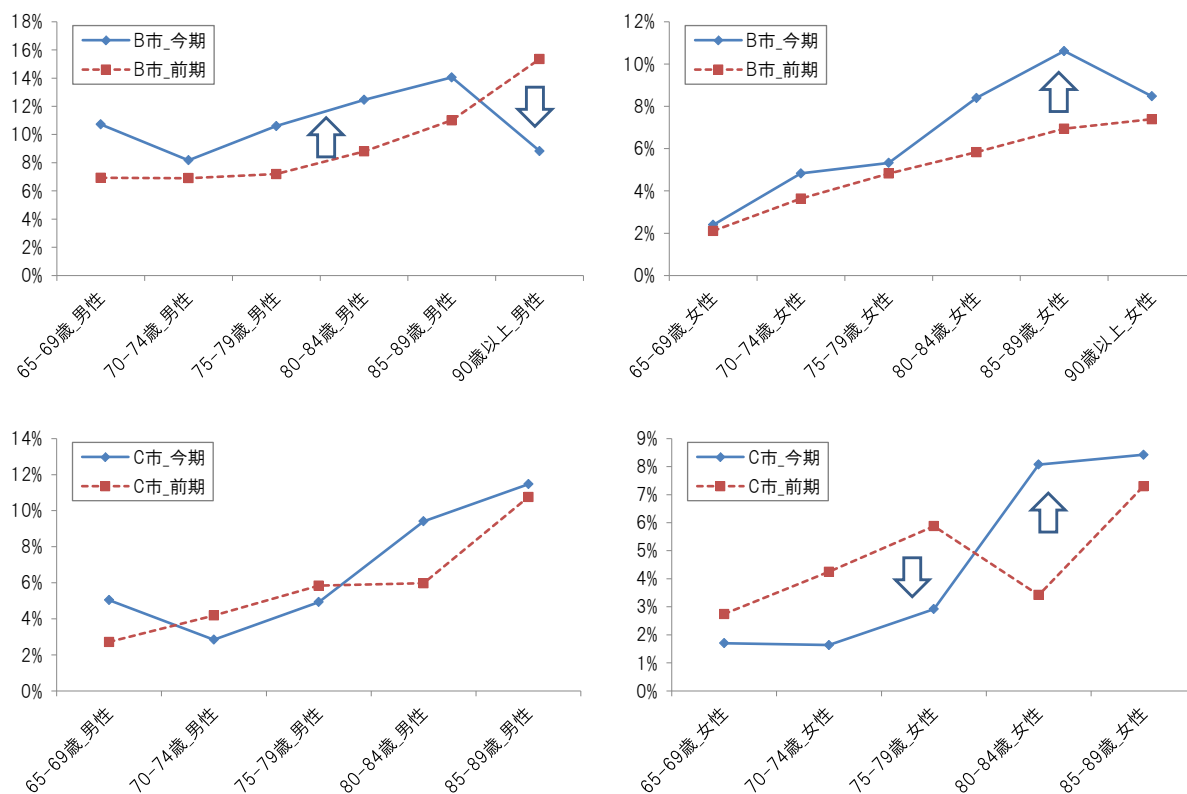
### c) 年齢階層や男女によって増減が逆転する指標の例

孤食(ともに食事をする機会がない)の人の割合が増えた年齢階層と、減少した年齢階層とが混在する。食事をともにすることは、社会参加・コミュニケーション・生きがいの面で意義があるのみならず、栄養摂取とも関係がある。独りの食事だと、栄養が偏ったり、1日の食事の回数を減らしてしまう等低栄養のリスクが高まる。

調査協力自治体のデータでは、孤食の人の割合が一部の年齢層で減少、一部の年齢層で増加する等の傾向が見られた。孤食の人の割合が下がる状況として考えられるのは、通いの場やサロンに参加するようになって、そこで一緒に食事をする機会が増えたり、友人ができたといった場面である。高齢に体調を崩したのを機に、近居していた子どもが親の様子を見に来る回数が増える、といった状況もあるだろう。サービス付高齢者住宅等に入居したりして、ともに食事をする人可以できるといった場合も考えられる。

「ともに食事をする機会がない」という状況がどのように発生していて、どのような方法で改善するのかを検討するにあたって、高齢者の生活に関するより詳しいデータが必要であるといえる。

図表12 孤食(ともに食事をする機会がない)の人の割合

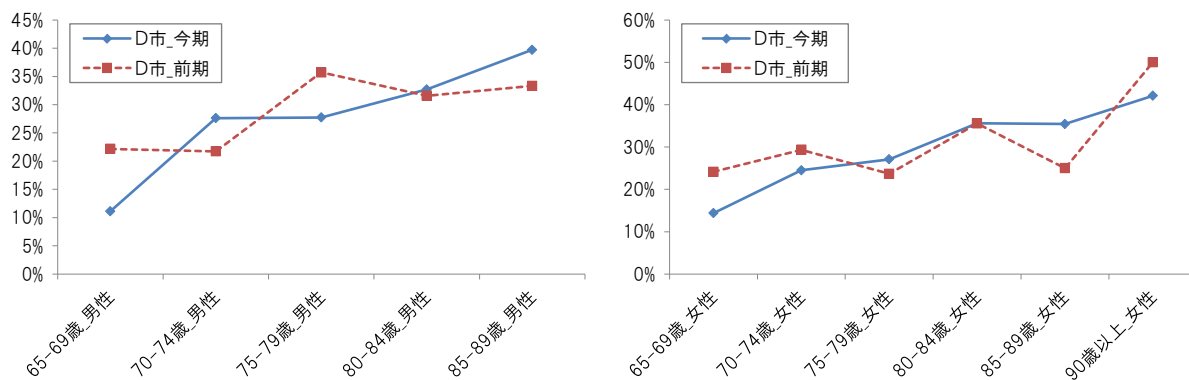


[調査数]B市\_今期(n=5494),C市\_今期(n=2575),B市\_前期(n=25402),C市\_前期(n=2516)

「固いものが食べにくくなった」人の割合についても、改善傾向にある年齢階層と、悪化傾向にある年齢階層とがあった。他のリスク項目に比べて、年齢の増加によるリスク者の増加の幅が小さく、65～69歳でもリスク者が一定割合を占める。咀嚼や嚥下に必要な筋肉が失われたり、歯が抜けてしまう等、加齢に伴う咀嚼力の低下だけでなく、虫歯等によって一時的に固いものが食べにくくなっている人も含まれている可能性がある。また、高齢になっても、適切な義歯の使用やインプラント等によって、固いものが再び食べられるようになることも考えられる。

介護保険の地域支援事業の枠組みのなかで取り組みが可能な対象者と、健康づくりの文脈で歯科医師等と連携した取り組みが必要な対象者とが含まれると考えられる。何が原因でどのような状況にあるのかを正確に把握することが、適切な対策を講じる上で必要である。

図表13 固いものが食べにくくなった人の割合



〔調査数〕D市\_今期(n=2154),D市\_前期(n=1131)

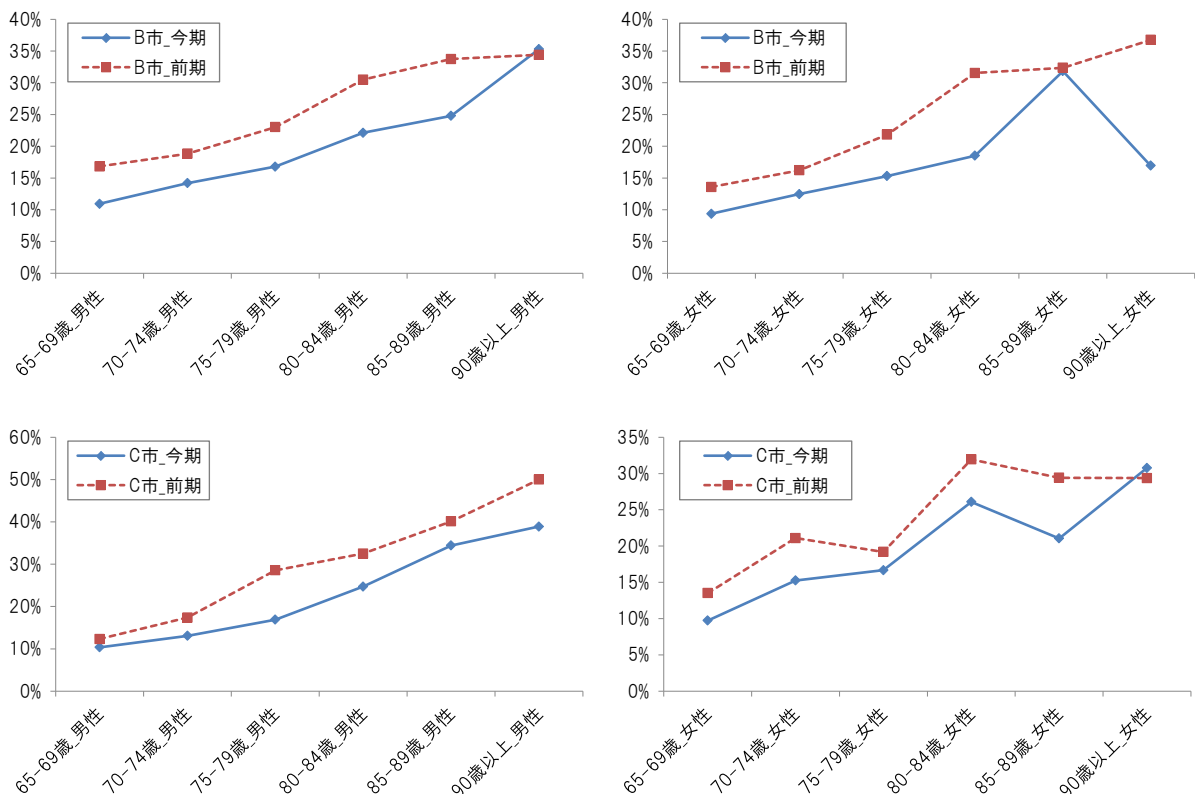
### 【方針に基づき指標の設定が必要な指標候補】

リスク項目については、『介護予防マニュアル』や『介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 実施の手引き』等で、「リスクあり」の判定方法が示されている。一方で、どこに着目するかを判断する余地がある項目もある。例えば、主観的健康観について「悪い」と回答している人に着目するのか、「やや悪い」と「悪い」を合算した人数が人口全体に占める割合に着目するのかといったことである。「悪い」の選択肢を選ぶ回答者はかなり体調が悪く、重度化リスクも高いと考えられる。ただし本当に体調が悪い人は日常生活圏域ニーズ調査に記入して返送することもままならないだろう。また、調査の規模によっては、「悪い」と回答する人は男女別・年齢 5 歳階級別に見ると数人しかいない場合もあり、データのブレが大きくなるリスクがある。

一方「やや悪い」「悪い」を合算してその出現率を指標として設定する場合、主観的あるいは一時的な体調の低迷までも含んでいる可能性がある。

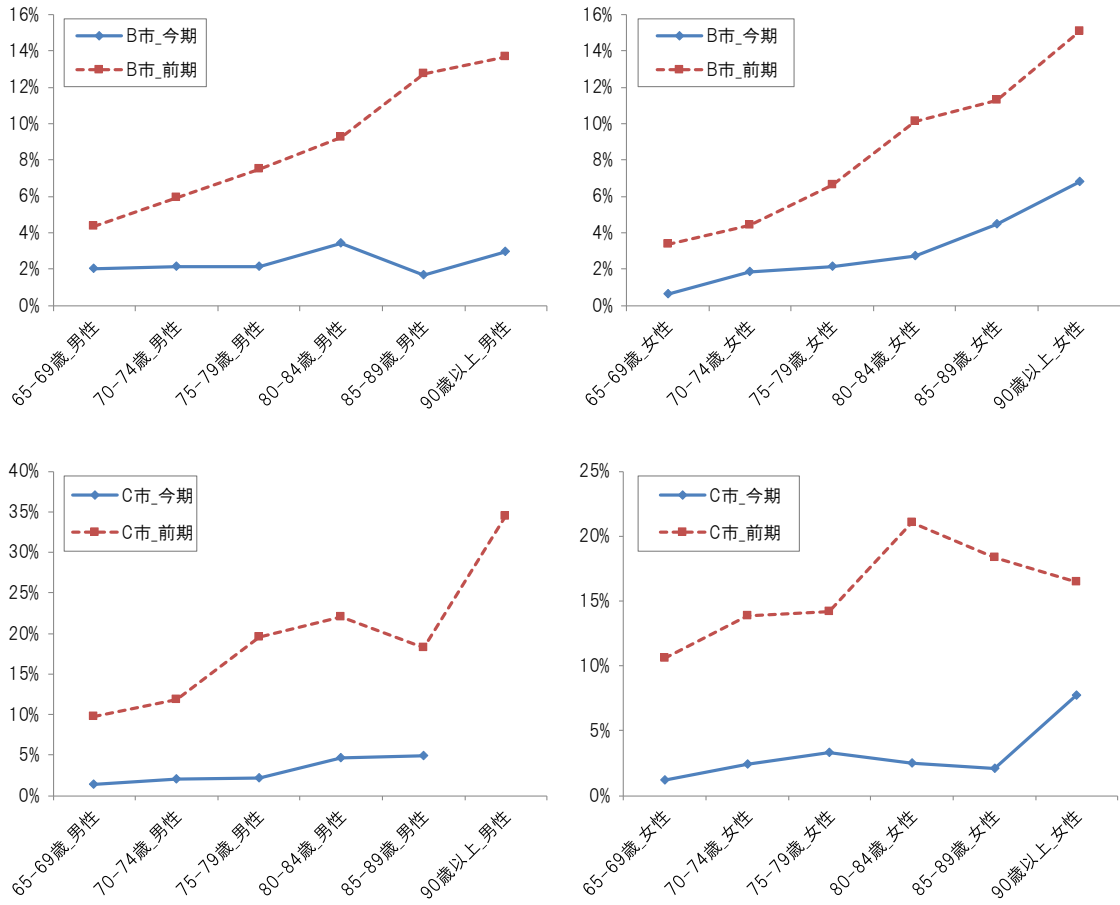
主観的健康観が「悪い」人の出現率を下げるための取り組みと、「やや悪い」「悪い」の出現率を下げるための取り組みとは、ターゲットや内容が異なる。このため、指標の設定には背景となる方針が必要である。

図表14 主観的健康観が「悪い」「やや悪い」の人の割合



[調査数]B市\_今期(n=5494),C市\_今期(n=2575),B市\_前期(n=25402),C市\_前期(n=2516)

図表15 主観的健康観が「悪い」の人の割合



〔調査数〕B市\_今期(n=5494),C市\_今期(n=2575),B市\_前期(n=25402),C市\_前期(n=2516)



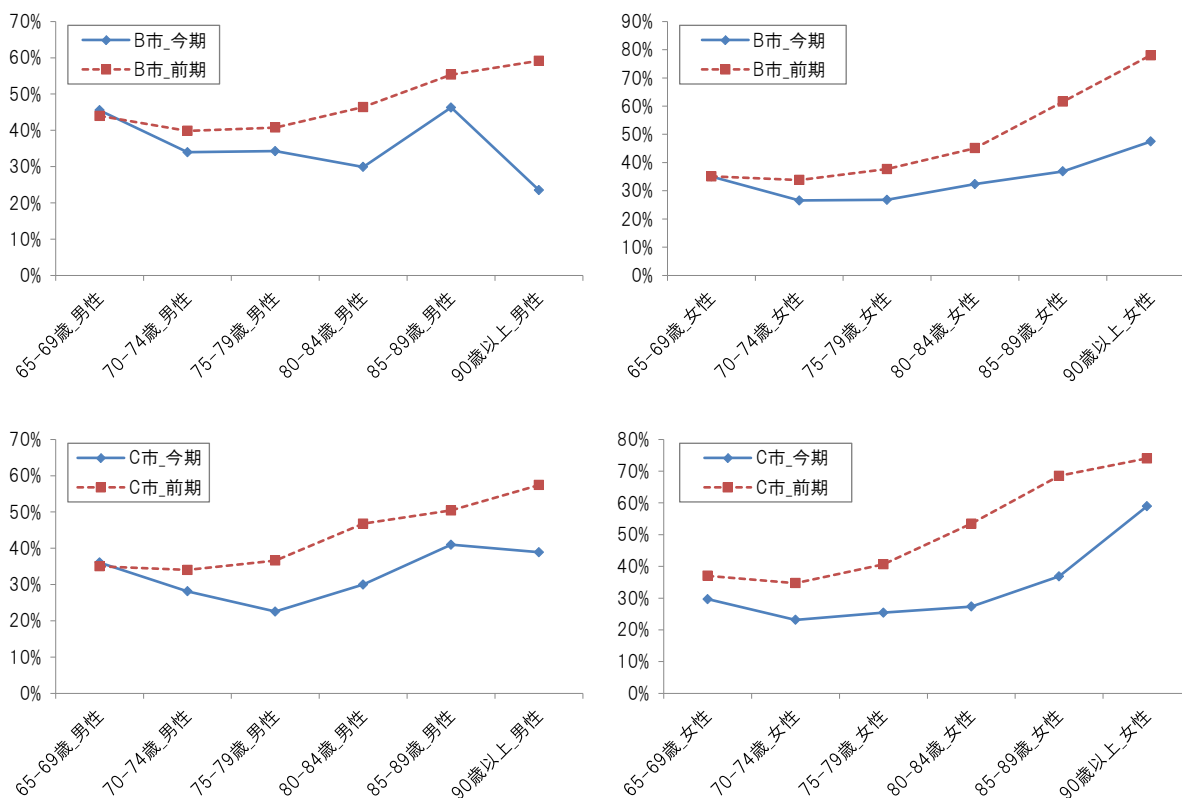
同様に、社会参加についての指標も、どのように指標化するかは検討の余地がある。日常生活圏域ニーズ調査では、① ボランティアのグループ、② スポーツ関係のグループやクラブ、③ 趣味関係のグループ、④ 学習・教養サークル、⑤ 老人クラブ、⑥ 町内会・自治会、⑦ 収入のある仕事の7つの会・グループのそれぞれについて、参加頻度を「週4回以上」「週2～3回」「週1回」「月1～3回」「年に数回」「参加していない」まで、6段階で尋ねている。

以下では、7つの会・グループのすべてについて「参加していない」と回答した人を、社会参加が少ないという目安として集計した。この前提で算出すると、7つのうちひとつでも参加していれば、「社会参加が少ない」という判定にはあてはまらないことになる。例えば敬老イベントへのお誘いを手厚くすることで、会・グループの活動に「年数回参加」する人の割合が増え、「会やグループにひとつも参加していない人の割合」は減少する。年数回の参加がきっかけとなって地域とのつながりが醸成されるとみる場合はこのような指標の設定と取り組みが適切と考えられる。

一方で、会やグループへの参加は外出のきっかけやコミュニケーションの機会であり年数回では少ないという見方もできる。閾値を「月1回」に設定し、「年に数回」「参加していない」をリスク層とみなすこともできる。この場合は、参加していない人に参加を促すだけでなく、年に数回しか参加していない人が毎月参加するように頻度を上げることも取り組みとして必要になる。

指標の設定の仕方によって、取り組みの内容も変わるため、社会参加をどう捉えるかが重要になる。

図表16 会やグループにひとつも参加していない人の割合



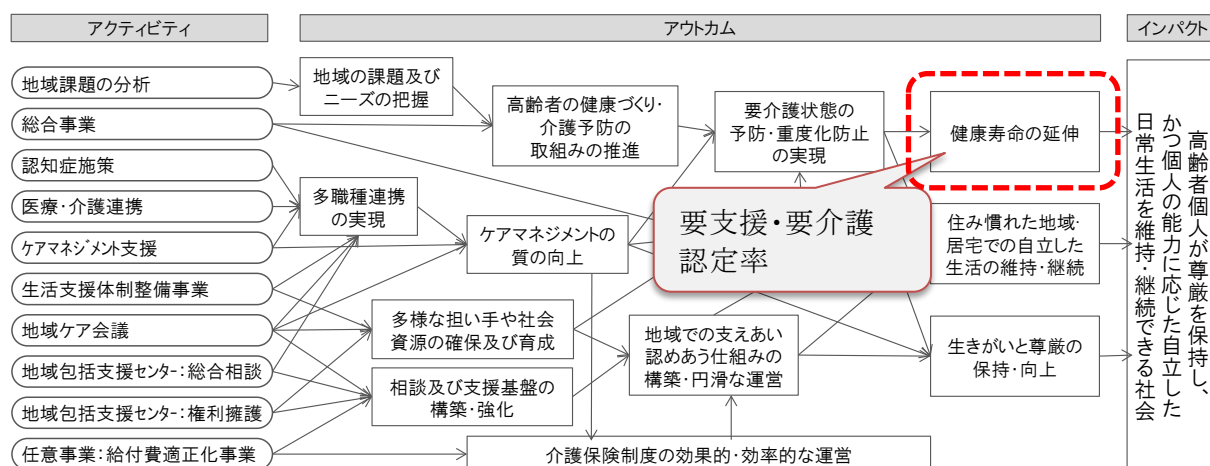
[調査数] B市\_今期(n=5494), C市\_今期(n=2575), B市\_前期(n=25402), C市\_前期(n=2516)

## (2) 要介護認定情報の活用可能性

### ① データの概要と収集可能性

要介護・要支援認定の情報は、平成12年以來のデータが各自治体に必ず蓄積している。地域支援事業の所管課とは異なる課が管理していることが多いものの、入手は比較的容易である。専用ソフトや専用端末で管理されていても、各自治体において介護保険事業計画の策定等のために、CSV(カンマ区切り)や Microsoft Excel 形式でデータを出力して活用している場合も多く、出力作業にかかる手間や負担はさほど大きくないと見られる。介護保険運営の通常業務のなかで蓄積するデータであり、データ蓄積にあたって新たな負担は発生しない。

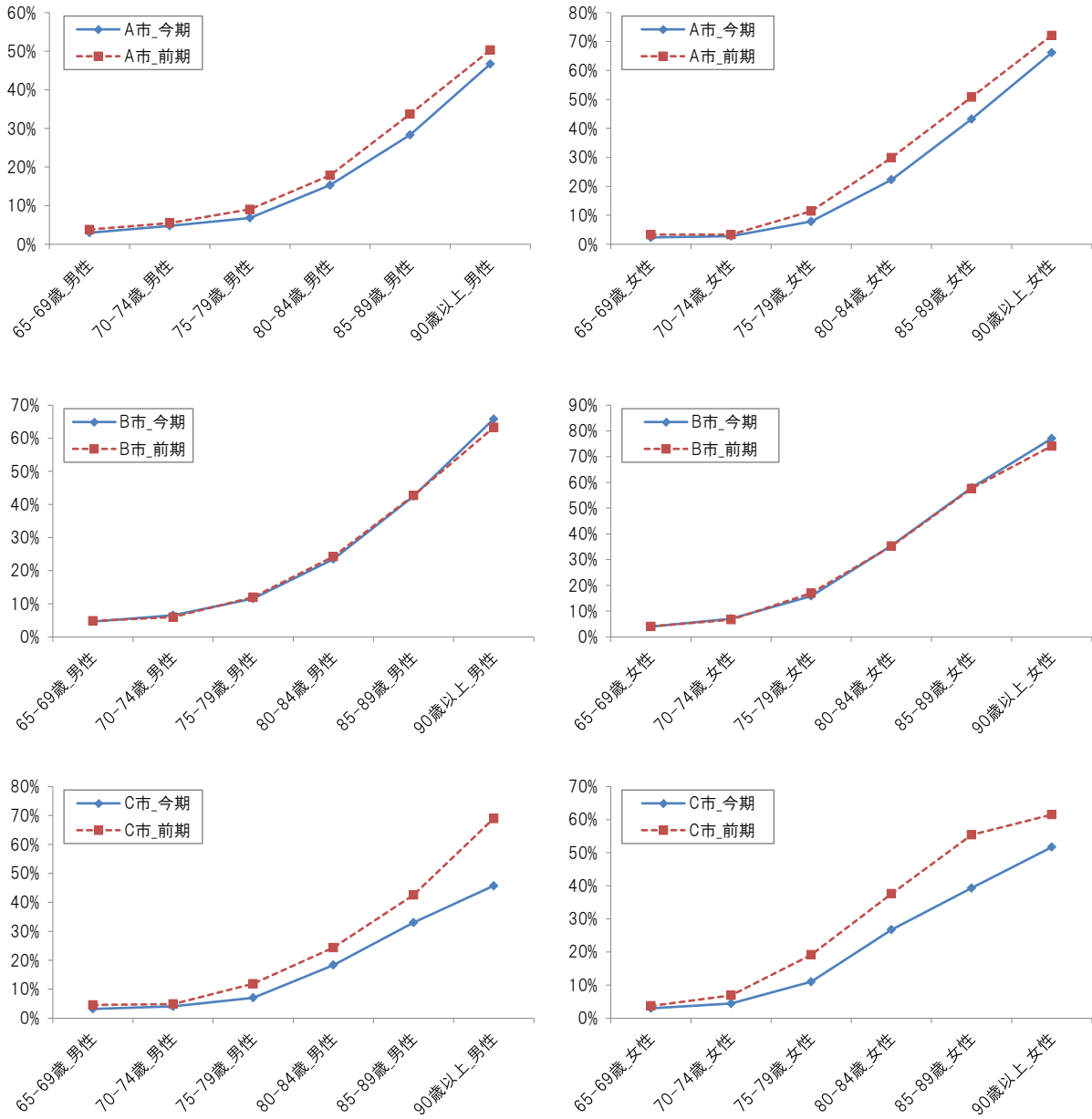
日常生活圏域ニーズ調査等のアンケート調査では誤回答や異常値等が発生するが、認定情報ではその確率が極めて低く、信頼性の高いデータである。これを男女・年齢階層・圏域等のセグメントごとに人口等で除したり、伸び率を計算する等して、比較的容易に指標を作成することができる。



### ② 指標候補の検討

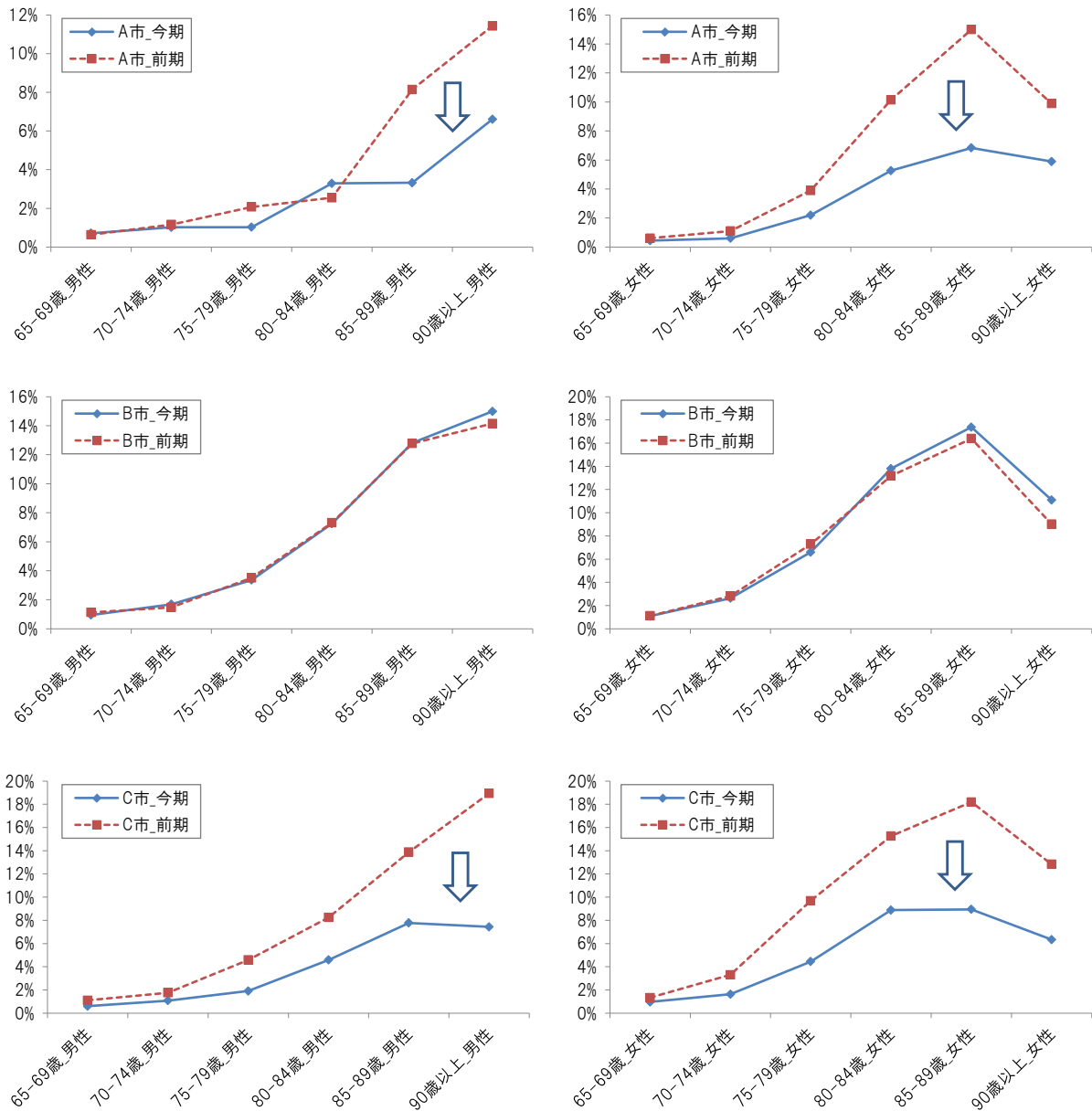
年齢階層別の要介護認定率(認定者数÷人口)が下がるということは、その年齢層になっても介護を必要としていない人の割合が上がることと連動するはずであり、健康寿命の延伸の指標となる。一方で、制度の変化やサービス提供基盤によって認定率が変わることもある。例えば、総合事業の開始のタイミングによって要支援の認定を受ける人の割合が大きく変わったため、要支援1～2の認定率だけを見ると見誤る部分がある。長期的には地域支援事業の成果として要支援1～要介護5までの認定率が下がる可能性もあるが、重度者の認定率は施設サービスや入居型のサービスの供給によって高まる場合もある。これらを踏まえると、要介護1のみ、あるいは要介護1+2のみの認定率に着目すると変化率を捉えやすいと考えられる。

図表17 要支援+要介護認定率



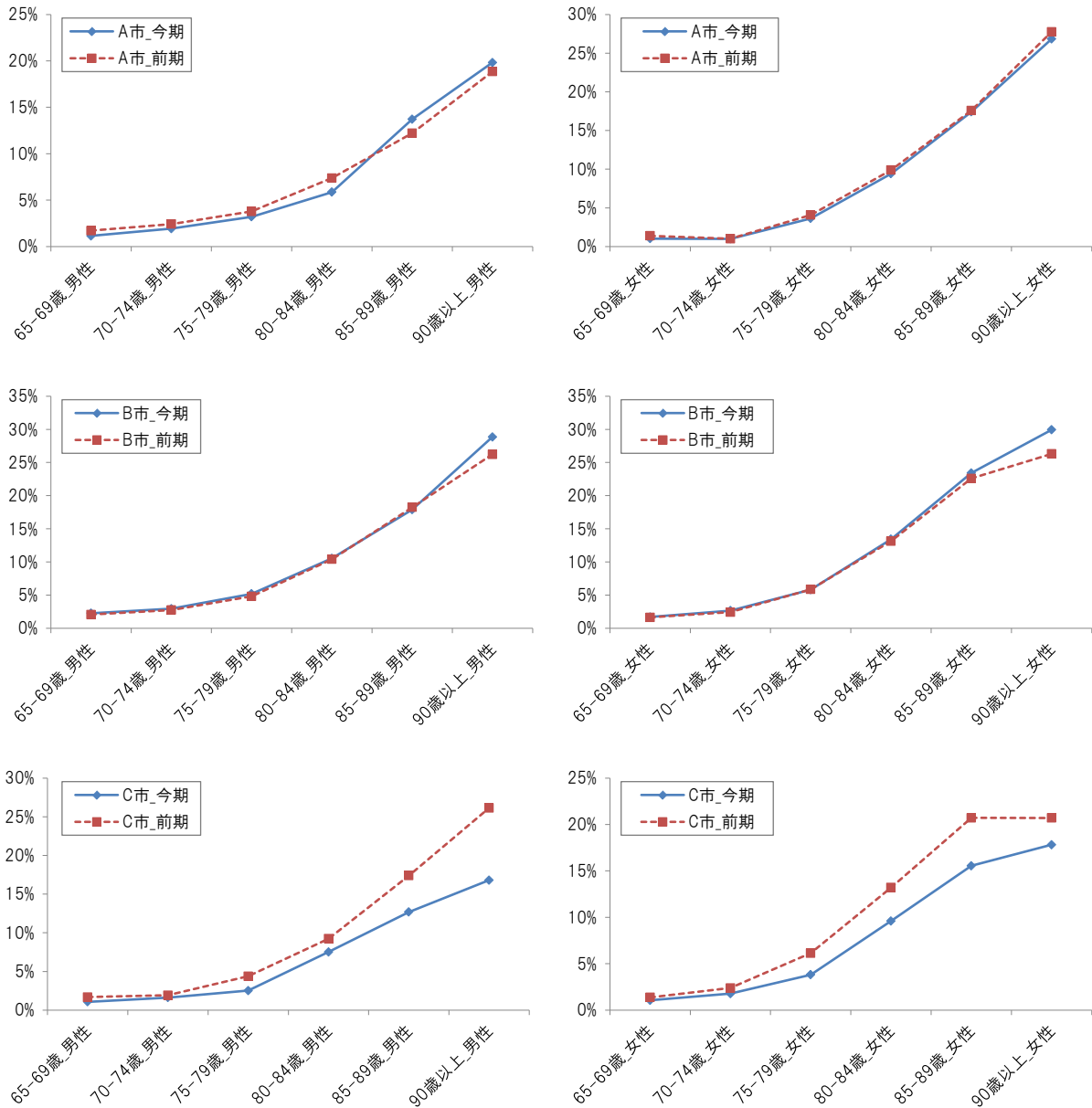
A市とC市は早期に総合事業を開始していることが背景にあり、要支援1～2の認定率(認定者数が高齢者人口に占める割合)は平成26年から平成29年時点の間に減少傾向にあると考えられる。一方、B市は中期に総合事業を開始しているためか、認定率はほぼ変わらない。

図表18 要支援1-2 認定率

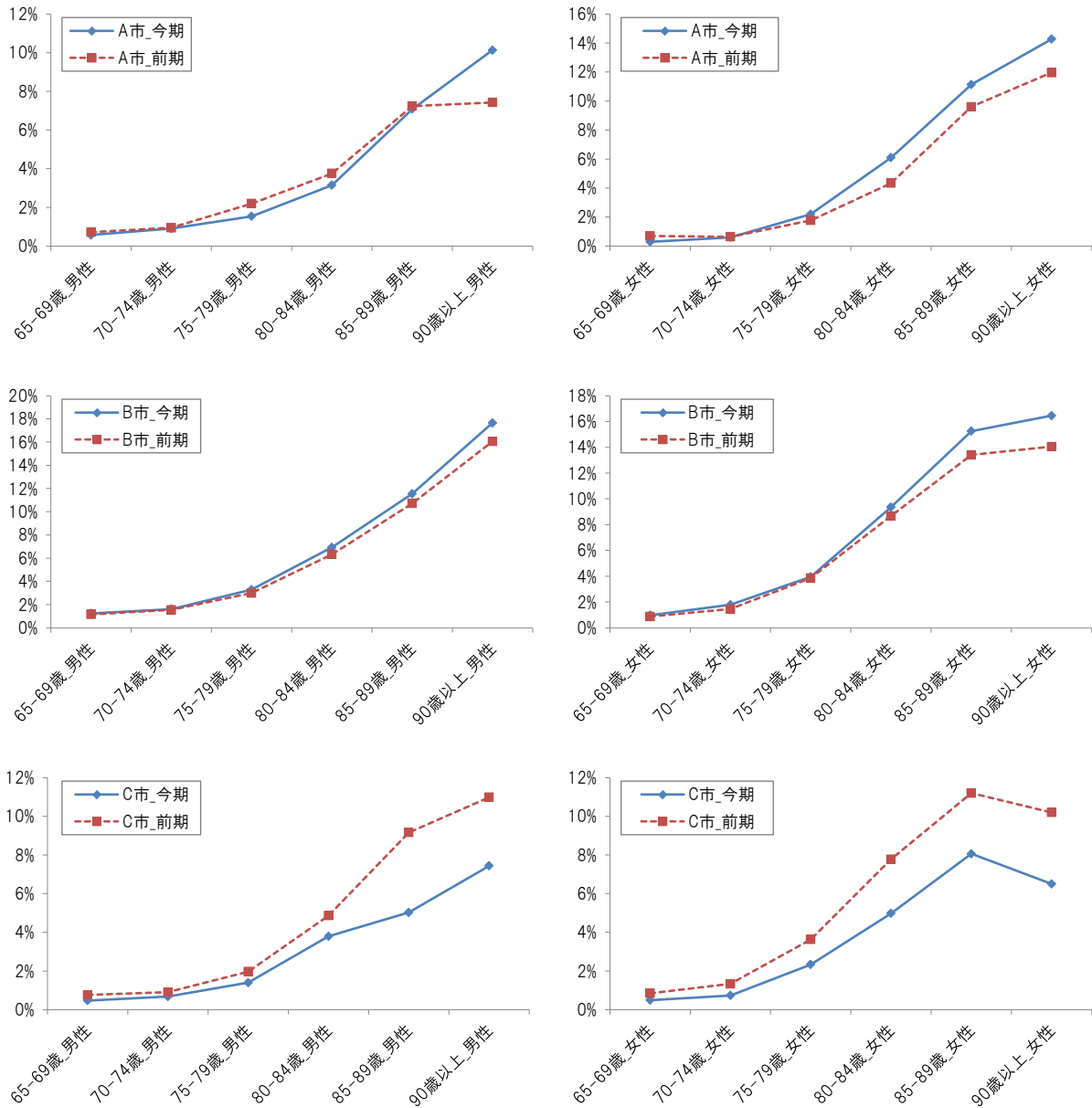


要支援 1～2 の認定率(認定者数が高齢者人口に占める割合)は総合事業の開始時期の影響を受けるため、要介護 1～2、あるいは要介護 1 のみを対象に認定率を算出した。C 市では要介護 1～2、あるいは要介護 1 の認定率が低下していた。

図表19 要介護 1-2 認定率



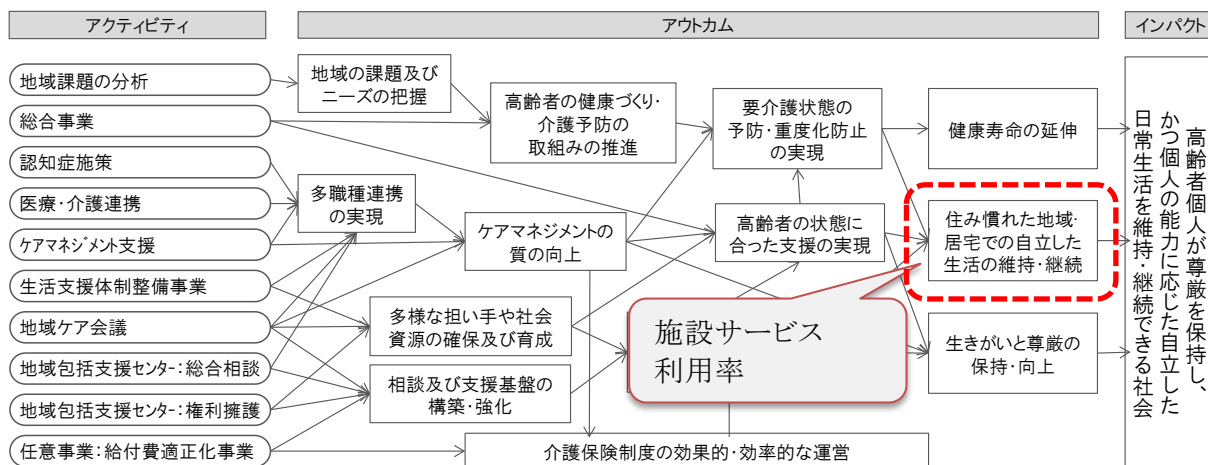
図表20 要介護1 認定率



### (3) 介護保険給付実績の活用可能性

#### ① データの概要と収集可能性

介護保険給付実績の情報は、平成 12 年以來のデータが各自治体に必ず蓄積している。地域支援事業の所管課とは異なる課が管理していることが多い。1 事業者から 1 利用者に対する 1 ヶ月分のサービス提供実績が 1 枚の介護報酬明細書となる。1 枚の明細が 1 行になっており、ひとりの利用者につき複数行のデータがある。過誤返戻により金額欄がマイナスのデータである場合もある。データが膨大であり、専用ソフト・専用端末で管理されている場合が多く、そこからデータを出力するにあたって、自治体職員の作業負担はやや高い。担当者によっては給付管理ソフトウェアの保守・管理者に出力の手順等を問い合わせる必要がある場合もありうる。介護保険運営の通常業務のなかで蓄積するデータであり、データ蓄積にあたって新たな費用は発生しないものの、これを出力して指標として用いることができるようにするためには作業負担が発生するといえる。



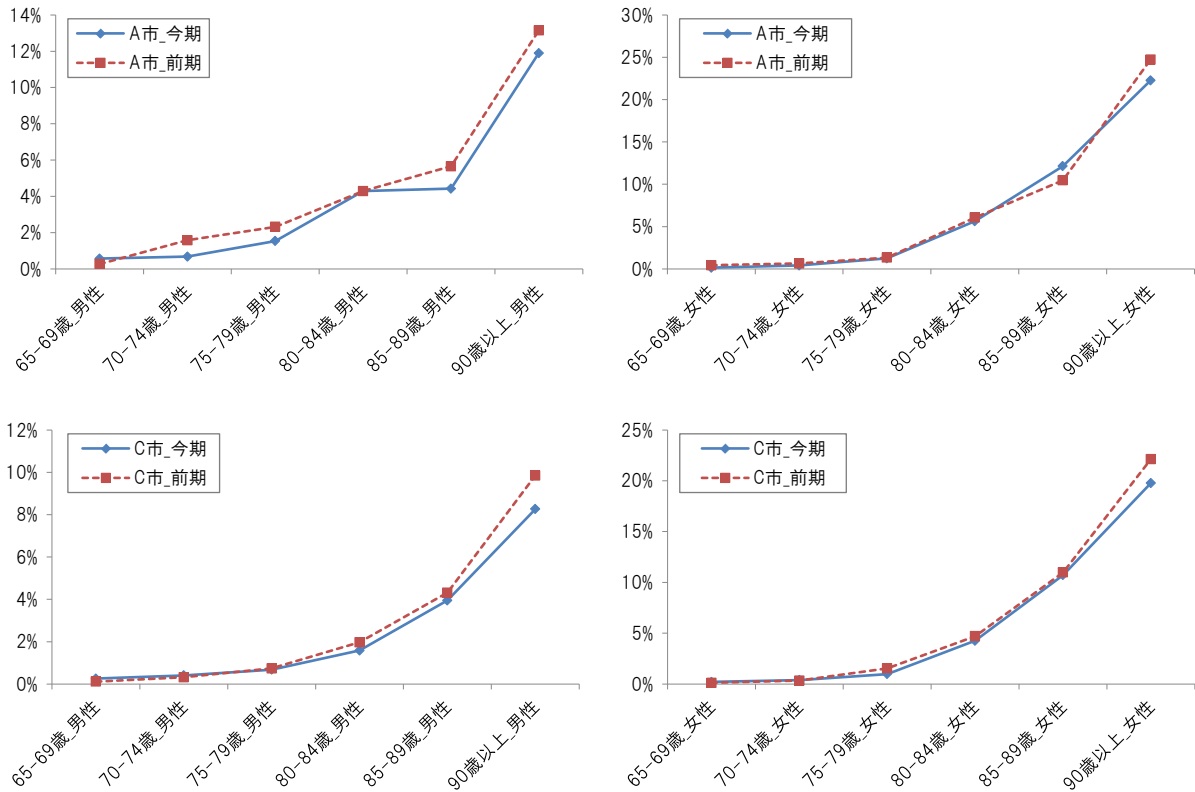
#### ② 指標候補の検討

介護保険給付の実績から、「住み慣れた地域での自立した生活の維持・継続」の指標として、施設サービス利用率の算出を試みた。具体的には、1 ヶ月分の介護報酬の明細(レセプト)から、サービスコードが 51 介護老人福祉施設・52 介護老人保健施設・53 介護療養型医療施設・54 地域密着型介護老人福祉施設に該当する件数を算出して、人口あるいは要支援・要介護認定者数で割ったものである。実際の利用者数に比べて、月の途中の入所・退所する利用者の分の数値が多くなるが、月の途中の入退所の割合が変わらないのであれば、3 年前と現在とを比較することは可能だと判断して算出した。

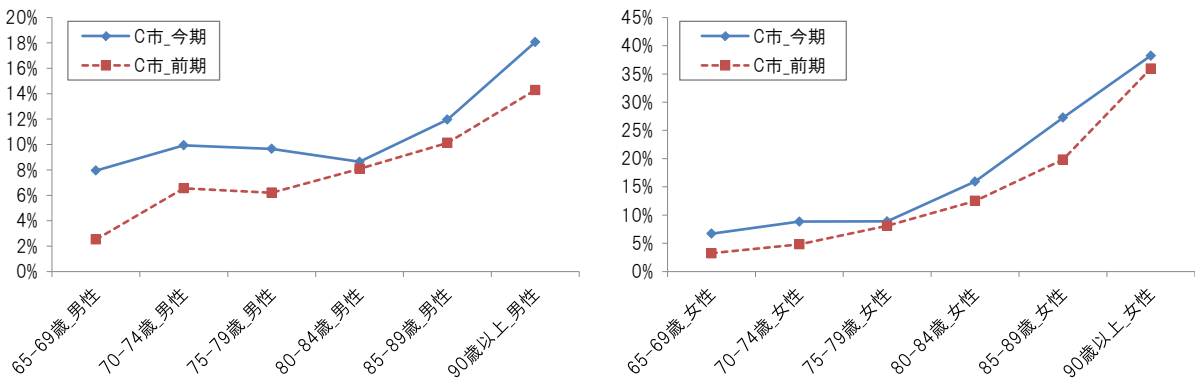
人口を分母にした場合は年齢階層別の施設サービス利用率は低下している自治体が見られたが、これは施設サービスの供給が一定あるいは微増であるのに対して、高齢者人口が増加した場合に、分母が大きくなることによって利用率が下がっているという見方もできる。

そこで、要支援・要介護認定者数、あるいは要介護 1～5 の認定者数を分母にした数値を算出したところ、認定率が下がっている自治体においては、認定者数に占める施設サービス利用者数の割合は上がっている。

図表21 施設サービスの利用数÷人口

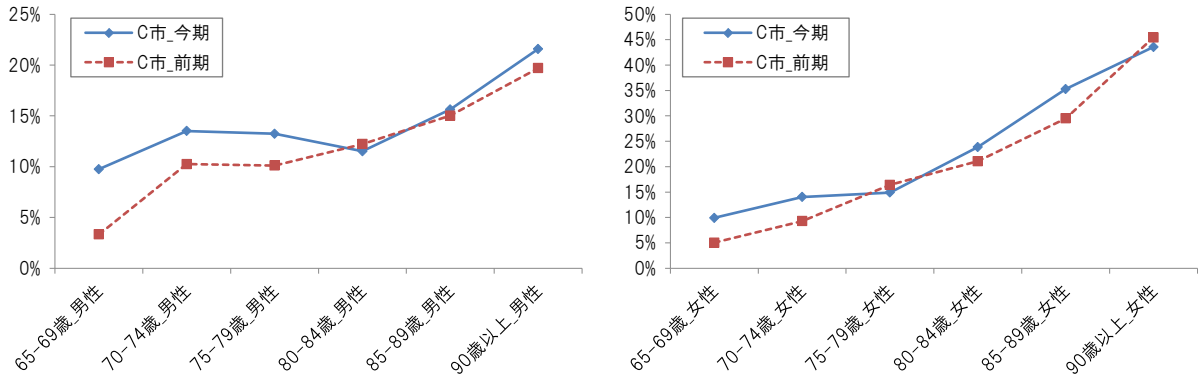


図表22 施設サービスの利用数÷要支援・要介護認定者数





図表23 施設サービスの利用数÷要介護1～5の認定者数



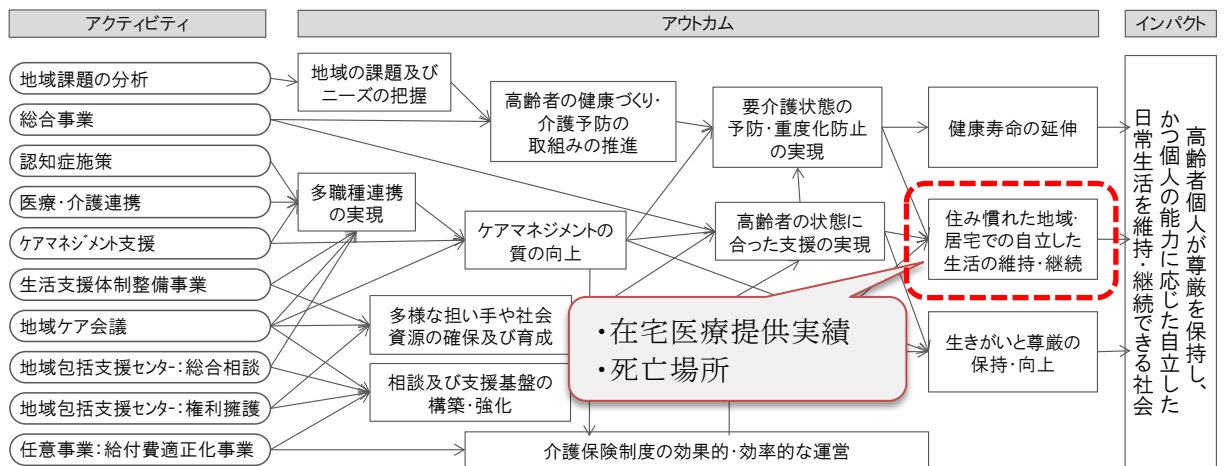
(4) その他のデータの活用可能性

在宅医療の充実度合いを測るための診療報酬に関するデータ、ならびに、最期まで住み慣れた地域で暮らしているかの指標として死亡場所のデータの提供を自治体に依頼した。

在宅医療の実態把握の手がかりとなる社会医療診療行為別統計は、国民健康保険団体連合会等に提出された診療報酬明細書を集計したものであるが、その結果が国民健康保険の保険者である市町村に個別にフィードバックされているわけではない。

死亡場所については市区町村から保健所・都道府県を通じて国に報告されて人口動態調査として集計されているが、市区町村が保健所に報告した内容は市区町村に残っていない。

調査協力 4 自治体ともこのデータを入手することはできず、分析で活用する以前に、実務的なデータ入手の難しさが明らかになった。

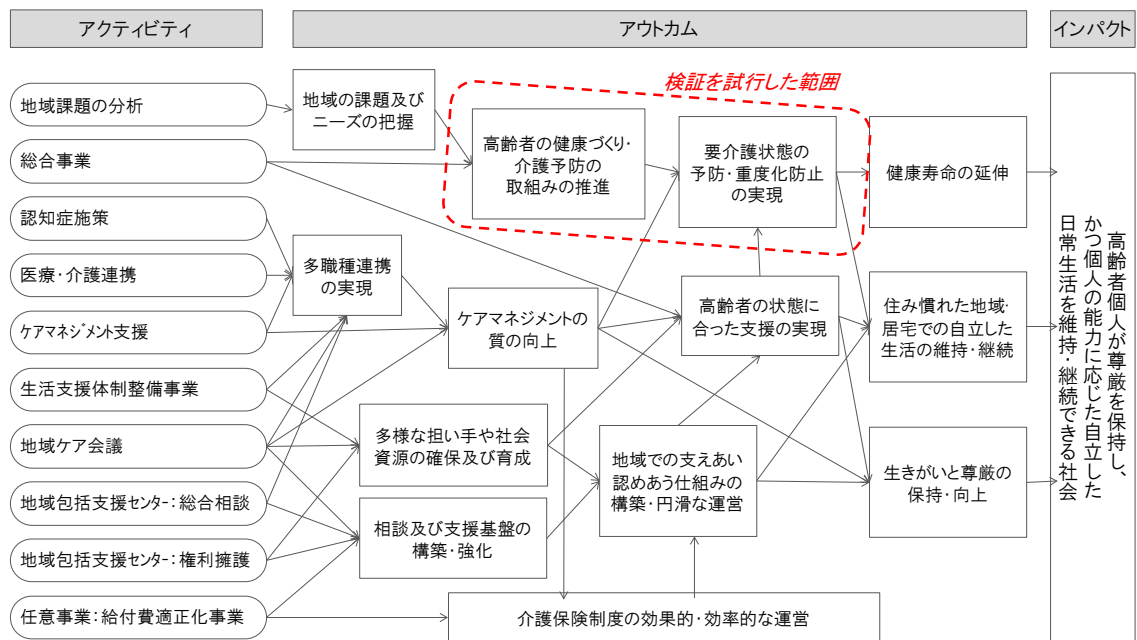


## 第2節 既存データによる試行的検証

### 1. 試行検証内容

平成 28 年度に作成されたインパクトマップ(概要版)について、公表情報から大多数の保険者のデータを把握できる部分について限定的な検証を試行した。取得可能であったデータの制約等から本年度の検証対象としては「高齢者の健康づくり・介護予防の取り組みの推進」と「要介護状態の予防・重度化防止の実現」の関係性に限定して試行検証を行った。

図表24 インパクトマップ案(概要版)において既存データによる検証を試行した範囲



検証においては、各保険者の公表情報から取得・整理した以下の情報を用いて多変量解析手法による分析を行った。本検討においては簡易的に重回帰分析手法を用いて分析を実施した。なお、保険者の取り組みの傾向を把握するために、高齢者の健康づくり・介護予防の取り組み推進に関する変数については、主成分分析を実施し、一定の傾向が見られるか否かの確認も実施した。なお、データの分析に際して、単位人数あたり数値の利用、変化率データの利用等、正規化できるよう準備を行って対応した。

図表25 分析に使用したデータ

<目的変数：要介護状態の予防・重度化防止の実現>

■ 要介護・要支援認定及び人口に係る情報

- ・高齢化率の変化(平成25年⇒27年 ※以下同様)
- ・要介護・要支援認定率の変化
- ・新規要支援認定者比率の変化

<説明変数：高齢者の健康づくり・介護予防の取り組みの推進>

■ 通いの場の設置・実践の取り組み状況に係る情報

- ・単位人数あたりの通いの場の箇所数の変化
- ・通いの場(運動関連)の箇所数の変化
- ・通いの場への参加率・参加人数の変化
- ・通いの場における週1回以上の割合
- ・通いの場の参加者延べ人数の変化
- ・参加者における男性の割合の変化

■ 地域支援事業の要している費用に係る情報

- ・地域支援事業費(合計)
- ・単位人数あたり地域支援事業費

■ ボランティアの育成に係る情報

- ・単位人数あたりの介護予防に関するボランティア育成人数
- ・65歳以上の介護予防に関するボランティア育成人数

図表26 (参考)分析への使用を検討した項目(使用しなかったものも含む)

- [構成比]およその受給者÷認定者 (「念のため申請」する人がどれだけいるか)
- [一号被保険者千人あたり]平成 27 年度 第1号新規要介護認定申請者数
- [一号被保険者千人あたり]平成 27 年度 第1号新規要支援・要介護者計
- [一号被保険者千人あたり]平成 25 年度 第1号新規要介護認定申請者数
- [平成 25→27 年\_変化率]一号被保険者千人あたりの新規要介護認定者数の比率
- [一号被保険者千人あたり]平成 27 年度 第1号新規要支援者\_計
- [一号被保険者千人あたり]平成 25 年度 1号新規要支援者\_計
- [平成 25→27 年\_変化率]新規要支援認定者数比率変化
- [一号被保険者千人あたり]平成 27 年度 第1号新規要介護者\_計
- [一号被保険者千人あたり]1号要介護認定者要介護者総数
- [構成比]平成 27 年度 第1号新規要支援者\_計÷第1号新規認定者
- [構成比]平成 25 年度 第1号新規要支援者\_計÷第1号新規認定者
- [平成 25→27 年\_変化率]通いの場の箇所数 H27÷H25
- [一号被保険者千人あたり]平成 27 年度 通いの場の箇所数\_計
- [一号被保険者千人あたり]平成 25 年度 通いの場の箇所数
- [平成 25→27 年\_変化率]一号被保険者千人あたり 通いの場の箇所数
- [構成比]平成 27 年度 通いの場の箇所数\_体操(運動)÷通いの場総数
- [構成比]平成 25 年度 通いの場の箇所数\_体操(運動)÷通いの場総数
- [平成 25→27 年\_変化率]通いの場の箇所数\_体操(運動)
- [平成 25→27 年\_変化率][構成比]通いの場の箇所数\_体操(運動)÷通いの場総数
- [平成 25→27 年\_変化率]通いの場の参加者実人数
- [一号被保険者千人あたり]平成 27 年度 通いの場の参加者実人数
- [一号被保険者千人あたり]平成 25 年度 通いの場の参加者実人数
- [平成 25→27 年\_変化率][一号被保険者千人あたり] 通いの場の参加者実人数
- [一号被保険者千人あたり]平成 27 年度 通いの場\_体操(運動)の参加者実人数
- [一号被保険者千人あたり]平成 27 年度 通いの場(週 1 回以上)の参加者実人数
- [一号被保険者千人あたり]平成 27 年度 通いの場の参加者[延べ]人数 ※開催頻度をもとに算出
- [一号被保険者千人あたり]平成 25 年度 通いの場の参加者[延べ]人数 ※開催頻度をもとに算出
- [平成 25→27 年\_変化率][一号被保険者千人あたり]通いの場の参加者[延べ]人数
- [一号被保険者千人あたり]平成 27 年度 通いの場(週 1 回以上)の箇所数
- [構成比]平成 27 年度 参加者実人数\_75 歳以上が参加者全体に占める割合
- [構成比]平成 25 年度 参加者実人数\_75 歳以上が参加者全体に占める割合
- [平成 25→27 年\_変化率][構成比]参加者実人数\_75 歳以上が参加者全体に占める割合
- [構成比]平成 27 年度 参加者実人数\_男性が占める割合
- [構成比]平成 25 年度 参加者実人数\_男性が占める割合
- [平成 25→27 年\_変化率][構成比]参加者実人数\_男性が占める割合
- [一号被保険者一人あたり]地域支援事業費
- [一号被保険者千人あたり]介護予防に関するボランティア等の人材の育成\_平成 27 年度の育成数
- [一号被保険者千人あたり]介護予防に関する 65 歳以上のボランティア等の人材の育成\_平成 27 年度の育成数
- [一号被保険者千人あたり]介護予防に関するボランティア等の人材の育成\_累積育成数
- [一号被保険者千人あたり]介護予防に関する 65 歳以上のボランティア等の人材の育成

## 2. 分析結果の概要

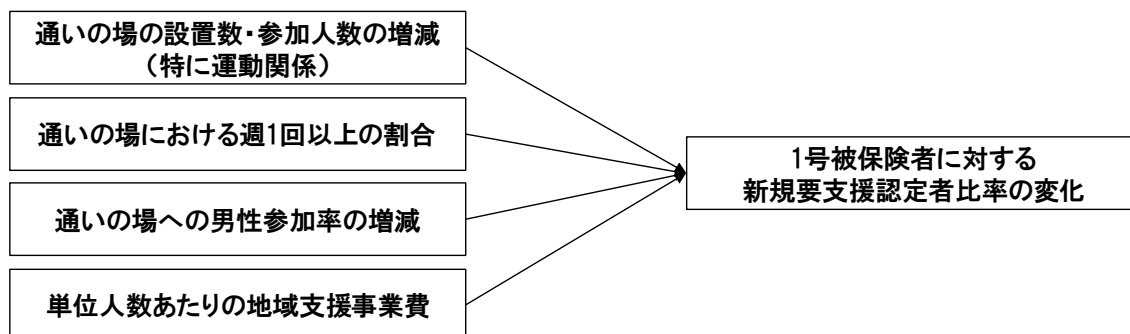
上述のデータを用いた分析を通じて以下2点を確認できた。

- ① 対象とした範囲において取り組みと結果の関係が見られる
- ② 関連性の大きいアクティビティはまとめて捉えられる

### ① 対象範囲とした範囲において取り組みと結果の関係が見られる

整備したデータに基づき、多変量解析を実施した結果、目的変数として想定した「新規要支援認定者比率の変化」や「要支援2の認定者比率の変化」に対して、「通いの場の設置数や参加人数の変化」、「通いの場における週1回以上の割合」、「通いの場への男性参加率の増減」、「単位人数あたりの地域支援事業費」が影響していることが示唆された。一方でボランティアの育成人数等はデータ上の関係性は確認できていない。このほかにも本来は各種要因が影響している可能性は想定できるが、取得可能であったデータによる分析からはこれらの結果が確認できるにとどまった。

図表27 整備したデータ分析から得られた結果例(把握できた関係性)



### ② 関連性の大きいアクティビティはまとめて捉えられる

上記の関係性の分析に加え、各保険者の取り組み傾向を把握・検討するために、取り組み内容に関するデータ(前掲のデータにおける説明変数に記載のデータ)について多変量解析を実施し、傾向によるグルーピングを行った。

各分類は保険者により取り組みが多い・充実している、あるいは取り組みが少ない等の傾向が分かれている。今後の分析においては、同様の傾向を示すデータに関しては、集約化を図ったうえで検討する等の対応が有効と言える。

図表28 取り組みのグルーピング分析試行結果

分析に活用したデータ内容は概ね以下のように分類される。

(各分類における代表的なデータ項目のみ記載)

- 通いの場への参加状況
  - 参加者実人数
  - 一号被保険者あたりの参加者実人数
  - 参加延べ人数 等
- 通いの場への実施状況
  - 週1回以上の通いの場の占める割合
  - 単位人数あたりの週1回以上の通いの場の実施回数 等
- 運動に係る通いの場の箇所数
  - 通いの場(運動関連)の箇所数
  - 通いの場において運動関連が占める割合 等
- ボランティアの育成
  - 介護予防ボランティアの育成人数
  - 65歳以上のボランティア等の育成人数 等
- 地域支援事業費
  - 一号被保険者あたりの地域支援事業費 等

### 3. 試行分析・検討を踏まえた課題

今回の分析に際して、公開資料から取得可能なデータを整理・加工した上で検討を実施し、一定の関係性等を把握することができたが、本来想定していた必要十分な検証には至らなかった。限定的な分析に留まらざるを得なかった要因としては以下が挙げられる。

#### ① 使用データの対象時期の問題

今回の分析において活用できたデータは平成 25 年時点データと平成 27 年時点データが主であり、地域支援事業における取り組みの効果を把握することがやや困難であった可能性が想定できる。本来的には取り組みの効果創出について検討するためには事業開始から一定の時間を考慮して分析を行うことが必要と考えられる。数年後に、同様の分析を実施した場合、より精緻に関係性を示すことができる可能性がある。

#### ② すべてのデータが整っているケースは限定的

分析に使用したデータは公表されているもので、多くの自治体・保険者のデータが取得できるものとしているが、すべてのデータが整っているケースは半数未満であった。詳細な検証を行う上では極力欠損がないことが望ましく、今後の効果検証を考慮すると既存データの分析のみでは限界があると考えられる。

#### ③ 各データの定義が同様であるかの懸念

使用したデータに関して、公表資料から同様の位置付けにあると考えられるものを抽出し、整理しているが、一部のデータについては同様の定義でカウント・作成されているか否かについては懸念がある。通いの場が箇所数等では、具体的にどの程度の内容のものであるかには大きく差異がある可能性がある。また、「運動」を含むような通いの場においては、運動の中身に相違があるとも考えられる。

#### ④ 地域支援事業以外の取り組みの影響

各保険者においては、地域支援事業のみを展開しているものではなく、ほかの取り組みも含めて複合的・包括的な展開を行っており、それらの効果の複雑に影響していることにより明確な関係性が抽出しにくいと考えられる。地域支援事業以外の取り組みに関してもある程度代表的な指標を取り入れることで、より明確な効果検証につなげることができると考えられる。

### 第3節 インパクトマップの活用方法及びデータセットのあり方についての委員会・WGでの意見

インパクトマップの活用や、前節までに示したような既存データを活用した評価・分析を行う際に注意すべき点や、既存データに限定せずに評価指標を設定すること等について、委員会・ワーキンググループで検討を行った。各項目に関して示された意見は以下の通りである。

#### 1. インパクト評価手法を活用した評価の全体設計

##### (1) 指標の設計について

###### ① 評価指標の探索範囲

インパクトマップは、目指すべき社会の在り方に向けてどのような道筋を取り得るかをステークホルダー間で合意するために有効である。合意形成のツールとして使うのであれば、「実態を捉えるために着目すべき指標はこれだ」ということについて、関係者間で認識を共有することも大切である。そのような視点からすると、評価指標の探索を既存データの範囲内にとどめる必要はなく、これから取得を始めるデータに基づく指標も検討対象とすべきだという意見もあった。

###### ② 既存データの活用可能性

一方で、既存データの中から有効な指標となりうるものがあるのであれば、これを活用するメリットは大きい。認定や給付等の実績や、日常生活圏域ニーズ調査その他のアンケート調査結果等、すでに市町村が蓄積しているデータは豊富である。

継続的に収集しているデータであれば、現状の評価のみならず、過去に遡ってこれまでの取り組みを評価することができる場合もある。時系列のデータは「伸び率」や「増減」等の変化が把握できるというメリットもある。

データ収集の負担や、データが比較・評価可能なレベルまで蓄積するのに必要な時間を考えると、入手しやすいデータをもとに、スモールスタートでインパクト評価を始めることも選択肢の一つである。介護保険事業の運営を行う自治体にとっても、既存データでインパクト評価を試行できるのであれば、実施のハードルが下がり普及の可能性が高まる。

自治体の委員からは、介護保険に限らず市町村の独自調査や都道府県の調査等の既存データを活用してはどうかという提案もあった。

##### (2) 指標を手がかりとして事業の進捗を把握するにあたって

###### ① 指標の収集や定義について

指標の前提となるデータが自治体によって、あるいは同じ自治体でも収集時点によって異なる可能性がある。例えば、通いの場としてどの範囲の拠点までを数えるか、あるいは、参加者数をどのように数えるか等、自治体によってデータの収集の方法が異なるという指摘があった。



介護予防事業状況報告の自治体間のデータのばらつきを見ても、取り組みの度合いの違いに起因するものだけでなく、おそらく定義の違い等によるものもあると推察される。また、空欄(未報告)のデータも少なくない。このため、事業の進捗を把握するための評価指標は、自治体の中(あるいは日常生活圏域ごと)の時系列変化を把握するのに用いるのがよいという意見が多数を占めた。

## ② 数値指標を見る視点について

数値データをもとにした指標は、増加あるいは減少の一途をたどるとは限らない。

例えば、65歳以上人口に対する通いの場の参加率という指標を継続的に取った場合に、政策的に通いの場が増えていく時期においては、指標も増加傾向にあるだろう。

しかし、取り組みを始めて数年経過すると、伸び率が鈍化する場合が多い。運動器リスクありの高齢者の割合という指標は、運動プログラムを充実させることにより減少することが期待できるが、ゼロにはならないのでどこかで減少率が鈍化する。ボランティア養成研修を実施する場合に、研修を始めたばかりの時期は安定した受講者数があり、累積修了者数は増加基調になることが多いが、ボランティア活動に関心がある人による受講が一巡したあとは受講者数が減少する可能性が高い。

ワーキンググループの委員からは、例えば事業参加者数の伸び率について、事業開始直後の自治体と、取り組みを始めてから時間が経っている自治体とを比較する危険性を指摘する意見も示された。

## 2. 評価に利用するためのデータセットの内容

### (1) 最終アウトカム(インパクト)に関する項目とその評価指標の案

#### ① 健康寿命の延伸

要介護認定率は制度改正や運用の変化、サービス供給基盤の変化等による影響を受けるものの、データ蓄積の負担の小ささ、データ収集の容易さ等を考えると、指標として継続的に測定する価値があると考えられる。認定者の年齢や性別の情報をもとに、男女別・年齢階層別の認定率を容易に算出できる。

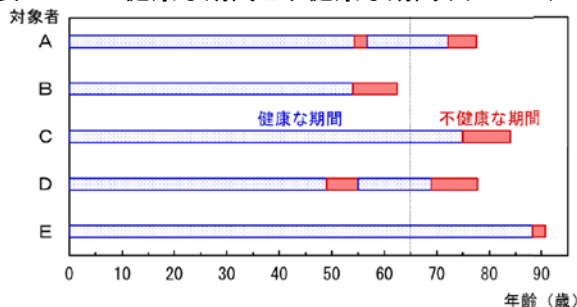
要支援の認定率は総合事業の開始あるいは浸透のタイミングに大きく左右されるため、要支援1～2の認定率は指標としては適切ではないという意見が多数であった。平成26年時点と平成29年時点での数値を比較すると、要介護1あるいは要介護1～2の認定率が、地域支援事業の最終アウトカム(インパクト)の指標候補として考えられる。

一方で、「健康寿命の延伸」の度合いを測る指標として、間接的な指標である要介護認定率を用いるのではなく、健康寿命そのものを計算するという選択肢もある。『健康寿命算定方法の指針<sup>1)</sup>』を参考に、公表されているワークシートを用いて、必要なデータをあてはめて算出することもできる。

健康寿命の計算にあたっては、以下の図のような「不健康な期間」を算出する必要があり、国民生活基礎調査の「健康上の問題で日常生活に影響」が「ある」という回答、または「現在の健康状態」が「あまりよくない」「よくない」との回答から抽出するというのが方法のひとつである。ただし国民生活基礎調査は市町村別のデータがないため、市町村単位で健康寿命を算出するにあたっては、国民生活基礎調査の項目に準じる質問を含む調査を実施する必要がある。

上記のような調査が難しい場合には、要介護認定データから「日常生活動作が自立していない」割合を算出して用いる。『健康寿命算定方法の指針』では、要介護2以上を「不健康な期間」として提案している。介護保険の認定情報を用いて算出できるが、人口規模が小さい自治体の場合は算出結果のブレが大きくなるため、算出上の工夫ならびに取扱上の留意が必要である。

図表29 健康な期間と不健康な期間(イメージ)



(資料)『健康寿命算定方法の指針』[http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/syuyou/kenkoujyumyou\\_shishin.pdf](http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/syuyou/kenkoujyumyou_shishin.pdf)

<sup>1)</sup>『健康寿命算定方法の指針』平成24年度厚生労働科学研究、研究代表者:橋本修二  
[http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/syuyou/kenkoujyumyou\\_shishin.pdf](http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/syuyou/kenkoujyumyou_shishin.pdf)

以上のように健康寿命の算出には複数の方法があり、また推計に求めるべき精度については論文によって見解が異なる等、定まった算出方法があるわけでない。また、ひとつの自治体の一時点の健康寿命を算出してもその意味を読み解くのは難しい。

しかし、全国平均あるいは県全体の平均と比べて当該市区町村がどのような位置にあるのか、という相対的な位置づけが数値を読み解く手がかりになるだろう。また、継続的に算出することによって、数年前に比べて現在がどうかという評価を行うこともできる。

このことから、市町村ごとの健康寿命の算出は、各市町村で実施するよりも、都道府県単位で算出している場合にその数値を参照するという利用が現実的である。都道府県単位での推計結果を参照するのであれば、その県での平均寿命の算出方法は同一であるはずなので、県下の他の市町村との比較が可能である。また、健康増進計画の策定に伴って、定期的に算出しているのであれば、時系列の変化を追うことも可能になる。

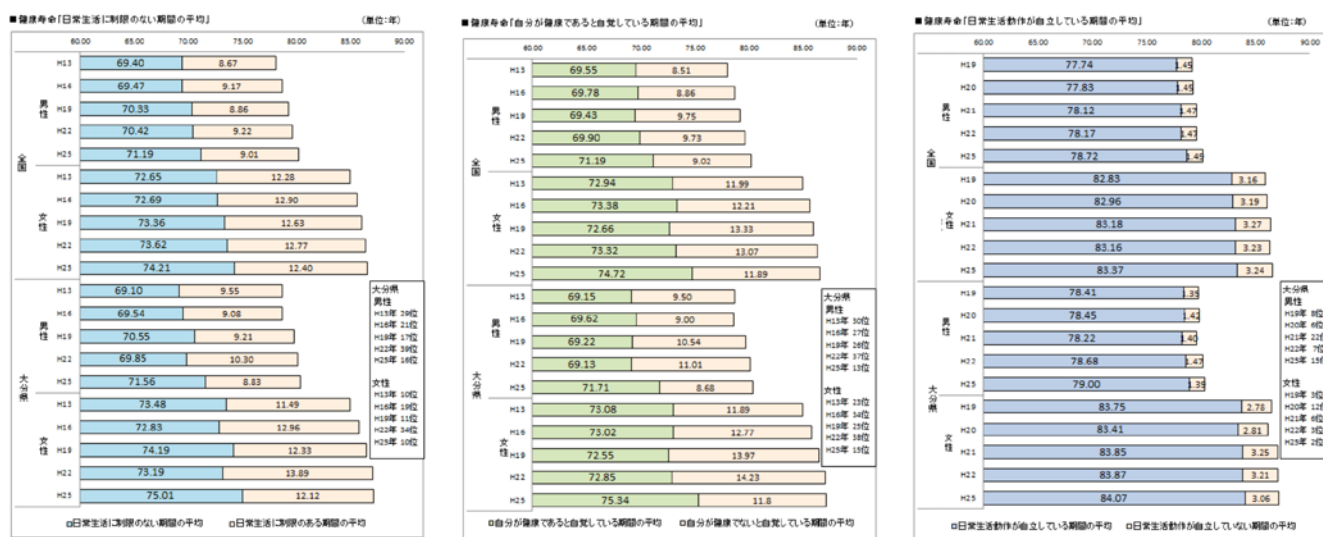
例えば、健康寿命の延伸に力を入れている大分県では、県全体について『健康寿命算定方法の指針』に則って3通りの健康寿命を算出している。さらに「日常生活が自立している期間の平均」については県下の市町村ごとに推計し、「市町村別お達者年齢」と名づけて公表している。人口の少ない自治体で推計結果が著しく変化することを避けるために、5年間の平均データを用いて毎年推計を行っている。

図表30 3通りの平均寿命の算出(大分県の例)

パターンA  
日常生活に制限がない  
期間の平均

パターンB  
自分が健康であると  
自覚している期間の平均

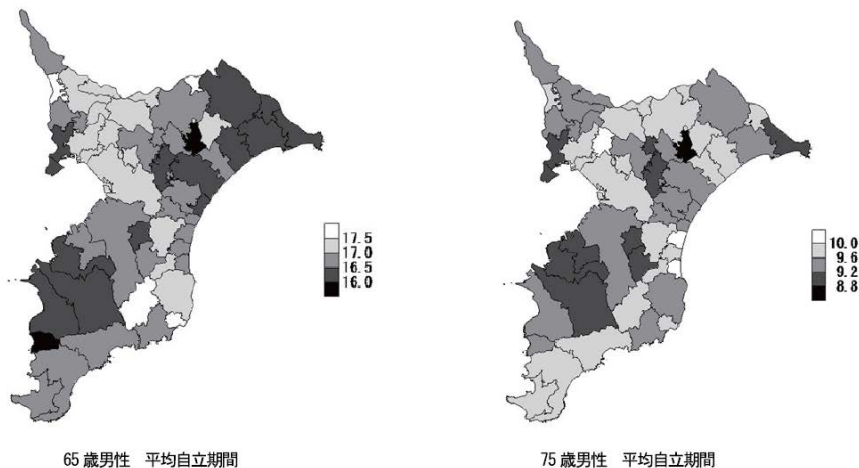
パターンC  
日常生活が自立している  
期間の平均



(資料) 大分県ホームページ <http://www.pref.oita.jp/site/healthdata/kenkojyumyo.html>

千葉県では、『健康ちば21(第2次)』計画のなかで、「要介護2以上」を「日常生活に支障がある」期間として、市町村別の健康寿命を算出、公表している。

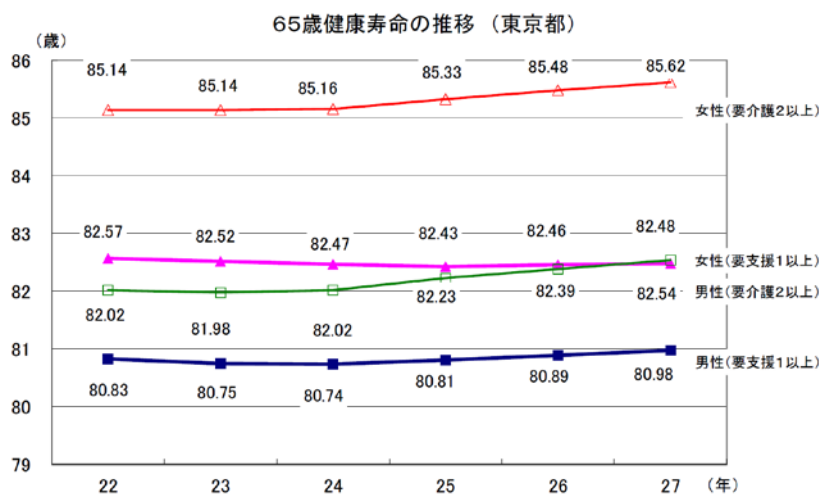
図表31 65歳男性、75歳男性の平均自立期間（千葉県）



(資料)健康ちば21(第2次) <https://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/kenkouchiba21/>

東京都では、『東京都健康推進プラン21(第二次)』のなかで、『健康寿命算定方法の指針』で提案されている「要介護2以上」のケースだけでなく、「要支援1以上」のケースも加えて、2パターンの健康寿命の算出を行っている。この2パターンで、男女それぞれについて市町村別の健康寿命を算出・公表している。

図表32 2通りの平均寿命の算出(東京都の例)



(資料)東京都健康推進プラン21(第二次) [http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kensui/plan21/dainiji\\_plan.html](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kensui/plan21/dainiji_plan.html)

市町村ではこのような都道府県が実施する市町村別の健康寿命の推計結果をタイムリーに入手し、評価指標のひとつとして活用することが有効であると考えられる。

## ② 住み慣れた地域での自立した生活の維持・継続

住み慣れた地域で自立した生活を維持・継続するのが可能になっているのかの目安として「在宅高齢者率」が考えられる。サービスが充実し、介護が必要な状態になっても在宅での暮らしを継続できるようになれば、施設入所高齢者の比率が下がり、在宅高齢者の比率が上がる可能性が高まる。このため、施設サービス給付の利用率に着目して指標化することを試みた。

具体的には、人口に占める施設入所者の割合、要介護認定者に占める施設入所者の割合等を算出した。しかし、高齢者人口が増加し、なかでも後期高齢者の割合が増えるなかで、施設サービスの供給量が横ばいあるいは微増であれば、上記の方法で算出した施設サービス給付の利用率は減少する。これは必ずしも、サービスの充実によって在宅生活が可能になったということの意味するとは限らず、施設入所の待機者が増えている可能性もある。

そこで考えられるのが、特別養護老人ホーム等の施設待機者を指標のひとつとすることである。入所申込者の集計方法が自治体によって異なることや、複数の施設に申込みをしている待機者を名寄せせずに単純に積み上げている場合もあるという指摘もあるが、少なくとも何らかの形で待機者数のデータを把握している自治体は多いようである。厚生労働省老健局高齢者支援課では、平成29年3月に、要介護3～5の特別養護老人ホーム入所申込者の調査を行い、重複申込者を名寄せした実人数を公表している。

図表33 特別養護老人ホームの入所申込者(要介護3～5)の概況

都道府県名	入所申込者数		都道府県名	入所申込者数		都道府県名	入所申込者数	
北海道	要介護3～5	12,774	石川県	要介護3～5	2,244	岡山県	要介護3～5	6,918
	うち在宅	3,512		うち在宅	784		うち在宅	2,774
青森県	要介護3～5	3,480	福井県	要介護3～5	2,292	広島県	要介護3～5	9,968
	うち在宅	1,361		うち在宅	916		うち在宅	4,357
岩手県	要介護3～5	4,406	山梨県	要介護3～5	4,860	山口県	要介護3～5	5,001
	うち在宅	1,410		うち在宅	2,586		うち在宅	1,412
宮城県	要介護3～5	6,652	長野県	要介護3～5	2,343	徳島県	要介護3～5	1,161
	うち在宅	2,416		うち在宅	2,343		うち在宅	520
秋田県	要介護3～5	6,748	岐阜県	要介護3～5	6,737	香川県	要介護3～5	3,392
	うち在宅	3,590		うち在宅	3,483		うち在宅	1,697
山形県	要介護3～5	4,632	静岡県	要介護3～5	6,749	愛媛県	要介護3～5	6,385
	うち在宅	1,659		うち在宅	3,300		うち在宅	1,922
福島県	要介護3～5	8,494	愛知県	要介護3～5	10,006	高知県	要介護3～5	2,584
	うち在宅	3,138		うち在宅	4,323		うち在宅	494
茨城県	要介護3～5	5,059	三重県	要介護3～5	5,359	福岡県	要介護3～5	6,468
	うち在宅	2,096		うち在宅	2,332		うち在宅	2,165
栃木県	要介護3～5	3,399	滋賀県	要介護3～5	4,905	佐賀県	要介護3～5	2,083
	うち在宅	1,492		うち在宅	2,237		うち在宅	738
群馬県	要介護3～5	4,959	京都府	要介護3～5	8,755	長崎県	要介護3～5	2,846
	うち在宅	1,776		うち在宅	4,740		うち在宅	1,200
埼玉県	要介護3～5	7,951	大阪府	要介護3～5	12,048	熊本県	要介護3～5	4,666
	うち在宅	3,523		うち在宅	6,140		うち在宅	1,069
千葉県	要介護3～5	10,165	兵庫県	要介護3～5	14,983	大分県	要介護3～5	2,795
	うち在宅	4,487		うち在宅	6,895		うち在宅	922
東京都	要介護3～5	24,815	奈良県	要介護3～5	3,187	宮崎県	要介護3～5	3,575
	うち在宅	11,224		うち在宅	1,394		うち在宅	1,194
神奈川県	要介護3～5	16,691	和歌山県	要介護3～5	2,603	鹿児島県	要介護3～5	5,100
	うち在宅	9,204		うち在宅	878		うち在宅	1,333
新潟県	要介護3～5	11,070	鳥取県	要介護3～5	2,084	沖縄県	要介護3～5	2,587
	うち在宅	4,619		うち在宅	381		うち在宅	855
富山県	要介護3～5	3,234	島根県	要介護3～5	3,354	計	要介護3～5	292,567
	うち在宅	994		うち在宅	1,315		うち在宅	123,200

(資料)<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000157884.html>

厚生労働省調査の考え方と同様に、要介護3～5の特別養護老人ホーム入所申込者の内訳を在宅と在宅以外（入院中や他施設への入所中等）とに分けて継続的に把握することで、「住み慣れた地域での自立した生活の維持・継続」が困難な状況にある人の数の目安とすることができるだろう。

また、在宅サービスが充実したことによって、地域で住み続けられるようになった、という関係があるのであれば、定期巡回や小規模多機能等のサービス充実が指標のひとつとして考えられる。ただし地域によっては事業者の参入が少なく、指標としてとるには数値が小さすぎる場合も多いようである。

さらに、どこまでを「住み慣れた地域」と考えるかは、自治体によって判断が分かれる可能性がある。サービス付き高齢者住宅や住宅型有料老人ホーム等を、在宅・地域と位置づけるのか、施設に準じるものとして位置づけるのかによって変わってくる。慣れ親しんだ地域内で、友人等との関係や地域活動等もある程度維持したままで、バリアフリーではない住宅から、サービス付き高齢者住宅に転居するような場合は、「住み慣れた地域」といえるという意見もある。一方で、地価が高い地域では、「住み慣れた地域」に入居型のサービスがなく、住所地特例で他地域のサービス付き高齢者住宅に入居する人も多い。これについてはレセプトから把握することはできない。地域によっては、このような指標に着目することも有用な可能性がある。

### ③ 生きがいと尊厳の保持・向上

高齢者の「生きがいと尊厳の保持・向上」が実現しているかについて、客観的かつ数量的に把握するのは難しい面もある。生きがい、ならびに、尊厳が保持されている状態は一人ひとり異なるため、一律に定義するのが難しい。指標候補として、第7期計画に向けて実施された日常生活圏域ニーズ調査で把握されている「主観的幸福感」の項目や、ボランティア・地域づくりへの参加意欲といった項目が考えられる。主観的幸福感は「とても幸せ」を10点、「とても不幸」を0点として11段階で尋ねているが、性別・年齢階層・圏域等に違いを見たり、時系列でデータを蓄積してその変化率を把握したりすることで、取り組みの方針検討に役立てられる。

一方でこの評価は絶対的な尺度ではないため、「何点以上なら良しとするか」については、自治体ごとに検討が必要な部分である。

## (2) アウトカムに関する項目とその評価指標の案

### ① 高齢者の健康づくり・介護予防の取り組みの推進

運動器機能の低下、外出頻度等については、日常生活圏域ニーズ調査で把握したデータをもとに指標化が可能である。調査協力自治体のデータから、男女別・年齢階層別に、3年間の取り組みによって指標が改善している傾向も把握できた。ただし、国が示すニーズ調査の手引きが変更になると、比較ができなくなる項目もあるので注意が必要である。

### ② 多様な担い手や社会資源の確保及び育成

介護予防事業状況報告等から数値指標の有効性について検討を行ったが、数量的に相関関係が認められるには至らなかった。今後、人口に対する介護予防に関するボランティア育成人数・累積育成人数の割合、ならびにそれらの数値の伸び率が指標の候補として考えられる。

一方で、担い手の育成には上限があり、一定期間の取り組みを継続すると、その後は指標の数値の伸びが鈍化する可能性が高い。そのときに数値を限界と見るのか、ターゲットや取り組みの方法を変更するのか等の検討が必要になる。

### ③ 介護保険制度の効果的・効率的な運営

介護保険事業状況報告として全国の保険者について公表されているデータによると、「第一号被保険者に対する新規要支援認定者比率の変化」に対して、「単位人口(第一号被保険者数)あたりの地域支援事業費」が影響していることが示唆された。

## (3) アクティビティに関する項目とその指標

アクティビティ(事業)についての評価として、やるべきことのチェックリストがあつて「実施した」「実施しなかった」の二択で判断することが第一段階としてありうる。しかしインパクトマップの各項目の進捗を測るにあたっては、二者択一の項目では評価に限界がある。取り組みをする前は成果がゼロのものが、取り組みをしたことによって成果が1になる、という単純な因果関係なのであれば、二択での評価でも可能だろう。しかしインパクトマップの複雑な矢印が示すように、地域支援事業は相互に関係する事業が多数あり、取り組みが定着して成果を上げるようになるには、他の要因や環境の変化等が影響すると考えられる。

「実施していない」から「実施している」に大きな階段を上る場合もあるかもしれないが、「始めてみたもののうまくいかない」「この部分は軌道に乗ったが、この部分はうまくいかない」等の中間的な評価もあり、試行錯誤を繰り返しながら進めている自治体が多いと考えられる。また、「取り組んでいる」「取り組んでいない」、「できている」「できていない」という主観的判断は、担当者の判断基準によって、同じ状態でも厳しい判断になる可能性もあり、甘い判断になる可能性もある。これらを踏まえると、

- ・小さな進捗を把握できる指標（さらには数量的なデータであるとさらに望ましい）
- ・客観的な事実に基づき、判断基準によるブレが少ない指標であることが望ましい。

### ① 総合事業

介護予防事業実施状況報告として全国の市区町村単位で公表されているデータによると、第一号被保険者に対する新規要支援認定者比率の変化に対して、「特に運動を行っている通いの場の設置数・参加人数の増減」、「通いの場全体に占める週1回以上開催される通いの場の割合」、「通いの場の参加者に占める男性の割合」が影響していることが示唆された。

### ② 認知症施策

地域包括支援センター運営状況調査のなかで、「認知症初期集中支援チームとセンターが業務協力を行っていますか」「認知症に関して、郡市区医師会等の関係団体に対して協力を依頼していますか」等の設問がある。これらの項目を通じて、取り組みに着手しているかどうかは測ることができるが、「協力依頼していない」→「協力依頼した」という一時点での変化を捕捉するのみであり、その後の伸展を測ることは難しい。

一方、数値データとして捉えることができる指標として、認知症サポーター養成研修の開催回数や研修受講人数等が考えられる。単年度の数値を見るだけでなく、累積開催回数・累積修了人数等にも着目する価値があるといえる。ただしこれらの指標は、認知症施策の一部の側面のみを表すものであり、認知症施策全体の進捗を測る指標の設定は現段階では難しいと考えられる。

### ③ 医療・介護連携

地域包括支援センター運営状況調査のなかで、「医療・介護連携に関連して、郡市区医師会等の医療関係団体と定期的な会議を持っていますか」「医療的な課題を抱える事例への対応等のために、在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口とセンターが業務協力を行っていますか」等の項目がある。また、地域ケア会議の参加者のチェックリストとして「医師会から選任された医師」「上記以外の医師」「歯科医師会から選任された歯科医師」「上記以外の歯科医師、歯科衛生士」「病院・診療所の関係者（MSW、看護師、訪問看護師）」「病院・診療所の関係者（PT、OT、ST）」「薬剤師」等の項目があり、地域ケア会議に医療職・介護職が参加しているかを確認することができる。ただし「はい・いいえ」の二者択一での回答項目、あるいは取り組みに着手しているかどうかは測ることができるが、「協力依頼していない」→「協力依頼した」という一時点での変化を捕捉するのみであり、その後の伸展を測ることは難しい。



#### ④ 地域包括支援センターにおけるケアマネジメント支援

地域包括支援センター運営状況調査のなかで、「地域の介護支援専門員の実践力向上を図ること等を目的とした、地域ケア会議や事例検討等を行うことができるように、センター職員を対象とした研修会を開催していますか」等の定性的な項目があるほか、地域包括支援センターが「1年間に介護支援専門員から受けた相談件数の全センター合計(延べ件数)」という数量データもある。ただし、相談延べ件数の増減を評価するにあたっては留意が必要である。相談延べ件数は、地域包括支援センターにおけるケアマネジメント支援の機能の発揮の度合いと連動する指標ではある。しかし、ケアマネジャーのスキルの向上や、事業所内でのノウハウの蓄積等によって、地域包括支援センターに相談せずともケアマネジャー個人あるいは事業所レベルで課題が解決できるようになれば、相談延べ件数は減少する可能性もある。着目しうる指標ではあるが、相談内容や件数の意味について精査したうえで評価する必要があるだろう。

#### ⑤ 生活支援体制整備事業

生活支援体制整備事業については、地域包括支援センター運営状況調査のなかで、「地域包括支援センターの運営協議会の協議事項として生活支援体制整備事業が議題に上がったか」というチェック項目がある。事業を実施した、協議をした、ということだけで進捗を測るのは難しい。より細分化して第1層協議体・第2層協議体の設置、第1層生活支援コーディネーター・第2層生活支援コーディネーターの配置(人数や配置している圏域の数)<sup>i</sup>等の実態を把握することは一つの手がかりだろう。ただし第1層・第2層の階層構造や、コーディネーターの人数の多寡が必ずしも生活支援体制整備事業の進捗度合いを示すとは限らない。数値指標に表れない形で、事業が充実していくこともあると考えられるので留意が必要である。

#### ⑥ 地域ケア会議

地域包括支援センター運営状況調査のなかで、「各地域ケア会議の目的・主催者・構成員・開催頻度等を決定していますか」等の項目や、地域ケア会議の参加者の職種をチェックする項目等がある。また数量的な指標については、「①個別事例について検討する地域ケア会議」「②地域課題を検討する地域ケア会議」の回数に関するものがある。ただし、地域ケア会議の年間開催回数として、何回程度が最適なのかという答えはない。「地域ケア会議」という枠組みではなく、地域福祉あるいは地域づくりに関する政策のなかで、似たような機能を果たしている会議体が機能している可能性がある。

<sup>i</sup> 株式会社日本総合研究所 『新しい包括的支援事業における生活支援コーディネーター・協議体の先行事例の調査研究事業 生活支援体制整備事業に関するアンケート調査報告書』(平成28年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業))平成29年3月

⑦ 地域包括支援センターにおける総合相談

地域包括支援センターにおける相談件数については、記録していることが多い。しかし、どのような内容を「相談」とみなすのかについて、自治体によるバラつきがあるとの指摘もある。また、地域包括支援センター以外に、医療機関のMSWや介護サービス事業所等による相談援助の機能が高まることによって、地域包括支援センターに寄せられる総合相談の件数は減少する可能性もある。増加基調にあった総合相談の件数が減少傾向に転じたり、あるいは他自治体の総合相談の件数に比べて大幅に少ない場合等は、その意味を精査する必要があるだろう。

⑧ 地域包括支援センターにおける権利擁護

地域包括支援センターが成年後見制度の利用支援を行った件数は目安のひとつとなる。しかし成年後見制度の利用にあたって、必ずしも地域包括支援センターに相談するとは限らない。親族が直接家庭裁判所に申し立てをした場合には、地域包括支援センターで把握するのは難しい。

図表34 (参考)総合事業・包括的支援事業(社会保障充実分)の実施状況について

平成29年8月1日現在

	介護予防・日常生活支援総合事業		生活支援体制整備事業		在宅医療・介護連携事業		認知症総合支援事業			
							認知症初期集中支援推進事業		認知症地域支援・ケア向上事業	
	保険者数	実施率(累積)	保険者数	実施率(累積)	保険者数	実施率(累積)	保険者数	実施率(累積)	保険者数	実施率(累積)
平成27年度中	287	18.2%	663	42.0%	868	55.0%	282	17.9%	751	47.6%
平成28年度中	324	38.7%	432	69.4%	336	76.4%	402	43.3%	344	69.4%
平成29年度中	967	100.0%	287	87.6%	189	88.3%	490	74.4%	232	84.1%
平成30年4月			196	100.0%	185	100.0%	404	100.0%	251	100.0%
合計	1,578		1,578		1,578		1,578		1,578	

(資料)<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000193021.pptx>

## 第4節 分析・検討のまとめ

### (1) データの活用について

#### ① 介護保険関連データ

地域支援事業の進捗を測る評価指標として、保険者・市町村が通常業務の中で把握している定量データは限定的であるが、既存データを継続的に地域支援事業の担当課が入手できるような仕組みの構築が最初に着手すべき事項である。具体的には、認定情報、給付情報等を定期的に出し、地域支援事業の所管課に渡すことで、男女別・年齢別・圏域別等の指標を算出し、評価・活用することが可能になると考えられる。

また、日常生活圏域ニーズ調査は、回答者の主観に左右される項目も含むものの、定量的に分析可能である。介護保険事業計画の3年単位で変化が見られ、指標候補となるリスク項目や外出頻度等のデータを含む貴重なデータである。地域支援事業の所管課が担当している場合も多く、例えば新たに収集を始める評価項目を日常生活圏域ニーズ調査の設問として盛り込んでいくという活用の仕方も考えられる。

#### ② 介護保険以外の庁内データ

高齢者実態調査、独居高齢者の訪問調査、あるいは家族介護者を対象にした調査等、自治体が把握しているが、別の目的・別の部署で活用しているデータがあるという意見がワーキンググループ委員からあった。特別養護老人ホームの待機者のデータは多くの自治体で継続的に把握している。「住み慣れた地域・居宅で暮らす」ことに関連する、既存の調査結果や保有データとしてまだ活用可能なものが眠っている可能性がある。各自治体で、データの棚卸しを行い、それぞれの回答対象者や設問における言葉の定義等を整理することが、地域支援事業の評価指標を拡充する上での課題である。

また、介護保険関連のデータは主に65歳以上についてのデータであるが、項目によっては65歳未満にも目を向けることが有効である可能性がある。例えば、前期高齢者でもリスクが高い口腔機能の低下等については、65歳未満についても把握し、早期の予防が効果をあげる可能性もある。健康や障害、食育等の関連分野との連携も重要であるといえる。

#### ③ 保険者(市区町村)が保有していないデータ

「住み慣れた地域での日常生活の維持」の指標の一つとなりうると見られる死亡場所や医療等は、市区町村のレベルではデータを保有していない。死亡場所については市区町村から保健所・都道府県を通じて国に報告されて人口動態調査として集計されているが、市区町村が保健所・都道府県に報告した内容は市区町村に残っていない。人口動態統計等の調査は、統計法第33条に基づき必要な手順を踏んで請求することによって、当該市町村分のデータを入手することは可能であるが、保険者・市町村が毎年あるいは介護保険事業計画の策定のたびに請求するのは現実的ではない。介護保険事業運営の基礎的な情報インフラとして、介護保険

周辺領域の公的統計を市町村にフィードバックする仕組みの構築が課題であるといえる。

また、「健康寿命の延伸」については都道府県が市町村単位の健康寿命を算出している場合もある。算出方法が都道府県によって異なる場合があるが、時系列での比較や、県下の市町村での比較は可能である。介護保険を担当する県の部局と健康寿命の算出を担当している課が異なる可能性はあるが、都道府県の医療・健康の担当者と連携し、データを入手することも課題である。

#### ④ 新たに設定する指標や収集すべきデータの検討

以上のように市内ならびに都道府県等が保有する周辺データのたな卸しをしたうえで、新たに収集すべき指標も浮かび上がってくる可能性がある。例えば、「どこで介護を受けたいか」「どこで最期を迎えたいか」といった意向を定期的に把握することで、目標やターゲットの設定がより明確になる可能性がある。どのような指標を設定し、進捗を測るのかについては、関係者との合意形成が必要であり、詳しくは次章のとおりである。

### (2) データ収集と運用について

#### ① データ蓄積を通常業務に組み込む

データの中には、毎月蓄積されるものもあれば、都度収集するものもある。それぞれにあった収集・蓄積方法を通常業務のなかに組み込むことで、収集の負荷を下げるとともに、PDCAサイクルをスムーズに回していくことができると考えられる。

介護保険の認定情報は日々更新されるものであり、何月何日時点、と時点を指定してデータを作成する必要がある。給付情報も更新されるデータであるが、何年何月審査分、といったかたちで1ヵ月単位でレセプトデータを出力することができる。これらの一部は介護保険事業状況報告として国に報告することとなっている。基幹システムからのデータの出力も伴う場合があるので、国への報告と連動して、地域支援事業の評価に関連するデータ収集も、当該担当の業務として位置づけるのも一案である。年齢別・男女別や日常生活圏域別等の集計もルーティン業務の一つと位置づければ、定期的に数値指標を取りまとめられる。

介護予防事業状況報告や、地域包括支援センターの運営状況調査等は、当該年度の報告を行うもので、報告にあたって月報等から数値を集計・転記していると考えられる。地域支援事業の担当ではない課がデータの所管である場合もあるが、定期的に共有することでデータ収集の負荷を下げる可能性がある。

データの蓄積と授受を通常業務に組み込んでいくことが円滑な運用を実現する上での課題であるといえる。

## ② データを標準化する

介護保険の認定情報・給付情報はデータ形式が定まっている。一方、日常生活圏域ニーズ調査は介護保険事業計画の策定に先立って、定期的実施している自治体が多いが、データの形式が年度によって異なる場合がある。国から示される調査票の改訂に伴って変更される項目もあるが、ローデータの入力形式やコーディング(例:男=1、女=2、無回答=99とする、日常生活圏域にコード番号を振る等)を統一することで、時系列の比較等がより容易になり、担当者の負担も軽減できる。また、独居高齢者の訪問調査等その他の調査についてもデータ形式を共通にすることで比較がしやすくなる。庁内でどのようなデータであっても入力形式を統一することは、業務負荷を軽減する上で重要な要素の一つであるといえる。

## ③ 多領域かつ時系列にデータをつなぐ

今年度の調査研究では実施しなかったが、被保険者番号等でデータをつなぐことができれば、さらに深掘りした評価が可能になる。一人ひとりの被保険者の総合事業の利用、日常生活圏域ニーズ調査に基づくリスク項目の状況、要介護認定申請のデータ等を、多領域かつ時系列につなぐことによって、要介護・要支援状態になった人と、ならなかった人との比較が可能になる。要介護・要支援状態にならなかった人が参加した事業や、その人の暮らしの様子(例:外出頻度がどう変化したのか、どういう食生活を送ってきたか等)が分かり、重点事業の判断や、新たな指標(例:外出頻度と食生活)等を設定できる可能性もある。

「被保険者が要介護・要支援状態となることを予防」という地域支援事業の目標がどうすれば達成されるのかを探る手がかりとなり、インパクトマップを更新して発展させていくこともできるだろう。データをつなぎ、さらに分析を深めていくことは今後の課題である。

## 第3章 インパクト評価手法の活用に向けて

最後に、本調査研究事業で実施した分析および委員会・ワーキンググループでの検討結果を踏まえ、今後、地域支援事業の評価においてインパクト評価手法を活用していく上での方向性、保険者(自治体)への提案をまとめた。なお、本調査研究事業での検討は、保険者機能強化推進交付金と分けて検討を進めてきたものである。

### 第1節 インパクト評価手法の活用のあり方

#### 1. インパクト評価手法に着目する意味

##### (1) 地域支援事業の持つ「地域づくり」の側面を評価するために適した手法である

地域支援事業は、「介護予防・日常生活支援総合事業」、「包括的支援事業」及び「任意事業」で構成され、「包括的支援事業」はさらに地域支援センターの運営と、在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業及び地域ケア会議等の地域包括ケアシステムの構築に関する事業で構成される。

このように地域支援事業の範囲は多岐にわたり、かつ地域づくりに向けて長期的な視点を持って取り組むべきか活動も含まれる。特に、介護予防・日常生活支援総合事業や、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業等は、介護保険分野に加えて医療・福祉・保健、障害、子ども子育ての分野の活動はもちろん、さらにまちづくり、市民協働、産業・商業振興等の分野との連携、及びそうした分野の活動との連携及び波及効果も含めて捉える必要がある。

したがって、こうした地域支援事業の特性を踏まえると、地域支援事業がもたらす直接の結果だけを見るのではなく、その結果が他の領域にどのような波及効果をもたらし、結果的に地域づくり全体にどのような影響を与えるかまで捉えることができるような評価手法を活用することが求められる。

社会的インパクト評価とは、事業や活動の結果として生じた短期及び長期の環境・社会的変化やその価値を定量的・定性的に評価することを指す。社会的インパクト評価は、事業や活動の結果を使った事業や活動の「査定」というよりも、事業・活動が本来発揮すべき価値を引き出し、課題を明らかにして継続的な改善に向けて進むことを主な目的としている点の特徴である。

地域支援事業では、各市町村が地域マネジメントによる地域包括ケアシステムの進化が着実に進むように、多様な主体が相互に補完しつつ取り組むことが求められている。

したがって、社会的インパクト評価を活用することによって、地域支援事業のPDCAサイクルの推進が期待されるのである。

## (2) 地域の特性を踏まえた事業の継続的改善に活用できる

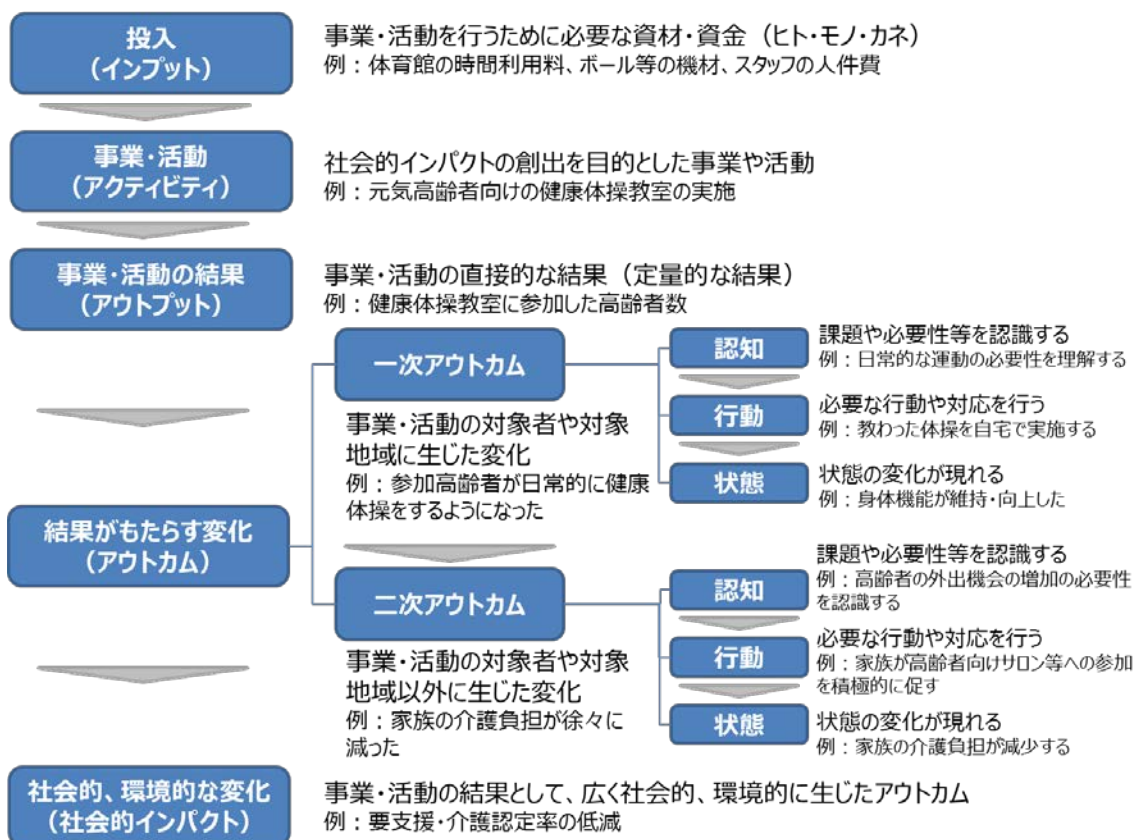
社会的インパクト評価手法には、後述するようにいくつかの種類があるが、インパクトマップを活用することにより、地域支援事業のある事業・活動が、将来的に地域に対してどのような効果や影響を与えようとしているのか、また実際にどのような効果が表れたかを評価・検討しやすくなる。地域支援事業には地域の特性が大きく影響するため、さまざまな評価手法の中でも特に同じ地域における「事前・事後比較」の視点を持って活用することが望ましい。

さらにこうした評価の結果を得ることにより、地域支援事業のある事業・活動の成果と課題を具体的に把握でき、以下に示すような事業の継続的改善への寄与が期待されるのである。

### ① 社会的インパクトを評価する枠組み

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

図表35 社会的インパクトを評価する枠組み



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

一方、結果がもたらす変化(アウトカム)及び社会的、環境的な変化(社会的インパクト)については、評価手法によって定義が多少異なるが、本調査研究事業ではアウトカムを2段階に分解し、アウトプットが事業・活動の対象者や対象地域にもたらす変化、便益、学びその他効果を一次アウトカム、事業・活動の対象者や対象地域 以外 にもたらす変化、便益、学びその他効果を二次アウトカムとした。

さらに社会的インパクトについては、二次アウトカムよりもさらに広範囲に渡る変化であることを示すために、「事業・活動の結果として、広く社会的、環境的に生じたアウトカム」と定義した。

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

## ② インパクト評価手法の同じ地域における「事前・事後比較」への活用

インパクト評価手法は事業・活動が本来発揮すべき価値を引き出すことが重要であるため、評価手法は評価の目的、評価のしやすさ、評価によってもたらされる情報に対する利害関係者のニーズ等を踏まえて選択することが重要である。また手法によって必要となる費用、人的資源、時間が異なるため、評価者が有するこれら資源を踏まえて選択することが肝要である。

インパクト評価の方法には図表 36 に示すように、いくつかの手法があるが、地域支援事業は地域ごとの特徴を反映されやすい事業であること、地域支援事業の評価は「査定」よりも、継続的な改善に向けた PDCA サイクルを構築・推進していくことに重点があること等を踏まえると、「事前・事後比較」の方法を採用することが良いと考えられる。

これはつまり、地域支援事業の内容を継続的に改善していくための評価を行うのであれば、他地域との比較や他の同種グループ(対照群)との比較による評価ではなく、同じ地域の過去の評価値との変化を捉え、事業の成果と課題を評価して改善につなげていくような評価のやり方が望ましいということである。



図表36 インパクト評価の方法(太字は地域支援事業の評価に適すると考えられる方法)

**① 事前・事後比較**

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

**② 一般指標**

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

**③ マッチング**

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

## 2. インパクト評価を活用することで期待される波及的効果

### (1) 行政の事業のみならず地域に波及する効果の把握・評価が可能になる

前項でも挙げたように、地域支援事業の特徴を踏まえると、その地域の特性を踏まえ、地域づくりへと波及していく地域支援事業の効果を捉えるには、「事前・事後比較」によりインパクト評価を行う方法がふさわしいと考えられる。

大切なことは、その地域の社会資源の特徴や課題を踏まえ、地域支援事業を継続的に改善していくために評価することにある。これは、自治体内部のマネジメントの視点でいえば、地域支援事業のねらいや成果、課題について、インパクト評価手法を活用することによって、庁内外への説明を作りやすくなることを意味する。

特に、地域支援事業の中でも、医療介護連携のように、公的な制度に基づいて整備される社会資源どうしの連携体制の構築に関する取り組みの評価であれば、ある程度、行政内部での評価でも成果や課題を捉えることができる。

しかし、コミュニティの力を引き出し、「互助」や「自助」として提供されるインフォーマルなケアの体制構築に関する取り組み、例えば生活支援体制整備事業や一般介護予防事業等の成果は、行政が直接社会資源を整備するものではないため、地域への波及効果を捉える評価が必要になる。また、このような地域との協働による活動における課題は、往々にして活動を実践する中で顕在化してくる(課題が発見される)ものであるから、課題を把握する観点からも波及効果を捉える評価手法が有効である。

## (2) 地域のステークホルダー間での共通認識の醸成が可能になる

地域支援事業の中には、地域と協働して地域づくりに取り組む事業や活動も多くある。このような住民との協働による活動を推進していく上での一つの課題が、地域のステークホルダー(地域づくりに関わる関係者。例えば、地域包括支援センター、社会福祉協議会、自治会・町会等の地縁団体、医療・保健・福祉の各機関・事業者及びそうした機関と連携したり所属したりして活動する民生委員や各専門職、住民参加のボランティアな活動を行う団体、商業者や企業等)の間で、目標や方向性の認識を共有しにくいということがある。

地域で目指す暮らしのあり方や、その実現に向けた目標、方向性等は、いずれも抽象的なものになりがちである。加えて、例えば住民、介護事業者、行政といったように、立場や普段の地域との関わり方が異なれば、同じ目標を示されても違う捉え方をする場合が多い。

インパクト評価を活用した評価では、長期的に得たい成果(インパクト、あるいはアウトカム)を明示し、その成果に至るパスを設定した上で、その地域における過去の活動と比較してどのような成果や課題が得られたかを検証していく。このプロセスを地域のステークホルダーの協働で進めていくことにより、評価プロセスに参加した地域のステークホルダーの間での共通認識を持ちやすくなる。例えて言えば、いわばOJTのような効果が期待できるということである。

### 3. 地域におけるインパクトマップの具体的な活用例

#### (1) インパクトマップを用いて地域支援事業が将来的に生み出そうとする価値を説明する

本調査研究事業で検討・整理してきたインパクトマップは、介護保険法の理念に基づき、基準省令、通知等を踏まえて、理念やロジックを優先視して検討・整理したものである。したがって、制度に基づいて位置づけられる地域支援事業の目的や、具体的な施策・事業の構成・位置付け、等を期待される成果(アウトカム、インパクト)とともに把握することができる。

したがって、本調査研究事業で整理したインパクトマップを活用し、既存の取り組みの見直しや各自治体が新しい政策を企画・形成する際の基礎資料として活用していくことも期待される。

#### (2) 地域ごとの重点を踏まえて「地域版のインパクトマップ」を作成する

本調査事業で作成したインパクトマップは介護保険法等に基づいて作成している。地域支援事業で実施している内容が、介護保険法の理念実現にどのように結びつくのかを意識し、既存の取り組みの見直しや各自治体で新しい施策を打ち出す際に下地として活用することが望ましい。

社会的インパクト評価やインパクトマップ作成の理論から見ると、自治体だけでなく地域支援事業の実施者や高齢者を含めて様々な世代の地域住民と共に、インパクトマップを各地域版に手を加え、かつ各アウトカムを測る指標を検討することが理想である。自治体においては関係する複数部・局が「地域版のインパクトマップ」の作成に加わることが望ましい。

「地域版のインパクトマップ」の作成過程に様々なステークホルダーを含めることにより、介護保険制度における地域支援事業の目的や意義をステークホルダーに理解してもらうとともに、保険者(自治体)の地域支援事業の担当者が、地域づくりに対するステークホルダーが描いている理念、方向性、課題認識等を把握できるという、双方向の効果が期待できる。

#### (3) まずはいくつかの事業に着目して評価の試行と新たな評価指標の検討を行う

前項までに示したように、インパクト評価手法を地域支援事業に活用するには、「その地域におけるこれまでとこれから」を比較する視点を持ち、地域支援事業の継続的な改善のための評価とし、ステークホルダーを交えた評価を行うことが望ましい。

ただし、各地域で、本調査研究事業で示したインパクトマップの全てを採用して、評価を実施するのは、地域支援事業の担当者の業務量の負荷を考慮すると現実的ではない。また、多くの保険者(自治体)では、介護保険事業(支援)計画を推進するため、また各行政内部で実施している行政評価の一環として、計画に位置づけられた各施策・事業を評価する評価指標や目標値を設定し、1年ごとに評価を実施している場合が多いと考えられる。この評価指標は、各施策・事業の担当が策定し、部・課単位で調整・集約して策定する例が多いと考えられるが、各地域において具体的に実施される施策・事業の内容を踏まえて設定する、つまり実際の活動内容を踏まえた、インパクト評価手法の考え方における「ロジックモデル構築」の視点での指標の設

定が行われている。

本調査研究事業で整理したインパクトマップは、介護保険法の理念を起点として、地域支援事業の目的・内容へとブレイクダウンする、「セオリー・オブ・チェンジ」の視点での設定を行っていることから、この内容をそのまま、各担当レベルで設定している評価指標や目標値と一致させるのは難しい面もあると考えられる。

したがって、現実的・実務的な活用方法として、まず実務的には、第7期介護保険事業(支援)計画に基づいて各施策・事業に対して設定している評価指標・目標値を踏まえた評価を行いつつ、本調査研究事業で整理したインパクトマップを活用し、その施策・事業が波及する効果(アウトカム、インパクト)の視点を確認し、事業の進捗を把握する際に、「その施策・事業の波及的な効果として何が得られたか」を捉えるようにすると良い。

その上で、評価のあり方自体を見直すタイミング(例えば次年度の施策・事業の立案のタイミング)に評価指標を新たに設定、あるいは見直す際には、本調査研究事業で整理したインパクトマップを踏まえた評価指標を設定することが望ましい。

なお、既に本検討結果でも触れたように、効果的な評価を行うためには、評価に利用するデータについては、その評価のために独自に収集する(事業の実施と併せてデータを収集する、事業の開始・終了時点でアンケート調査等の方法でデータを収集する等)ことが必要であり、評価指標の設定と併せて、データの収集手法についても検討することが重要である。

## 第2節 指標ならびにデータセットのあるべき姿

### 1. まずは既存データを活用しつつ地域性を踏まえてアウトカム指標を検討する

本調査事業で検証したインパクトマップは介護保険法等の理念を整理して作成したものであり、地域支援事業で考慮されるべき地域性や地域差が含まれてはいない。そのため実際の活用においては各アウトカムの代替指標を検討する際に、地域の状況に沿った指標を設定することが望ましい。

具体的には、本調査研究事業で整理したインパクトマップ及びそのマップ上の各項目を代表する指標案を踏まえ、各地域で入手可能な既存データの活用や、あるいは各項目のねらいに基づいて新たに指標を設定し、情報収集・データ把握する取り組みを実施することが考えられる。

しかし、実際に上記の修正プロセスには長い時間がかかることが容易に想定されるため、現実的な実現可能性を考慮すると自治体が有している既存データの活用を優先するのが現実的である。

その際、現在作成しているインパクトマップが、アクティビティとして地域支援事業に予算計上される事業のみを掲載している点に留意頂きたい。つまり、目指す地域づくりに寄与することが期待される事業は地域支援事業に限らず、例えば介護保険部局以外の部局が実施している事業、例えば市民協働部局による協働を推進する事業や、公民館等のコミュニティ拠点の整備・活用に関する事業、スポーツや芸術文化等の領域での広く多世代の市民が参画することを企図した事業等も視野に入れるべきである。指標を見直す際は、こうした他分野・他領域の事業も視野に入れ、指標とデータ項目を設定することが重要である。

### 2. 既存データに加え「地域ケア会議」や「協議体」等の機会を活用して情報収集する

本調査で検証対象とした指標候補そのものを大きく変更する必要はないが、実際に社会的インパクトが表出するプロセスを考え、アクティビティに携わった事業者や自治体職員等へのインタビュー調査を補完情報として収集するのも一案である。

例えばインパクトマップでは、アクティビティの「地域ケア会議」の結果、「多様な担い手や社会資源の確保及び育成」というアウトカムが達成されるパスが示されており、現状では定量指標として獲得可能なアウトカム指標は「ボランティアの育成人数」と「ボランティアの累積育成人数」である。自治体によってはこの二つのボックスを結ぶノード上にボランティア育成に関連するアウトカム $\alpha$ が存在することが考えられるが、第2章第1節1.②の指標候補となるデータ分類上のAもしくはBに相当するデータがない場合には、地域ケア会議参加者へのヒアリングで、アウトカム $\alpha$ の確認とその実施内容をヒアリング等で把握し、その上で「ボランティアの育成人数」と「ボランティア累積育成人数」の指標を活用することが必要となる。

他方で「地域ケア会議」のアクティビティのうち、ボランティアの育成に関わる部分の定性情報から、ボランティア育成講座開催回数や、講座参加人数等の定量情報を抜き出し、アウトカム評

価結果と突き合わせる方法もあり得る。この方法は既存の情報を活用する点で自治体の負担が軽減されるものの、地域ケア会議の一側面のみを評価することになるため、関係するステークホルダー間で評価方法等について事前に合意を取っておく必要がある。

インパクトマップでは、アクティビティに直結するアウトプットは数値で把握することが常であることを踏まえると、今後、定量評価を主軸としたインパクト評価を推進するためには、アクティビティについても定量情報を確保するような仕組み・工夫が必要と言える。

### 第3節 インパクト評価手法のより効果的な活用に向けて

本調査研究事業での検討を通じて、インパクト評価手法を地域支援事業の評価に活用することの妥当性や意義、及び具体的な活用方法を整理した。

各保険者(自治体)においては、行政庁内の行政評価との関連も踏まえ、既に第7期介護保険事業(支援)計画にもとづく各施策・事業の評価指標や目標値を設定していると考えられる。また、平成30年度から保険者機能強化推進交付金の運用が開始されることを受け、本交付金の評価項目への対応も進められているところである。

インパクト評価は、具体的な個々の活動(アクティビティ)が社会的にどのような波及効果を生むかを捉えることができる特徴を持ち、地域づくり全体へと波及していく効果を捉える必要のある地域支援事業の評価に相応しい評価手法である。しかし、前述のように、既存の評価項目が多くあることから、これに加えてインパクト評価を実施することは、施策・事業の担当者的実務的負担を考慮すると現実的ではない。

したがって、インパクト評価手法の活用については、長期的な視点を持ち、各保険者(自治体)の地域支援事業のうち、一部の施策・事業からで良いので順次、試行的に活用・導入を進めていくことが良いと考えられる。

最後に、こうした段階的な活用を想定した場合の展開例と、その各段階における課題を整理する。積極的に取り組む保険者(自治体)においては、ここに示す段階を踏まえ、インパクト評価手法の活用に取り組んでいただきたい。

#### 1. インパクトマップの行政評価(事務事業評価)における説明への活用

第一に、すでに各保険者(自治体)において各施策・事業で設定している評価指標を活用する(本調査研究事業で整理したインパクトマップの評価指標をそのまま適用することはしない)。その上で、毎年の行政評価(事務事業評価)で一年間の施策・事業の成果をとりまとめる、あるいは新たに新年度の事業企画を立案する際に、その施策・事業が地域社会にもたらした(もたらすことを期待する)波及的効果を説明する際に、インパクトマップの「アウトカム」や「インパクト」を参照し、説明材料として活用する。

このような活用方法であれば、既存の評価指標をそのまま活用することができるので取り組みやすい。ただし、説明材料として利用する「アウトカム」や「インパクト」のデータについては、地域支援事業の担当セクションだけでは入手しにくいものもあるため、庁内他部署に協力を依頼してデータを入手することが必要である。そもそも地域支援事業は地域づくりを目指す視点を有しており、介護保険部局が持つデータだけで評価しきれものではないことから、この趣旨を踏まえた上で、庁内他部署からも関連するデータを提供してもらうよう庁内連携の体制を整えることが課題となる。

## 2. 地域のステークホルダーの間での共有するビジョンや認識の醸成への活用

第二のステップは、インパクトマップを地域のステークホルダーとのコミュニケーションの場で活用し、目指す地域の実現に向けた課題認識を共有し、その地域が具体的にどのような姿を目指すか、どのような目標を設定するかについて、各ステークホルダーの認識を共有したり、あらたにビジョンや方向性を作り上げていくきっかけに活用したりするものである。

具体的には、まず地域全体の課題を捉える地域ケア会議や協議体、あるいは行政庁内の連絡会議等の会合での基礎資料として活用することが考えられる。インパクトマップは、個々の施策・事業が、最終的に地域全体にどのような波及効果をもたらすことを目指すのか、という関連性を理解しやすいという特徴があるため、ステークホルダーの間でこうした関連性の基本的な認識を共有しておくことは、さまざまな立場のステークホルダーとの協働によって施策・事業を推進する基礎となる。

ただし、このような活用方法の場合、本調査研究事業で作成したインパクトマップのまま使うのではなく、その地域における介護保険事業(支援)計画で掲げている理念やビジョン、目標の言葉に差し替えたり、地域ケア会議や協議体の議論の中で出てきている視点を盛り込んだ表現に修正したりすることが必要である。

さらに言えば、その地域なりのビジョンや目標、方向性等を検討するきっかけとしてインパクトマップを活用することが望ましい。「地域版のインパクトマップ」を作成する作業自体を、地域ケア会議や協議体、庁内連絡会議等の会議体に参加する地域のステークホルダーとともに議論していくことが重要である。こうしたプロセスを経ることにより、地域づくりに向けた地域支援事業の位置付け・意味が共有され、またそれまでに取り組んできた事業や活動の成果と課題を振り返り、さらにより良いものとしていく継続的なマネジメントサイクルが回りだすことが期待される。



### 〈コラム〉地域づくりに向けた活動に対する準公的資金や民間資金の導入における活用

ここまで挙げた二つの活用方法に加え、将来的な活用方法として、地域づくりに向けた活動に対する準公的資金や民間資金の導入に活用することが考えられる。ここでの準公的資金とは、例えばマッチング方式によって一部公的資金が投入されているまちづくり基金や市民協働推進のための基金等が挙げられる。また、民間資金とは、例えば個人・団体からの地域活動に対する寄付、企業による地域社会貢献活動への資金・物品・社員ボランティアの導入、民間の助成財団による助成、ソーシャルファンディング等の社会的資金調達手法で集められる資金等が挙げられる。こうした資金は、地域差はあるものの、地域の中に一定程度の社会資源として位置づけられていると考えられる。

もともとインパクト評価は、ある活動が社会的にどのような影響をどの程度与えるかを定量的に（経済換算して）評価する手法であるため、その本来の手法の趣旨に沿った活用とも言える。現時点の各保険者（自治体）の介護保険事業をとりまく環境では、たちまちにこのような活用が必要となる可能性は小さいが、高齢化や人口減少の進展に伴い、保険者（自治体）によっては、地域づくりに向けた活動に投入できる行政の財源が極めて限られるような状況に置かれる場合も想定される。このような状況では、地域づくりに向けた活動を止めてしまえば地域における暮らしを支える力の減退が進んでしまうことから、地域支援事業のような地域づくりに向けた活動が、むしろ重要になる。

こうした活動に準公的資金を活用することは、多くの地域で既に行われているだろうが、さらに民間資金を導入するには、その活動がどの程度、社会にインパクトを与えるのかを定量的に説明できることが必要になる。この説明にインパクトマップやインパクト評価を活用するのである。

このような活用のためには、それまでに活動と評価を積み重ねた上で、一つの活動（あるいは施策・事業）がどの程度の社会的影響を与えるのかのデータを蓄積しておくことが必要だ。したがって、いきなりこのような活用をすることは現実的ではなく、前述1～2項に挙げたような活用を積み重ねておくことが必要になる。

なお、この活用方法を実践する場合、評価に必要なデータを収集したり評価を実施したりする作業に多くの労力を要することから、保険者（行政）が単独で評価を行うのではなく、例えば地域において助成財団としての機能を担う社会福祉協議会（共同募金会）や、一般の助成財団、企業のCSRや社会貢献等の取り組みと協働して実施することが有効である。

## 参考資料 地域支援事業の社会的インパクトの構造仮説の設計

本調査研究報告書の前提となる、平成 28 年度調査研究におけるインパクトマップ(案)の検討経過を以下に紹介する。なお詳細は平成 28 年度調査研究『地域支援事業の実施状況及び評価指標等に関する調査研究事業<sup>i)</sup>』のとおりである。

### ① インパクト評価とは

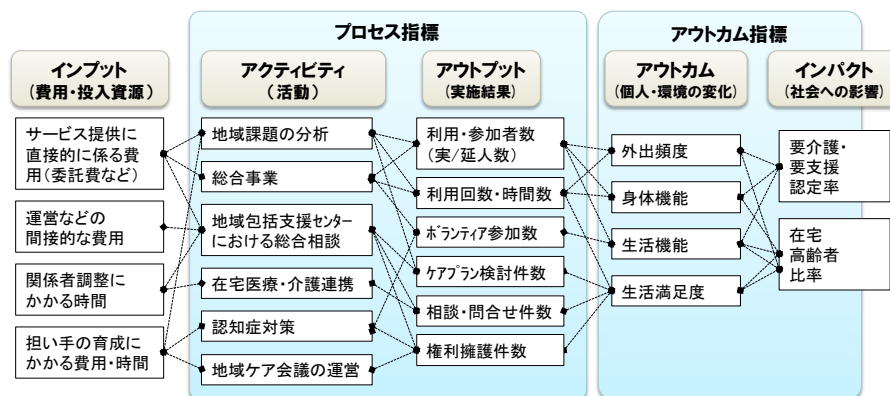
社会的インパクト評価とは、事業や活動の結果として生じた環境・社会的変化やその価値を定量的・定性的に評価することを指す。ビジネスでは売上等の財務面で事業成果を評価することが多いが、社会的インパクト評価はそのような「査定」ではなく、事業・活動が本来発揮すべき価値を引き出すことを主な目的としている。そのため、取り組みが社会的な課題の解決に貢献しているかといった価値判断を行うのに適している。

地域支援事業が取り扱う活動の範囲は多岐にわたっているため、地域支援事業の評価では地域づくり・地域包括ケアの実現にどのように貢献しているかという視点が必要である。これは事業がもたらす直接の結果だけを見るのではなく、その結果が他の領域にどのような波及効果をもたらし、結果的に地域全体にどのような影響をもたらしかを見据える必要があるということである。このため、インパクト評価の手法を用いることが有効であると考えた。

### ② インパクトマップとは

インパクトマップは、インパクト評価を実施して、アクティビティ(活動)によってもたらされる、アウトプット、アウトカム及び社会的インパクトに至る因果関係を図示したものである。地域支援事業において「アクティビティ」は各事業に相当し、「アウトプット」は参加者数や件数等の実施結果である。事業実施によってもたらされるアウトカム(個人や地域等の環境がどう変わったか)、さらには、インパクト(社会への影響)までが視野に入っている。地域支援事業を分析対象とした場合のインパクトは、地域包括ケアの実現や介護保険運営という視点が想定される。

図表37 インパクトマップ(イメージ図)



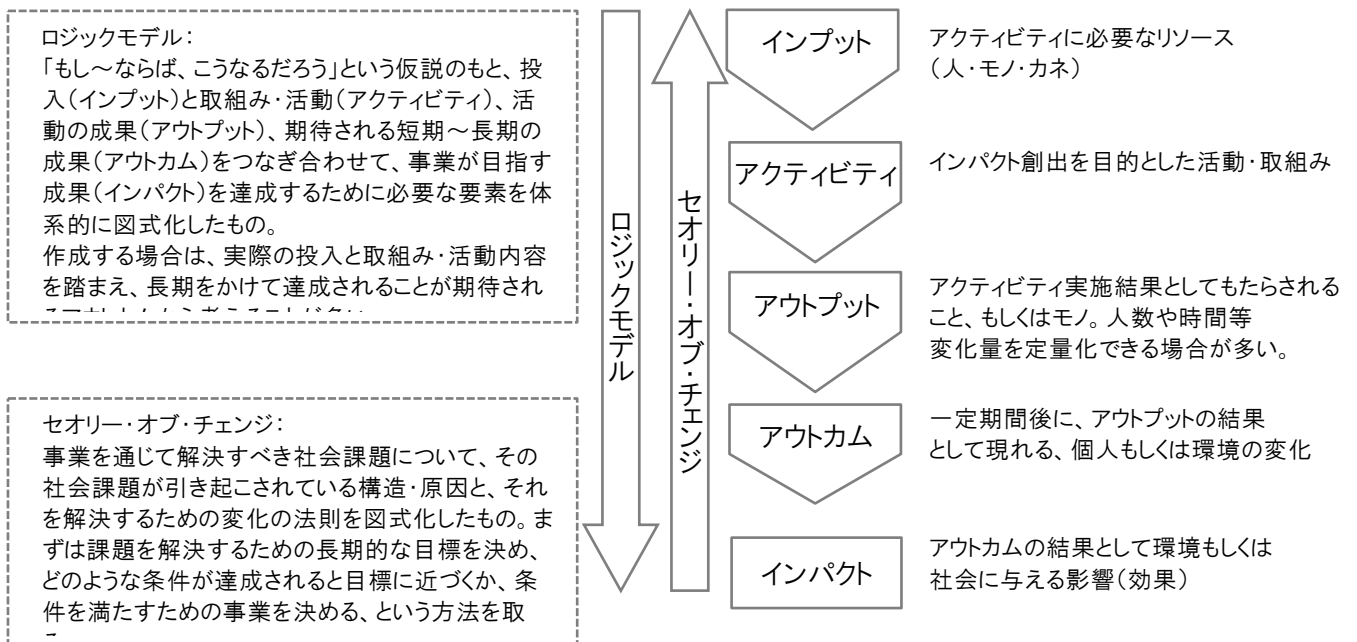
<sup>i)</sup> <http://www.jri.co.jp/page.jsp?id=31082>

### ③ インパクトマップの作成手順

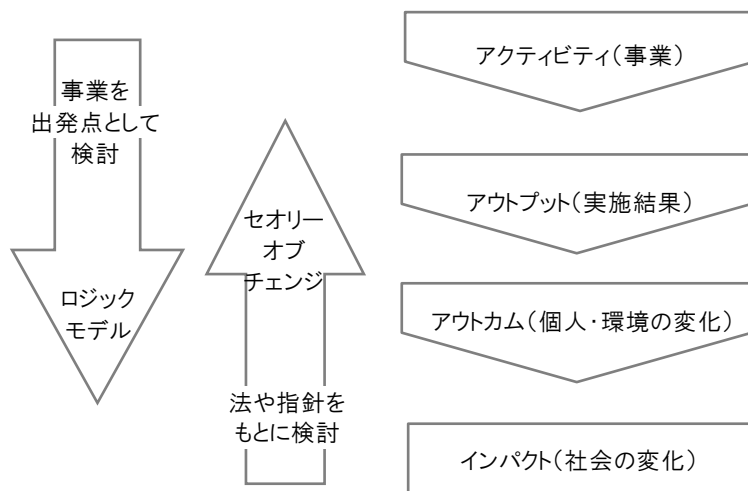
インパクトマップの作成手順は大きく二つに分けられる。第一の「ロジックモデル構築方法」に則り、「もしAならば、Bになるだろう」という仮説のもと、アクティビティ、アウトプット、アウトカムを論理的に整合するようにつなぐ。アクティビティから社会的インパクトまでをボトムアップで作成していくことが特徴である。

第二の「セオリー・オブ・チェンジ」という方法では、長期的な目標として社会的インパクトを定め、どのような条件が達成されると目標に近づくか、条件を満たすための事業や条件を検討する。

図表38 インパクトマップ作成の2つの手法



平成 28 年度調査研究のなかで、ロジックモデル構築方法とセオリー・オブ・チェンジを組み合わせてインパクトマップを作成した。具体的には、「介護保険法」及び「介護予防・日常生活支援総合事業の適切且つ有効な実施を図るための指針」に基づき、セオリー・オブ・チェンジの考え方を踏まえて社会的インパクトからアウトカム・アウトプットまでを構造化した。一方で、地域支援事業の事業体系をもとに、ロジックモデルの考え方をういてアクティビティからアウトプット・アウトカムまでを構造化した。最後に、因果関係を説明するために必要なアウトプットやアウトカムを追加した。



#### ④ 地域支援事業にかかるインパクトマップ(案)の作成

構造化したマップは p5 の図表 1 のとおりである。さらに、図表 1 の詳細項目をまとめた概要版は図表 2、3 のとおりである。構造化にあたっての考え方は以下のとおりである。

##### a) 社会的インパクト

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

##### b) 最終アウトカム

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

社会的インパクトのうち、「個人の能力に応じた自立した日常生活の維持・継続」の状態がもたらされるには、「健康寿命の延伸」という状態が達成されることが必要である。介護保険法では

「要介護状態等の軽減・悪化防止(第二条)」、「国民の健康の保持増進(第四条)」の達成に該当し、指針では「要介護・要支援認定に至らない高齢者の増加(第 1. 2)」の達成に該当する。「住み慣れた地域での日常生活の維持・継続」については、「住み慣れた地域・居宅での自立した生活」という状態の達成が必要だと考える。介護保険法では「要介護状態等となった場合においても、可能な限り地域で自立した日常生活を営むことができる支援の享受(第百十五条の四十五 その 2)」及び「被保険者が住み慣れた地域・居宅での自立した日常生活の維持・継続(第二条及び第五条)」の双方の達成に該当する。なお前者は「個人の能力に応じた自立した日常生活の維持・継続」の達成に必要なアウトカムでもある。さらに「個人の尊厳の尊重」については、「高齢者の生活満足度や意欲の維持向上」の状態になることが必要であり、指針においては「要介護状態になってもいきがい・役割をもって生活できる(第 3. 1)」と示されている。

### c) アウトカム項目

#### 【要介護状態の予防・重度化防止の実現】

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

#### 【高齢者の状態にあった支援の実現】

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

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

### 【地域で支え合い認め合う仕組みの構築・円滑な運営】

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

### 【介護保険制度の効果的・効率的な運営】

地域支援事業が適切に運用され、社会的インパクトを達成するためには、その基盤として介護保険制度の効果的・効率的な運用が行われていることが必要である。すなわち指針における「市町村の円滑な事業の実施（第 1. 7）」、「市町村の効率的な事業実施（第 1. 4）」の実現であり、それによって「費用の効率化の実現（第 1. 2）」や「介護サービス、介護予防サービス、地域支援事業の継続性の担保」が実現し、「在宅生活の安心確保（第 1. 2）」にもつながる。

### 【多様な担い手や社会資源の確保及び養成】

認め合い・支え合いの実現や介護保険制度の効果的・効率的な運営を達成するには、それらを担う人材や社会資源の充実が必要である。指針では「ボランティア活動等を通じた地域の人材の活用（前文）」、「ボランティア等の人材の育成（第 3. 4）」、及び「市町村、住民等の関係者間における介護予防についての理念・意識の共有（第 1. 2）」という行動や状態の達成が示されている。これらが達成されるには、その前提となる「社会資源の把握・発見・創出」や「社会資源とのマッチング」及び「ネットワークの構築」という認知から状態に至るまでのアウトカムが、関連するアクティビティからもたらされることが必要である。なお社会資源・人材の充実に該当するアウトカムがもたらされると、指針における「介護予防に資する地域活動組織の育成（第 3. 4）」につながると考えられる。

### 【相談及び支援基盤の構築・強化】

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

### 【ケアマネジメントの質の向上】

支援基盤が強化され、社会資源・人材の充実がもたらされることは、介護の予防の質の向上へとつながる。指針で言えば「各種サービスにアクセスしやすい環境の実現(第 1. 2)」や「低廉な単価のサービスの充実・利用者普及(第 1. 2)」といった行動や状態段階のアウトカムが求められる。またアクティビティを通じて「介護支援専門員の実践力向上」が達成されることで、指針における「効果的な介護予防ケアマネジメントの推進(第 1. 2)」につながると考えられる。

### 【高齢者の健康づくり・介護予防の取り組みの推進】

高齢者の状態にあった支援の実現には、健康づくり・介護予防の取り組みがある程度実現されていることが望ましい。特に「高齢者の活動的な生活習慣の実現」と「高齢者の身体機能の維持・向上」を達成することは、介護保険法における「要介護状態の予防の促進(第四条)」や指針における「要支援者の重度化予防の推進(第 1. 2)」というアウトカムをもたらすために重要である。またアクティビティからもたらされるアウトカムとして、「介護予防事業への高齢者の参加」の状態が達成されることが期待される。

### 【多職種連携の実現】

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

### 【地域の課題及びニーズの把握】

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

※ 本調査研究事業は、平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業として実施したものです。

平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業(老人保健事業推進費等補助金)

地域支援事業の実施状況及び評価指標等に関する調査研究事業

報告書

平成 30 年 3 月

株式会社日本総合研究所

〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-10-2 東五反田スクエア

TEL: 03-6833-5204 FAX:03-6833-9479