

令和6年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

地域包括ケア「見える化」システムを活用した
地域包括ケアシステムの構築状況の把握と分析に
係る調査研究事業

報 告 書

令和7(2025)年3月
公立大学法人 埼玉県立大学

エグゼクティブ・サマリー

エグゼクティブ・サマリー

I 研究事業概要

本研究事業では、地域支援事業の実施について、地域包括ケア「見える化」システム（以下「見える化システム」という。）に提供されるデータおよび情報を活用し、関東信越厚生局管内の自治体が地域支援事業の実施状況を効果的に把握・評価できる手法を整理しました。また、複数の指標を組み合わせることで可能となる分析方法について、実例を通じて検証し、見える化システムの更なる活用方法について考察しました。

II 本報告書の分析方法

まず、自治体等へのアンケート調査を通じて、地域支援事業の実施における見える化システムの活用状況や課題を明らかにしました（第2章）。次に、ロジックモデルの枠組みに基づき、地域課題の分析・特定に見える化システムのデータを活用する実践的なワーク手法を検証しました（第3章）。さらに、見える化システムの指標を用いた実証分析の可能性について、統計学的手法を用いて考察を加えました（第4章）。最後に、本報告書を統括し、見える化システムのさらなる普及と活用促進に向けた政策提言を取りまとめました。

III 自治体等における見える化システムの活用状況（第2章）

1. キーメッセージ

- 市区町村において、各事業を効果的に実施していくためには、見える化システムやそこに掲載されるアウトカム指標の活用を進めていくこと、その前提として介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等（以下「ニーズ調査等」という。）見える化システムに登録・活用していくことが必要です。
- 都県・厚生局において、市区町村における見える化システム等の活用に向けて、そのデータの構造を示すツールを用いたデータ活用の研修や個別支援が必要です。

2. 主な結果

- 1) 地域支援事業の実施状況等を把握するため見える化システムを活用している市区町村は63.9%であり、人口規模の大きい市区町村ではその割合が低い傾向にありました。
- 2) 活用している市区町村でも、個別の事業については最も多い一般介護予防事業でも32.8%に止まっており、さらに活用に課題がある市区町村が78.9%でした。
- 3) この課題等について、「データを読み解くことが難しい」や「データの数が多く、どこを見てよいかわからない」、「データをどのように活用したらよいかわからないため」等の回答が多くありました。

3. 小括

- ・ 市区町村において、地域支援事業における各事業を効果的に実施していくためには、見える化システムやアウトカム指標の活用を進めていくことが必要です。加えて、地域支援事業において見える化システムを活用していくためには、ニーズ調査等を厚生労働省の示す様式や方法に基づき実施した上で、見える化システムに登録して地域の高齢者の状況を日常生活圏域ごとに見たり他の地域や前期と比較したり、個人の状況を追跡できるようにすることで事業の効果を評価したりすることも必要です。都県・厚生局において、市区町村における見える化システム等の活用を推進するためには、そのデータの構造や関連性を示すツールを用いたデータの活用についての研修や個別支援が必要です。
- ・ 国においては、市区町村が地域支援事業の実施においてニーズ調査を有効に活用できるように、

全国の市区町村において同じ様式や方法を用いていただく方針をより厳格に示していくことが重要です。

IV 地域支援事業の課題特定と分析等を行うワークモデルの実証（第3章）

1. キーメッセージ

- 地域支援事業の課題特定や分析における実証により、データの関連性を示す分析ツールの有用性、データの解釈や評価では現場の方々と交えた意見交換が必要なこと、データ活用を支援する有識者の重要性が示されました。
- 市区町村においては、これらの成果をもとに見える化システムや分析ツールを活用した地域支援事業の課題特定や分析等を行うことが期待されます。
- そのために、都県・厚生局では、今後、さらに市町村の地域支援事業において分析ツールを活用して検討や実施、評価等に伴走していくことにより、その手法が確立していくことに加えて、研修等によりこれらの手法を市区町村に普及していくことが重要です。

2. ワークの概要とアンケート結果

1) ワークの方法

- ・ 関東信越厚生局管内の自治体から協力を得て、見える化システム等のデータを用いて、自治体における地域支援事業の課題特定と分析等を行うグループワークを実施しました。
- ・ 市区町村では、協力いただいた2市区町村にてグループワークを各2回実施しました。
- ・ また都県では、10都県に参加を呼びかけ、8都県が参加したワークを実施しました。

2) アンケート結果

- ・ アンケートでは「業務に役に立つか」との質問に、市区町村・都県のワークいずれも、全てかほぼ全ての参加者に「とても役に立つ」「まあ役に立つ」と回答いただきました。

3. 小括

- ・ 市区町村や都県での分析ツールを用いた地域支援事業の課題特定や分析の実証により、改めて、データの関連性や構造等を示す分析ツールの有用性が示された一方で、分析ツールだけでは地域支援事業を効果的に実施するための地域分析を行うことが難しいことが示されました。
- ・ 地域分析を的確に行うためには、地域支援事業の担当者に加えて介護保険事業計画作成等の関連業務の担当者や現場の方々と交えた意見交換や議論が必要なこと、データ活用を支援する有識者の重要性が明らかになりました。
- ・ 都県・厚生局では、来年度以降、本事業の手法をもとに、さらに市町村の地域支援事業において分析ツールを活用して検討や実施、評価等において伴走していくことで、その手法が確立していくことに加えて、研修等によりこれらの手法を市町村に普及していくことが重要です。また、これらの手法を都県の事業においても活用いただき、その事業の改善につなげていただくことも期待されます。

V 見える化システムのデータを用いた地域レベルの定量的な試行分析（第4章）

1. キーメッセージ

- 社会参加の水準が高い市町村ほど、生活支援・介助を必要とする高齢者の割合が低いことが確認されました。
- いわゆる「インセンティブ交付金」の得点分析により、地域包括支援センターの機能強化や地

域ケア会議の充実が進むほど、要介護認定率が低いという傾向が見られました。

2. 主な結果

- ・ 関東信越地方の市町村単位のデータ分析の結果、ボランティアや趣味活動を週1回以上行う高齢者が多い市町村では、主観的健康感が高い高齢者の割合が高い（ $\rho = 0.189$, $\rho = 0.214$ ）ことが確認されました。このような市町村では、生活支援や介助を必要とする高齢者の割合が低い（ $\rho = -0.327$, $\rho = -0.293$ ）傾向も見られました。
- ・ 誰かと食事する機会が「年数回未満」の高齢者が多い地域ほど、生活支援や介助を必要とする高齢者も多い傾向があることがわかりました（ $\rho = 0.553$ ）（図）。
- ・ また、いわゆる「インセンティブ交付金」¹の得点を用いて分析した結果、地域包括支援センターの機能強化や地域ケア会議の充実が進んでいる市町村では、合計調整済み認定率が低い傾向が見られました（ $p = 0.0006$ ）。
- ・ 同様に、認知症総合支援の体制整備と活動の充実が高い市町村では、新規認定時の要支援1及び2の合計認定割合は高く（ $p = 0.0002$ ）、要介護1及び2の合計認定割合は低い（ $p = 0.0016$ ）という傾向が確認されました。

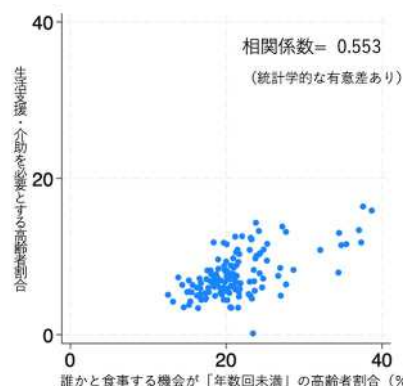


図 生活支援・介助が必要な高齢者割合と誰かと食事する機会が「年数回未満」の高齢者割合の分布

3. 散布図機能の活用と指標の組み合わせ例

- ・ 2つの指標の関係を直感的に把握するには、見える化システムの「二つの指標を組み合わせる」機能が役立ちます。社会参加と健康アウトカムの関係を見るには、例えば、次の組み合わせが考えられます。
 - ◇ 「ボランティア等に参加している高齢者の割合」と「介護が必要な高齢者の割合」
 - ◇ 「趣味関係グループに参加している高齢者の割合」と「主観的健康感の高い高齢者の割合」
 - ◇ 「趣味関係グループに参加している高齢者の割合」と「IADLが低い高齢者の割合」

4. 活用可能性を高めるための課題

- ・ 因果関係や影響の大きさを正確に検討するには追加の分析が必要ですが、多くの学術研究は社会参加が健康に好影響を与えると支持しています。社会参加を促進する施策の強化が求められます。

VI 政策提言

見える化システムは、介護保険事業計画の策定に用いられるツールとして広く認識されていますが、今回の研究成果により、地域支援事業の施策立案や評価にも有効に活用できることが明らかになりました。また、データの構造を示す分析ツールは有用であることが確認されました。一方、限界もあり、地域の知見を生かし地域の実情を補完しつつ地域支援事業を評価・検討するには、外部の識者による伴走支援が必要であることも明らかになりました。

1) 都県・厚生局／自治体（保険者） 共通

- 市町村においては、見える化システムを地域支援事業の施策立案や評価に積極的に活用すること

¹ 一次データは、「令和5年保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金評価指標」に基づく。地域包括支援センターの環境整備や地域ケア会議の活動は「Ⅱ 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進」のうち、「(2) 地域包括支援センター・地域ケア会議」、認知症総合支援は「(4) 認知症総合支援」の項目を用いた。いずれもの推進と支援の合計得点とした。

が求められます。都県及び厚生局は、市町村が見える化システムを効果的に活用できるよう、具体的な活用方法の周知を進めるとともに、その利点を強調し、活用促進に向けた支援策を講じる必要があります。

- 地域づくりの検討や地域支援事業の施策立案や評価において、特にニーズ調査の結果の活用が重要であることが改めて確認されました。市町村は「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 実施の手引き」に基づき、調査を適切に実施し、そのデータを確実に見える化システムへ登録することが求められます。あわせて、都県や厚生局は、市町村の適切な調査の実施とデータ登録の徹底を支援する役割を果たすことが重要です。

2) 都県・厚生局

- 市区町村における見える化システム等の活用を推進するためには、そのデータの構造を示すツールを用いたデータ活用の研修や個別支援が必要です。
- 今年度の実証をもとに、今後、さらに市町村の地域支援事業において分析ツールを活用して検討や実施、評価等に伴走していくことにより、その手法が確立していくことに加えて、研修等によりこれらの手法を市町村に普及していくことが重要となります。

3) 自治体（保険者）

- 各事業を効果的に実施していくために、見える化システムやそこに掲載されるアウトカム指標の活用を進めていくことが必要であり、本事業の成果をもとに見える化システムや分析ツールを活用した地域支援事業の課題特定や分析を進めていくことが期待されます。
- 加えて、地域支援事業において見える化システムを活用していくためには、ニーズ調査等を厚生労働省の示す様式や方法に基づき実施した上で、見える化システムに登録して地域の高齢者の状況を日常生活圏域ごとに見たり他の地域や前期と比較したり、また、個人の状況を追跡できるようにすることで事業の効果を評価したりすることも必要です。
- 社会参加を促進する施策が健康アウトカムに好影響を与えるという関係性が改めて確認された。高齢者の社会参加や社会的な交流を促進する施策について更なる強化が望まれます。
- 地域包括支援センターの機能強化や認知症対策の充実を通じて、効果的に自立支援と重度化防止を実現している可能性が示唆され、今後さらにこの取り組みを推進することが重要です。

目次

エグゼクティブ・サマリー	i
目次	1
用語の解説	3
第1章 研究の概要	
第1節 研究背景と目的	7
第2節 委員会の構成	7
1. 委員構成	7
2. 研究実施体制及び事務局	7
3. オブザーバー	7
4. 開催概要	8
第3節 事業概要	8
1. アンケート調査	8
2. 地域支援事業の課題特定と分析等を行うワークモデルの実証	9
3. 地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析	9
4. 自治体を対象とした報告会及び報告書の作成	9
第2章 アンケート調査	
第1節 調査目的	13
第2節 対象と方法	13
第3節 市区町村調査の結果	14
第4節 都県調査の結果	28
第5節 小括	37
第3章 地域支援事業の課題特定と分析等を行うワークモデルの実証	
第1節 目的	41
第2節 市区町村における実証	
1. 概要	41
2. 実証の実施結果	45
第3節 都県における実証	58
1. 概要	58
2. アンケート結果	59
第4節 小括	63

第4章 地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析	
第1節 関東信越地方における要介護認定率等の推移	67
1. 背景と目的	67
2. 対象と方法	67
3. 結果	71
4. 小括	79
第2節 関東信越地方の市町村レベルについての社会参加と健康アウトカムの相関分析	82
1. 背景と目的	82
2. 分析の枠組み	83
3. 対象と方法	86
4. 結果	92
5. 小括	95
第3節 地域包括支援センターや地域ケア会議の体制整備状況と認定率に関する地域レベルの試行分析	101
1. 背景と目的	101
2. 分析の枠組み	101
3. 対象と方法	102
4. 結果	106
5. 小括	108
第4節 認知症総合支援の体制整備状況と新規要介護認定における軽度認定区分の割合に関する地域レベルの試行分析	110
1. 背景と目的	110
2. 分析の枠組み	111
3. 対象と方法	111
4. 結果	116
5. 小括	118
第5節 文献調査1	120
第6節 文献調査2	127
第5章 自治体を対象とした報告会	
1. 目的	139
2. 開催概要	139
3. アンケート結果	140
第6章 総括	147
基礎資料	151

用語の解説

関東信越地方

本書では、関東信越厚生局が管轄する地域を指し、1都9県で構成される。具体的には、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県が含まれる。この地域は、関東地方と信越地方をまとめた行政区分として使用される。

アウトカム

施策や活動が、働きかけた相手方に生じた変化を意味する。例えば、高齢者が（市町村が実施した）社会参加プログラムに参加した結果、主観的健康感が高まったとき、主観的健康感がアウトカムに相当する。

アウトプット

施策や活動を実施する主体側に起こる結果を意味する。例えば、（予算と人員を当て計画した）社会参加プログラムの実施回数は10回だったとき、実施回数はアウトプットに相当する。

インプット

施策や活動に投じた金額（費用）、人員数、物品など実施する主体が投じた資源を意味する。例えば、実施した社会参加プログラムの全10回分に支払った金額が100万円であり、また従事したスタッフ人数が3人だったとき、支払った金額やスタッフ数はインプットに相当する。

ロジックモデル

原因と結果の因果関係を論理的に構造化したものを意味する。近年では、PDCAサイクルに基づく行政評価の手法の一つとして用いられている。ケロッグ財団（W. K. Kellogg Foundation）が公開したLogic Model Development Guideが知られている。

調整済み認定率

要支援・要介護認定者の人数を第1号被保険者の人数で除した値を意味する。調整済みとは、第1号被保険者の性・年齢構成の影響を除外するよう補正された指標を指す。本報告書で扱った調整済み認定率には、合計調整済み認定率、調整済み軽度認定率、調整済み重度認定率がある。本書では市町村単位で算出した当該認定率の関東信越地方平均である。

調整済み新規認定時の認定者割合（要介護度別）

新規要支援・要介護認定者の要介護度別分布を意味する。つまり、要支援1から要介護5の

それぞれの区分について、新規認定の要支援・要介護認定者に対する各認定区分の認定者の占める割合を意味する。本書では市町村単位で算出した当該割合の関東信越地方平均である。

調整済み新規認定時の認定者割合（年齢階級別）

新規要支援・要介護認定者の年齢階級別分布を意味する。つまり、65 歳から 5 歳区切りとし、新規認定の要支援・要介護認定者に対する各年齢階級の認定者の占める割合を意味する。90 歳以上は 1 区分として扱った。本書では市町村単位で算出した当該割合の関東信越地方平均である。

調整済み新規認定時の平均要介護度

市町村単位で算出した調整済み新規認定時の平均要介護度の関東信越地方平均を意味する。

新規認定時の平均年齢

新規要支援・要介護認定者の平均年齢の関東信越地方平均を意味する。

保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金

自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取り組みの達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための交付金を意味する。本書では、単に、「インセンティブ交付金」と表記する場合がある。

四分位帯

ある変数を値の小さい順から並べ 4 等分した区切りの値（四分位数）のうち、区切りの範囲を意味する。第 2 四分位数は中央値と同意になる。本書では 4 つの範囲（グループ）を設定し、それぞれ、第 1 四分位帯、第 2 四分位帯、第 3 四分位帯、第 4 四分位帯としている。各四分位帯に含まれる対象数はほぼ均等になることが多いが、四分位数と同値であった対象数が多い場合、必ずしも均等にならない。

第 1 章 研究の概要

第1章 研究の概要

第1節 研究背景と目的

当調査研究事業では、地域包括ケア「見える化」システムで提供されているデータ及び情報を活用して、関東信越厚生局管内の自治体が地域支援事業の実施状況を把握・評価し、施策を検討するうえでの有用な手法を整理するとともに、複数の指標を組み合わせることで、こういった分析が可能であるかなどの実例を検証するなどして、見える化システムのさらなる活用方法について考察し、報告書にまとめる。

第2節 委員会の構成

本研究の品質を担保するため有識者による検討委員会を設置し開催した（◎委員長／敬称略）。

1. 委員構成

氏 名	所 属	役 職
井手 一茂	千葉大学 予防医学センター	特任助教
菊池 一	松戸市福祉長寿部高齢者支援課	課長補佐
◎ 近藤 克則	千葉大学 予防医学センター 医療経済研究機構	特任教授 研究部長
宮川 可南子	長野県健康福祉部介護支援課	主任

2. 研究実施体制及び事務局

埼玉県立大学地域連携センター

埼玉県立大学保健医療福祉学研究科

埼玉県立大学研究開発センター

埼玉県立大学研究開発センター

埼玉県立大学事務局 研究・地域連携担当

一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構政策推進部

一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構政策推進部

一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構政策推進部

一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構政策推進部

教授 吉田 俊之

教授 山崎 弘嗣

特任助教 久保田 圭祐

特任助教 南 拓磨

主任 金子 睦

担当部長 柳 史生

専門研究員 澤田 真帆

専門研究員 佐々木 裕伊

（令和6年12月31日まで）

加藤 由美

3. オブザーバー

関東信越厚生局健康福祉部地域包括ケア推進課

4. 開催概要

	開催日	主な議題・内容
第1回	令和6年8月9日	・事業概要の説明 ・ウェブアンケート調査設計の考え方と進め方（案） ・「見える化」システムの指標等を分析・整理する考え方と進め方（案） ・実証の考え方と進め方（案） ・その他
第2回	令和7年1月14日	・アンケート調査結果の検討 ・実証結果の検討 ・見える化システムの分析（経過報告） ・報告会（案）の検討
第3回	令和7年3月24日	・実証概要（2回目）の報告 ・報告会開催の報告 ・エグゼクティブ・サマリー（案） ・報告書（案）

第3節 事業概要

1. ウェブアンケート調査

自治体における地域支援事業に係る地域課題の特定と分析、必要な施策の検討、及び事業評価において、基礎自治体が地域包括ケア「見える化」システムをどのように活用しているか実態を把握した。加えて、都県については、地域支援事業に関して支援が望ましい自治体の特定において、「見える化」システムをどのように活用しているか実態を把握した。

これらの調査結果を踏まえ、地域支援事業に関する地域課題の特定と分析等に効果的な方法や分析指標を整理し、都県や厚生局の立場から考える支援のあり方について考察を加えた。

（主な調査の視点）

- 1) 地域包括ケア「見える化」システムの活用実績
- 2) 「見える化」システムの利用体制

- 3) 「見える化」システムの指標等を活用した事業計画と施策の検討
- 4) 地域支援事業に関する情報の共有と「見える化」システムの活用
- 5) 「見える化」システムの指標等の結果等の計画への反映

2. 地域支援事業の課題特定と分析等を行うワークモデルの実証

関東信越厚生局管内の都県ならびに2つの市区町村から任意の協力を得て、見える化システムの指標やデータを活用し、地域支援事業の課題特定と分析等を試行した。この試行結果と地域支援事業に関連した自治体の業務の実情を踏まえ、採用する指標等の吟味を深めた。最終的には、地域支援事業の計画や運用において、効果的に活用可能な「見える化」システムの指標等を探った。

3. 地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析

地域支援事業に関して地域包括ケア「見える化」システムの更なる積極的な活用の推進を目的とし、「見える化」システムのデータを試行的に分析し有用な指標や情報を整理した。合わせて、他の調査やデータ集など他データ等との連動に関する考察を加えた。指標を整理する際、関東信越厚生局の立場から考えうる支援のあり方を考察するため、地域間の比較が容易に可能な指標を優先して検討した。

また、管内の自治体が地域支援事業の実施状況を把握・評価し、施策を検討するうえでの有用なツールと、それをを用いるための読み解きを検討した。加えて、関東信越厚生局管内の自治体等について、地域支援事業に関する地域分析の結果を整理し資料を作成した。

最後に、文献調査を実施した。

4. 自治体を対象とした報告会の開催及び報告書の作成

関東信越地方の自治体における地域包括ケアシステムに関する事業の担当者を対象に、オンラインにて本事業の取組の成果についての報告会を開催した。

最終的には本研究成果を報告書として取りまとめた。

第2章 アンケート調査

第2章 アンケート調査

第1節 調査目的

地域包括ケア「見える化」システム（以下「見える化システム」という。）等のデータを用いた市町村の地域支援事業の実施状況の把握・評価や、事業の検討における有用な方法を検討するにあたって、本調査において、

- ・市町村において、見える化システム等のデータをどのように活用しているのか
- ・都道府県において、市町村への支援において見える化システム等のデータをどのように活用しているのか

等を把握することを目的に実施する。

第2節 対象と方法

1. 市区町村調査

- 調査対象：関東信越厚生局内の450市区町村の地域支援事業に係る責任者・担当者
- 調査方法：オンラインによるアンケート調査。自治体の庁内環境によりオンラインによる回答が難しい場合には、調査票（Excel ファイル）をEmailで回収した。
- 調査時期：令和6年8月28日（水）～令和6年9月27日（金）
- 有効回答数：233 市区町村
- 回答率：51.8%

2. 都県調査

- 調査対象：関東信越厚生局内の10都県における地域支援事業に係る責任者・担当者
- 調査方法：オンラインによるアンケート調査。自治体の庁内環境によりオンラインによる回答が難しい場合には、調査票（Excel ファイル）をEmailで回収した。
- 調査時期：令和6年8月28日（水）～令和6年9月27日（金）
- 有効回答数：9 都県
- 回答率：90.0%

第3節 市区町村調査の結果

1. 地域包括ケア「見える化」システムの活用状況

(1) 地域包括ケア「見える化」システムのデータの活用状況

令和5年4月から令和6年3月までの1年間における、「見える化」システムの活用状況については、「活用した」市区町村が63.9%となっている。

人口規模別に見ると、20万人以上～50万人未満、50万人以上の市区町村においてその活用状況が比較的低い状況であった。

表 2-1 見える化システムのデータの活用状況

		調査数	地域包括ケア「見える化」システムが何かわからない	地域包括ケア「見える化」システムは知っているが、活用しなかった	地域包括ケア「見える化」システムを活用した
全体		233	1	83	149
		100.0%	0.4%	35.6%	63.9%
人口規模	1万人未満	40	1	12	27
		100.0%	2.5%	30.0%	67.5%
	1万人以上～5万人未満	83	0	31	52
		100.0%	0.0%	37.3%	62.7%
	5万人以上～10万人未満	43	0	14	29
		100.0%	0.0%	32.6%	67.4%
	10万人以上～20万人未満	28	0	9	19
		100.0%	0.0%	32.1%	67.9%
	20万人以上～50万人未満	28	0	11	17
		100.0%	0.0%	39.3%	60.7%
	50万人以上	11	0	6	5
		100.0%	0.0%	54.5%	45.5%

(2) 見える化システムの活用場面

見える化システムの活用場面について、第9期計画の作成時においては、「地域の実態や課題との分析」が90.2%と最も多く、次に「介護保険事業計画への掲載」が66.4%、「会議資料への掲載」が57.3%となっている。

事業の検討等（第9期計画の作成時を除く）においては、「地域の実態や課題との分析」が80.4%と最も多く、次いで「事業の実施状況・成果の把握や評価」が33.6%、「事業内容やその指標の検討」が32.2%となっている。

表 2-2 見える化システムの活用場面（複数回答）

		調査数	＜第 9 期計画の作成時＞						
			地域の実態や課題等の分析（他市町村との比較含む）	検討	事業内容やその指標の把握や評価	事業の実施状況・成果	関係者への説明	会議資料への掲載	介護保険事業計画への掲載
全体		143	129	63	60	65	82	95	3
		100.0%	90.2%	44.1%	42.0%	45.5%	57.3%	66.4%	2.1%
人口規模	1 万人未満	26	23	13	11	13	14	17	1
		100.0%	88.5%	50.0%	42.3%	50.0%	53.8%	65.4%	3.8%
	1 万人以上～ 5 万人未満	51	46	22	22	22	31	36	1
		100.0%	90.2%	43.1%	43.1%	43.1%	60.8%	70.6%	2.0%
	5 万人以上～10万人未満	29	27	12	12	13	18	19	1
		100.0%	93.1%	41.4%	41.4%	44.8%	62.1%	65.5%	3.4%
	10万人以上～20万人未満	17	16	8	8	10	12	11	0
		100.0%	94.1%	47.1%	47.1%	58.8%	70.6%	64.7%	0.0%
	20万人以上～50万人未満	15	12	6	5	5	5	10	0
		100.0%	80.0%	40.0%	33.3%	33.3%	33.3%	66.7%	0.0%
50万人以上	5	5	2	2	2	2	2	0	
	100.0%	100.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	0.0%	

		＜事業の検討等（第 9 期計画の作成時を除く）＞						＜その他＞	
		地域の実態や課題等の分析（他市町村との比較含む）	検討	事業内容やその指標の把握や評価	事業の実施状況・成果	説明	財政部局や関係者への説明	その他	後任への業務の引継ぎ
全体		115	46	48	24	1	6	9	2
		80.4%	32.2%	33.6%	16.8%	0.7%	4.2%	6.3%	1.4%
人口規模	1 万人未満	22	7	8	2	0	1	4	0
		84.6%	26.9%	30.8%	7.7%	0.0%	3.8%	15.4%	0.0%
	1 万人以上～ 5 万人未満	42	21	22	12	0	3	3	0
		82.4%	41.2%	43.1%	23.5%	0.0%	5.9%	5.9%	0.0%
	5 万人以上～10万人未満	22	7	7	3	0	0	1	1
		75.9%	24.1%	24.1%	10.3%	0.0%	0.0%	3.4%	3.4%
	10万人以上～20万人未満	12	6	5	3	1	1	0	1
		70.6%	35.3%	29.4%	17.6%	5.9%	5.9%	0.0%	5.9%
	20万人以上～50万人未満	13	4	4	4	0	1	1	0
		86.7%	26.7%	26.7%	26.7%	0.0%	6.7%	6.7%	0.0%
50万人以上	4	1	2	0	0	0	0	0	
	80.0%	20.0%	40.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	

（３）見える化システムを活用した地域支援事業

見える化システムを活用した地域支援事業について、「地域支援事業全般」が 57.7%と最も多いほか、「一般介護予防事業」が 32.8%、「介護予防・生活支援サービス事業」が 32.1%となっている。

表 2-3 見える化システムを活用した地域支援事業（複数回答）

		調査数	地域支援事業全般	一般介護予防事業	介護予防・生活支援サービス事業	地域包括支援センター運営	在宅医療・介護連携推進事業	認知症総合支援事業	生活支援体制整備事業	地域ケア会議推進事業	介護給付等費用適正化事業	その他
全体		137	79	45	44	16	25	15	18	19	27	7
		100.0%	57.7%	32.8%	32.1%	11.7%	18.2%	10.9%	13.1%	13.9%	19.7%	5.1%
人口規模	1万人未満	25	19	8	7	4	4	5	4	4	5	0
		100.0%	76.0%	32.0%	28.0%	16.0%	16.0%	20.0%	16.0%	16.0%	20.0%	0.0%
	1万人以上～5万人未満	49	28	17	15	5	9	6	9	9	7	3
		100.0%	57.1%	34.7%	30.6%	10.2%	18.4%	12.2%	18.4%	18.4%	14.3%	6.1%
	5万人以上～10万人未満	26	12	12	11	4	4	3	2	2	7	2
		100.0%	46.2%	46.2%	42.3%	15.4%	15.4%	11.5%	7.7%	7.7%	26.9%	7.7%
	10万人以上～20万人未満	17	10	4	3	1	4	0	1	2	3	1
		100.0%	58.8%	23.5%	17.6%	5.9%	23.5%	0.0%	5.9%	11.8%	17.6%	5.9%
	20万人以上～50万人未満	16	8	3	6	1	3	0	1	1	3	1
		100.0%	50.0%	18.8%	37.5%	6.3%	18.8%	0.0%	6.3%	6.3%	18.8%	6.3%
	50万人以上	4	2	1	2	1	1	1	1	1	2	0
		100.0%	50.0%	25.0%	50.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	50.0%	0.0%

（４）見える化システムの活用体制

見える化システムの活用体制については、「地域支援事業の各担当者が自席でパソコンを使用することができる」が 75.0%となっている。

一方、「インターネットに接続されているパソコンがある席に移動して使用することができる」や「担当者が決まっている」との回答も 10%を超えており、地域支援事業の担当者が見える化システムにアクセスしづらい環境の市区町村も一定数あった。

表 2-4 見える化システムについての活用体制

		調査数	地域支援事業の各担当者が自席のパソコンで使用する ことができる	地域支援事業の各担当者がインターネットに接続されているパソコンがある席に移動して使用 することができる	地域支援事業の各担当者がインターネットに接続されているパソコンがある席に移動して使用 することができる	地域包括ケア「見える化」システムを使用する担当者が決まっている	その他
全体		144	108	16	18	2	0
		100.0%	75.0%	11.1%	12.5%	1.4%	0.0%
人口規模	1万人未満	24	15	6	3	0	0
		100.0%	62.5%	25.0%	12.5%	0.0%	0.0%
	1万人以上～5万人未満	51	41	4	5	1	0
		100.0%	80.4%	7.8%	9.8%	2.0%	0.0%
	5万人以上～10万人未満	28	23	2	3	0	0
		100.0%	82.1%	7.1%	10.7%	0.0%	0.0%
	10万人以上～20万人未満	19	15	2	1	1	0
		100.0%	78.9%	10.5%	5.3%	5.3%	0.0%
	20万人以上～50万人未満	17	10	2	5	0	0
		100.0%	58.8%	11.8%	29.4%	0.0%	0.0%
50万人以上	5	4	0	1	0	0	
	100.0%	80.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	

（５）見える化システムの活用頻度

見える化システムの活用頻度については、「数カ月に１回程度」が 59.3%と最も多いほか、「１カ月に１回以上」が 29.0%となっている。

表 2-5 見える化システムの活用頻度

		調査数	１週間に１回以上	１カ月に１回以上	数カ月に１回程度	１年に１回程度	数年に１回程度
全体		145	4	42	86	12	1
		100.0%	2.8%	29.0%	59.3%	8.3%	0.7%
人口規模	1万人未満	25	0	4	19	2	0
		100.0%	0.0%	16.0%	76.0%	8.0%	0.0%
	1万人以上～5万人未満	51	1	19	27	4	0
		100.0%	2.0%	37.3%	52.9%	7.8%	0.0%
	5万人以上～10万人未満	28	2	8	16	1	1
		100.0%	7.1%	28.6%	57.1%	3.6%	3.6%
	10万人以上～20万人未満	19	0	4	11	4	0
		100.0%	0.0%	21.1%	57.9%	21.1%	0.0%
	20万人以上～50万人未満	17	1	7	8	1	17
		100.0%	5.9%	41.2%	47.1%	5.9%	100.0%
	50万人以上	5	0	0	5	0	0
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%

（６）見える化システムの活用時に利用した機能・手引き・支援及びその有効性

見える化システムの活用時に利用した機能・手引き・支援について、「介護保険事業（支援）計画策定のための見える化システム等を活用した地域分析の手引き」が 54.9%と最も多いほか、「委託事業者や有識者等に、ニーズ調査等の調査結果について分析を依頼した」が 51.4%、「委託事業者や有識者等に、データに基づく地域の分析を依頼した」が 47.2%、「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き」が 45.8%であった。

有効であった機能等は、「委託事業者や有識者等に、ニーズ調査等の調査結果について分析を依頼した」が 39.4%と最も多く、「介護保険事業（支援）計画策定のための見える化システム等を活用した地域分析の手引き」「委託事業者や有識者等に、データに基づく地域の分析を依頼した」が 34.5%であった。

表2-6 見える化システムの活用時に利用した機能・手引き・支援及びその有効性（複数回答）

	調査数	地域包括ケア「見える化」システムの「ダッシュボード」に掲載されている専用フォーマットを利用した		計画課を利用した		「介護保険事業（含支援）計画策定のための地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き」（平成28年6月6日厚生労働省健康局介護保険課）を利用した		「介護保険事業（含支援）計画の進捗管理の手引き」（平成28年7月10日厚生労働省健康局介護保険課）を利用した		「第8期介護保険事業計画における介護予防等の「取組と目標」設定の手引き」介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の活用」（令和元年10月厚生労働省健康局介護保険課）を利用した		点検ツールを利用した		委託事業者や有識者等に、ニーズ調査等の調査結果について分析を依頼した（国や都県の事業により支援を受けた場合を含む）		委託事業者や有識者等に、データに基づく地域の分析を依頼した（国や都県の事業により支援を受けた場合を含む）		委託事業者や有識者等に、地域支援事業の内容について助言等の支援を依頼した（国や都県の事業により支援を受けた場合を含む）		その他		いずれの機能や手引き、支援も利用していない	
		利用	有効	利用	有効	利用	有効	利用	有効	利用	有効	利用	有効	利用	有効	利用	有効	利用	有効	利用	有効	利用	有効
全体		142	56	36	78	49	65	39	49	24	23	14	73	56	67	49	31	20	2	0	16		
		100.0%	39.4%	25.4%	54.9%	34.5%	45.8%	27.5%	34.5%	16.9%	16.2%	9.9%	51.4%	39.4%	47.2%	34.5%	21.8%	14.1%	1.4%	0.0%	11.3%		
人口規模	1万人未満	25	7	4	14	10	8	7	6	5	5	4	8	8	6	6	4	4	0	0	5		
		100.0%	28.0%	16.0%	56.0%	40.0%	32.0%	28.0%	24.0%	20.0%	20.0%	16.0%	32.0%	32.0%	24.0%	24.0%	16.0%	16.0%	0.0%	0.0%	20.0%		
	1万人以上～5万人未満	48	16	11	27	17	23	15	18	9	4	3	26	20	29	23	16	11	0	0	4		
		100.0%	33.3%	22.9%	56.3%	35.4%	47.9%	31.3%	37.5%	18.8%	8.3%	6.3%	54.2%	41.7%	60.4%	47.9%	33.3%	22.9%	0.0%	0.0%	8.3%		
	5万人以上～10万人未満	28	13	9	16	12	16	8	11	4	6	4	20	14	15	10	5	2	2	0	0		
		100.0%	46.4%	32.1%	57.1%	42.9%	57.1%	28.6%	39.3%	14.3%	21.4%	14.3%	71.4%	50.0%	53.6%	35.7%	17.9%	7.1%	7.1%	0.0%	0.0%		
	10万人以上～20万人未満	19	9	7	10	6	8	4	6	3	4	1	10	7	8	5	2	1	0	0	3		
		100.0%	47.4%	36.8%	52.6%	31.6%	42.1%	21.1%	31.6%	15.8%	21.1%	5.3%	52.6%	36.8%	42.1%	26.3%	10.5%	5.3%	0.0%	0.0%	15.8%		
	20万人以上～50万人未満	17	7	2	8	2	7	3	7	2	4	2	8	6	8	4	4	2	0	0	4		
		100.0%	41.2%	11.8%	47.1%	11.8%	41.2%	17.6%	41.2%	11.8%	23.5%	11.8%	47.1%	35.3%	47.1%	23.5%	23.5%	11.8%	0.0%	0.0%	23.5%		
	50万人以上	5	4	3	3	2	3	2	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0		
		100.0%	80.0%	60.0%	60.0%	40.0%	60.0%	40.0%	20.0%	20.0%	0.0%	0.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		

（7）見える化システムの活用時の関係者との意見交換等の有無

見える化システム活用時の関係者との意見交換や議論の有無については、利用したと回答したのは、「役所内の関係者間で意見交換や議論等を行った」が64.5%と最も多く、「審議会等で意見交換や議論等を行った」が48.9%であった。

また有効であったと回答したのも、「役所内の関係者間で意見交換や議論等を行った」が47.5%と最も多く、「審議会等で意見交換や議論等を行った」が36.2%であった。

表2-7 見える化システム活用時の関係者との意見交換や議論の有無（複数回答）

	調査数	役所内の関係者間で意見交換や議論等を行った		地域包括支援センター職員や生活支援コーディネーター等の職員と意見交換や議論等を行った		ケアマネジャーや介護事業所の職員、市民と意見交換や議論等を行った		審議会等で意見交換や議論等を行った		意見交換や議論等を行っていない	
		利用	有効	利用	有効	利用	有効	利用	有効	利用	有効
全体		141	91	67	51	35	27	17	69	51	22
		100.0%	64.5%	47.5%	36.2%	24.8%	19.1%	12.1%	48.9%	36.2%	15.6%
人口規模	1万人未満	24	13	11	9	7	5	3	10	7	5
		100.0%	54.2%	45.8%	37.5%	29.2%	20.8%	12.5%	41.7%	29.2%	20.8%
	1万人以上～5万人未満	50	36	25	22	13	12	8	27	20	6
		100.0%	72.0%	50.0%	44.0%	26.0%	24.0%	16.0%	54.0%	40.0%	12.0%
	5万人以上～10万人未満	27	19	15	10	8	6	3	13	11	4
		100.0%	70.4%	55.6%	37.0%	29.6%	22.2%	11.1%	48.1%	40.7%	14.8%
	10万人以上～20万人未満	19	10	6	6	4	2	2	11	7	2
		100.0%	52.6%	31.6%	31.6%	21.1%	10.5%	10.5%	57.9%	36.8%	10.5%
	20万人以上～50万人未満	17	10	7	3	2	1	0	7	5	4
		100.0%	58.8%	41.2%	17.6%	11.8%	5.9%	0.0%	41.2%	29.4%	23.5%
	50万人以上	4	3	3	1	1	1	1	1	1	1
		100.0%	75.0%	75.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%

（８）地域支援事業実施にて有益だったこと

地域支援事業実施にて有益だったことは、「自市区町村の特性、強み・課題等を知ることができた」が 63.6%と最も多いほか、「関係者や会議の資料として活用できた」が 59.4%、「事業を検討するきっかけとなった」が 32.9%であった。

表 2-8 地域支援事業実施にて有益だった事柄（複数回答）

		調査数	自市区町村の特性、強み・課題等を知ることができた	事業の指標設定において参考となった	事業を検討するきっかけとなった	事業の進捗状況やその成果を把握できた	関係者や会議の資料として活用できた	その他	地域支援事業の実施に有益だと思ったことがない
全体		143	91	38	47	36	85	1	4
		100.0%	63.6%	26.6%	32.9%	25.2%	59.4%	0.7%	2.8%
人口規模	1万人未満	25	16	7	7	3	17	0	0
		100.0%	64.0%	28.0%	28.0%	12.0%	68.0%	0.0%	0.0%
	1万人以上～5万人未満	49	33	12	16	15	32	0	2
		100.0%	67.3%	24.5%	32.7%	30.6%	65.3%	0.0%	4.1%
	5万人以上～10万人未満	28	15	11	10	6	16	0	1
		100.0%	53.6%	39.3%	35.7%	21.4%	57.1%	0.0%	3.6%
	10万人以上～20万人未満	19	12	4	9	6	11	1	0
		100.0%	63.2%	21.1%	47.4%	31.6%	57.9%	5.3%	0.0%
	20万人以上～50万人未満	17	11	4	4	4	8	0	0
		100.0%	64.7%	23.5%	23.5%	23.5%	47.1%	0.0%	0.0%
	50万人以上	5	4	0	1	2	1	0	1
		100.0%	80.0%	0.0%	20.0%	40.0%	20.0%	0.0%	20.0%

2. 見える化システムの活用における課題と支援

（１）見える化システムの活用における課題の有無

見える化システムの活用における課題の有無は、「課題がある」が 78.9%、「課題がない」が 21.1%であった。

表 2-9 見える化システムの活用における課題の有無

		調査数	課題がある	課題がない
全体		142	112	30
		100.0%	78.9%	21.1%
人口規模	1万人未満	25	11	14
		100.0%	44.0%	56.0%
	1万人以上～5万人未満	49	40	9
		100.0%	81.6%	18.4%
	5万人以上～10万人未満	28	23	5
		100.0%	82.1%	17.9%
	10万人以上～20万人未満	18	16	2
		100.0%	88.9%	11.1%
	20万人以上～50万人未満	17	17	0
		100.0%	100.0%	0.0%
50万人以上		5	5	0
		100.0%	100.0%	0.0%

(2) 具体的な課題

見える化システム活用における具体的な課題としては、「データを読み解くことが難しい」が 62.2%と最も多いほか、「データの数が多く、どこを見てよいのかわからない」が 53.2%、「日々の業務が忙しく、時間を取るのが難しい」が 51.4%となった。

表 2-10 具体的な課題（複数回答）

		調査数	市内の環境や体制により、各事業の担当者が地域包括ケア「見える化」システムをすぐに見ることができない	操作方法がわからないところがある	データの数が多く、どこを見てよいのかわからない	データを読み解くことが難しい	自分が担当する事業がどのようにデータ（成果）に結びついているのかわからない	日々の業務が忙しく、時間を取るのが難しい	その他
全体		111	14	52	59	69	42	57	13
		100.0%	12.6%	46.8%	53.2%	62.2%	37.8%	51.4%	11.7%
人口規模	1万人未満	11	1	6	8	9	5	4	1
		100.0%	9.1%	54.5%	72.7%	81.8%	45.5%	36.4%	9.1%
	1万人以上～5万人未満	40	6	17	21	25	12	24	5
		100.0%	15.0%	42.5%	52.5%	62.5%	30.0%	60.0%	12.5%
	5万人以上～10万人未満	22	1	12	9	13	10	11	1
		100.0%	4.5%	54.5%	40.9%	59.1%	45.5%	50.0%	4.5%
	10万人以上～20万人未満	16	4	6	10	7	8	8	4
		100.0%	25.0%	37.5%	62.5%	43.8%	50.0%	50.0%	25.0%
	20万人以上～50万人未満	17	1	11	10	12	6	8	1
		100.0%	5.9%	64.7%	58.8%	70.6%	35.3%	47.1%	5.9%
	50万人以上	5	1	0	1	3	1	2	1
		100.0%	20.0%	0.0%	20.0%	60.0%	20.0%	40.0%	20.0%

(3) 見える化システムを活用していない理由

見える化システムを活用していない理由については、「データをどのように活用したらよいかかわからないため」が 64.1%と最も多いほか、「日々の業務が忙しいため」が 50.0%、「見える化システム以外のシステムや独自のデータを使っているため」が 37.2%であった。

表 2-11 見える化システムを活用していない理由（複数回答）

		調査数	地域包括ケア「見える化」システム以外のシステムや独自のデータを使っているため	操作方法がわからないため	データをどのように活用したらよいかかわからないため	日々の業務が忙しいため	その他
全体		78	29	25	50	39	6
		100.0%	37.2%	32.1%	64.1%	50.0%	7.7%
人口規模	1万人未満	11	1	4	9	6	1
		100.0%	9.1%	36.4%	81.8%	54.5%	9.1%
	1万人以上～5万人未満	27	9	10	19	18	1
		100.0%	33.3%	37.0%	70.4%	66.7%	3.7%
	5万人以上～10万人未満	14	4	6	12	8	1
		100.0%	28.6%	42.9%	85.7%	57.1%	7.1%
	10万人以上～20万人未満	9	4	2	3	3	2
		100.0%	44.4%	22.2%	33.3%	33.3%	22.2%
	20万人以上～50万人未満	11	8	3	5	3	0
		100.0%	72.7%	27.3%	45.5%	27.3%	0.0%
	50万人以上	6	3	0	2	1	1
		100.0%	50.0%	0.0%	33.3%	16.7%	16.7%

(4) 見える化システムの活用に向けた必要な支援

見える化システムの活用に向けた必要な支援については、「データの活用方法を学ぶ研修」が73.4%と最も多いほか、「データを読み解いていくためのツールやマニュアル」が65.7%、「操作方法の研修」が46.8%となった。

表 2-12 見える化システムの活用に向けた必要な支援（複数回答）

		調査数	操作方法の研修	データの活用方法を学ぶ研修	データを読み解いていくためのツールやマニュアル	データを活用して地域分析等を支援する専門家の派遣	その他	支援は必要ない
全体		233	109	171	153	52	10	10
		100.0%	46.8%	73.4%	65.7%	22.3%	4.3%	4.3%
人口規模	1万人未満	40	23	30	22	7	0	3
		100.0%	57.5%	75.0%	55.0%	17.5%	0.0%	7.5%
	1万人以上～5万人未満	83	38	64	53	22	4	1
		100.0%	45.8%	77.1%	63.9%	26.5%	4.8%	1.2%
	5万人以上～10万人未満	43	14	27	32	10	3	2
		100.0%	32.6%	62.8%	74.4%	23.3%	7.0%	4.7%
	10万人以上～20万人未満	28	15	20	19	8	1	3
		100.0%	53.6%	71.4%	67.9%	28.6%	3.6%	10.7%
	20万人以上～50万人未満	28	14	22	18	4	2	1
		100.0%	50.0%	78.6%	64.3%	14.3%	7.1%	3.6%
	50万人以上	11	5	8	9	1	0	0
		100.0%	45.5%	72.7%	81.8%	9.1%	0.0%	0.0%

3. 地域支援事業の検討等における見える化システム以外のデータ活用

地域支援事業の検討等における見える化システム以外のデータ活用については、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査や在宅介護実態調査の結果」が66.5%と最も多いほか、「各種推計」が64.4%で、「自治体で保有するデータ」が54.9%であった。

表 2-13 見える化システム以外のデータ活用（複数回答）

		調査数	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査や在宅介護実態調査の結果 （地域包括ケア「見える化」システムに掲載されているものを活用する場合を除く）	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査や在宅介護実態調査の結果	在宅生活改善調査や居宅実態調査、介護人材実態調査の結果	要介護認定データを用いた地域分析ツール	保険者機能強化推進交付金等の評価結果	自治体独自の調査結果	自治体で保有するデータ（事業費、事業の利用率数等を含む）	国保データベース（QOL）	各種推計（人口推計、認定者数の推計等）	介護保険「保険者シート」	都県から提供されたデータ	地域包括支援センターや事業の委託者からのヒアリング	その他	地域包括ケア「見える化」システム以外のデータは活用していない
全体		233	155	36	28	91	67	128	107	150	45	47	113	4	8	
		100.0%	66.5%	15.5%	12.0%	39.1%	28.8%	54.9%	45.9%	64.4%	19.3%	20.2%	48.5%	1.7%	3.4%	
人口規模	1万人未満	40	20	0	3	11	9	14	16	19	7	6	15	0	1	
		100.0%	50.0%	0.0%	7.5%	27.5%	22.5%	35.0%	40.0%	47.5%	17.5%	15.0%	37.5%	0.0%	2.5%	
	1万人以上～5万人未満	83	58	17	12	33	20	43	41	52	22	18	38	1	4	
		100.0%	69.9%	20.5%	14.5%	39.8%	24.1%	51.8%	49.4%	62.7%	26.5%	21.7%	45.8%	1.2%	4.8%	
	5万人以上～10万人未満	43	28	7	6	16	10	20	21	25	7	7	20	0	3	
		100.0%	65.1%	16.3%	14.0%	37.2%	23.3%	46.5%	48.8%	58.1%	16.3%	16.3%	46.5%	0.0%	7.0%	
	10万人以上～20万人未満	28	22	5	2	15	11	18	13	21	4	7	16	1	0	
		100.0%	78.6%	17.9%	7.1%	53.6%	39.3%	64.3%	46.4%	75.0%	14.3%	25.0%	57.1%	3.6%	0.0%	
	20万人以上～50万人未満	28	20	6	3	11	12	23	12	24	2	3	18	2	0	
		100.0%	71.4%	21.4%	10.7%	39.3%	42.9%	82.1%	42.9%	85.7%	7.1%	10.7%	64.3%	7.1%	0.0%	
	50万人以上	11	7	1	2	5	5	10	4	9	3	6	6	0	0	
		100.0%	63.6%	9.1%	18.2%	45.5%	45.5%	90.9%	36.4%	81.8%	27.3%	54.5%	54.5%	0.0%	0.0%	

4. 地域支援事業の実施状況等を把握する指標等

(1) 地域支援事業の実施状況等の把握

地域支援事業の実施状況等の把握については、「施策・事業を実施したことによる結果を測る「アウトプット」に関する指標」が84.5%と最も多いほか、「施策・事業への投資資源（予算、人員等）を測る「インプット」に関する指標」が59.2%、「施策・事業が対象にもたらした変化を測る「アウトカム」に関する指標」が36.5%となった。

表 2-14 地域支援事業の実施状況等の把握（複数回答）

		調査数	施策・事業への投資資源（予算、人員等）を測る「インプット」に関する指標	施策・事業を実施したことによる結果を測る「アウトプット」に関する指標	施策・事業が対象にもたらした変化を測る「アウトカム」に関する指標	その他	地域支援事業の実施状況や成果について把握していない
全体		233	138	197	85	1	24
		100.0%	59.2%	84.5%	36.5%	0.4%	10.3%
人口規模	1万人未満	40	17	27	11	0	9
		100.0%	42.5%	67.5%	27.5%	0.0%	22.5%
	1万人以上～5万人未満	83	43	70	23	0	8
		100.0%	51.8%	84.3%	27.7%	0.0%	9.6%
	5万人以上～10万人未満	43	23	36	15	1	5
		100.0%	53.5%	83.7%	34.9%	2.3%	11.6%
	10万人以上～20万人未満	28	23	26	15	0	1
		100.0%	82.1%	92.9%	53.6%	0.0%	3.6%
	20万人以上～50万人未満	28	22	27	17	0	0
		100.0%	78.6%	96.4%	60.7%	0.0%	0.0%
	50万人以上	11	10	11	4	0	1
		100.0%	90.9%	100.0%	36.4%	0.0%	9.1%

(2) 「アウトカム」に関する指標を設けている事業

「アウトカム」に関する指標を設けている事業については、「一般介護予防事業」が69.6%と最も多いほか、「介護予防・生活支援サービス事業」が38.0%、「地域支援事業全般」が35.4%であった。

表 2-15 変化を測る「アウトカム」に関する指標を設けている事業（複数回答）

		調査数	地域支援事業全般	一般介護予防事業	介護予防・生活支援サービス事業	在宅医療・介護連携推進事業	認知症総合支援事業	生活支援体制整備事業	地域包括支援センター運営	地域ケア会議推進事業	介護給付等費用適正化事業	その他
全体		79	28	55	30	23	20	16	17	16	11	6
		100.0%	35.4%	69.6%	38.0%	29.1%	25.3%	20.3%	21.5%	20.3%	13.9%	7.6%
人口規模	1万人未満	9	6	5	3	1	1	1	1	0	1	0
		100.0%	66.7%	55.6%	33.3%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	0.0%	11.1%	0.0%
	1万人以上～5万人未満	20	7	13	7	3	4	5	4	5	2	0
		100.0%	35.0%	65.0%	35.0%	15.0%	20.0%	25.0%	20.0%	25.0%	10.0%	0.0%
	5万人以上～10万人未満	15	6	11	3	5	3	2	2	3	2	0
		100.0%	40.0%	73.3%	20.0%	33.3%	20.0%	13.3%	13.3%	20.0%	13.3%	0.0%
	10万人以上～20万人未満	15	3	14	9	4	3	5	2	2	2	0
		100.0%	20.0%	93.3%	60.0%	26.7%	20.0%	33.3%	13.3%	13.3%	13.3%	0.0%
	20万人以上～50万人未満	16	4	11	6	8	7	2	7	4	3	4
		100.0%	25.0%	68.8%	37.5%	50.0%	43.8%	12.5%	43.8%	25.0%	18.8%	25.0%
	50万人以上	4	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2
		100.0%	50.0%	25.0%	50.0%	50.0%	50.0%	25.0%	25.0%	50.0%	25.0%	50.0%

(3) 「アウトカム」に関する指標の対象事業及び具体的な指標・引用元

「アウトカム」に関する指標の対象事業及び具体的な指標・引用元は、以下のとおり。

表 2-16 「アウトカム」に関する指標の対象事業及び具体的な指標・引用元

※「アウトカム」に関する指標ではないと思われるものは掲載していない。

対象事業	アウトカムに関する指標と引用元
地域支援 事業全般	<住民の健康状態、意識等> ・平均寿命 ・健康寿命【KDB データ】 ・主観的健康観【日常生活圏域ニーズ調査結果】 ・幸福感がある者の割合 ・地域において医療や介護、生活支援など必要な支援を受けることができた市民の割合、日常生活で困っていることがある人の割合 <生きがい、社会参加> ・社会参加の割合【日常生活圏域ニーズ調査結果】 ・生きがいを持っている高齢者の割合 ・福祉に関する活動に参加した人の割合 <要介護認定・高齢者のリスク状況> ・要介護認定率、認定者数など【「見える化」システム、介護保険事業報告】 ・要支援・要介護認定者の新規該当者の平均年齢 ・リスク高齢者の割合【介護予防・日常生活支援ニーズ調査】 <サービスの状況> ・介護サービスの利用者数等【「見える化」システム、介護保険システムにおける EUC 機能活用など】 ・利用数の推移（施設サービス費） ・各サービスの充実度 <事業の直接の成果> ・体力測定など ・通いの場へ的高齢者の参加率 ・介護予防に資する住民主体のグループの立ち上げ <その他> ・何かあったときに相談する相手がいない人の割合、相談先がある高齢者の割合【アンケート調査】
一般介護 予防事業	<住民の健康状態、意識等> ・健康寿命（平均自立期間）【KDB システム】 ・介護予防へ意識して取り組む人の割合【高齢者実態調査】 ・フレイルについての認知度【ニーズ調査】 <要介護認定・高齢者のリスク状況> ・（調整済み）要介護認定率（軽度、重度）【地域包括ケア「見える化」システム、事業状況報告、主管課データ】 ・新規要介護認定者数・割合 ・新規申請者の平均年齢【介護保険システム】 ・軽度認定者が重度化する割合、参加者の要介護度の変化 ・フレイルリスクのある者の割合、フレイルリスクの変化 ・低栄養傾向者の割合

	<社会参加> ・社会参加率、地域活動参加者の割合 ・いきいきクラブや通いの場、身近な地域での自主的な活動に参加している人の割合【アンケート調査】 ・地域での活動について、(1) 会・サークルへの参加状況 ⑤●●●●元気体操やラジオ体操、介護予防のための通いの場の参加状況【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】 ・外出頻度が週1回以下の割合・ニーズ調査【ニーズ調査】 ・生涯現役人口割合 <事業の直接の成果> ・通いの場の箇所数、参加者数・参加率【自治体のデータ】 ・体力測定、フレイルチェックによる身体機能の測定 ・介護予防事業参加者の年度初め及び年度末の評価 ・握力・片足立ち・TUGの測定結果、フレイル度リスクチェックの点数の変化、RSST・オーラルディアドコキネス・口腔水分計測・舌圧測定等の項目の変化 ・アンケート結果 ・介護予防講座の参加者のうち、講座終了時に行動変容があった者の割合 ・一般介護予防事業の利用者のうち、状態の改善又は維持がみられた方の割合、10か月後に心身機能を維持向上している者の割合 ・教室参加者の要介護認定率 ・医療・介護サービス中断者及びハイリスク未治療者、治療中断者のうち医療機関受診や健診受診につながった人の割合 <その他> ・保険者機能強化推進交付金等の評価結果 ・骨折に分類される75歳以上の入院レセプト件数
介護予防・生活支援サービス事業	<住民の健康状態、意識等> ・主観的健康観 ・平均自立期間 <生きがい、社会参加> ・社会参加者の割合 ・地域での活動について、(1) 会・サークルへの参加状況 ⑤●●●●元気体操やラジオ体操、介護予防のための通いの場の参加状況【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】 <要介護認定・高齢者のリスク状況> ・要介護認定率【地域包括ケア「見える化」システム】 ・要支援者の1年後の維持率【「見える化」システム】 ・要支援者の1年後の重症化率及び維持率【KDBシステム】 ・要介護への移行率 <サービスの状況> ・訪問介護利用人数、サービス利用者数、介護サービスの利用者数、従前相当サービス件数・事業費 ・基本チェックリスト実施数、ケアマネジメント件数 ・各種サービスの事業所数 ・総合事業費の傾向 <事業の直接の成果> ・週1回以上フレイル予防に取り組むグループ数

	・ 自主的に介護予防活動を実施している人の割合【アンケート調査】 ・ 参加者の要介護度の変化 ・ 参加前後の参加者の状態（主観的健康観や運動測定値）など ・ 介護予防・生活支援サービス事業の利用者のうち、状態の改善又は維持がみられた方の割合 ・ 短期集中通所型サービスの身体状況改善、主観的健康観が上がった人の数【事業実績】 ・ 介護予防・生活支援サービス事業（Ｂ・Ｄを除く）を完全に卒業した件数
在宅医療・介護連携推進事業	<住民の健康状態、意識等> ・ 自宅死の割合、在宅死亡率【保健衛生関係主要統計】 ・ 看とり率【地域包括ケア「見える化」システム】、在宅で看取られた高齢者の割合【死亡小票分析調査】 ・ 在宅希望率 ・ 在宅療養を希望する住民の割合、在宅療養が実現可能と思う住民の割合【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、健康に関する意識調査】 ・ 在宅医療について理解している市民の割合【市民アンケート】、在宅医療の認知度 ・ かかりつけ医がいる人の割合：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 <事業所の状況> ・ 訪問診療等実績数【●●県作成データ】、往診回数、届出医療機関数 ・ 退院支援を受けた患者数【●●県作成データ】 ・ 介護支援連携指導を受けた患者数【●●県作成データ】 ・ 在宅ターミナルケアを受けた患者数【●●県作成データ】 ・ 区内の居宅介護支援事業所及び訪問看護事業所のうち、ターミナルケア加算を申請している事業所の割合 ・ 入退院に係る加算【KDB】 ・ ●●圏域入退院支援の場面の指標分析 ・ 情報共有ツールの活用人数【関係機関からのデータ】 ・ 医療介護連携率 <事業の直接の成果> ・ 入退院支援ルールについて知っている人の割合【アンケート調査】 ・ ACPの実践の割合【高齢者ニーズ調査・介護保険実態調査】 ・ 人生の最終段階に受けた医療やケアについて周囲と話合っている人の割合【ニーズ調査】
認知症総合支援事業	<住民の健康状態、意識等> ・ 認知症になっても周りの人の助けを借りながら在宅生活を続けたいと思う方の割合、認知症を発症しても在宅生活を続けていけると思う人の割合【アンケート調査】 ・ 認知症の症状のある人にとって住みやすい地域であると思う/やや思う人の割合【ニーズ調査】 ・ 自分らしい生活ができていると感じている認知症高齢者の割合 ・ 在宅介護実態調査 19 不安に感じる介護の割合 認知症状への対応【在宅介護実態調査】 ・ 認知症高齢者の日常生活自立度における「Ⅱ～Ⅲ」の方の人数 <事業の直接の成果> ・ 認知症の相談窓口の認知度【ニーズ調査、高齢者実態調査】

	・認知症に関する症状の認知割合【高齢者実態調査】 ・認知症初期集中支援チームの活動により医療や介護サービスにつながった人の割合【主管課データ】 ・アンケート ・認知症カフェの実施箇所数、開催回数、参加者数 ・「16の●●●アイ・ステートメント」の認知度
生活支援体制整備事業	<住民の健康状態、意識等> ・住民の健康寿命【高齢者福祉基礎調査（県）】 ・主観的健康観・幸福感【見える化システム】 <社会参加> ・社会参加者の割合【ニーズ調査】 ・地域の活動に参加したことがある市民の割合【市民アンケート】 ・地域づくりへ参加意向のある高齢者の割合 ・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 5 地域での活動について (3) 地域活動への企画・運営者としての参加希望【ニーズ調査】 <事業の直接の成果> ・就労相談窓口における年間就業者数 ・通いの場の団体数、参加率【介護予防日常生活支援総合事業報告】 ・生活支援コーディネーターや協議体の活動を通じて把握する地域における社会資源の数【関係機関からのデータ】 ・生活支援体制づくりに取り組む町会等の数・市実績 <その他> ・ソーシャルキャピタル
地域包括支援センター運営	<事業の成果> ・地域包括支援センターの認知度【アンケート調査、高齢者実態調査、ニーズ調査】 ・地域包括支援センターへの評価 <その他> ・要支援認定者数
地域ケア会議推進事業	<要介護認定率> ・要介護認定率【地域包括ケア「見える化」システム】 <事業の直接の成果> ・地域包括ケアシステム推進協議会における方針決定数【自治体で保有するデータ】 ・事例のモニタリング ・介護予防・生活支援サービス事業（B・Dを除く）を完全に卒業した件数 ・参加者アンケートによる満足度
介護給付等費用適正化事業	・介護サービスの満足度
その他	・主観的幸福度 ・社会参加率 ・講座を通し今後につながる地域活動を「見つけることができた」又は「見つける方法がわかった」と回答した受講生の割合【参加者アンケート】 ・成年後見制度の認知度

(4) ロジックモデルの認知

ロジックモデルの認知については、「ロジックモデルを知っている」が 60.5%で、「ロジックモデルを知らない」が 39.5%となった。

表 2-17 ロジックモデルの認知

		調査数	ロジックモデルを知らない	ロジックモデルを知っている
全体		233	92	141
		100.0%	39.5%	60.5%
人口規模	1万人未満	40	21	19
		100.0%	52.5%	47.5%
	1万人以上～5万人未満	83	36	47
		100.0%	43.4%	56.6%
	5万人以上～10万人未満	43	13	30
		100.0%	30.2%	69.8%
	10万人以上～20万人未満	28	7	21
		100.0%	25.0%	75.0%
	20万人以上～50万人未満	28	9	19
		100.0%	32.1%	67.9%
	50万人以上	11	6	5
		100.0%	54.5%	45.5%

(5) ロジックモデルの活用状況

ロジックモデルの活用状況については、「活用していない」が 75.1%と最も多く、次に「第9期介護保険事業計画の検討・作成において活用している」が 18.5%となった。

表 2-18 ロジックモデルの活用状況（複数回答）

		調査数	第9期介護保険事業計画の検討・作成において活用している	事業の実施・検討において活用している	その他の場面において活用している	活用していない
全体		233	43	25	6	175
		100.0%	18.5%	10.7%	2.6%	75.1%
人口規模	1万人未満	40	8	0	0	32
		100.0%	20.0%	0.0%	0.0%	80.0%
	1万人以上～5万人未満	83	12	10	1	66
		100.0%	14.5%	12.0%	1.2%	79.5%
	5万人以上～10万人未満	43	7	4	1	33
		100.0%	16.3%	9.3%	2.3%	76.7%
	10万人以上～20万人未満	28	7	6	1	18
		100.0%	25.0%	21.4%	3.6%	64.3%
	20万人以上～50万人未満	28	7	4	1	19
		100.0%	25.0%	14.3%	3.6%	67.9%
	50万人以上	11	2	1	2	7
		100.0%	18.2%	9.1%	18.2%	63.6%

第4節 都県調査の結果

1. 市区町村支援における見える化システムの活用状況と課題

(1) 市区町村支援における見える化システムの活用状況

令和5年4月から令和6年3月までにおける、市区町村支援における見える化システムの活用状況については、「個別支援やヒアリングの対象市区町村における地域支援事業の実施状況や課題等を把握するために活用した」が55.6%と最も多く、次に「見える化システムは知っているが、支援が必要な市区町村の把握又は個別支援等の対象市区町村における地域支援事業の実施状況や課題等の把握には活用しなかった」が44.4%であった。

表 2-19 見える化システムのデータの活用状況（複数回答）

調査数	地域包括ケア「見える化」システムが何かわからない	地域包括ケア「見える化」システムは知っているが、右記の業務では活用しなかった	地域支援事業について支援が必要な市区町村を把握するために活用した	個別支援やヒアリングの対象市区町村における地域支援事業の実施状況や課題等を把握するために活用した
9	0	4	1	5
100.0%	0.0%	44.4%	11.1%	55.6%

(2) 見える化システムの活用時に利用した機能・手引き・支援及びその有効性

見える化システムの活用時に利用した機能・手引き・支援については、「介護保険事業（支援）計画策定のための地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き」が44.4%と最も多く、「委託事業者や有識者等に、市町村別のデータに基づく地域の分析を依頼した」「いずれの機能や手引き、支援も利用していない」が11.1%であった。

有効であった機能等については、「介護保険事業（支援）計画策定のための地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き」が22.2%と最も多く、「委託事業者や有識者等に、市町村別のデータに基づく地域の分析を依頼した」が11.1%となった。

表 2-20 見える化システムの活用時の利用ツール及びその効果（複数回答）

調査数	地域包括ケア「見える化」システムの「ダッシュボード」に掲載されている専用フォーマットを利用した		介護保険事業（支援）計画策定のための地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き（平成29年6月30日厚生労働省老健局介護保険計画課）を利用した		「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き」（平成30年7月30日厚生労働省老健局介護保険計画課）を利用した		委託事業者や有識者等に、市町村が実施したニーズ調査等の調査結果について分析を依頼した		委託事業者や有識者等に、市町村別のデータに基づき地域の分析を依頼した		委託事業者や有識者等に、市町村における地域支援事業の内容について助言等の支援を依頼した		その他		いずれの機能や手引き、支援も利用していない
	利用	有効	利用	有効	利用	有効	利用	有効	利用	有効	利用	有効	利用	有効	利用
9	0	0	4	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
100.0%	0.0%	-	44.4%	22.2%	0.0%	-	0.0%	-	11.1%	11.1%	0.0%	-	0.0%	-	11.1%

（３）見える化システムの活用の有効性

見える化システムの活用の有効性について、地域支援事業について支援が必要な市区町村を把握するために活用した1都県については「有効に活用できた」との回答であった。

表 2-21 地域支援事業について支援が必要な市区町村の把握における
見える化システムの活用の有効性

調査数	有効に活用できた	有効な活用が難しかった
1	1	0
100.0%	100.0%	0.0%

また、個別支援等の対象市区町村における地域支援事業の実施状況等を把握するために活用した都県では、「有効に活用できた」が80.0%、「有効な活用が難しかった」が20.0%であった。

表 2-22 個別支援等の対象市区町村における地域支援事業の実施状況等の把握
における見える化システムの活用の有効性

調査数	有効に活用できた	有効な活用が難しかった
5	4	1
100.0%	80.0%	20.0%

（４）有効な活用が難しかった場合の具体的な課題

（３）において「有効な活用が難しかった」1都県における課題については、「操作方

法がわからないところがある」「データの数が多く、どこを見てよいのかわからない」「データを読み解くことが難しい」「市区町村における地域支援事業の実施がデータ（成果）にどのようにつながるかわからない」との回答であった。

表 2-23 具体的な課題（複数回答）

調査数	ある 操作方法がわからないところがある	データの数が多く、どこを見てよいのかわからない	データを読み解くことが難しい	市区町村における地域支援事業の実施がデータ（成果）にどのようにつながるかわからない	日々の業務が忙しく、時間を取るのが難しい	その他
1	1	1	1	1	0	0
100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%

（５）見える化システムを活用していない理由

見える化システムを活用していない理由については、「操作方法がわからないため」「データをどのように活用したらよいかかわからないため」「その他」が 50.0%であった。

その他は、「全市町村のデータが登録されていない項目も多く、全県状況を把握・比較できないため」「個別支援が必要な市町村を把握するための有効なデータがないため」との回答であった。

表 2-24 見える化システムを活用していない理由（複数回答）

調査数	地域包括ケア「見える化」システム以外のシステムや独自のデータを使っているため	操作方法がわからないため	データをどのように活用したらよいかかわからないため	日々の業務が忙しいため	その他
4	0	2	2	0	2
100.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	50.0%

2. 見える化システム以外のデータ活用

見える化システム以外のデータ活用について、地域支援事業について支援が必要な市区町村の把握では、「保険者機能強化推進交付金等の評価結果」が 88.9%と最も多いほか、「市区町村へのヒアリング」が 77.8%、「自治体独自の調査結果」が 44.4%となった。

表 2-25 地域支援事業について支援が必要な市区町村の把握における見える化システム以外のデータ活用（複数回答）

調査数	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査や在宅介護実態調査の結果（地域包括ケア「見える化」システムに掲載されているものを活用する場合を除く）	介護人材実態調査の結果	在宅生活改善調査や居所変更実態調査	要介護認定データを用いた地域分析ツール	保険者機能強化推進交付金等の評価結果	自治体独自の調査結果	自治体で保有するデータ（事業費、事業の利用件数等を含む）	国保データベース（KDB）	各種推計（人口推計、認定者数の推計等）	介護保険「保険者シート」	市区町村へのヒアリング	その他	地域包括ケア「見える化」システム以外のデータは活用していない
9	3	0	0	0	8	4	2	0	2	0	7	3	0
100.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	88.9%	44.4%	22.2%	0.0%	22.2%	0.0%	77.8%	33.3%	0.0%

また、個別支援等の対象市区町村における地域支援事業の実施状況や課題等の把握においては、「保険者機能強化推進交付金等の評価結果」が 88.9%と最も多いほか、「市区町村へのヒアリング」が 77.8%で、「自治体独自の調査結果」が 55.6%となった。

表 2-26 個別支援等の対象市区町村における地域支援事業の実施状況や課題等の把握における見える化システム以外のデータ活用（複数回答）

調査数	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査や在宅介護実態調査の結果（地域包括ケア「見える化」システムに掲載されているものを活用する場合を除く）	介護人材実態調査の結果	在宅生活改善調査や居所変更実態調査	要介護認定データを用いた地域分析ツール	保険者機能強化推進交付金等の評価結果	自治体独自の調査結果	自治体で保有するデータ（事業費、事業の利用件数等を含む）	国保データベース（KDB）	各種推計（人口推計、認定者数の推計等）	介護保険「保険者シート」	市区町村へのヒアリング	その他	地域包括ケア「見える化」システム以外のデータは活用していない
9	3	0	0	0	8	5	2	0	2	0	7	3	0
100.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	88.9%	55.6%	22.2%	0.0%	22.2%	0.0%	77.8%	33.3%	0.0%

3. 地域支援事業の実施状況等を把握する指標等

（１）地域支援事業について支援が必要な市区町村を把握する指標

地域支援事業について支援が必要な市区町村を把握する指標については、「施策・事業を実施したことによる結果を測るアウトプットに関する指標」が 66.7%と最も多く、「施策・事業への投資資源（予算、人員等）を測るインプットに関する指標」「施策・事業が対象にもたらした変化を測るアウトカムに関する指標」が 33.3%であった。

表 2-27 地域支援事業に支援が必要な市区町村を把握する指標設定（複数回答）

調査数	施策・事業への投資資源（予算、人員等）を測る「インプット」に関する指標	施策・事業を実施したことによる結果を測る「アウトプット」に関する指標	施策・事業が対象にもたらした変化を測る「アウトカム」に関する指標	その他
9	3	6	3	3
100.0%	33.3%	66.7%	33.3%	33.3%

（２）個別支援等の対象市区町村における地域支援事業の実施状況や課題等を把握する指標

個別支援やヒアリングの対象市区町村における地域支援事業の実施状況や課題等を把握する指標については、「施策・事業を実施したことによる結果を測る「アウトプット」に関する指標」が 77.8%と最も多いほか、「施策・事業への投資資源（予算、人員等）を測る「インプット」に関する指標」が 44.4%となった。

表 2-28 個別支援等の対象市区町村における地域支援事業の実施状況や課題等を把握する指標設定（複数回答）

調査数	施策・事業への投資資源（予算、人員等）を測る「インプット」に関する指標	施策・事業を実施したことによる結果を測る「アウトプット」に関する指標	施策・事業が対象にもたらした変化を測る「アウトカム」に関する指標	その他
9	4	7	2	3
100.0%	44.4%	77.8%	22.2%	33.3%

（３）指標を設けている事業

地域支援事業について支援が必要な市区町村の把握において「アウトカム」に関する指標を設けている事業については、「一般介護予防事業」「在宅医療・介護連携推進事業」が 66.7%、「地域支援事業全般」「介護予防・生活支援サービス事業」「認知症総合支援事業」「生活支援体制整備事業」「介護給付等費用適正化事業」が 33.3%であった。

表 2-29 地域支援事業について支援が必要な市区町村の把握に
「アウトカム」に関する指標を設けている事業（複数回答）

調査数	地域支援事業全般	一般介護予防事業	介護予防・生活支援サービス事業	在宅医療・介護連携推進事業	認知症総合支援事業	生活支援体制整備事業	地域包括支援センター運営	地域ケア会議推進事業	介護給付等費用適正化事業	その他
3	1	2	1	2	1	1	0	0	1	1
100.0%	33.3%	66.7%	33.3%	66.7%	33.3%	33.3%	0.0%	0.0%	33.3%	33.3%

個別支援等の対象市区町村における地域支援事業の実施状況や課題等の把握において、「アウトカム」に関する指標を設けている事業については、「一般介護予防事業」「在宅医療・介護連携推進事業」が 100.0%、「地域支援事業全般」「介護予防・生活支援サービス事業」「認知症総合支援事業」「生活支援体制整備事業」「介護給付等費用適正化事業」「その他」が 50.0%となった。

表 2-30 個別支援等の対象市区町村における地域支援事業の実施状況等の把握に
「アウトカム」に関する指標を設けている事業（複数回答）

調査数	地域支援事業全般	一般介護予防事業	介護予防・生活支援サービス事業	在宅医療・介護連携推進事業	認知症総合支援事業	生活支援体制整備事業	地域包括支援センター運営	地域ケア会議推進事業	介護給付等費用適正化事業	その他
2	1	2	1	2	1	1	0	0	1	1
100.0%	50.0%	100.0%	50.0%	100.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%

(4)「アウトカム」に関する指標の対象事業及び具体的な指標・引用元

地域支援事業について支援が必要な市区町村の把握における「アウトカム」に関する指標の対象事業及び具体的な指標・引用元は、以下のとおり。

表 2-31 地域支援事業について支援が必要な市区町村の把握における「アウトカム」に関する指標の対象事業及び具体的な指標・引用元

対象事業	アウトカム指標と引用元
地域支援事業全般	・「人生の最期を迎えたい場所」を決められている者の割合等 【●●県「高齢者生活・介護に関する実態調査」】
一般介護予防事業	・元気高齢者 閉じこもりリスク等 【●●県「高齢者生活・介護に関する実態調査」】 ・通いの場の参加人数 【介護予防・日常生活支援総合事業等の実施状況に関する調査】
介護予防・生活支援サービス事業	・元気高齢者 閉じこもりリスク等 【●●県「高齢者生活・介護に関する実態調査」】
在宅医療・介護連携推進事業	・在宅療養・介護を希望する者の割合 【●●県「高齢者生活・介護に関する実態調査」】
認知症総合支援事業	・人口に占める認知症サポーター・キャラバンメイトの割合 【●●県「高齢者生活・介護に関する実態調査」】
生活支援体制整備事業	・生活支援サービスの充実の必要性を感じている者の割合 【●●県「高齢者生活・介護に関する実態調査」】
地域包括支援センター運営	—
地域ケア会議推進事業	—
介護給付等費用適正化事業	・介護給付の計画との乖離率 【厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」】
その他	・地域包括ケア体制構築状況「見える化」分析シート【●●県作成】

個別支援等の対象市区町村における地域支援事業の実施状況や課題等の把握における「アウトカム」に関する指標の対象事業及び具体的な指標・引用元は、以下のとおり。

表 2-32 個別支援等の対象市区町村における地域支援事業の実施状況や課題等の把握
における「アウトカム」に関する指標の対象事業及び具体的な指標・引用元

対象事業	アウトカム指標と引用元
地域支援事業全般	・「人生の最期を迎えたい場所」を決められている者の割合等 【●●県「高齢者生活・介護に関する実態調査」】
一般介護予防事業	・元気高齢者 閉じこもりリスク等 【●●県「高齢者生活・介護に関する実態調査」】 ・通いの場の参加人数 【介護予防・日常生活支援総合事業等の実施状況に関する調査】
介護予防・生活支援サービス事業	・元気高齢者 閉じこもりリスク等 【●●県「高齢者生活・介護に関する実態調査」】
在宅医療・介護連携推進事業	・在宅療養・介護を希望する者の割合 【●●県「高齢者生活・介護に関する実態調査」】 ・在宅死亡者数【人口動態統計】
認知症総合支援事業	・人口に占める認知症サポーター・キャラバンメイトの割合 【●●県「高齢者生活・介護に関する実態調査」】
生活支援体制整備事業	・生活支援サービスの充実の必要性を感じている者の割合 【●●県「高齢者生活・介護に関する実態調査」】
地域包括支援センター運営	—
地域ケア会議推進事業	—
介護給付等費用適正化事業	・介護給付の計画との乖離率 【厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」】
その他	・地域包括ケア体制構築状況「見える化」分析シート【●●県作成】

(5) ロジックモデルの認知

ロジックモデルの認知については、全ての都県において「ロジックモデルを知っている」との回答であった。

表 2-33 ロジックモデルの認知

調査数	ロジックモデルを知らない	ロジックモデルを知っている
9	0	9
100.0%	0.0%	100.0%

（６）ロジックモデルの活用状況

ロジックモデルの活用状況については、「活用していない」が44.4%と最も多く、「事業の実施・検討において活用している」が33.3%、「第9期介護保険事業支援計画の検討・作成において活用している」が22.2%であった。

表 2-34 ロジックモデルの活用状況（複数回答）

調査数	第9期介護保険事業支援計画の検討・作成において活用している	事業の実施・検討において活用している	その他の場面において活用している	活用していない
9	2	3	0	4
100.0%	22.2%	33.3%	0.0%	44.4%

第5節 小括

(1) 市区町村調査の結果

本アンケート調査の結果、地域支援事業の実施状況等を把握するために見える化システムを活用していると回答いただいた市区町村は63.9%であり、人口規模の大きい市区町村ではその割合が低い傾向にあった。

今回は地域支援事業の事業実施状況等をどのように把握しているかという観点から地域支援事業の担当者を調査対象としましたが、介護保険事業計画担当者を対象にした場合には異なる結果が生じた可能性がある。

また、活用している市区町村であっても、地域支援事業一般で活用している市区町村が多く、個別の事業については最も多い一般介護予防事業でも32.8%に止まっており、さらに活用に課題がある市区町村が78.9%であった。

この課題や見える化システムを活用していない理由は、「データを読み解くことが難しい」や「データの数が多く、どこを見てよいのかわからない」、「データをどのように活用したらよいかわからないため」、「日々の業務が忙しく、時間を取るのが難しい」等の回答が多くなっている。

見える化システムの活用に向けた必要な支援については、「データの活用方法を学ぶ研修」や「データを読み解いていくためのツールやマニュアル」等の回答が多くなっている。

さらに、地域支援事業の実施状況等の把握について、「アウトプット」に関する指標を用いている市区町村が84.5%である一方、「アウトカム」に関する指標を用いている市区町村が36.5%であった。

「アウトカム」に関する指標を用いている市区町村において、一般介護予防事業が69.6%であるが、それ以外の事業は40%未満であった。

これらを踏まえて、

- ・市区町村において、地域支援事業における各事業を効果的に実施していくためには、見える化システムやアウトカム指標の活用をさらに進めていくこと
- ・また、都県・厚生局において、市区町村における見える化システム等を活用したデータに基づく地域の現状や課題の把握等を推進するためには、そのデータの構造を示すツールを用いたデータ活用の研修や個別支援を行うこと

が必要と考えられる。

加えて、各市区町村で、地域支援事業の実施において見える化システムを活用していくためには、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等を厚生労働省の示す様式や方法に基づき実施した上で、見える化システムに登録して地域の高齢者の状況を日常生活圏域ごとに見たり他の地域や前期と比較したり、また、個人の状況を追跡できるようにすることで事業の効果を評価したりすることも必要である。

このために、国においては、市区町村が地域支援事業の実施においてニーズ調査を有効に活用できるように、全国の市区町村において同じ様式や方法を用いていただく方針をより厳格に示していくことが重要である。

また、併せて、事業はあくまでも目指す姿を実現するための手段であることを踏まえて、事業の効果的な実施のためには、

- ・地域や住民の状況をデータも活用して現状や課題を把握した上で、事業を考えていくこと
- ・事業の実施状況や効果について、地域や住民の状況（アウトカム）で把握し、必要に応じて事業を見直していくこと

が重要であることを、市区町村が理解し、取り組んでいくことが必要と考えられる。

（２）都県調査の結果

地域支援事業について支援が必要な市区町村の把握や、個別支援等の対象市区町村における地域支援事業の実施状況等の把握に、見える化システムを活用している都県は、それぞれ 11.1%、55.6%であった。

見える化システムを活用していない理由については、「操作方法がわからないため」「データをどのように活用したらよいかわからないため」という回答もある一方で、「全市町村のデータが登録されていない項目も多く、全県の状況を把握・比較できないため」「個別支援が必要な市町村を把握するための有効なデータがないため」との回答もあった。

また、地域支援事業について支援が必要な市区町村の把握や、個別支援等の対象市区町村における地域支援事業の実施状況等の把握に用いている指標については、「アウトプット」に関する指標がそれぞれ 66.7%、77.8%である一方、「アウトカム」に関する指標は 33.3%、22.2%であった。

これらを踏まえて、都県における見える化システム等を活用したデータに基づく地域の現状や課題の把握等を推進するためには、自治体で活用できるように見える化システムの改善を進めていくことに加えて、市区町村調査の結果に記載した取組と同様の取組が必要になると考えられる。

第 3 章 地域支援事業の課題特定と分析等を行う ワークモデルの実証

第3章 地域支援事業の課題特定と分析等を行うワークモデルの実証

第1節 目的

関東信越厚生局管内の都県・市町村から協力を得て、自治体における地域支援事業について、見える化システム等のデータを用いて、事業の課題特定と分析等を行うグループワークをモデル実施し、地域支援事業の計画や運用において効果的に活用可能なツールや指標等を探る。

第2節 市区町村における実証

1. 実証の概要

- 目的：地域包括ケア「見える化」システムのデータ等から、地域の現状・目指すべき姿・要因等を整理・検討し、対応する施策を検討する。
- 対象：栃木県日光市（人口7.6万人、高齢化率37.0%）
東京都武蔵野市（人口14.8万人、高齢化率22.6%）
- 参加者：地域支援事業担当課職員、
地域包括支援センター職員・生活支援コーディネーター等
- プログラム：グループワークを2回実施（プログラムの詳細は、次頁以降参照）

(1) 第1回

- ・地域包括ケア「見える化」システムのデータを活用した分析ツールを用いて、地域包括支援センター等の現場の方を交えたワークを行うことで、地域の特性や課題を把握するとともに、その要因を分析する。

時刻	内容
13:00～	・地域包括ケア「見える化」システム等のデータの活用方法とロジックモデルの考え方
13:35～	・グループワークの進め方
13:45～	—グループワーク①— ・中間アウトカムのデータから、対応が必要な事項を1つ選び、検討テーマを決める ・各参加者で、以下を付箋に書き出す ➤ 分析ツールにおいて上記データに関連するデータの状況 ➤ 関連するツール以外の情報（業務の実績、ケアマネや市民からの声、個別事例、身近な例等）
14:30～	—グループワーク②— ・各参加者より発表し、模造紙に付箋を貼る（1人2分まで） ・付箋について類似するものを近づける、→を引く等の整理をする
15:00～	—グループワーク③— ・グループワーク②をもとに、「地域の望ましくない現状」「地域の目指す姿」「なぜ目指す姿になっていないのか（要因）」を整理・検討
16:10～	・発表、質疑応答、アンケート

図 3-1 第1回ワークで用いたワークシート

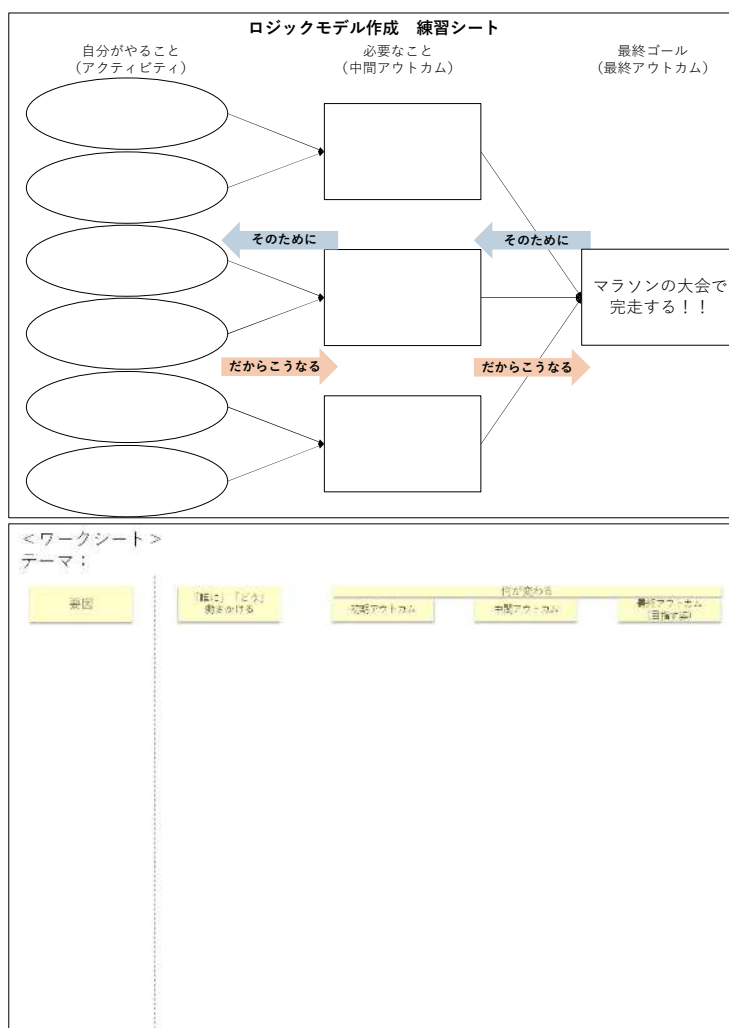
テーマ：	テーマ：
E6-E8 地域定額型サービス事業所の整備・指定等 D6-D8 地域定額型サービス事業所の整備・指定等 D9 介護サービスの提供 D2 介護予防・社会参加	<u>地域における望ましくない現状</u>
E9 地域包括支援センター事業 D9 総合相談 D10 自治的・自治的ケアマネジメント支援 D11 地域ケア会議 C7 相談支援 C8 地域包括支援ネットワークの構築	<u>地域の目指す姿</u> なるべく具体的にどのような方になってほしいかを記載
E12 生活支援体制整備事業 D13 生活支援体制整備事業 C10 生活支援	<u>なぜその現状になっているのか（要因）</u>
E13 介護予防・生活支援サービス事業 D14 介護予防・生活支援サービス事業 C11 社会参加 基礎データ	
E14 一級介護予防事業 E15 介護予防事業 E16 介護予防事業 E17 介護予防事業	

(2) 第2回

- ・第1回ワークで検討し、その後関係者と意見交換を行い整理した地域の課題等をもとに、ロジックモデルを検討し、その具体的な対応策（誰にどんな働きかけをするか）とどのような変化を起こしたいのかを検討する。

時刻	内容
13:00～	・振り返りとロジックモデルの作成手順・練習
13:40～	—グループワーク①— ・地域の課題についてロジックモデルを活用した対応策の検討
14:40～	休憩
14:50～	—グループワーク②— ・地域の課題についてロジックモデルを活用した対応策の検討
16:10～	・発表、講評、振り返り ・アンケート

図 3-2 第2回ワークで用いた練習シート、ワークシート



2. 実証の実施結果

(1) 実証の実施状況

①栃木県日光市

	日時	参加者
第1回	令和6年11月28日(木) 13:30～17:00	高齢福祉課、社会福祉課職員 地域包括支援センター職員 社会福祉協議会職員 計21名
第2回	令和7年1月24日(金) 13:30～17:00	高齢福祉課、社会福祉課職員 地域包括支援センター職員 社会福祉協議会職員 計21名

②東京都武蔵野市

	日時	参加者
第1回	令和6年11月26日(火) 13:00～16:30	高齢者支援課職員(基幹型地域包括支援センター職員を含む) 8名
第2回	令和7年1月30日(木) 13:00～16:30	高齢者支援課職員(基幹型地域包括支援センター職員を含む) 地域包括支援センター職員 計7名

(2) アンケート結果

①栃木県日光市

○回答者数(回収率): 第1回21名(100.0%)、第2回21名(100.0%)

○回答者の特性:

市職員としての経験年数は、無回答を除くと、第1回は6～10年目、21～25年目、26年目～が、第2回は6～10年目、21～25年目との回答が最も多かった(図3-4)。また、介護保険・高齢者福祉業務の経験年数は、第1回は6～10年目が最も多く、第2回は無回答を除くと、3～5年目、6～10年目が最も多かった(図3-5)。

職位は、第1回は係員級とその他、第2回は係員級が最も多かった(図3-6)。

担当業務は、第1回・第2回ともに、包括的支援事業が最も多く、次に相談支援・措置と続いた。(図3-7)

図 3-4 回答者の特性：市職員の経験年数

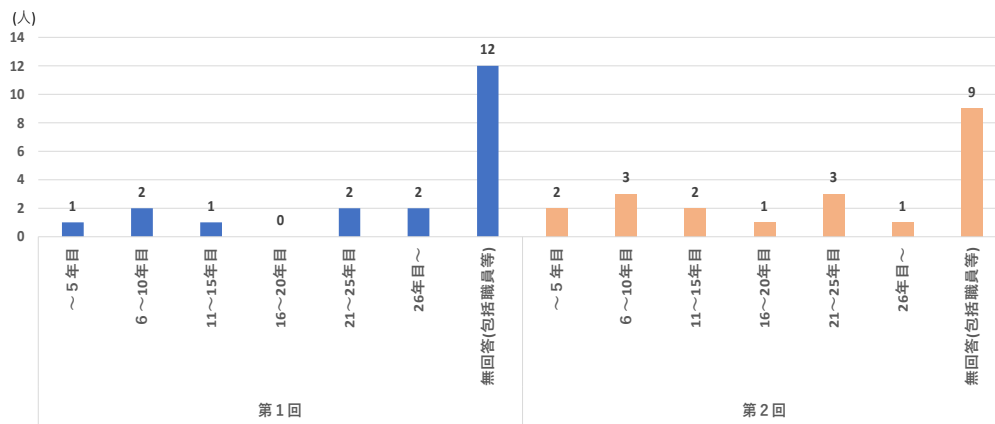


図 3-5 回答者の特性：介護保険・高齢者福祉業務の経験年数

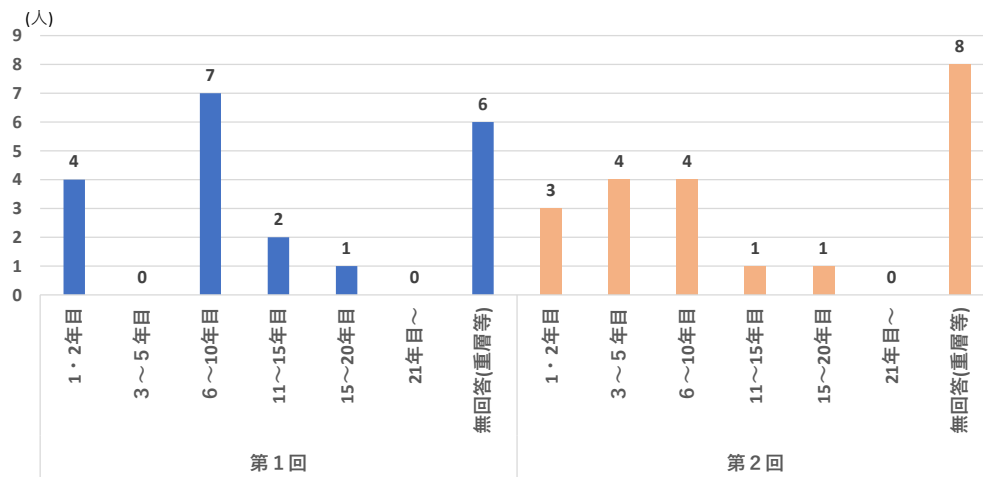


図 3-6 回答者の特性：職位

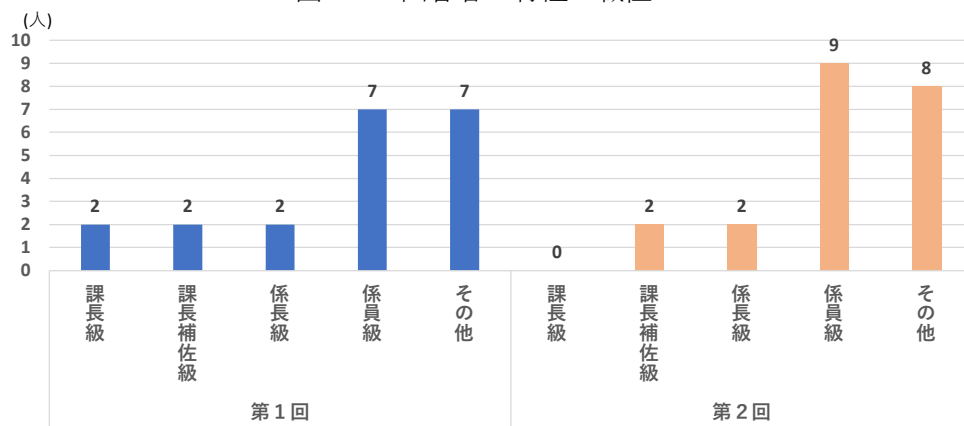
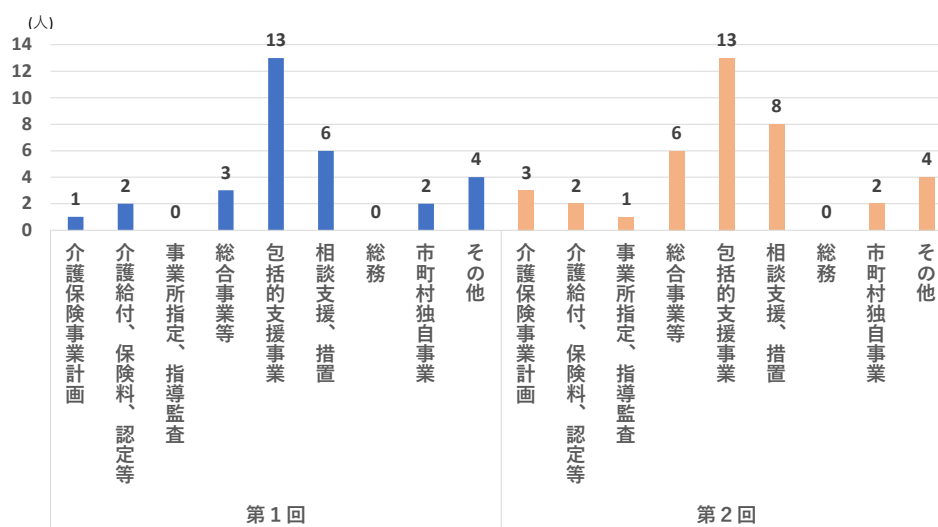


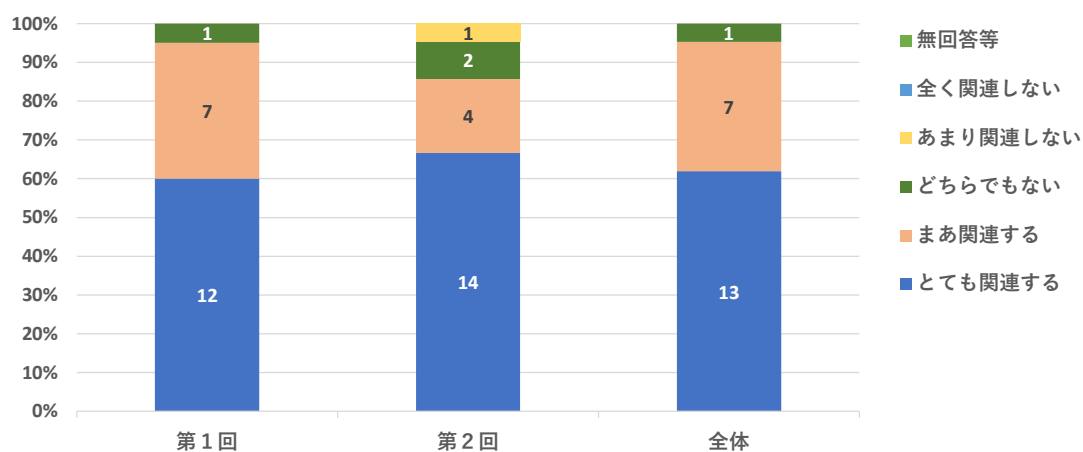
図 3-7 回答者の特性：担当業務



○業務との関連性：

第 1 回と全体では、ほぼ全ての参加者が「とても関連する」「まあ関連する」との回答だった。第 2 回では、「とても関連する」「まあ関連する」との回答は 8 割強だった。(図 3-8)

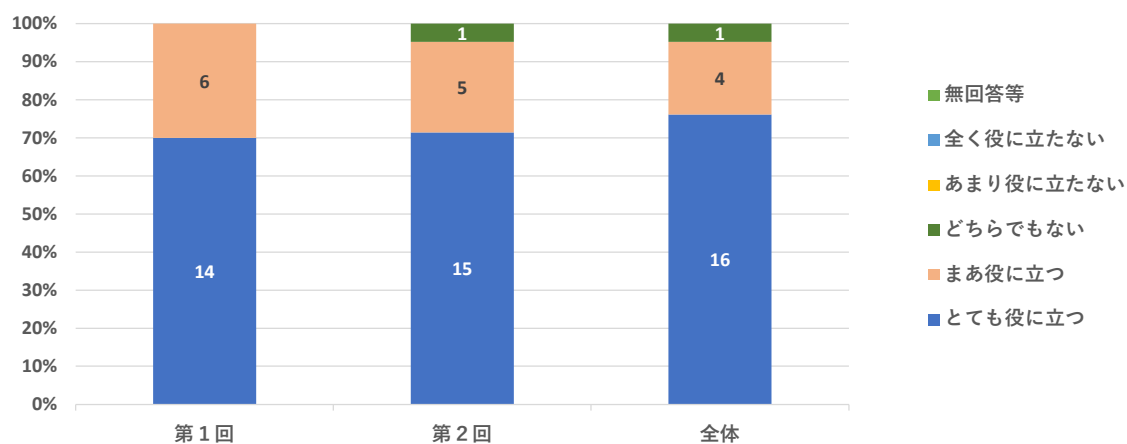
図 3-8 業務との関連性



○業務に役に立つか：

第1回は全ての参加者が、第2回及び全体はほぼ全ての参加者が「とても役に立つ」「まあ役に立つ」との回答だった。(図 3-9)

図 3-9 業務に役に立つか



○学んだこと（重複する内容は一部未掲載）

—第1回—

- ・データの見方、ポイント
- ・データの見方や業務への生かし方
- ・地域現状をデータとすり合わせ、課題を見出すことができた
- ・地域の現状をデータとともにふりかえりできた
- ・データから地域を見られることが分かった
- ・掘り下げる分析、統計データとの照合
- ・「見える化」システムはロジックモデルや政策体系を反映しているため「見える化」システムなどを活用することで大切さなどを学んだ。
- ・見える化システムについては、名称を知っているのみで、データに触れることがなかったため、たいへん勉強になりました
- ・見える化システムの見方
- ・ロジックモデルを作ったワークの進め方
- ・ロジックモデルの考え方
- ・ロジックモデル/初期、中期、最終アウトカムについて

- ・現場に触れることがほぼ無いので、現状を知るよい機会でした。
- ・発想の仕方、受け止め方など他職種の方の考え方など参考になった
- ・「わかっている」と思っていたこと（行政目線）について、データや視点を変えて“みた”（見た）ことによって、本当は“きちんと”わかっていない。ということを思い知らされたこと。
- ・高齢者本人の本心（ニーズ）をキチンと把握できていなかった

- ・指標を意識した目標設定、考え方
- ・要因分析
- ・根拠をもとに課題を検討するよう方法を学べた。

—第2回—

- ・ロジックモデルの活用と考え方
- ・ロジックの考え方と方法が学びになった
- ・普段の仕事でロジックモデルを作成して、ということがありません。ロジックモデルにより目指す姿から、中間アウトカム、初期アウトカムなどを組み立てていくと、どのような手段により実施していくべきか考えやすくなり、とても勉強になりました。
- ・ロジックモデル 要因等をいろいろな視点から考えることができました。
- ・「アウトプット」「アウトカム」の違い
- ・ロジックモデルに関する考え方が理解できた
- ・EBPMの一環としてロジックモデルを活用することができ、事業の評価にも活用できるので政策の形成だけでなくスクラップにも活用できることを学べました。

- ・考え方のプロセス、シンプルに、具体的に、評価しやすく、を考えられた
- ・地域住民の現状から実現可能な取り組みを事業を具体的に考えることができると学んだ
- ・現場で、どんなことが起きているか、知る機会を得られました
- ・最終アウトカムから考えていくということ 具体的におとせることが実現につながる
- ・施策・事業を進める上で「目指すべき方向に近づけるために、誰にどう働きかけるか」を念頭に置いた上で進めていくこと
- ・テーマに対して、要因、アクションまでは考えていたが、初期・中期アウトカムまでは考えたことがなかったので勉強になった
- ・事業計画をする中でも、今回の手順で考えたことでより良く考えて行えると思います
- ・地域マネジメントをする中で、話をしている間にまとめようとして抽象的になってしまうという所にはっとした

○学んだことを活用できる場面（重複する内容は一部未掲載）

—第1回—

- ・事業計画の策定、評価/立場の違う者、などの多種多様な方と共働する際に共通理解をもって物事を進められるようになる
- ・事業計画の段階で活用できる
- ・地域支援における計画・戦略の立案
- ・事業の進め方、ロジックモデルの考え方を生かす（最終アウトカムを目指す）
- ・政策形成していくことで活用できそう。また、その際のエビデンスに基づく説明として活用できると思う。
- ・市の弱いところを客観的に把握できるため、これからは積極的に見える化システムのデータを活用し、施策に反映させていきたいと思います。
- ・政策であったり、事業を作るにあたって「何となく」や行政目線で“のみ”作るのはNGなので、“分析”を視点を変えて政策、事業立案を行いたい。
- ・危機感を持って、業務に取り組めそうです。
- ・データをみるときの考え方、事業評価
- ・地域マネジメントでの活用
- ・地域をもっと深堀してみる
- ・見える化することで地域課題を意識し、相談の方への関わりもつなげていけると感じた
- ・圏域会議に役立てていきたい

—第2回—

- ・第10期介護保険事業計画策定時には、今回学んだロジックモデルを活用して進めていきたい
- ・福祉関係の計画や政策形成の場面で活用できるのではないかと思います。
- ・地域支援における計画・戦略立案
- ・ロジックモデルは、日々の業務で活用できそうです（業務改善とか）
- ・制度設計時（他部署と共働）の場面で活用できる
- ・事業を立案する際、事業評価する際
- ・介護予防の評価、圏域の評価、アプローチに活用できそう
- ・課題への対策を考えると、学んだことを活用していきたい
- ・今後、日光市では地域支援事業を今まで以上実施していかなければと考えておりますので、事業の組み立てを活用して行きたいと考えます
- ・日常業務（業務立案）→既に生かさせていただいています！

- ・日々の SC 業務で活かせる
- ・総合相談、個別訪問の中でニーズを引き上げ次につなげる。集れる場の検討等
- ・「目指す姿」と「要因」の 2 つしか考えられていなかったため、今後何か課題に対してどうしていったらいいかを考えるときにこの方法が役に立ちそうでした。

- ・ケア会議でのファシリ等
- ・圏域会議やケース検討
- ・圏域会議の課題や取り組みを考える時に活用できると思った。
- ・地域でくらす会議やふくまち委員会等の課題と解決手段を検討する場において、進行する手段として使える

- ・地域の交流の場づくり

○その他（重複する内容は一部未掲載）

―第 1 回―

- ・次回までに職場で話し合いたいと思います。

―第 2 回―

- ・分かりやすい説明、地域データ等の利用で、とても参考になりました
- ・夢の样だけ現実につながることを一緒に考えさせて頂き大変勉強になりました。
- ・難しかったです
- ・いろんな立場で同じ課題に取り組み多様な考え方など意見を聞いてとても学びになった
- ・今後も同様の研修に参加したいと思います。
- ・今後もこのような機会をいただけると大変勉強になります！！

②東京都武蔵野市

○回答者数（回収率）：第1回8名（100.0%）、第2回7名（100.0%）

○回答者の特性：

市職員としての経験年数は、第1回・第2回ともに5年目未満、26年目以上が、介護保険・高齢者福祉業務の経験年数は、第1回・第2回ともに1・2年目が最も多かった。

（図3-10、図3-11）

職位は、第1回は係員級、その他、係長級が、第2回は係長級、その他が最も多かった。

（図3-12）

担当業務は、第1回・第2回ともに包括的支援事業、総合事業等の順で多かった。（図3-13）

図3-10 回答者の特性：市職員の経験年数

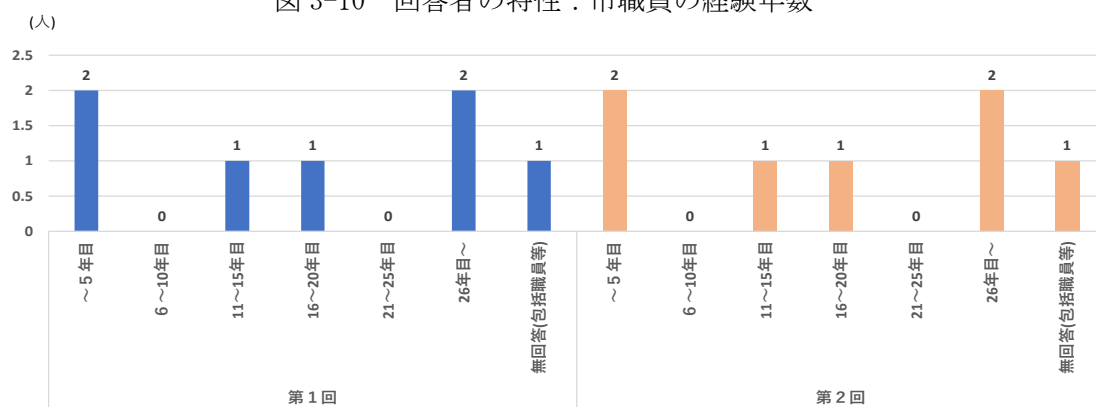


図3-11 回答者の特性：介護保険・高齢者福祉業務の経験年数

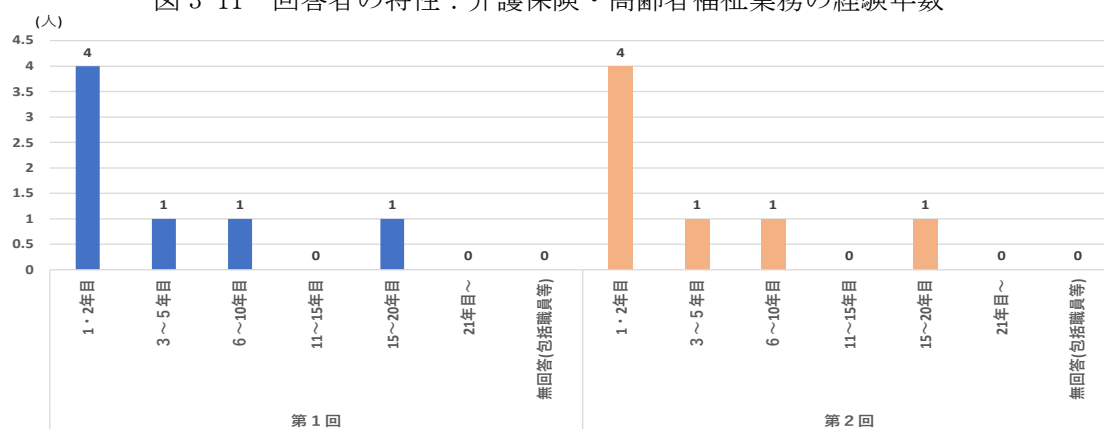


図 3-12 回答者の特性：職位

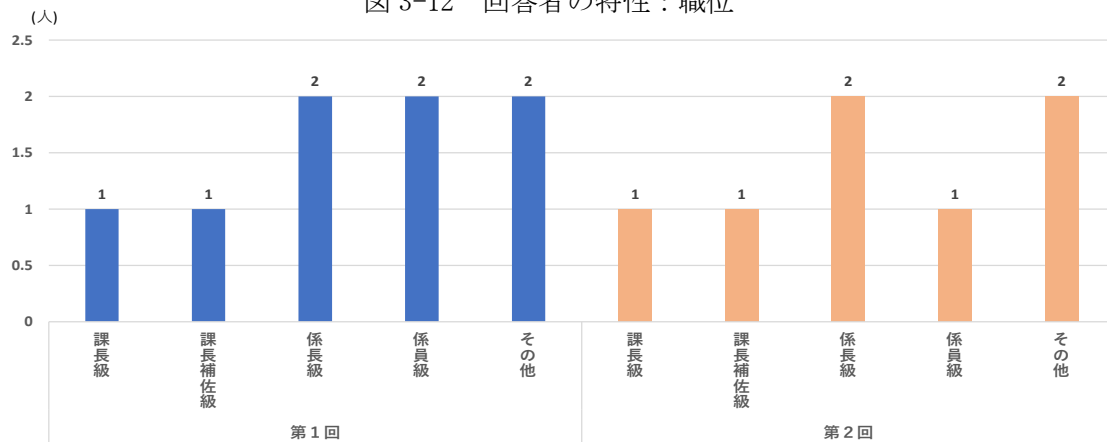
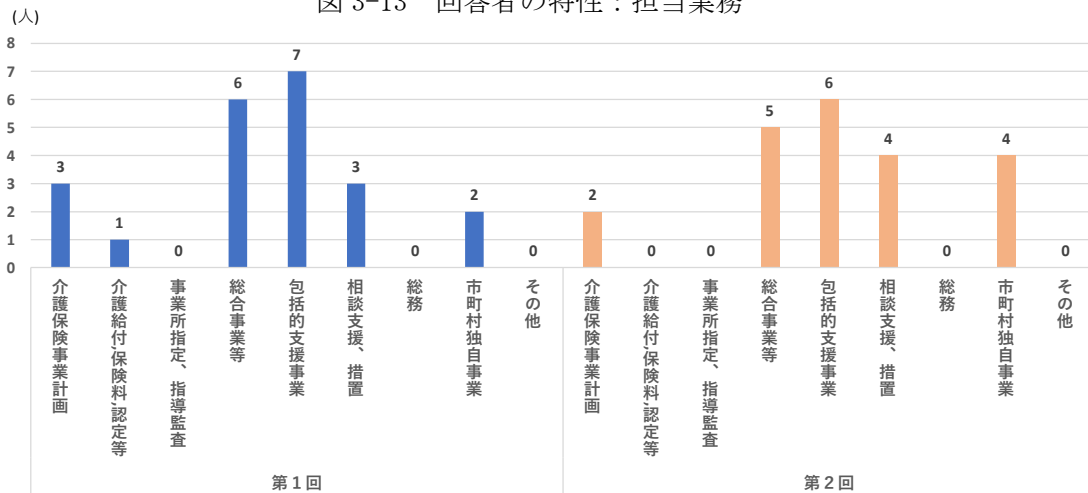


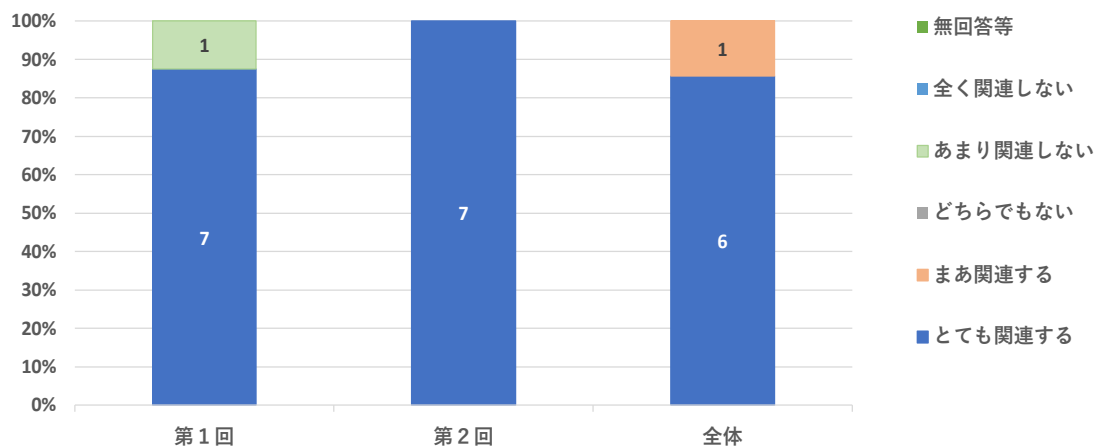
図 3-13 回答者の特性：担当業務



○業務との関連性：

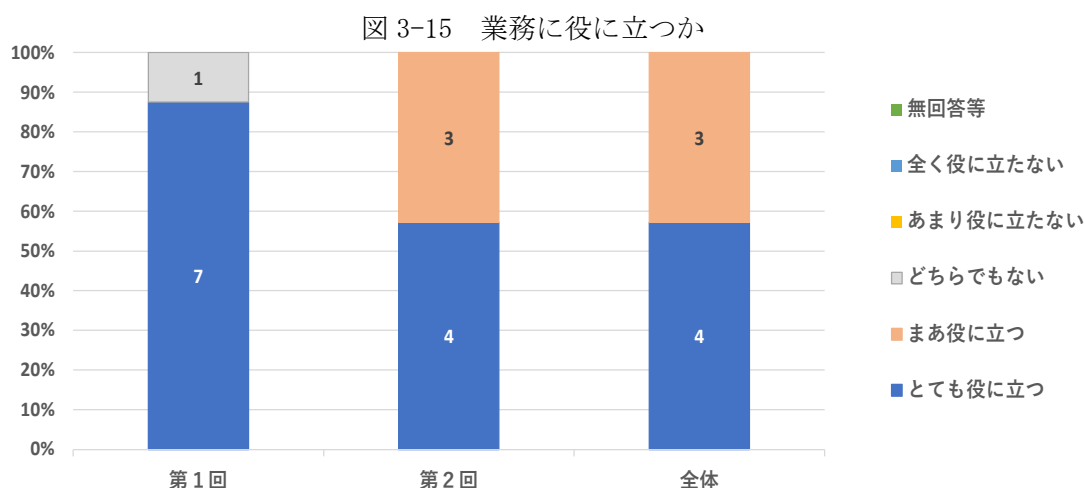
第 1 回と全体では 9 割弱、第 2 回は全員が「とても関連する」との回答だった。(図 3-14)

図 3-14 業務との関連性



○業務に役に立つか：

第1回は「とても役に立つ」との回答が9割弱だった。第2回と全体は、全員が「とても役に立つ」「まあ役に立つ」のいずれかの回答だった。(図 3-15)



○学んだこと（重複する内容は一部未掲載）

ー第1回ー

- ・ロジックモデルに基づく現状分析、最終アウトカムから考える
- ・ロジックモデルを用いた課題解決への考え方
- ・ロジックモデルの基本を学ぶことができた
- ・施策・事業はアウトカムを達成するための手段であり、目指すべき姿（最終アウトカム）を明確にする事から事業を考える。事業が成果につながっているかを確認する事が重要。
- ・指標を活用した課題設定方法
- ・深掘りと同時に、要因を出尽くすまで挙げる
- ・現状からインプットに戻って、アウトプット、アウトカムを考えていく手法で、うまく組み立てていくのは難しいと感じたため普段から意識して取り組む必要があると感じた。
- ・見える化システムの概要について
- ・「見える化」システムの概要、「見える化」で何が分かるのか、目的、活用方法
- ・「見える化」システムから分かる武蔵野市の特徴をとらえ、課題分析をする方法
- ・データから全国や東京都と比較から本市の特徴がわかった

- ・これまでの仕事や地域の声等から臆気ながらに見えてきた「武蔵野らしさ（地域や住民特性 等）」の共有
- ・高齢者の行動変容をどう促すかと考えていたが、行政側（支援者）も行動変容しなければならないことに気づいた
- ・「支え合いたくない方もいるのでは」や「今までの伝統が逆に足かせになっている」といったいわゆるタブーのような発言も意外と批判されずに議論されていたため、今後も検討できるかもしれないと感じた。
- ・係が違うためどのような取り組みをしているか見えないところがあるが、介護予防に関する当市の取り組みや、課全体に報告するような結果に結びついていないもの、事業化はしていないけど 調査していた内容などの情報を知ることができ、有意義であったと感じています。

—第2回—

- ・ロジックモデルによる検討方法
- ・論理的な考えの導き方
- ・ロジックモデルの考え方や意義。
- ・担当や所属が違う職員等とのワーク。
- ・現場職員の質的情報の豊富さを実感した
- ・ロジックモデルを用いた課題解決への考え方
- ・地域包括支援センターや市職員などの立場や職位、職種などにより、視点や意見が違い、気づかされることが多かった。
- ・ワークを実施することにより多くのアイデアが出され気づきが得られた
- ・2日目途中参加の為、地域包括ケア「見える化」システム活用の全体イメージの理解が不十分であった為、ワーク作業の目的・位置づけの認識が個人的に不十分でした。すいません
- ・施策検討へのロジックモデルの流れを確認できました。
- ・「誰に」「どう」働きかけるかは、地域事情をより把握している必要性を感じ、様々な所属、職種での検討が効果的であると感じました。

○学んだことを活用できる場面（重複する内容は一部未掲載）

—第1回—

- ・担当業務の見直し・検討や地域分析など
- ・計画策定や事業評価、地域分析

- ・市として健康寿命の延伸に関する施策の検討や、介護予防に関する取り組みの検討に際し過去の経緯を踏まえた検討に活かせると考えます。
- ・現状や要因を考え、施策の方向性を考えることにつながる。
- ・フレイル予防事業を企画運営する上で、「見える化」システムで明らかになった地域課題を市民と一緒に考え、地域ぐるみで取り組む事を考えられると良いと感じた。
- ・自身の仕事である生活支援体制整備事業（通いの場の立ち上げ、展開、継続支援等）
在支・包括の2層との連携・地域住民との課題共有

—第2回—

- ・事業の評価、見直しなど
- ・新規企画立案時や、事業評価を行う場面で活用したい
- ・自身が担当する生活支援体制整備事業や通いの場づくりの戦略等
- ・地域ごとの目標設定等。包括などの関係者との共有。
- ・今後の事業をスクラップアンドビルドする際の考え方や、理屈の立て方を学んだ。
- ・高齢者福祉計画・第10期介護保険事業計画の策定に向けた、介護予防事業の事業評価
- ・介護予防事業などの実施において、関係者間で課題や目的を共有するための会議など
- ・新規事業の検討や事業見直しなどの場面
- ・計画の作成作業や市民・関係機関などと意見出しの場面など
- ・事業計画の検討

○その他（重複する内容は一部未掲載）

—第1回—

- ・見える化システムの活用方法について、詳しくお聞きしたいです。
- ・見える化システムで何ができるかをもう少しお聞きしたいと思います。
- ・「見える化」システムから見える市の課題について、専門的なお立場からどのように分析されるかお聞きしたい。
- ・「見える化」システムについて、日頃使用する頻度が少なかったが、今回学んだ手法等を用いて今後はより活用を心掛けたい。
- ・ワークシートをどう読み取るかについては、各自治体によって背景も異なる中でマニュアルがあったとしても市町村職員で行うことは難しい。今回のように専門家のアドバイスや解説が必要と感じた。
- ・量的情報と質的情報のギャップをどのように考え、分析するかが重要であることを再確認した。

- ・参加者を主任以下のみにして、既存の縛りに縛られない、普段いろいろ考えながら働いている主任さんや、入庁年数の浅い市役所に染まりきっていない職員の意見を収集することが必要ではないかと思います。

—第2回—

- ・見える化システムの活用と謳っていたので、システムの見方のコツなどについてご教授いただく機会があるとよかった。
- ・上記について事業検討で活用できるかと思うが、今回のワークのような第三者的な存在があると進めやすい。
- ・見える化システムについての操作方法を深掘りできれば。
- ・「見える化」システムについての具体的な活用方法。
- ・多角的な視点からの意見を集め、共有するには、ロジックモデルづくりは手法として効果的であると思う。
- ・自治体が自力でこのようなグループワークをするためには、ノウハウや知識が必要であると思った。
- ・市内では複数事業あるが、その整理が必要との話題も出ており、事業の効果・連動に関して、このモデルの活用法はあるのかなど、何か今後に繋がっていくといいなと感じました。

1. 実証の概要

- | 時刻 | 内容 | |
|--------|------|--|
| 13:30～ | はじめに | あいさつ |
| 13:35～ | 講義 | 地域包括ケア「見える化」システムのデータ等の活用方法とロジックモデルの考え方 |
| 14:10～ | 演習① | ワークー
・任意の市区町村について、「地域での生活の継続」「介護予防」のいずれかのテーマを選んで、以下の項目を演習シートに記入する <ul style="list-style-type: none"> ➤ データから分かること ➤ 市町村等からの情報 ➤ 上記を踏まえた検討（仮説設定） ➤ 市町村と話をしたいこと |
| 15:30～ | 休憩 | |
| 15:40～ | 演習② | グループ意見交換ー
・ワークの結果を発表し、意見交換する |
| 16:25～ | 振り返り | 研修の振り返り
アンケート記入 |

[illegible]

2. アンケート結果

○回答者数（回収率）：15名（100.0%）

○回答者の特性：

都県職員としての経験年数は5年未満、介護保険・高齢者福祉業務の経験年数は1・2年目が最も多かった。（図3-17、図3-18）

職位は、係員級が10人と最も多かった。（図3-19）

担当業務は、総合事業・一体的実施、包括的支援事業が8人、7人と多かった。（図3-20）

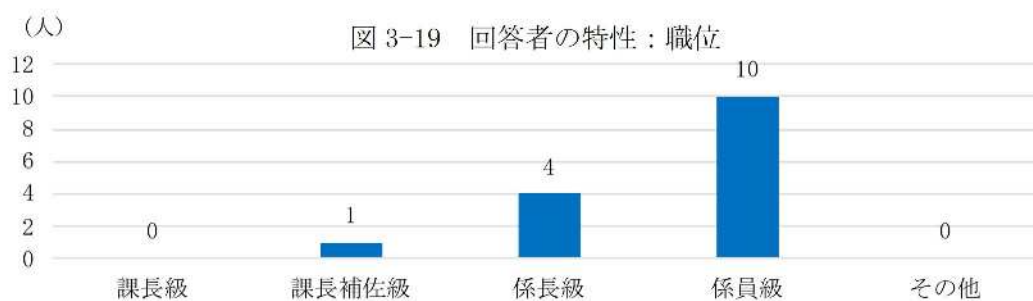
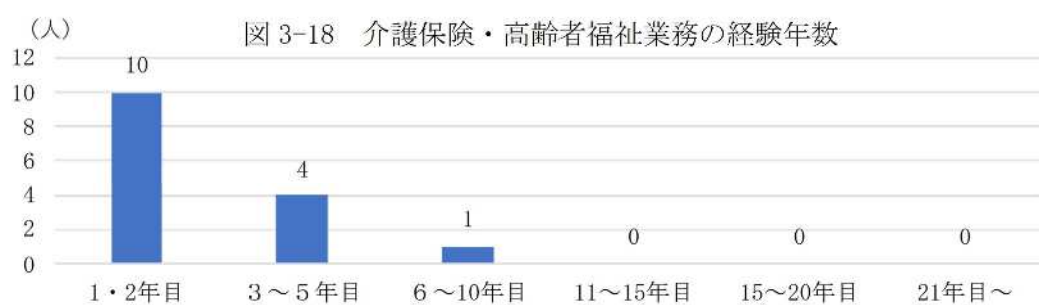
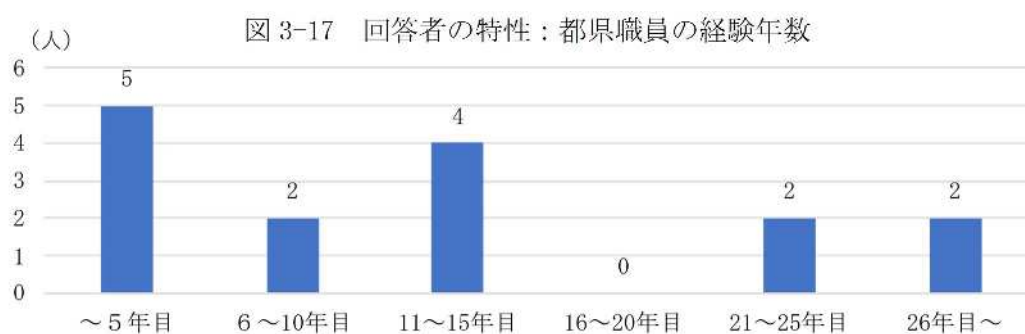
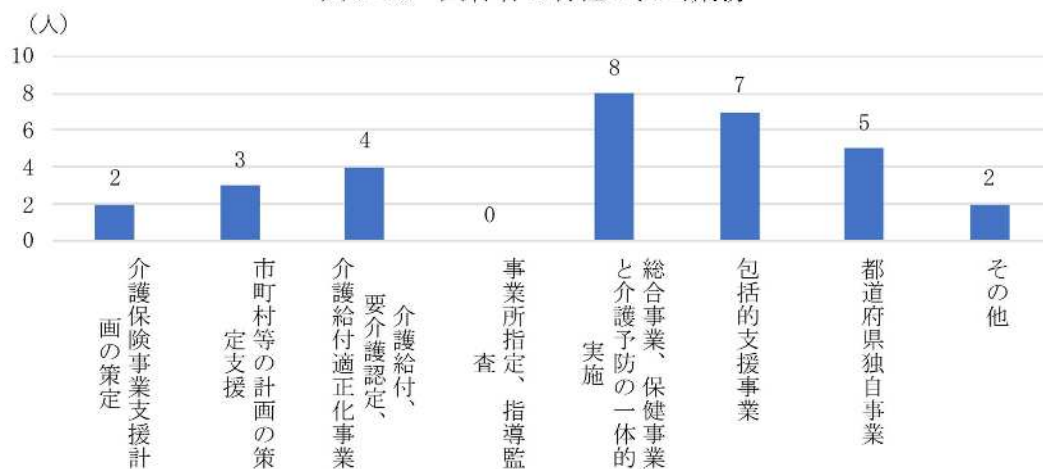


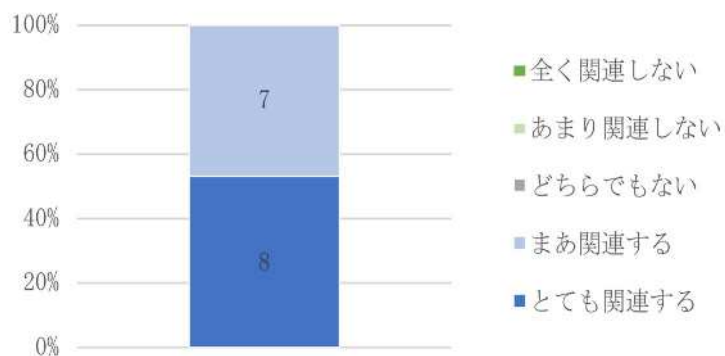
図 3-20 回答者の特性：担当業務



○業務との関連性：

全ての参加者が「とても関連する」「まあ関連する」との回答だった。(図 3-21)

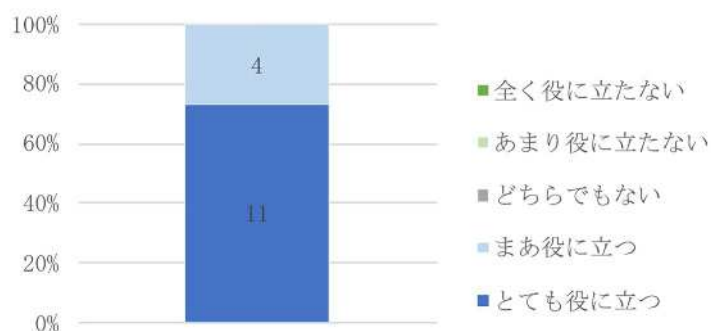
図 3-21 業務との関連性



○業務に役に立つか：

全ての参加者が「とても役に立つ」「まあ役に立つ」との回答だった。(図 3-22)

図 3-22 業務に役に立つか



○学んだこと（重複する内容は一部未掲載）

- ・ロジックモデルの考え方。データの活用等
 - ・ロジックツールから地域の課題等の仮説と、その仮説からの施策の方向性を打ち出すことができること。
 - ・見える化システムの活用方法。ロジックモデルの考え方について
 - ・「見える化システム」データの活用法。ロジックモデル。システムデータの分類（分析ツール）
 - ・アウトカムを意識した取組。ロジックツールの活用
 - ・見える化システム等データの活用方法、ロジックモデルの基本概念のほか、市区町村の課題分析の具体的手法を学ぶことができた。
-
- ・ツールを自分の手で活用することにより、思いのほか市町村の状況を推測することができた、ということが分かったこと
 - ・分析ツールをつかうこと。名称しか知らなかったが、有効な手法であったので、市町村にも普及させていきたい
 - ・ツールの活用の仕方を学ぶことができた。市町支援にどう活用すれば良いかを実践を通じて学ぶことができたので貴重な機会となりました。
 - ・分析ツールの使用方法
 - ・目指す姿を決めてバックキャストिंगすること。地域の実情に合わせて、体制を構築する重要性
 - ・分析にあたっては、アウトカムに注目し、そこから逆算的にデータを見ていく
-
- ・段階を追って考えることができる。根拠を持って説明ができる。
 - ・データに基づき課題を整理し、施策の検討につなげること
-
- ・他都県の担当の方が今、取り組んでいる内容を聞けて、県にも生かせると感じた。

○学んだことを活用できる場面（重複する内容は一部未掲載）

- ・市町村に対してデータ分析業務の研修を思案しており、そこでの復命研修として活用できるのではと思っている
 - ・市町村研修及び市町村への事務支援（訪問時）
 - ・毎年県で開催している市町村職員研修会にて、ワークシートを市町村で作成し、発表することで、双方向の研修会が期待できる
-
- ・市町村が円滑に施策を進めているか、今何を課題としているかを、県として把握し、解決していく時など

- ・市町村ヒアリング・AD 派遣における、対象自治体の検討。市町村の事業評価に関する研修会等
- ・AD 派遣等で市町村へヒアリング等を行う際に、県として市の状況や課題を事前に把握する際に活用していきたい
- ・県が行っている市町ヒアリングの際に市町と一緒に考える材料として活用したい。
- ・市町村ヒアリング前の仮説
- ・市町村支援（伴走支援）の際に、市町村ヒアリングを行うが、事前にデータ分析をしていくことで、市と県、双方から課題の認識、共有ができる

- ・市町村支援の際の基本姿勢。市町村への情報提供する手法の増加
- ・区市町村への個別支援。都内自治体の分析。政策立案
- ・事業のあり方・方向性の検討でも活用できそう。市町村へのアドバイス、データの活用について一緒に考えることを提案できるかも
- ・市区町村への支援に先立ち、課題の把握を行う際に活用できそうです
- ・市町村支援を行う際、根拠を持って現状分析ができる。データをきっかけに関係者で話しあうことができる。

- ・施策立案の際にロジックモデルの考え方を活用できると思いました。市町村支援にあたって分析ツールやワークシートが活用できると思いました

○その他（重複する内容は一部未掲載）

- ・市町支援に関する研修はなかなかないのでありがたいです。
- ・市町村分析を今日の研修で初めて行った。勉強になる事が多く、非常に有意義な時間だった
- ・ワークシートを毎年、データ更新し、使えるとようにしてほしい（見える化システムに組み込んでほしい）
- ・分析ツールは今後も活用したいです
- ・他都県の方のお話も伺えて参考になりました。
- ・グループワークでは異なる都県の方からお話を伺うことができ、大変参考になった。見える化システムの活用については、市町村の方にもぜひ考えていただけたらと感じた。
- ・集合研修であることに大きな意義があった。Web 研修ではここまでの成果は困難

第4節 小括

市区町村や都県での実証を経て、データの関連性や構造等を示すツールの必要性や、見える化システムのデータを活用した分析ツールの有用性が示された。一方で、見える化システムのデータや分析ツールだけでは、個別の事業を検討する際に必要なデータが揃わず、また、見える化システムのデータを的確に解釈することが難しいことが確認された。

地域支援事業の効果的な実施に向けてデータの活用を進めていくためには、

- ・介護保険事業計画等の関連業務の担当者や地域の現状をよく知っている現場の方々と交えた意見交換や議論
- ・そのデータ活用を支援する有識者

が重要であると考えられる。

このため、市区町村のなかで地域支援事業や関連業務の担当者、地域包括支援センター職員等を交えて意見交換をしつつ、さらに必要なデータを収集した上で、地域の課題やその要因、対応策の整理・検討を行う手法を確立していくことが重要である。

今回の実証において、その手法の確立に向けた第一歩を進めることができた。

市区町村においては、本事業の成果をもとに、見える化システムや分析ツールを活用した地域支援事業の課題特定や分析等を行い、効果的な地域支援事業の実施につなげていただくことが期待される。

また、都県・厚生局では、来年度以降、本事業の手法をもとに、さらに市町村の事業においてデータを活用した検討や実施、評価等に伴走していくことにより、その手法が確立していくことに加えて、研修等によりこれらの手法を市町村に普及していくことが重要である。また、これらの手法を都県の事業においても活用いただき、その事業の改善につなげることも期待される。

第 4 章 地域包括ケア「見える化」システム等を 活用した地域分析

第1節 関東信越地方における要介護認定率等の推移

埼玉県立大学地域連携センター 吉田俊之

埼玉県立大学保健医療福祉学部 山崎弘嗣

1. 背景と目的

超高齢社会を迎えた日本において、地域包括ケアシステムの構築とその適切な施策計画は喫緊の課題となっている。特に、要支援・要介護認定率の推移は、高齢者ケア政策の効果や地域における自立支援、重度化防止にかかる環境整備の充実度を測る上で重要な指標となる。厚生労働省が提供する「地域包括ケア見える化システム」は、各保険者の認定率の変化を定量的に把握するためのデータ基盤となっており、本研究でもその指標を用いた分析を行う。

近年、介護予防施策を中核とした総合事業の推進や地域包括ケアの推進と深化により、認定率の低下が報告されつつある（厚生労働省 2025）。しかし、その推移がどのような傾向を示し、どの程度の変化が生じているのかについては、地域ごとの差異も含めた詳細な分析が求められる。

本研究の目的は、関東信越地方のデータを用いて、関東信越地方における調整済み認定率および新規認定時の認定者の特性の推移を明らかにし、その変化の背景を考察することである。特に、(1) 調整済み認定率の変化、(2) 新規認定時の要介護度別割合の推移、(3) 新規認定時の平均要介護度および平均年齢の変化、(4) 新規認定時の年齢階級別認定者割合の変動に着目し検討する。

2. 対象と方法

1) 対象

本研究の母集団は、関東信越厚生局の管轄する1都9県（茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県）の434保険者とする。このうちには、大里広域市町村圏組合、北アルプス広域連合、木曽広域連合および諏訪広域連合の4保険者を含む。各広域連合等に属する20市町村は含まれない。さらに、分析に必要なデータに欠測が認められた市町村についても対象外とした。これらの欠測のうちには「値が0」を意味する場合も含まれている可能性があるが、本集計では一律に除外した。

そのため、年次や変数によって分析対象数が異なる。

2) データ

データベースとして「地域包括ケア見える化システム」を用いる。すべてのデータは、このデータベースより取得した。

集計は保険者単位である。認定率、新規認定時の認定者割合（要介護度別）、平均要介護度、平均年齢および新規認定時の認定者割合（年齢階級別）の値は「地域包括ケア見える化システム」より取得し、2013 年から 2022 年まで（認定率は 2023 年まで）のデータを用いて集計した。

3) 変数（表 4-1-1）

推移の観察に使用する変数は次のとおり。変数の定義は、地域包括ケア見える化システムの指標について厚生労働省が公開している「指標解説」をもとに記述した。

（1）認定率

合計調整済み認定率、調整済み軽度認定率、そして調整済み重度認定率の 3 変数を用いる。いずれも連続変数と定義する。

①合計調整済み認定率

要支援・要介護認定者の人数を第 1 号被保険者の人数で除した値を意味する。

②調整済み軽度認定率

要支援 1 から要介護 2 の認定者の人数を第 1 号被保険者の人数で除した値を意味する。

③調整済み重度認定率

要介護 3 から要介護 5 の認定者の人数を第 1 号被保険者の人数で除した値を意味する。

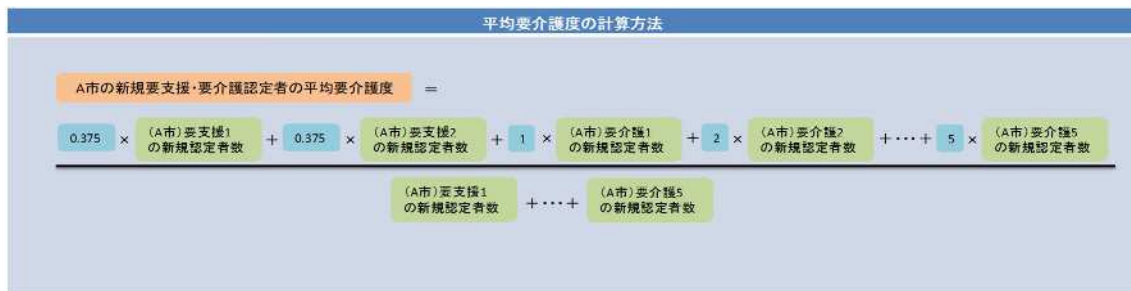
調整済みの認定率とは、第 1 号被保険者の性・年齢構成の影響を除外するよう補正された指標を指す。未調整の認定率では、各自治体における性・年齢構成の違いが認定率に影響を及ぼすため、異なる自治体間での直接的な比較には慎重を要する。本研究では、性・年齢構成の影響を可能な限り排除することを目的として調整済み認定率を採用した。これにより、市町村間における認定率の比較がより正確に行えるよう配慮した。

（2）調整済み新規認定時の認定者割合（要介護度別）

新規要支援・要介護認定者の要介護度別分布を意味する。つまり、要支援 1 から要介護 5 のそれぞれの区分について、新規認定の要支援・要介護認定者に対する各認定区分の認定者の占める割合を意味する。いずれも連続変数と定義する。

（3）調整済み新規認定時の平均要介護度

調整済み新規認定時の平均要介護度を意味する。ある市の新規要支援・要介護度認定者の平均要介護度の計算式は次のとおり（図 4-1-1）。いずれも連続変数と定義する。



出所：厚生労働省，地域包括ケアシステム，指標解説

図 4-1-1 平均要介護度の計算方法

(4) 新規認定時の平均年齢

新規要支援・要介護認定者の平均年齢を意味する。いずれも連続変数と定義する。

(5) 新規認定時の認定者割合（年齢階級別）

新規要支援・要介護認定者の年齢階級別分布を意味する。つまり、65 歳から 5 歳階級とした。90 歳以上からは階級を 1 つとし 90 歳以上とした。新規認定の要支援・要介護認定者に対する各年齢階級の認定者の占める割合を意味する。いずれも連続変数と定義する。

表 4-1-1 各種の認定率等の指標解説

①	指標	合計調整済み認定率
	解説	・全ての要介護度の「調整済み認定率」を示す。「調整済み認定率」とは、認定率の多寡に大きな影響を及ぼす、「第1号被保険者の性・年齢構成」の影響を除外した認定率を意味する。 ・「認定率」は、要支援・要介護認定者の人数を第1号被保険者の人数で除した値を意味する。 ・単位 パーセント (%)
②	指標	調整済み軽度認定率
	解説	・「調整済み軽度認定率」を示す。「調整済み認定率」とは、認定率の多寡に大きな影響を及ぼす、「第1号被保険者の性・年齢構成」の影響を除外した認定率を意味する。 ・「軽度認定率」は、要支援1～要介護2の認定者の人数を第1号被保険者の人数で除した値を意味する。 ・単位 パーセント (%)
③	指標	調整済み重度認定率
	解説	・「調整済み重度認定率」を示す。「調整済み認定率」とは、認定率の多寡に大きな影響を及ぼす、「第1号被保険者の性・年齢構成」の影響を除外した認定率を意味する。 ・「重度認定率」は、要介護3以上の認定者の人数を第1号被保険者の人数で除した値を意味する。 ・単位 パーセント (%)
④	指標	調整済み新規認定時の認定者割合（要介護度別）
	評価目的・内容	・「調整済み新規要支援・要介護認定者」の要介護度別分布を示す。「調整済み新規要支援・要介護認定者」の数は、認定率の多寡に大きな影響を及ぼす、「第1号被保険者の性・年齢構成」の影響を除外した新規要支援・要介護認定者の数を意味する。 ・「新規要支援・要介護認定者」とは、当該年度において、「申請区分（申請時）コード」が「新規申請」の要介護認定データがある被保険者を集計している。なお、ある被保険者について、当該データが複数存在する場合には、申請日の古いものを集計対象としてある。 ・単位 パーセント (%)
⑤	指標	調整済み新規認定時の平均要介護度
	評価目的・内容	・「調整済み新規要支援・要介護認定者」の平均要介護度を示す。「調整済み新規要支援・要介護認定者」の数は、認定率の多寡に大きな影響を及ぼす、「第1号被保険者の性・年齢構成」の影響を除外した新規要支援・要介護認定者の数を意味する。 ・「新規要支援・要介護認定者」とは、当該年度において、「申請区分（申請時）コード」が「新規申請」の要介護認定データがある被保険者を集計している。なお、ある被保険者について、当該データが複数存在する場合には、申請日の古いものを集計対象としてある。 ・単位 任意となる
⑥	指標	新規認定時の平均年齢
	評価目的・内容	・「新規要支援・要介護認定者」の平均年齢を示す。 ・「新規要支援・要介護認定者」とは、当該年度において、「申請区分（申請時）コード」が「新規申請」の要介護認定データがある被保険者を集計している。なお、ある被保険者について、当該データが複数存在する場合には、申請日の古いものを集計対象としてある。 ・単位 歳
⑦	指標	新規認定時の認定者割合（年齢階級別）
	評価目的・内容	・「新規要支援・要介護認定者」の年齢階級別分布を示す。 ・「新規要支援・要介護認定者」とは、当該年度において、「申請区分（申請時）コード」が「新規申請」の要介護認定データがある被保険者を集計している。なお、ある被保険者について、当該データが複数存在する場合には、申請日の古いものを集計対象としてある。 ・単位 パーセント (%)

出所：厚生労働省，地域包括ケア見える化システム，指標解説

3. 結果

1) 調整済み認定率 (表 4-1-2)

(1) 合計調整済み認定率

要支援 1 から要介護 5 までの合計調整済み認定率に関して、関東信越地方の平均値は 2013 年に 15.62%であったが、2023 年では 14.81%へと低下した。その低下幅は 0.81%ポイントである。

(2) 調整済み軽度認定率

要支援 1 から要介護 2 までの調整済み軽度認定率を見ると、2013 年の関東信越地方平均は 9.32%であり、2023 年には 9.26%へとわずかに減少した。低下幅は 0.06%ポイントである。

(3) 調整済み重度認定率

要介護 3 から要介護 5 までの調整済み重度認定率については、2013 年に 6.30%であったものが、2023 年では 5.55%まで低下した。低下幅は 0.75%ポイントとなった。

2) 調整済み新規認定時の認定者割合 (要介護度別)

(1) 軽度の区分 (要支援 1、要支援 2、要介護 1、要介護 2) (表 4-1-3)

新規認定時における調整済み認定者割合の推移を見ると、要支援 1 は 2013 年の 19.01%から 2022 年の 20.11%へと 1.10%ポイント上昇した。一方、要支援 2 は 15.86%から 15.88%へとわずかに増加し、その上昇幅は 0.03%ポイントにとどまる。

また、要介護 1 の認定者割合は、25.62%から 26.03%へと 0.41%ポイント増加したのに対し、要介護 2 の認定者割合は 16.04%から 14.80%へと低下し、その低下幅は 1.24%ポイントであった。

(2) 重度の区分 (要介護 3、要介護 4、要介護 5) (表 4-1-4)

要介護 3 の新規認定者割合は、2013 年の 9.53%から 2022 年の 9.03%へと 0.51%ポイント低下した。一方で、要介護 4 の割合は 8.98%から 9.09%へと 0.12%ポイント増加し、要介護 5 も 6.05%から 6.14%へと 0.10%ポイント上昇している。

3) 調整済み新規認定時の平均要介護度 (表 4-1-5)

調整済み新規認定時の平均要介護度は、2013 年に 1.630 であったが、2022 年には 1.611 へと低下し、その減少幅は 0.019%ポイントであった。

4) 新規認定時の平均年齢 (表 4-1-6)

新規認定時の平均年齢は、2013 年の 81.49 歳から 2022 年の 82.35 歳へと上昇し、その増加幅は 0.86 歳であった。

5) 新規認定時の認定者割合（年齢階級別）（表 4-1-7、表 4-1-8）

年齢階級別の新規認定時における調整済み認定者割合を見ると、65 歳から 69 歳の割合は 2013 年の 6.98%から 2022 年の 5.27%へと 1.71%ポイント低下した。一方、70 歳から 74 歳の割合は、11.25%から 11.45%へと 0.20%ポイント上昇した。さらに、75 歳から 79 歳の割合は、18.73%から 16.84%へと 1.89%ポイントの低下し、80 歳から 84 歳の割合も 27.25%から 25.58%へと 1.67%ポイント減少した。

これに対し、85 歳から 89 歳の認定者割合は、23.94%から 25.19%へと 1.24%ポイント増加し、90 歳以上では、12.56%から 16.66%へと 4.10%ポイントの顕著な上昇が見られた。

表 4-1-2 調整済み認定率の記述統計量

表 調整済み認定率の記述統計量						
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
合計調整済み認定率 (%)						
2013年	434	15.62	2.61	15.42	8.94	26.03
2014	434	15.86	2.89	15.53	0.00	26.82
2015	434	15.75	2.77	15.56	0.00	25.31
2016	434	15.53	2.65	15.34	3.68	23.85
2017	434	15.34	2.61	15.22	2.74	21.94
2018	434	15.29	2.58	15.15	5.37	22.33
2019	434	15.32	2.49	15.19	9.07	22.18
2020	434	15.22	2.55	15.09	4.55	22.52
2021	434	14.96	2.58	14.87	1.87	21.96
2022	434	14.74	2.48	14.68	2.51	22.34
2023	434	14.81	2.49	14.84	2.74	23.78
Total	4774	15.31	2.63	15.17	0.00	26.82
調整済み軽度認定率 (%)						
2013年	434	9.32	1.86	9.10	3.77	17.29
2014	434	9.59	1.98	9.39	0.00	17.50
2015	434	9.60	1.92	9.46	0.00	17.45
2016	434	9.46	1.90	9.40	0.00	16.55
2017	434	9.34	1.85	9.22	1.37	15.48
2018	434	9.38	1.87	9.32	0.00	15.45
2019	434	9.44	1.77	9.33	4.24	15.29
2020	434	9.41	1.81	9.40	0.00	16.06
2021	434	9.26	1.78	9.22	0.44	14.85
2022	434	9.14	1.75	9.10	0.00	14.82
2023	434	9.26	1.81	9.23	0.00	15.69
Total	4774	9.38	1.85	9.28	0.00	17.50
調整済み重度認定率 (%)						
2013年	434	6.30	1.31	6.20	3.16	15.05
2014	434	6.27	1.40	6.25	0.00	10.68
2015	434	6.15	1.37	6.10	0.00	10.35
2016	434	6.07	1.34	5.99	1.02	11.26
2017	434	6.00	1.38	5.88	1.37	14.45
2018	434	5.92	1.32	5.79	3.27	12.20
2019	434	5.88	1.32	5.79	3.29	11.53
2020	434	5.81	1.29	5.77	1.46	10.04
2021	434	5.70	1.29	5.62	1.42	10.71
2022	434	5.60	1.22	5.52	1.51	9.89
2023	434	5.55	1.22	5.48	2.03	10.49
Total	4774	5.93	1.34	5.85	0.00	15.05

※合計調整済み認定率は要支援1から要介護5まで7段階から構成される。

※調整済み軽度認定率は要支援1から要介護2まで4段階から構成される。

※調整済み重度認定率は要介護3から要介護5まで3段階から構成される。

表 4-1-3 調整済み新規認定時の認定者割合（要介護度別）の記述統計量（軽度）

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（軽度）						
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要支援1）（％）						
2013年	423	19.01	7.58	19.05	1.52	45.67
2014	423	19.55	7.67	19.41	1.25	41.03
2015	422	20.01	7.89	19.65	2.63	40.72
2016	417	19.62	7.79	19.08	3.23	42.59
2017	414	19.24	7.95	18.80	2.04	46.05
2018	421	19.96	8.10	19.44	1.43	66.67
2019	422	19.54	7.46	19.23	1.87	40.31
2020	422	19.43	8.40	18.66	1.47	100.00
2021	427	19.67	7.73	19.47	1.85	50.00
2022	423	20.11	7.56	20.39	0.91	43.43
Total	4214	19.61	7.81	19.36	0.91	100.00
調整済み新規の認定者割合（要支援2）（％）						
2013年	425	15.86	4.43	15.64	2.38	50.00
2014	425	15.89	4.40	15.59	2.27	41.67
2015	424	15.79	4.49	15.53	2.78	33.33
2016	422	15.40	4.71	15.08	1.75	40.00
2017	416	15.66	4.67	15.43	2.26	33.33
2018	421	15.57	4.90	15.48	0.71	50.00
2019	428	15.71	4.61	15.20	1.67	43.48
2020	426	15.41	5.02	14.78	3.70	57.14
2021	427	15.43	5.30	15.03	3.77	50.00
2022	424	15.88	4.61	15.18	4.35	40.00
Total	4238	15.66	4.72	15.33	0.71	57.14
調整済み新規の認定者割合（要介護1）（％）						
2013年	427	25.62	5.29	25.16	13.57	50.00
2014	427	26.00	5.56	25.58	10.00	57.89
2015	426	25.89	5.28	25.60	12.50	55.17
2016	424	26.01	5.54	25.69	7.55	51.85
2017	421	26.45	5.54	26.09	5.88	55.56
2018	427	26.56	6.26	26.49	8.96	66.67
2019	430	26.80	6.26	26.58	8.89	60.00
2020	430	26.44	5.26	26.42	6.25	50.00
2021	430	26.67	6.34	26.33	4.17	63.64
2022	429	26.03	5.75	26.20	8.33	58.33
Total	4271	26.25	5.73	26.00	4.17	66.67
調整済み新規の認定者割合（要介護2）（％）						
2013年	427	16.04	6.39	15.21	3.15	100.00
2014	426	15.01	4.43	14.39	3.91	37.78
2015	427	15.08	5.51	14.16	4.59	66.67
2016	422	15.37	5.97	14.17	2.99	71.43
2017	421	15.47	6.44	14.29	4.65	100.00
2018	421	15.44	5.32	14.29	5.13	40.43
2019	428	15.30	5.43	14.05	6.52	58.82
2020	428	15.44	5.47	14.29	5.26	53.33
2021	428	15.23	5.09	14.32	4.55	50.00
2022	428	14.80	5.05	13.79	5.56	60.00
Total	4256	15.32	5.54	14.29	2.99	100.00

表 4-1-4 調整済み新規認定時の認定者割合（要介護度別）の記述統計量（重度）

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（重度）						
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要介護3）（％）						
2013年	424	9.53	3.19	9.07	0.79	25.81
2014	422	9.40	3.44	8.84	1.54	33.33
2015	426	9.39	4.08	8.63	2.00	50.00
2016	419	9.44	3.53	8.74	2.86	27.78
2017	418	9.38	3.56	8.59	2.33	33.33
2018	419	9.02	3.52	8.25	1.43	32.14
2019	425	8.95	3.41	8.33	2.44	33.33
2020	425	9.44	3.72	8.70	2.70	37.50
2021	428	9.01	3.81	8.36	2.38	50.00
2022	423	9.03	3.82	8.35	1.64	40.00
Total	4229	9.26	3.62	8.57	0.79	50.00
調整済み新規の認定者割合（要介護4）（％）						
2013年	419	8.98	2.69	8.67	1.23	25.00
2014	422	8.97	2.73	8.55	2.13	22.86
2015	421	9.00	5.17	8.62	1.56	100.00
2016	417	9.02	3.42	8.62	1.41	50.00
2017	416	9.00	2.87	8.45	2.86	23.08
2018	419	8.66	2.63	8.47	1.49	33.33
2019	426	8.66	2.50	8.27	1.92	20.00
2020	422	9.31	3.40	8.91	1.27	37.50
2021	423	9.15	3.03	8.83	1.92	33.33
2022	425	9.09	2.87	8.61	2.00	25.00
Total	4210	8.99	3.22	8.58	1.23	100.00
調整済み新規の認定者割合（要介護5）（％）						
2013年	418	6.05	2.07	5.75	1.23	16.39
2014	416	6.07	2.45	5.81	0.38	33.33
2015	418	5.99	2.26	5.84	0.97	20.00
2016	416	6.22	2.62	5.80	0.81	28.57
2017	406	5.93	2.07	5.68	1.30	16.67
2018	414	6.02	2.34	5.66	1.39	22.22
2019	417	6.16	5.26	5.60	0.85	100.00
2020	415	6.07	2.20	5.80	1.72	20.00
2021	421	5.93	2.15	5.63	0.93	16.67
2022	419	6.14	2.16	5.88	1.27	25.00
Total	4160	6.06	2.72	5.74	0.38	100.00

表 4-1-5 調整済み新規認定時の平均要介護度の記述統計量

表 新規認定時の調整済み平均要介護度の記述統計量							
		分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定の調整済み平均要介護度							
	2013年	429	1.630	0.230	1.610	0.534	2.420
	2014	428	1.611	0.224	1.589	0.844	2.539
	2015	429	1.608	0.250	1.577	0.782	4.000
	2016	425	1.624	0.246	1.615	0.926	2.953
	2017	422	1.614	0.229	1.584	0.950	2.783
	2018	427	1.595	0.239	1.561	0.534	2.737
	2019	431	1.598	0.287	1.556	0.800	5.000
	2020	432	1.624	0.258	1.599	0.375	3.028
	2021	432	1.605	0.230	1.572	0.569	2.726
	2022	430	1.611	0.241	1.572	0.887	3.053
	Total	4285	1.612	0.244	1.586	0.375	5.000

※単位は任意の単位であり、要介護度を意味しない。

表 4-1-6 新規認定時の平均年齢の記述統計量

表 新規認定時の平均年齢の記述統計量							
		分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定時の平均年齢（歳）							
	2013年	429	81.49	1.58	81.46	77.87	86.00
	2014	428	81.47	1.64	81.42	76.33	88.50
	2015	429	81.51	1.67	81.34	77.75	91.00
	2016	425	81.60	1.66	81.36	76.08	87.25
	2017	422	81.75	1.87	81.57	78.41	98.00
	2018	427	81.74	1.70	81.48	78.57	87.82
	2019	431	82.15	1.60	81.90	78.98	89.00
	2020	432	82.09	1.66	81.83	75.33	92.40
	2021	432	82.27	1.70	81.88	79.36	92.50
	2022	430	82.35	1.44	82.01	79.61	88.67
	Total	4285	81.84	1.68	81.67	75.33	98.00

表 4-1-7 新規認定時の認定者割合（年齢階級別）の記述統計量（65-79歳）

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量（65-79歳）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合（65-69歳）（%）						
2013年	415	6.98	2.75	6.97	0.96	25.00
2014	414	7.23	2.57	7.28	0.91	21.62
2015	416	7.66	2.76	7.70	0.83	33.33
2016	408	7.97	2.57	8.07	1.43	23.08
2017	406	7.68	2.30	7.75	1.30	15.79
2018	408	7.38	2.47	7.45	1.25	25.00
2019	414	6.27	1.86	6.38	1.09	16.67
2020	412	6.04	2.02	6.10	0.71	22.22
2021	412	5.62	1.83	5.63	0.83	13.27
2022	411	5.27	1.71	5.30	1.10	20.00
Total	4116	6.81	2.48	6.64	0.71	33.33
新規の認定者割合（70-74歳）（%）						
2013年	418	11.25	3.90	10.87	1.09	21.88
2014	420	11.39	3.98	11.29	2.13	33.33
2015	417	11.28	3.72	11.36	1.54	25.00
2016	417	10.77	3.62	10.62	1.89	25.00
2017	406	10.62	3.42	10.98	2.04	19.75
2018	414	10.82	3.41	11.04	2.44	33.33
2019	422	10.26	3.06	10.69	1.46	22.22
2020	424	11.58	4.55	11.86	2.27	66.67
2021	425	11.95	3.28	12.51	1.92	33.33
2022	423	11.45	3.05	11.68	2.78	25.00
Total	4186	11.14	3.66	11.32	1.09	66.67
新規の認定者割合（75-79歳）（%）						
2013年	427	18.73	4.44	18.92	3.23	29.17
2014	426	18.57	4.93	18.67	2.50	66.67
2015	422	18.17	4.51	18.34	3.45	30.34
2016	419	17.83	4.68	18.02	4.08	42.86
2017	418	18.03	4.68	18.02	4.00	40.00
2018	420	18.28	4.75	18.44	4.55	36.36
2019	425	18.35	4.72	18.65	4.65	30.36
2020	423	18.03	4.37	18.55	4.84	28.17
2021	425	16.95	4.38	17.45	2.22	28.85
2022	424	16.84	4.08	17.60	2.63	26.40
Total	4229	17.98	4.59	18.32	2.22	66.67

表 4-1-8 新規認定時の認定者割合（年齢階級別）の記述統計量（80 歳以上）

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量（80歳以上）							
		分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合（80-84歳）（%）							
	2013年	428	27.25	4.02	27.05	14.29	50.00
	2014	427	26.90	4.07	26.96	9.52	58.33
	2015	426	26.56	4.40	26.62	9.68	55.00
	2016	424	26.52	3.94	26.46	13.89	50.00
	2017	421	25.94	4.12	26.30	6.06	50.00
	2018	425	25.84	4.29	26.39	6.67	50.00
	2019	429	25.11	4.00	25.57	10.00	50.00
	2020	430	24.90	4.26	25.38	8.00	42.86
	2021	429	25.20	4.39	25.56	5.00	50.00
	2022	427	25.58	4.29	25.79	9.09	42.00
	Total	4266	25.98	4.25	26.25	5.00	58.33
新規の認定者割合（85-89歳）（%）							
	2013年	428	23.94	5.96	23.58	6.45	50.00
	2014	425	23.92	5.93	23.53	9.09	61.90
	2015	429	24.60	7.84	23.82	12.15	100.00
	2016	422	24.37	6.11	23.67	8.51	55.56
	2017	420	24.13	5.44	23.58	13.04	50.00
	2018	427	24.30	5.81	23.54	11.11	66.67
	2019	431	25.02	6.18	24.04	11.76	100.00
	2020	431	24.63	5.47	23.89	6.25	66.67
	2021	430	24.72	4.99	24.14	5.56	50.00
	2022	428	25.19	4.88	24.44	9.52	50.00
	Total	4271	24.48	5.92	23.91	5.56	100.00
新規の認定者割合（90歳以上）（%）							
	2013年	429	12.56	5.13	11.44	4.17	50.00
	2014	427	12.78	5.95	11.63	2.33	66.67
	2015	425	12.88	5.39	12.16	1.61	50.00
	2016	423	13.61	5.76	12.50	5.13	50.00
	2017	421	14.67	7.86	13.15	3.32	100.00
	2018	425	14.53	6.60	13.04	4.12	45.45
	2019	429	15.90	7.04	14.47	4.51	52.94
	2020	429	15.96	7.63	14.42	5.21	80.00
	2021	432	16.59	8.17	14.62	4.76	66.67
	2022	429	16.66	7.30	14.99	3.23	60.00
	Total	4269	14.62	6.93	13.17	1.61	100.00

4. 小括

本稿では、関東信越地方における要支援・要介護認定率および関連指標の推移を分析した。その結果、以下のような傾向が明らかとなった。

まず、要支援・要介護認定率全体の推移をみると、合計調整済み認定率は2013年の15.62%から2023年の14.81%へと0.81%ポイント低下した。全国の要介護認定率は2015年に17.9%でピークに達した後、緩やかな減少をたどり、2023年には16.3%となり1.6%ポイントの低下が確認される（厚生労働省 2025）。関東信越地方においても同様の傾向が観察され、2013年以降、2014年に15.86%でピークを迎えた後、減少に転じた。観察期間内で最低となった2022年の14.74%と比較すると、低下幅は1.12%ポイントである。全国の動向と方向性は一致するものの、関東信越地方における低下の度合いはやや緩やかである。また、この減少傾向は、軽度認定率および重度認定率の双方において観察され、とりわけ重度認定率は2013年の6.30%（観察期間内で最高値）から2023年の5.55%（観察期間内で最低値）へと0.75%ポイントの顕著な低下を示した。

次に、新規認定時の認定者割合を要介護度別に検討したところ、軽度の区分においては要支援1（1.10%ポイント増）および要介護1（0.41%ポイント増）の増加が認められた一方で、要介護2は1.24%ポイントの減少を示した。重度の区分に関しては、要介護3が0.51%ポイントの減少を示したものの、要介護4および要介護5はそれぞれ0.12%ポイント、0.10%ポイントの増加を示しており、軽度認定割合の増加に比して変動幅は小さいものの、一定の増加傾向がみられた。

また、新規認定時の平均要介護度は、2013年の1.630から2022年の1.611へとわずかに低下した。このことは、新規認定時の認定者の要介護度がやや軽度化していることを示唆する。一方で、新規認定時の平均年齢は2013年の81.49歳から2022年の82.35歳へと0.86歳上昇しており、要支援・要介護認定を受ける年齢が従前よりも引き上げられている可能性が示唆された。

さらに、新規認定時の認定者割合を年齢階級別にみると、65歳から69歳、75歳から79歳、80歳から84歳の年齢階級において認定者割合の低下が認められた一方で、85歳から89歳、90歳以上の年齢階級においては認定者割合の上昇が確認された。特に90歳以上の年齢階級における認定者割合は、2013年の12.56%から2022年の16.66%へと4.10%ポイントの顕著な上昇を示しており、超高齢期における認定割合の増加が明らかとなった。

以上の結果から、要支援・要介護認定率全体としては低下傾向がみられるものの、軽度認定割合の増加、認定を受ける年齢の高齢化、および超高齢者層における認定割合の上昇といった特徴的な変化が認められた。これらの変化の背景には、高齢者の健康に対する意識の高まり、社会参加や近隣の社会的交流の増加、健康状態の向上、認知症総合支援や介護予防施策を含む総合事業と通じた環境整備と活動の進展、および人口動態の変化などが影響している可能性がある。今後の元気高齢者や虚弱な高齢者の疾病予防、認知症予防、介護予防に関する政策や施策のあり方を考察する上で、これらの傾向を踏まえたさらなる分析が求め

られる。

参考資料

- 厚生労働省老健局. 「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, 91-94.

第2節 関東信越地方の市町村レベルについての社会参加と健康アウトカムの相関分析

埼玉県立大学地域連携センター 吉田俊之

埼玉県立大学保健医療福祉学部 山崎弘嗣

1. 背景と目的

1) 高齢者の社会参加と健康

高齢者の社会参加や社会との交流が健康アウトカムの向上に寄与することは、多くの先行研究において一貫して指摘されている。例えば、社会活動や社会交流は全死亡率のリスク低下や心血管疾患のリスク低下と密接に関連している (Glass et al. 1999; Väänänen et al. 2009; Aida et al. 2011; Holt-Lunstad, Smith, and Layton 2010)。虚弱な高齢者においても、社会参加は障害や死亡リスクの低下と関連することが報告されている (Abe et al. 2023)。さらに、ボランティア活動はメンタルヘルスの低下を抑制し (Hao 2008)、心理的健康の維持に寄与する。就労は高齢期の基本的な日常生活動作 (ADL) の低下を抑制する可能性があり (Fujiwara 2015)、社会とのボランティアな関わりは主観的幸福感を高める (Lawton 2020)。女性高齢者の社会参加は認知機能低下を予防する可能性も示唆されている (Tomioka et al. 2018)。高齢者ケア政策の政策企画の観点から重要な指標の要介護認定率にも社会参加が影響する可能性も示唆されている。サロン開設から5年間の観察期間において、サロンに頻繁に参加した人はそうでない人と比べて要介護認定を受けるリスクが半減する可能性が示された (Hikichi et al. 2015)。

2) 地域レベルでの社会参加と健康

社会参加の地域的な広がりや個人の健康を超えて地域全体の健康水準にどのように寄与するかを明確にすることが求められる。地域レベルの社会参加と健康状態の研究は、個人を対象とした研究と比較して依然として限定的であるが (Haldane et al. 2019)、着実に増加している。日本国内でいえば、住民主体の通いの場の重点推進が地域間の健康格差の是正に寄与する可能性を示唆した研究 (辻ら 2022)、社会参加の高い市町村が幸福度の高いことを示唆した研究がある (Ide et al. 2022)。このような知見は、個人の社会参加が単に本人の健康に寄与するだけでなく、社会全体に広がる効果を持つ可能性を示唆している。また、地域データの分析は、高齢者ケア政策の意思決定において重要な貢献を果たす可能性がある。特に、地域包括ケア見える化システムのデータベースに登録された公的データの活用により、データに基づく適切かつ効果的な政策評価が期待される。

3) 目的

本研究は、地域包括ケア見える化システムを活用し、関東信越地方の市町村単位のデータを用いて、高齢者の社会参加と健康アウトカムの関連を試行的に検証することを目的とする。これにより、政策立案者と施策計画者がエビデンスに基づいた政策設計を行い、地域社会における介護予防施策の効果的な推進に寄与することが期待される。

2. 分析の枠組み

本研究では、市町村を単位とした高齢者の社会参加の水準が、市町村における高齢者の健康アウトカムの水準とどのような関係を有するかを明らかにすることを目的とする。この関係を把握する統計手法には相関分析を用いる。その理由として、地域包括ケア見える化システムには 2 つの変数を組み合わせて分布をグラフ化する機能があり、これにより政策企画者や施策計画者は視覚的に変数間の関係を直感的に捉えることができるためである。ただし、変数間の関連性を定量的に把握するための相関係数を算出する機能は備わっていない。相関分析を用いることで、視覚的に得られた関係性を統計的に裏付け、より客観的な判断材料を提供することとする。

1) 高齢者割合における高齢者の属性の定義

高齢者属性の違いは社会参加と健康状態の関連の結果の解釈に影響するため、高齢者の状態の範囲をあらかじめ明確にする。本研究では、介護が日常的に必要な状態に達する以前の健康状態にある高齢者を対象とする。具体的には、日本の公的介護保険制度の要介護認定システムにて要支援 1 もしくは要支援 2 の認定をうけた高齢者、予防給付は必要としない程度の虚弱な高齢者、そして元気高齢者である。いずれの属性の高齢者も地域在住である。より多くの介護時間を要すると判定される要介護 1 から要介護 5 の認定者は含まれない。

本研究では市町村における高齢者割合を指標として用いるが、その指標が示すデータに含まれる情報は、元気な状態もしくは虚弱な高齢者の集団を捉えている。

2) 健康アウトカム指標の設定

市町村単位での高齢者の健康状態を把握するため、以下の 3 つの指標を採用する。これらは、健康アウトカムを評価するために有用であり、地域ごとの差異や社会参加の影響をより深く探るために適していると考えられる。

(1) 主観的健康感の高い高齢者割合

主観的健康感とは、高齢者が自らの健康状態をどのように認識しているかを示す指標であり、身体的な健康状態に対する自己評価が反映される。多くの研究において、主観的健康感が健康の予測因子として重要視されており、生活満足度や心理的健康、さらには死亡リスクとも関連があることが示されている (Idler & Benyamini, 1997)。また、日本国内の地域在住高齢者の認知症を伴う要介護認定のリスク因子の一つとして主観的健康感のよくなさが含まれる (竹田, 近藤, 平井 2010)。

(2) 生活支援・介助を必要とする高齢者割合

生活支援・介助を必要とする高齢者の割合は、他者の手助けを得て日常生活を送る高齢者

の割合を示し、身体的な健康や生活機能の低下を反映する指標といえる。

生活支援・介助を必要とする高齢者割合の根拠データは地域包括見える化システムに登録のある指標「介護を必要とする高齢者割合」に基づく。この指標はさらに、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」のデータに基づく。この調査の対象は、前述のとおり、要介護状態に満たない、元気な状態もしくは虚弱な高齢者である。そのため、この指標名が示す「介護」の内容は、食事介助・排泄・入浴介助の三大介護というよりも、むしろ、日常における生活支援や生活動作の軽度の介助の実態を反映しているものと考えられる。そこで、代理指標として「介護を必要とする高齢者割合」のデータを用いるが、指標名は「生活支援・介助を必要とする高齢者割合」とする。

（３）IADL が低い高齢者割合

IADL (Instrumental Activities of Daily Living、手段的日常生活動作) は、日常生活を自立して営むために必要な能力を測る指標であり、買い物、料理、家計管理、電話の使用などが含まれる。IADL の低下は高齢者の自立生活能力に重要な影響を与える。IADL の維持・低下は社会参加との関連が報告されている (小林、野村、小林 2020)。

３）社会参加を捉える指標の設定

社会参加は高齢者の身体やメンタルヘルスの健康状態の維持や改善に寄与する要因として、これまで多くの研究で取り上げられてきたが、社会参加の概念は幅広く捉えられている (Levasseur et al., 2022)。例えば、公式・非公式を問わずボランティア活動や趣味サークルへの参加といった組織的活動への参加、家族やコミュニティなど他者との対人交流に焦点を当てた社会的交流の概念、就労への従事といった多様な側面から捉えられている (e. g., Hanson and Östergren, 1987; Fraser et al., 2020)。また、人々やコミュニティとの社会的かつ感情的な繋がり (Park, 2009) を扱うソーシャルエンゲージメントの考え方も社会参加の概念に包含されることもある。我が国における地域包括ケア政策の文脈から社会参加が語られる場合は、高齢者のボランティア活動や趣味グループへの参加に加え、地域社会との交流や対人交流といった意味も含んでいると考えられる。そこで、本研究では、社会参加の定義を幅広く捉え、組織的活動への参加を含む以下の 3 つの側面から捉えることとする。

<本研究における社会参加を捉える視点>

- （１）組織的活動への参加
- （２）社会的交流の状況
- （３）地域社会へのアクセス状況

これらの知見を踏まえ、本研究では、市町村単位での社会参加の水準を把握するため、以

下の4つの指標を採用する。

（1）趣味活動への参加頻度

組織的活動の具体的な種類には、趣味活動、ボランティア活動、地域イベントへの参加、クラブやサークルへの参加、スポーツへの参加などを挙げることができる（Kuiper et al. 2016; Levasseur et al. 2022; Hoffmann et al. 2023）。本研究では社会参加としての組織的活動への参加状況を表す代理指標として、趣味活動への参加頻度を用いる。日常的に習慣化した社会参加であればその影響は安定していると仮定し、参加の頻度は週1回以上に限定した。

（2）ボランティア活動への参加頻度

趣味活動への参加頻度と同様に、組織的活動への参加状況の代理指標として、ボランティア活動への参加頻度を用いる。参加の頻度は週1回以上に限定した。

（3）食事を共にする機会の頻度

高齢者が誰かと食事を共にする共食と健康には関連があると知られており、抑うつ（Tani et al. 2015）や死亡リスクに影響する。特に、孤食がうつ病の発生と関連する報告は、高齢者の独居世帯の増加が見込まれる市町村にとって重大な問題提起であるため、高齢者の食事を共にする機会の頻度を変数として用いる。

（4）外出頻度の変化

社会的交流の状況を測る代理指標として、外出頻度の変化を用いる。外出頻度の変化は、間接的に社会参加の状況を捉えやすい。また、外出頻度の変化は、個人の外出する身体的な能力や動機の影響を受けるほか、公共交通機関の利用のしやすさや地理的条件、道路環境の影響も受けやすい。外出頻度の変化と健康アウトカムの水準の関連を確認することは、高齢者の外出機会を減じる可能性のある地域課題を検討する上で有用と考えられる。

4）検証する仮説

市町村単位の社会参加の水準と健康アウトカムの水準の関連を検証するため、先行研究の成果を踏まえ、次の対立仮説を設定する。

（1）主観的健康感の高い高齢者割合との関係

- ボランティア活動の参加が週1回以上の高齢者割合との関係には、正の相関が存在する。
- 趣味活動の参加が週1回以上の高齢者割合との関係には、正の相関が存在する。
- 食事を共にする機会の少ない高齢者割合には、負の相関が存在する。
- 外出頻度が減少している高齢者割合との関係には、負の相関が存在する。

(2) 生活支援・介助を必要とする高齢者割合との関係

- ボランティア活動の参加が週 1 回以上の高齢者割合との関係には、負の相関が存在する。
- 趣味活動の参加が週 1 回以上の高齢者割合との関係には、負の相関が存在する。
- 食事を共にする機会の少ない高齢者割合には、正の相関が存在する。
- 外出頻度が減少している高齢者割合との関係には、正の相関が存在する。

(3) IADL が低い高齢者割合との関係

- ボランティア活動の参加が週 1 回以上の高齢者割合との関係には、負の相関が存在する。
- 趣味活動の参加が週 1 回以上の高齢者割合との関係には、負の相関が存在する。
- 食事を共にする機会の少ない高齢者割合には、正の相関が存在する。
- 外出頻度が減少している高齢者割合との関係には、正の相関が存在する。

3. 対象と方法

1) 対象

本研究の母集団は、関東信越厚生局の管轄する 1 都 9 県（茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県）の 450 市町村とする。ただし、大里広域市町村圏組合、北アルプス広域連合、木曽広域連合および諏訪広域連合の各広域連合等に属する 20 市町村については、市町村単位のデータが取得できないという制約があるため、分析対象から除外した。さらに、地域包括ケア見える化システムからデータを取得した時点で、分析に必要なデータに欠測が認められた市町村についても対象外とした。

その結果、最終的な分析対象は 137 市町村となり、カバー率は 30.4%である。

2) データベース

データベースとして「地域包括ケア見える化システム」を用いる。すべてのデータは、このデータベースより取得した。今回用いる指標の元となるデータは、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」（以下、ニーズ調査）の結果に基づいている。この調査は、保険者が日常生活圏域ごとに地域の抱える課題の特定に資することなどを目的として実施する。この調査の対象は 65 歳以上の地域在住高齢者の男女であり、一般高齢者、介護予防・日常生活支援総合事業対象者（以下、事業対象者）、要支援者が含まれる。本研究で扱う対象はこの対象属性の全てを含む集団を対象にした。

分析の基準時点は 2022 年度とした。

3) 変数

分析に用いる変数は次のとおり。いずれの変数も地域包括ケア見える化システムから取得できる指標を採用している。

(1) 健康アウトカムの変数

主観的健康感の高い高齢者割合、生活支援・介助を必要とする高齢者割合、そして IADL が低い高齢者割合の 3 変数を用いる。いずれも連続変数と定義する。

①主観的健康感の高い高齢者割合（表 4-2-1）

ニーズ調査を実施した地域について推計された「主観的健康感の高い高齢者」を、当該地域内の「要支援 2 以下の高齢者数」で除したものを意味する。「主観的健康感が高い」の定義は、当該調査項目の選択肢のうち「とてもよい」と「まあよい」の合計である。要支援 2 以下の高齢者数は、調査データ登録時に入力された調査設計情報から取得されている。

尚、本論中では、具体的な指標名を除き、主観的に評価した健康状態を「健康感」の表記に統一している。

②生活支援・介助が必要な高齢者割合

生活支援・介助が必要な高齢者割合を捉える代理指標として、指標「介護が必要な高齢者」を用いる。ニーズ調査を実施した地域について推計された「介護が必要な高齢者」を、当該地域内の「要支援 2 以下の高齢者数」で除したものを意味する。要支援 2 以下の高齢者数は、調査データ登録時に入力された調査設計情報から取得されている。

③IADL が低い高齢者割合

ニーズ調査を実施した地域について推計された「IADL が低い高齢者」を、当該地域内の「要支援 2 以下の高齢者数」で除したものを意味する。IADL とは手段的日常生活動作 (instrumental activity of daily living) の略で、買い物、調整、洗濯、電話、薬の管理、財産管理、乗り物等の日常生活上の複雑な動作がどの程度可能かを示す指標となる。

「IADL が低い」の定義は、乗り物、買い物、食事の準備、請求書の支払い、預貯金の出し入れの 5 設問について、選択肢「できるし、している」もしくは「できるけどしてない」を選択した場合を 1 点とした時、3 点以下を IADL が低いとしている。

(2) 社会参加の変数（表 4-2-2）

⑤ボランティア活動の参加が週 1 回以上の高齢者割合

ニーズ調査を実施した地域について、ボランティア活動のグループに参加している頻度のうち、週 1 回以上の回答割合を意味する。根拠となる設問の選択肢には、「参加していない」が含まれる。

「週 1 回以上」の定義は、選択肢「週 4 回以上」、「週 2～3 回、」そして、「週 1 回」の回答割合の合計である。

④趣味活動の参加が週 1 回以上の高齢者割合

ニーズ調査を実施した地域について、趣味活動のグループに参加している頻度のうち、週 1 回以上の回答割合を意味する。根拠となる設問の選択肢には、「参加していない」が含まれる。

「週 1 回以上」の定義は、週 4 回以上、週 2～3 回、そして、週 1 回の合計である。

(3) 社会的接触や共食の状況を表す変数

⑥外出頻度が減少している高齢者割合

ニーズ調査を実施した地域について、調査回答時点からみて昨年と比べた外出の減少の程度に関して、減少している回答割合を意味する。

「減少している」の定義は、選択肢「とても減っている」と「減っている」の回答割合の合計とした。

⑦誰かと食事する機会が「年に数回未満」の高齢者割合

ニーズ調査を実施した地域について、どなたかと食事を共にする頻度のうち、年に数回未満の回答割合を意味する。

「年に数回未満」の定義は、「年に何度かある」と「ほとんどない」の回答割合の合計とした。

(4) 地域情報 (表 4-2-3)

⑧家計を苦しいと感じる高齢者割合

ニーズ調査を実施した地域について、現在の暮らしの状況を経済的にみて苦しいと感じる回答割合を意味する。

「苦しい」の定義は、「大変苦しい」と「やや苦しい」の回答割合の合計とした。

⑨一人暮らしの高齢者割合

ニーズ調査を実施した地域について、家族構成が一人暮らしの回答割合を意味する。

⑩高齢者数

65 歳以上の人口を意味する。集計方法は年次に基づく。地域包括ケア見える化システムの指標「高齢者の年齢構成 (5 歳階級別)」に基づく。その根拠となるデータベース

は、総務省「国勢調査」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」である。

4) 統計解析

分析手法の選択に際して、データの特性を考慮する。各種はパーセンテージであり、その分布は正規性を満たさない可能性があるため、正規性を仮定せず、また、当分散も仮定しない非パラメトリック手法を用いる。また、分析する変数同士は線形関係にあると仮定する。変数間の相関の大きさを観察するには Spearman の順位相関係数を用いた。有意水準は 0.05 とする。検定は全て解析ソフト Stata18.5 にて実施した。

表 4-2-1 健康アウトカムを測る指標名、調査項目／選択肢

①	指標名	主観的健康感の高い高齢者割合
	調査項目／選択肢	・調査項目 現在のあなたの健康状態はいかがですか。 ・選択肢 1. とてもよい 2. まあよい 3. あまりよくない 4. よくない ・「高い」の定義 「とてもよい」もしくは「まあよい」の合計
②	指標名	介護を必要とする高齢者割合
	調査項目／選択肢	・調査項目 あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか。 ・選択肢 1. 介護・介助は必要ない 2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない 3. 現在、何らかの介護を受けている（介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む） ・「介護を必要とする」の定義 「現在、何らかの介護を受けている」を選択
③	指標名	IADL が低い高齢者割合
	調査項目／選択肢	・調査項目（対象となる5設問） バスや電車を使って一人で外出していますか（自家用車でも可）。 自分で食品・日用品の買い物をしていますか。 自分で食事の用意をしていますか。 自分で請求書の支払いをしていますか。 自分で預貯金のおし入れをしていますか。 ・選択肢（いずれも共通） 1. できるし、している 2. できるだけしていない 3. できない ・「IADL が低い」の定義 各設問について「できるし、している」もしくは「できるだけしていない」を選択した場合を1点とし、計3点以下に該当した場合

表 4-2-2 社会参加や社会的接触等を測る指標名、調査項目／選択肢

④	指標名	趣味活動の参加が週1回以上の高齢者割合
	調査項目／選択肢	・調査項目 以下のような会・グループ等にどれくらいの頻度で参加していますか（③趣味関係のグループ）。 ・選択肢 1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1回～3回 5. 年に数回 6. 参加していない ・「週1回以上」の定義 「週4回以上」、「週2～3回」及び「週1回」の割合の合計
⑤	指標名	ボランティア活動の参加が週1回以上の高齢者割合
	調査項目／選択肢	・調査項目 以下のような会・グループ等にどれくらいの頻度で参加していますか（①趣味関係のグループ）。 ・選択肢 1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回

		4. 月1回～3回 5. 年に数回 6. 参加していない ・「週1回以上」の定義 「週4回以上」、「週2～3回」及び「週1回」の割合の合計
⑥	指標名	外出頻度が減少している高齢者割合
	調査項目／選択肢	・調査項目 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。 ・選択肢 1. とても減っている 2. 減っている 3. あまり減っていない 4. 減っていない ・「減っている」の定義 「とても減っている」もしくは「減っている」の割合の合計
⑦	指標名	誰かとの食事機会が「年に数回未満」の高齢者割合
	調査項目／選択肢	・調査項目 どなたかと食事をともにする機会がありますか。 ・選択肢 1. 毎日ある 2. 週に何度かある 3. 月に何度かある 4. 年に何度かある 5. ほとんどない 6. 未選択 ・「年に数回未満」の定義 「年に何度かある」もしくは「ほとんどない」を選択した割合の合計

表 4-2-3 地域情報に関する指標名、調査項目／選択肢

⑧	指標名	家計を苦しいと感じる高齢者割合
	調査項目／選択肢	・調査項目 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか。 ・選択肢 1. 大変苦しい 2. やや苦しい 3. ふつう 4. ややゆとりがある 5. 大変ゆとりがある ・「苦しい」の定義 「大変苦しい」と「やや苦しい」の割合の合計割合
⑨	指標名	一人暮らしの高齢者割合
	調査項目／選択肢	・調査項目 家族構成を教えてください。 ・選択肢 1. 一人暮らし 2. 夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上） 3. 夫婦2人暮らし（配偶者65歳未満） 4. 息子・娘と2世帯 5. その他 ・「一人暮らし」の定義 「一人暮らし」の割合
⑩	指標名	高齢者数
	調査項目／選択肢	・調査項目 地域包括ケア見える化システムの指標「高齢者の年齢構成（5歳階級別）」に基づく。 総務省「国勢調査」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を出典根拠とする。 ・集計方法 年次

4. 結果

1) 記述統計量

健康アウトカムについて、主観的健康感の高い高齢者割合の関東信越地方の市町村平均値は 77.34 点、中央値は 78.92% であった (表 4-2-4)。生活支援・介助を必要とする高齢者割合の平均値は 7.65%、中央値は 7.10% であった。IADL が低い高齢者割合の平均値は 6.56%、中央値は 5.13% であった。

社会参加について、ボランティア活動の参加が週 1 回以上の高齢者割合の平均値は 3.55%、中央値は 2.94% であった。趣味活動の参加が週 1 回以上の高齢者割合の平均値は 8.85%、中央値は 8.82% であった。誰かと食事する機会が「年に数回未満」の高齢者割合の平均値は 21.18%、中央値は 20.41% であった。昨年に比べ外出頻度が減少している高齢者割合の平均値は 32.16%、中央値は 31.15% であった。

2) 健康アウトカムと社会参加の相関分析の結果

関東信越地方における 137 市町村を単位とし、高齢者の社会参加と健康アウトカムとの関連を Spearman の順位相関係数を用いて分析した。その結果、いずれの相関係数も有意水準 0.05 を下回り、統計学的に有意であることが確認された (表 4-2-5)。以下では、健康アウトカムごとに結果を示す。

(1) 主観的健康感が高い高齢者割合との関連

主観的健康感が高い高齢者割合は、ボランティア活動の参加割合 ($\rho = 0.189$) および趣味活動の参加割合 ($\rho = 0.214$) と正の相関を示した。すなわち、週 1 回以上のボランティア活動や趣味活動に参加する高齢者の割合が高い市町村ほど、主観的健康感が高い高齢者の割合も高いことが示唆された。

一方で、「誰かと食事する機会が年に数回未満」の高齢者割合 ($\rho = -0.552$) および外出頻度が減少している高齢者割合 ($\rho = -0.518$) とは負の相関が認められた。

(2) 生活支援・介助を必要とする高齢者割合との関連

生活支援・介助を必要とする高齢者割合は、ボランティア活動の参加割合 ($\rho = -0.327$) および趣味活動の参加割合 ($\rho = -0.293$ 、図 4-2-1) と負の相関を示した。すなわち、日常的にボランティア活動や趣味活動へ参加する高齢者の多い市町村では、生活支援・介助を必要とする高齢者の割合が低い傾向がみられた。

一方で、誰かと食事する機会が「年に数回未満」の高齢者割合 ($\rho = 0.553$ 、図 4-2-2) および外出頻度が減少している高齢者割合 ($\rho = 0.518$) とは正の相関が認められた。

(3) IADL が低い高齢者割合との関連

IADL が低い高齢者割合は、ボランティア活動の参加割合 ($\rho = -0.347$) および趣味活動の参加割合 ($\rho = -0.468$) と負の相関を示した。特に、趣味活動の参加割合との負の相関が最も強く、高齢者の趣味活動への参加が日常生活動作能力 (IADL) の維持に寄与する可能性が示された。

一方で、「誰かと食事する機会が年に数回未満」の高齢者割合 ($\rho = 0.718$) および外出頻度が減少している高齢者割合 ($\rho = 0.443$) とは正の相関を示した。

表 4-2-4 記述統計量

表 記述統計量	単位	観測数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
健康アウトカム							
主観的健康感の高い高齢者割合	%	137	77.34	5.88	78.92	52.86	95.62
生活支援・介助を必要とする高齢者割合	%	137	7.65	2.76	7.10	3.42	16.40
IADLが低い高齢者割合	%	137	6.56	4.66	5.13	2.01	29.72
社会参加							
ボランティア活動の参加が週1回以上の高齢者割合	%	137	3.55	4.58	2.94	0.83	54.75
趣味活動の参加が週1回以上の高齢者割合	%	137	8.85	3.35	8.82	2.30	35.82
誰かと食事する機会が「年に数回未満」の高齢者割合	%	137	21.18	5.03	20.41	12.54	38.67
外出頻度が減少している高齢者割合	%	137	32.16	6.03	31.15	17.15	51.68
地域情報							
家計を苦しいと感じる高齢者割合	%	137	29.74	4.07	29.88	17.76	45.72
一人暮らしの高齢者割合	%	137	19.28	6.45	18.21	1.37	42.12
高齢者数	人	137	42090	44773	25661	428	234019

表 4-2-5 健康アウトカムと社会参加の相関係数 (ρ) 一覧

	健康アウトカム		
	主観的健康感 の高い高齢者 割合	生活支援・介 助を必要とす る高齢者割合	IADLが低い高 齢者割合
ボランティア活動の参加が週1回以上の高齢者割合	<u>0.189</u>	<u>-0.327</u>	<u>-0.347</u>
趣味活動の参加が週1回以上の高齢者割合	<u>0.214</u>	<u>-0.293</u>	<u>-0.468</u>
誰かと食事する機会が「年に数回未満」の高齢者割合	<u>-0.552</u>	<u>0.553</u>	<u>0.518</u>
外出頻度が減少している高齢者割合	<u>-0.518</u>	<u>0.718</u>	<u>0.443</u>

※係数の下線は、p値が有意水準0.05より小さいことを示している。

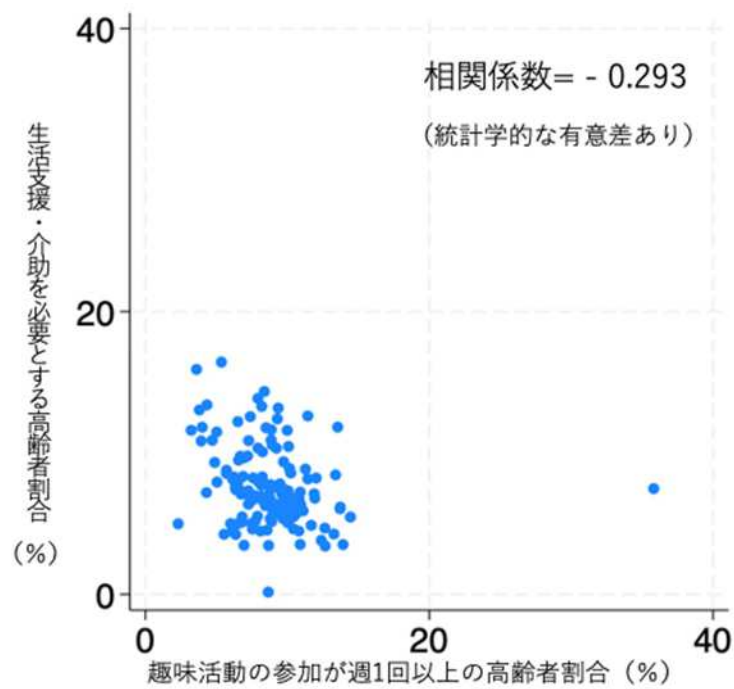


図 4-2-1 生活支援・介助を必要とする高齢者と趣味活動の参加が週1回以上の高齢者割合の分布

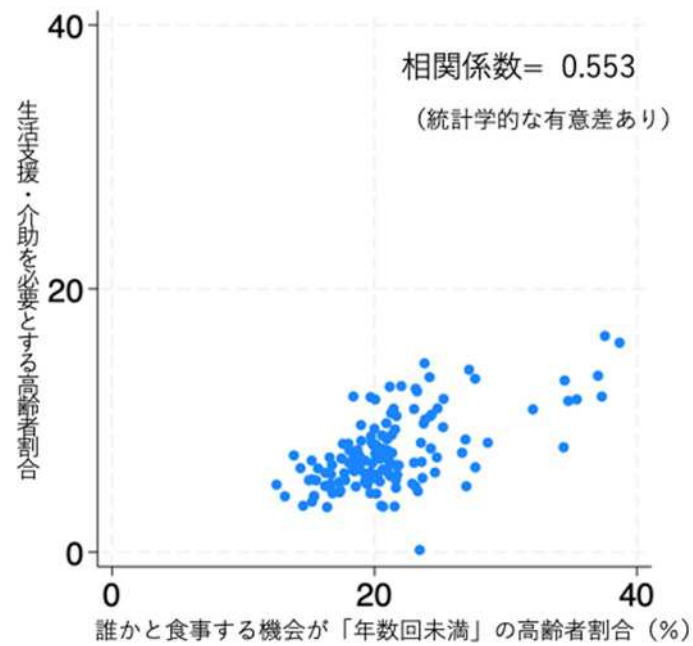


図 4-2-2 生活支援・介助を必要とする高齢者と誰かと食事をする機会が「年に数回未満」高齢者割合の分布

5. 小括

本研究では、関東信越地方の市町村単位のデータを用いて、元気高齢者を含む要介護状態に至らない虚弱な高齢者の社会参加と健康アウトカムの関連を検討した。その結果、ボランティア活動や趣味活動への参加割合が高い市町村では、主観的健康感の高い高齢者の割合が有意に高いことが明らかとなった。一方で、外出頻度の減少や食事を共にする機会が少ない高齢者の割合が高い市町村では、主観的健康感が低く、生活支援・介助を必要とする高齢者や IADL が低い高齢者の割合が高い傾向が見られた。これらの結果は、社会的交流や活動機会の充実が健康アウトカムの向上と関連することを示した個人レベルの先行研究 (e. g., Kanamori et al. 2014; Luo et al. 2020; Oshio, Sugiyama, and Ashida 2024) と概ね一致している。ただし、本研究は市町村単位での相関分析に基づいており、個々の高齢者における因果関係を特定するものではない点には留意が必要である。特に、健康状態の良好な高齢者が社会活動や地域活動に積極的に参加する可能性も考慮する必要がある、社会参加が健康アウトカムを向上させるのか、あるいは健康状態が良好であるからこそ社会参加が促進されるのかは明確ではない。さらに、今回の結果は社会参加の促進施策に重点を置いた市町村が良い結果を得たのか、それとも十分ではなかった市町村が健康アウトカムが低い結果を得たのかを直接的に評価するものではないことに留意すべきである。

とはいえ、本研究から得られた結果は、市町村レベルにおいて、社会参加の促進や社会的孤立の抑制が健康な高齢者の増加（あるいは健康状態を不良と感じる高齢者の減少）と関連しうることを示唆しており、地域単位のデータベースがもたらすエビデンスの一定の有用性を示すものである。施策計画者にとって、市町村における健康増進や介護予防の施策をより効果的に設計するための貴重な指針を提供するものとなる。本研究結果では外出が減少する高齢者割合と主観的健康感の高い高齢者割合は負の相関を示したが、外出のきっかけを増加させ高齢者の社会的交流を活発化する政策企画が考えられる。サロンや教室型の社会参加拠点を増やす方策以外にも、まちづくりの観点から高齢者の社会的交流の活発化を企画する可能性を広げてくれる。例えば、本研究が範囲とした関東信越地方の千葉県内の研究成果であるが、外出のきっかけとなり人と会う機会となる道の駅などの商業施設が自然に健康になれる環境になりうることを明らかにした成果（熊澤ら 2023）を参考できるようになる。あるいは、社会参加の水準と生活支援や介助を必要とする高齢者割合は負の相関を示した。例えば、地域住民が互いによく知り合っているコミュニティにおいて社会参加が高いという既存の研究成果 (Koga et al. 2024) を、施策計画に適用することがより容易となるであろう。このような知見を基に、地域ごとの特性に応じた政策設計が進めば、より実効性のある介護予防や健康増進の施策が実現することが期待される。

また、本研究の成果は、特定の調査研究による限定的なデータではなく、政策設計者や施策担当者が利用可能な地域包括ケア見える化システムのデータに基づき得られた。この公的データベースに登録された指標を活用し、政策介入の影響を検討する可能性を示した点も、本研究の一つの意義といえる。

以上を踏まえ、本研究は、地域包括ケア見える化システムの市町村単位のデータを用いて、社会参加と健康アウトカムの関係を考察し、地域政策の方向性を検討するための基礎的知見を提供するものである。

参考文献

- Abe, Naoki, Kei Ide, Rie Watanabe, Takuma Hayashi, Goro Iizuka, and Katsunori Kondo. 2023. "Social Participation and Incident Disability and Mortality among Frail Older Adults: A JAGES Longitudinal Study." *Journal of the American Geriatrics Society* 71 (6): 1881–1890. <https://doi.org/10.1111/jgs.18269>.
- Aida, Jun, Katsunori Kondo, Hiroshi Hirai, S. V. Subramanian, Chikako Murata, Ichiro Kawachi, and Kazue Ichida. 2011. "Assessing the Association between All-Cause Mortality and Multiple Aspects of Individual Social Capital among the Older Japanese." *BMC Public Health* 11: 499. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-499>.
- Bath, Peter A., and Dorly J. H. Deeg. 2005. "Social Engagement and Health Outcomes Among Older People: Introduction to a Special Section." *European Journal of Ageing* 2 (1): 24–30. <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0019-4>.
- Burr, Jeffrey A., Julia B. Santo, and Dolana Pushkar. 2011. "Affective Well-Being in Retirement: The Influence of Volunteerism and Physical Activity." *Journal of Gerontology: Social Sciences* 66B (6): 691–702. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr069>.
- Fujiwara, Yoshinori, Shinkai, S., Kobayashi, E., Minami, U., Suzuki, H., Yoshida, H., Ishizaki, T., Kumagai, S., Watanabe, S., Furuna, T., and Suzuki, T. 2015. "Engagement in Paid Work as a Protective Predictor of BADL Disability in Japanese Urban and Rural Community-Dwelling Elderly Residents: An 8-Year Prospective Study." *Geriatric Gerontology International*. doi:10.1111/ggi.12441.
- Fraser, Susan, Mylène Lagacé, Bernard Bongué, et al. 2020. "Ageism and COVID-19: What Does Our Society's Response Say About Us?" *Age and Ageing* 49 (5): 692–95.
- Glass, Thomas A., Carlos Mendes de Leon, Richard A. Marottoli, and Lisa F. Berkman. 1999. "Population Based Study of Social and Productive Activities as Predictors of Survival Among Elderly Americans." *BMJ* 319 (7208): 478–83. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7208.478>.
- Haldane, V., F. L. H. Chuah, A. Srivastava, S. R. Singh, G. C. H. Koh, C. K. Seng, and H. Legido-Quigley. 2019. "Community Participation in Health Services Development, Implementation, and Evaluation: A Systematic Review of Empowerment, Health, Community, and Process Outcomes." *PLOS One*, May 10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112>.
- Hanson, B., and P-O. Östergren. 1987. "Different Social Network and Social Support Characteristics, Nervous Problems and Insomnia: Theoretical and Methodological Aspects on Some Results from the Population Study 'Men Born in 1914', Malmö, Sweden." *Social Science & Medicine* 25 (6): 849–59.

- Hao, Yanwei. 2008. "Productive Activities and Psychological Well-Being Among Older Adults." *The Journals of Gerontology: Series B* 63, no. 2: S64-72.
<https://doi.org/10.1093/geronb/63.2.S64>.
- Hikichi, Hiroyuki, Naoki Kondo, Katsunori Kondo, Jun Aida, Tokunori Takeda, and Ichiro Kawachi. 2015. "Effect of a Community Intervention Programme Promoting Social Interactions on Functional Disability Prevention for Older Adults: Propensity Score Matching and Instrumental Variable Analyses, JAGES Taketoyo Study." *Journal of Epidemiology & Community Health* 69 (9): 905–10. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-205345>.
- Hoffmann, Laura, et al. 2023. "What does social participation mean? A qualitative study exploring the concept of participation from the perspectives of experts." *BMJ Open* 13 (7): e072684. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072684>.
- Holt-Lunstad, Julianne, Timothy B. Smith, and J. Bradley Layton. 2010. "Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-Analytic Review." *PLOS Medicine* 7 (7): e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>.
- Ichida, Yukiko, Takashi Kondo, Mariko Hirai, Toshiyuki Hanibuchi, Katsunori Yoshikawa, and Katsunori Murata. 2009. "Social Capital, Income Inequality and Self-Rated Health in Chita Peninsula: A Multilevel Analysis of Older People in Japan." *Health & Place* 15 (1): 274–81. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.05.003>.
- Ide, Kazushige, Seungwon Jeong, Taishi Tsuji, Ryota Watanabe, Yasuhiro Miyaguni, Hirotaka Nakamura, Miyako Kimura, and Katsunori Kondo. 2022. "Suggesting Indicators of Age-Friendly City: Social Participation and Happiness, an Ecological Study from the JAGES" *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, no. 9: 5096. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095096>
- Kanamori, Satoru, Yuko Kai, Jun Aida, Katsunori Kondo, Ichiro Kawachi, Hiroshi Hirai, Kokoro Shirai, Yoshiki Ishikawa, Kayo Suzuki, and The JAGES Group. 2014. "Social Participation and the Prevention of Functional Disability in Older Japanese: The JAGES Cohort Study." *PLoS ONE* 9 (6): e99638.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099638>.
- Koga, Chie, Takemura, Kosuke, Shin, Yuta, Fukushima, Shintaro, Uchida, Yukiko, and Yoshimura, Yuji. 2024. "Assessing the Social Atmosphere: A Multilevel Analysis of Social Connection and Participation." *Cities* 154: 105408.
<https://doi.org/10.1016/j.cities.2024.105408>.
- Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Oude Voshaar, R. C., Zuidema, S. U., Smidt, N., & Comijs, H. C. 2016. "Social relationships and risk of dementia: A systematic review of longitudinal cohort studies." *Ageing Research Reviews* 22: 39-57. doi: 10.1016/j.arr.2015.04.006.

- Lawton, Ricky N., Iulian Gramatki, Will Watt, and Daniel Fujiwara. 2020. "Does Volunteering Make Us Happier, or Are Happier People More Likely to Volunteer? Addressing the Problem of Reverse Causality When Estimating the Wellbeing Impacts of Volunteering." *Journal of Happiness Studies* 21, no. 5: 1-22.
- Levasseur, Mélanie, Marika Lussier-Therrien, Marie Lee Biron, Émilie Raymond, Julie Castonguay, Daniel Naud, Mireille Fortier, Andrée Sévigny, Sandra Houde, and Louise Tremblay. 2022. "Scoping Study of Definitions of Social Participation: Update and Co-Construction of an Interdisciplinary Consensual Definition." *Age and Ageing* 51 (2): afab215. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab215>.
- Luo, M., D. Ding, A. Bauman, et al. 2020. "Social Engagement Pattern, Health Behaviors and Subjective Well-being of Older Adults: An International Perspective Using WHO-SAGE Survey Data." *BMC Public Health* 20: 99. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7841-7>.
- Park, Nancy S. 2009. "The Relationship of Social Engagement to Psychological Well-Being of Older Adults in Assisted Living Facilities." *Journal of Applied Gerontology* 28 (4): 461–81.
- Oshio, T., K. Sugiyama, and T. Ashida. 2024. "Can Social Participation Reduce and Postpone the Need for Long-Term Care? Evidence from a 17-Wave Nationwide Survey in Japan." *Applied Research in Quality of Life* 19: 1293–1308. <https://doi.org/10.1007/s11482-024-10288-y>.
- Saito, Tomoko, Naoki Kondo, et al. 2022. "Social Participation and Cognitive Decline Among Community-Dwelling Older Adults in Japan: A 5-Year Longitudinal Study." *Geriatrics & Gerontology International* 22 (1): 85–92. <https://doi.org/10.1111/ggi.14325>.
- Sugisawa, Hidehiro, Jersey Liang, and Xian Liu. 1994. "Social Networks, Social Support, and Mortality Among Older People in Japan." *Journal of Gerontology* 49 (1): S3–13. <https://doi.org/10.1093/geronj/49.1.S3>.
- Tani, Yukako, Yuri Sasaki, Maho Haseda, Katsunori Kondo, and Naoki Kondo. 2015. "Eating alone and depression in older men and women by cohabitation status: The JAGES longitudinal survey." *Age and Ageing* 44 (6): 1019–1026. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv145>.
- Tomioka, Kimiko, Kurumatani Naoki, and Hosoi Hiroshi. "Social Participation and Cognitive Decline Among Community-Dwelling Older Adults: A Community-Based Longitudinal Study." *Journal of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences* 73, no. 5 (2018): 799-806. doi:10.1093/geronb/gbw059. PMID: 27194753.
- Väänänen, Ari, Michael Murray, Aki Koshinen, Jussi Vahtera, Anne Kouvonen, Mika Kivimäki, and Jaana Pentti. 2009. "Engagement in Cultural Activities and Cause-Specific

Mortality: Prospective Cohort Study.” *Preventive Medicine* 49: 142–147.

<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.06.026>.

- 熊澤大輔, 田村元樹, 井手一茂, 中込敦士, 近藤克則. 2023. 「『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』 70 (10): 699-707. <https://doi.org/10.11236/jph.22-128>.
- 小林 竜, 野村 めぐみ, 小林 法一. 2020. “わが国における地域在住高齢者の手段的日常生活活動 (IADL) 維持・低下に関連する要因: 観察研究のシステマティックレビュー.” *日本保健科学学会誌* 23 (2): 60-74.
- 竹田徳則, 近藤克則, 平井寛. 2010. 「地域在住高齢者における認知症を伴う要介護認定の心理社会的危険因子: AGES プロジェクト 3 年間のコホート研究」『日本公衆衛生雑誌』 57 (12): 1054-1065. https://doi.org/10.11236/jph.57.12_1054.
- 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. 2022. 「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』 69 (5): 383-393. <https://doi.org/10.11236/jph.21-120>.

第3節 地域包括支援センターや地域ケア会議の体制整備状況と認定率に関する地域レベルの試行分析

埼玉県立大学地域連携センター 吉田俊之

埼玉県立大学保健医療福祉学部 山崎弘嗣

1. 背景と目的

高齢者の自立支援、介護予防、重度化防止の推進は、地域包括ケアシステムの基本理念の一つとして広く認識されるようになった。特に、地域包括支援センターの機能強化と地域ケア会議の充実、これらの施策の中核をなす取り組みである。その政策展開における重要な転換点として、2018 年が挙げられる。第7期介護保険事業（支援）計画においては、この理念が従来に増して強調され、市町村に対しては、必要な環境整備、目標設定、および進捗管理を柱とする、いわゆる PDCA サイクルに基づいた高齢者支援策が求められた。

さらに、国は 2017 年に「地域包括ケア強化法」を施行し、PDCA サイクルに基づく自治体の取り組みを制度化した。この制度の特徴は、自治体の施策の進捗状況を数値化し、財政的インセンティブと連動させる政策手法にある。この制度の導入により、地域包括支援センターの機能強化や地域ケア会議の充実度に関する自治体の取り組み状況を定量的に把握することが可能となった。この定量化は厚生労働省が実施し「保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金」という評価体系が用いられる。仮に、地域包括支援センターや地域ケア会議の整備水準が高齢者の自立支援、介護予防・重度化防止等に寄与するのであれば、その効果は要介護認定率を通じて観察可能であると考えられる。

そこで、本研究では、関東信越地方に属する市町村を対象とし、地域包括支援センターや地域ケア会議の整備状況と認定率との関係を実証的に検証することを目的とする。

2. 分析の枠組み

本研究は、市町村の地域包括支援センターの整備や地域ケア会議に関する取り組み活動の水準と認定率の関係性を検証することを目的とする。具体的には、市町村ごとの取り組み活動を数値化した指標（以下、取り組み活動スコア）を基にグループを形成し、それぞれのグループにおける認定率の分布を比較する。これにより、取り組み活動の程度が認定率に及ぼす影響を明らかにする。

本研究の分析単位は市町村であり、対象は 416 の市町村とする。取り組み活動スコアは連続変数として定義し、その分布の特性を考慮しつつ四分位点に基づくカテゴリ変数へと変換する。この変数を基に市町村を 4 つのグループに分類し、各グループ間における認定率の違いを検証する。

仮説として、取り組み活動のスコアが低いグループに属する市町村ほど認定率が高く、逆に取り組み活動のスコアが高いグループに属する市町村ほど認定率が低いことを想定する。この仮説の検証に際し、まずはグループ間の認定率の分布の違いを評価し、次に基準となる

グループと他のグループとの間で詳細な比較を行う。

3. 対象と方法

1) 対象

本研究の母集団は、関東信越厚生局の管轄する1都9県（茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県）の450市町村とする。ただし、大里広域市町村圏組合、北アルプス広域連合、木曽広域連合および諏訪広域連合の各広域連合等に属する20市町村については、市町村単位のデータが取得できないという制約があるため、分析対象から除外した。さらに、分析に必要なデータに欠測が認められた市町村についても対象外とした。

その結果、最終的な分析対象は416市町村となり、カバー率は92.4%である。

2) データ

データベースとして「地域包括ケア見える化システム」を用いる。すべてのデータは、このデータベースより取得した。

市町村単位の取り組み活動スコア（包括・地域ケア会議）は、本データベースから得られたものであり、その一次データは、「令和5年保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金評価指標」に基づいている。この評価指標に登録された得点は、2022年度の実施状況を反映しており、したがって、本研究における分析の基準時点も2022年度となる。

また、市町村単位の認定率も「地域包括ケア見える化システム」より取得し、2023年度のデータを用いて分析を行った。

3) 変数

分布の差の比較に使用する変数は次のとおり。変数の定義は、地域包括ケア見える化システムの指標について厚生労働省が公開している「指標解説」をもとに記述した。

（1）取り組み活動スコア（包括・地域ケア会議）

地域包括支援センターの環境整備や地域ケア会議の活動を表す得点は、前出の評価指標の枠組み「Ⅱ 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進」のうち、下位グループ「（2）地域包括支援センター・地域ケア会議」に含まれる7項目によって評価される（表4-3-1）。交付金の区分には推進と支援の2種があるが、この推進と支援の各得点の合計値を用いる。

（2）認定率

合計調整済み認定率、調整済み軽度認定率、そして調整済み重度認定率の3変数を用いる。いずれも連続変数と定義する。

①合計調整済み認定率

要支援・要介護認定者の人数を第1号被保険者の人数で除した値を意味する。

②調整済み軽度認定率

要支援1から要介護2の認定者の人数を第1号被保険者の人数で除した値を意味する。

③調整済み重度認定率

要介護3から要介護5の認定者の人数を第1号被保険者の人数で除した値を意味する。

調整済みの認定率とは、第1号被保険者の性・年齢構成の影響を除外するよう補正された指標を指す。未調整の認定率では、各自治体における性・年齢構成の違いが認定率に影響を及ぼすため、異なる自治体間での直接的な比較には慎重を要する。本研究では、性・年齢構成の影響を可能な限り排除することを目的として調整済み認定率を採用した。これにより、市町村間における認定率の比較がより正確に行えるよう配慮した。

(3) その他

介護需要を把握する指標として、高齢者人口（65歳以上人口）に占める85歳以上人口の割合を用いる。介護需要の将来的な推移は、市町村における地域包括支援センター等の体制整備計画に大きな影響を与えると考えられることから、本指標については2020年と2040年の2時点において集計する。なお、2020年および2040年のいずれのデータも将来推計人口をもとに算出したものである。

4) 取り組み活動スコアに基づくグループ分類

地域包括支援センターの環境整備や地域ケア会議の活動状況を示す指標として、取り組み活動スコア（包括・地域ケア会議）を用いる。このスコアに基づき、分析対象である416市町村を4つのグループに分類し、各グループ間の各認定率を比較する。

グループの分類には四分位点を用いる、すなわち、市町村は、第1四分位帯、第2四分位帯、第3四分位帯、第4四分位帯のいずれかに属する。第1四分位帯は、推進と支援の得点計（包括・地域ケア会議）が最も低い市町村群を、一方、第4四分位帯はスコアが最も高い市町村群を表す。すなわち、第1四分位帯から第4四分位帯に向かうほど、地域包括支援センターの環境整備や地域ケア会議の活動がより充実していることを意味する。

最終的に各四分位帯別の分析対象数は、第1四分位帯（115市町村）、第2四分位帯（104市町村）、第3四分位帯（121市町村）、そして、第4四分位帯（76市町村）となった。対象数が四分位帯で均等に分かれることなく偏りが生じた理由は、四分位点に同点の市町村が多く存在したためである。その結果、取り組み活動スコア（包括・地域ケア会議）の第4四

分位帯の市町村が相対的に少なくなった。中央値（第2四分位点）を基準として2群に分けた場合の対象数は、中央値未満の市町村数が219市町村（第1と第2の合計数）であり、中央値以上の市町村数が197市町村（第3と第4の合計数）だった。

5) 統計解析

分析手法の選択に際して、データの特性を考慮する。各種認定率はパーセンテージであり、その分布は正規性を満たさない可能性があるため、正規性を仮定せず、また、当分散も仮定しない非パラメトリック手法を用いる。グループ間の比較においては、全体の傾向を捉えるために総合的な検定を実施し、有意な差異が認められた場合に、詳細なペア比較を行う。具体的には、先行して、中央値の順位を比較するKruskal-Wallis H検定を用いる。有意水準は0.05とする。検定後、統計的に有意差を認めた場合、ペア比較にはWilcoxon検定を用いる。具体的には次のペアの比較を行う。すなわち、

(1) 基準＝第1四分位帯（得点が最も低いグループ）

- ・第1四分位帯 vs 第2四分位帯
- ・第1四分位帯 vs 第3四分位帯
- ・第1四分位帯 vs 第4四分位帯

(2) 基準＝第4四分位帯（得点が最も高いグループ）

- ・第4四分位帯 vs 第1四分位帯
- ・第4四分位帯 vs 第2四分位帯
- ・第4四分位帯 vs 第3四分位帯

複数回のペア比較においては、多重比較に伴う第1種の過誤の制御も重要な課題となる。重複を除いた検定回数は5回である。したがって多重比較補正として、ボンフェローニ補正を適用し、有意水準は0.001とする。また、有意確率pはpermutation testにて厳密に計算したp値(Exact p-value)を使用する。検定は全て解析ソフトStata18.5にて実施した。

表 4-3-1 地域包括支援センター地域ケア会議の活動を測る指標、評価目的・内容、配点

①	指標	自立支援・重度化防止等に資するケアマネジメントに関して、市町村の基本方針を定め、地域包括支援センターに周知しているか。
	評価目的・内容/ 配点	・過程（一連の取組）を評価 ・配点5点
②	指標	地域包括支援センターの体制充実（※）による適切な包括的支援事業を実施しているか。
	評価目的・内容 配点	・数値評価 介護保険法施行規則第140条の66に定める人員配置基準の充足度合いに応じて評価 （選択肢） ア 1,500人以下 イ 1,250人以下 ・複数選択可（最大20点）
③	指標	地域包括支援センターの体制充実による適切な包括的支援事業・介護予防ケアマネジメントの実施をしているか。
	評価目的・内容	・数値評価 介護保険法施行規則に定める3職種等の配置に加え、地域包括支援センターの機能強化や事務の効率化を目的とした人員配置の充足度合いを評価 （選択肢） ア 半数以上の地域包括支援センターに配置 イ 全ての地域包括支援センターに配置 ・複数選択可（最大10点）
④	指標	個別事例の検討等を行う地域ケア会議における個別事例の検討件数割合はどの程度か。（個別事例の検討件数／受給者数）
	評価目的・内容	・数値評価 （選択肢） ア 全保険者の上位8割 イ 全保険者の上位5割 ウ 全保険者の上位3割 エ 全保険者の上位1割 ・複数選択可（最大20点）
⑤	指標	地域ケア会議において複数の個別事例から地域課題を明らかにし、これを解決するための政策を市町村へ提言しているか。
	評価目的・内容	・過程（一連の取組）を評価 地域課題の抽出から政策提言までの取組。 （選択肢） ア 地域ケア会議において複数の個別事例から地域課題を明らかにしている イ 地域課題を解決するための政策を市町村に提言している ウ 市町村が地域ケア会議から提言された内容に対応している エ 対応した結果が検証されている ・複数選択可（最大20点）
⑥	指標	地域包括支援センターが夜間・早朝又は平日以外の窓口（連絡先）を設置し、窓口を住民にパンフレットやホームページ等で周知しているか。
	評価目的・内容	・並立に評価 営業時間外の窓口の設置 設置した窓口の効果的な周知 （選択肢） ア 夜間・早朝の窓口（連絡先）を設置している イ 平日以外の窓口（連絡先）を設置している ウ 住民に窓口を周知している エ 特に周知が必要と想定される人への個別周知をしている ・複数選択可（最大20点）
⑦	指標	地域包括支援センターでは、家族等の介護離職防止に向けた支援を実施しているか。
	評価目的・内容	・並立に評価 家族介護者等の介護離職防止に向け相談 支援体制の強化を評価 （選択肢） ア 家族介護者等の介護離職防止の相談に対応している イ 家族介護者等に対し、介護離職防止の相談ができることを周知している ウ 地域に出向いて介護離職防止に関する相談会を実施している エ 専門職・関係機関と連携した取組を実施している ・複数選択可（最大20点）
	得点の範囲	0点-165点（最大）：推進と支援の合計

出所：厚生労働省、令和5年度保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金評価指標（市町村分）

4. 結果

取り組み活動スコア（包括・地域ケア会議）の全体平均値は 92.30 点、中央値は 95.00 点であった（表 4-3-2）。スコア水準の低い群に該当する第 1 四分位帯においては、平均値が 55.78 点、中央値が 60.00 点であった。一方、最も高い水準にある第 4 四分位帯では、平均値が 132.37 点、中央値が 130.00 点となり、顕著な差が認められた。

1) 合計調整済み認定率

合計調整済み認定率の全体平均値は 17.32%、中央値は 17.38%であった。スコア水準の低い第 1 四分位帯では、平均値が 17.79%、中央値が 17.71%であった。対照的に最も高い水準にある第 4 四分位帯では、平均値が 16.48 点、中央値が 16.88 点と低い傾向を示した。Kruskal-Wallis H 検定の結果、四分位帯間で統計的に有意差が認められた ($p<0.05$)。さらに、多重比較の結果、第 1 四分位帯と第 4 四分位帯において、認定率の分布に有意な差があることが確認された。この結果は、地域包括支援センターの機能強化や地域ケア会議の充実が進んでいる市町村ほど、合計調整済み認定率が低い傾向にあることを示唆している。

2) 調整済み軽度認定率

調整済み軽度認定率の全体平均値は 10.85%、中央値は 10.90%であった。スコア水準の低い第 1 四分位帯では、平均値が 11.13%、中央値は 10.96%であった。対照的に最も高い水準にある第 4 四分位帯では、平均値が 10.09 点、中央値が 10.30 点と低い傾向を示した。Kruskal-Wallis H 検定の結果、四分位帯間で統計的に有意差が認められた ($p<0.05$)。さらに、多重比較の結果、第 1 四分位帯と第 4 四分位帯において、認定率の分布に有意な差があることが確認された。この結果は、地域包括支援センターの機能強化や地域ケア会議の充実が進んでいる市町村ほど、調整済み軽度認定率が低い傾向にあることを示唆している。

3) 調整済み重度認定率

調整済み重度認定率の全体平均値は 6.47%、中央値は 6.43%であった。スコア水準の低い第 1 四分位帯では、平均値が 6.66%、中央値は 6.64%であった。対照的に最も高い水準にある第 4 四分位帯では、平均値が 6.39 点、中央値が 6.27 点と低い傾向を示した。Kruskal-Wallis H 検定の結果、四分位帯間で統計的に有意差が認められた ($p<0.05$)。さらに、多重比較の結果、第 1 四分位帯と第 3 四分位帯において、認定率の分布に有意な差があることが確認された。第 1 四分位帯と第 4 四分位帯と分布には統計的に有意な差を認めなかった。

表 4-3-2 記述統計量と各認知率に関する多重比較検定の結果

表 記述統計量と各認定率に関する多重比較の結果								
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値	有意確率 (第1四分 位帯を基準 とし比較)	有意確率 (第4四分 位帯を基準 とし比較)
取り組み活動スコア（包括・地域ケア会議）（点）								
第1四分位帯	115	55.78	15.23	60.00	0.00	70.00		
第2四分位帯	104	85.43	7.34	85.00	75.00	95.00		
第3四分位帯	121	107.73	5.99	110.00	100.00	115.00		
第4四分位帯	76	132.37	10.82	130.00	120.00	165.00		
Total	416	92.30	29.21	95.00	0.00	165.00		
合計調整済み認定率（％）								
取り組み活動スコアの第1四分位帯	115	17.79	1.82	17.71	13.47	24.70		0.0006
取り組み活動スコアの第2四分位帯	104	17.57	2.08	17.48	13.53	22.21	0.5053	0.0048
取り組み活動スコアの第3四分位帯	121	17.19	2.20	17.32	10.85	21.53	0.0708	0.0592
取り組み活動スコアの第4四分位帯	76	16.48	2.43	16.88	11.58	21.35	0.0006	
Total	416	17.32	2.16	17.38	10.85	24.70		
調整済み軽度認定率（％）								
取り組み活動スコアの第1四分位帯	115	11.13	1.72	10.96	6.80	19.24		0.0021
取り組み活動スコアの第2四分位帯	104	11.09	1.76	11.26	7.48	14.75	0.9516	0.0028
取り組み活動スコアの第3四分位帯	121	10.86	1.90	10.97	5.66	14.99	0.4798	0.0151
取り組み活動スコアの第4四分位帯	76	10.09	2.21	10.30	5.51	15.03	0.0021	
Total	416	10.85	1.91	10.90	5.51	19.24		
調整済み重度認定率（％）								
取り組み活動スコアの第1四分位帯	115	6.66	0.87	6.64	4.86	9.87		0.0263
取り組み活動スコアの第2四分位帯	104	6.49	0.73	6.56	4.54	9.06	0.1964	0.2674
取り組み活動スコアの第3四分位帯	121	6.33	0.76	6.35	4.45	8.46	0.0045	0.9520
取り組み活動スコアの第4四分位帯	76	6.39	0.89	6.27	4.63	9.54	0.0263	
Total	416	6.47	0.82	6.43	4.45	9.87		
2020年の85歳以上人口割合（対65歳以上人口）（％）								
取り組み活動スコアの第1四分位帯	115	17.24	2.94	17.00	11.64	28.94		
取り組み活動スコアの第2四分位帯	104	17.94	3.29	17.54	10.97	31.68		
取り組み活動スコアの第3四分位帯	121	18.65	3.83	18.02	12.04	34.59		
取り組み活動スコアの第4四分位帯	76	18.50	3.59	18.52	12.48	29.79		
Total	416	18.05	3.46	17.71	10.97	34.59		
2040年の85歳以上人口割合（対65歳以上人口）（％）								
取り組み活動スコアの第1四分位帯	115	27.91	4.37	27.51	14.72	44.05		
取り組み活動スコアの第2四分位帯	104	26.16	4.34	26.21	17.86	45.45		
取り組み活動スコアの第3四分位帯	121	27.53	4.32	27.63	16.19	41.83		
取り組み活動スコアの第4四分位帯	76	27.30	4.43	27.03	17.60	45.90		
Total	416	27.25	4.39	27.02	14.72	45.90		

※各種認定率や85歳以上人口割合の四分位帯の分類には、取り組み活動スコア（包括・地域ケア会議）の4グループを用いている。

※85歳以上人口割合（2020年および2040年）の計算に用いたデータは、見える化システムより得た将来推計値に基づいた。

※得点計の四分位帯は、次数が大きいほど（第1～第4）、地域包括支援センターや地域ケア会議に関する体制整備が充実していることを意味する。

※多重比較を実施する場合の補正後の有意水準は0.001を用いた。

5. 小括

本研究では、地域包括支援センターの機能強化および地域ケア会議の充実度が、要介護認定率に与える影響を検討した。その結果、取り組み活動スコアの高い市町村ほど、合計調整済み認定率、調整済み軽度認定率、調整済み重度認定率のいずれにおいても低い傾向が確認された。この指標は高得点（105点満点）であるほど取り組み活動水準が高く、水準の低い自治体（第1四分位帯）は高水準自治体（第4四分位帯）の半分程度の得点で、高水準から最下水準にかけて、合計調整済み認定率・軽度認定率が平均的に0.2～0.4%程度ずつ下がっていく。この影響は統計学的には有意ではある。虚弱な高齢者や日常生活における軽度の生活支援を要する高齢者に対する地域包括ケアの体制整備が進んでいる市町村において、要介護認定率が相対的に低い可能性を示唆しており、望ましい方向性を示すものといえる。水準の低い自治体（第1四分位帯）と水準の高い自治体（第4四分位帯）の認定率の差は1%程度と小さいものの、グループ水準による一貫した減少傾向がある。この傾向は「取り組み活動→自立支援、介護予防・重度化防止等に寄与→認定率」の連鎖を示唆している、と考えられる。

しかしながら、要介護認定率は多様な要因の影響を受ける指標であり、市町村の人口構成、医療・介護資源や健康増進に関する地域資源の分布の影響、地域における軽度認知障害を含む認知症対策、あるいは、住民の健康意識、住民の社会参加志向などが影響を及ぼしている可能性がある。特に、地域包括支援センターや地域ケア会議の活動スコアが高い市町村では、介護予防施策の充実に加え、要介護1・2の認定者が利用可能なリハビリテーション資源の適切な分布によって、重度化の抑制が機能している可能性がある。また、認定基準の運用の違いや予防給付の利用に先立ち総合事業の活用を促進する施策が講じられていることが、認定率の低下に寄与している可能性も考えられる。

一方、調整済み重度認定率に関しては、四分位帯間で統計的な有意差が確認されたものの、合計調整済み認定率や調整済み軽度認定率ほど明確な傾向は見られなかった。このことは、地域包括支援センターの環境整備などの推進が軽度認定の抑制に寄与する可能性が高い一方で、重度認定の水準には限定的な影響しか及ぼしていない可能性を示唆する。要介護3以上の重度要介護状態の発生には、認知症、脳血管障害、骨折・転倒、悪性新生物、重篤な慢性疾患の進行などが原因となりやすく、元気高齢者や要介護状態に満たない虚弱な高齢者を取り巻く環境整備では制御し難い要因が関与しているためと考えられる。とはいえ、重度の認定率については、グループ間の一貫した減少傾向が見られないので、やはり自立支援・重症化予防という重度化する前の段階への効果が見られるのではないかと考える。

以上の結果を踏まえると、地域包括支援センターの機能強化および地域ケア会議の充実が要介護認定率の低減に一定の貢献を果たしているかの性は高いものの、その要因は多岐にわたるため、より精緻な分析が求められる。特に、認知症対策や介護予防対策、医療・介護資源の偏在、住民の健康意識や社会参加志向といった要因が、どの程度要介護認定率の変動に影響を及ぼしているのかを検証することが今後の課題となる。

参考文献

- G-GOV 法令検索. 2024. 共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和五年法律第六十五号）. アクセス日 2025 年 3 月 10 日. <https://laws.e-gov.go.jp/law/505AC10000000065>.
- 厚生労働省. n. d. 保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金の集計結果について, 過年度分. アクセス日 2025 年 3 月 11 日. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_31864.html.
- 厚生労働省. 2024. 保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金の評価指標と活用施策に関する調査研究一式報告書. アクセス日 2025 年 3 月 8 日. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001263988.pdf>.
- 内閣府. 2022. 『令和 4 年度版高齢社会白書』. 第 1 章高齢化の状況（第 2 節 2）, 29 ページ.

第4節 認知症総合支援の体制整備状況と新規要介護認定における軽度認定区分の割合に関する地域レベルの試行分析

埼玉県立大学地域連携センター 吉田俊之
埼玉県立大学保健医療福祉学部 山崎弘嗣

1. 背景と目的

高齢者の自立支援、介護予防、重度化防止の推進は、地域包括ケアシステムの基本理念の一つとして広く認識されるようになった。特に、認知症高齢者や軽度認知障害のある高齢者に対する市町村単位の総合的な対策は、介護予防、重度化防止の推進の施策の中核をなす取り組みに位置づく。その政策展開における重要な転換点として、2012年の「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」（厚生労働省 2012）における標準的な認知症ケアパスの作成、早期診断・早期対応の推進、および認知症カフェの紹介が挙げられる。さらに、2019年には認知症初期集中支援チームの市町村配置が実施され、対策が一層強化された。近年では、新オレンジプラン（厚生労働省 他 2015）やいわゆる「認知症基本法」が2024年に施行されるなど、認知症対策は国家的課題としてその重要性を増している。このような背景のなかで、第7期介護保険事業（支援）計画において、自立支援、介護予防、重度化防止の推進が従来に増して強調され、市町村は、必要な環境整備、目標設定、および進捗管理を柱とする、いわゆるPDCAサイクルに基づいた高齢者支援策が求められた。

さらに、国は2017年に「地域包括ケア強化法」を施行し、PDCAサイクルに基づく自治体の取り組みを制度化した。この制度の特徴は、自治体の施策の進捗状況を数値化し、財政的インセンティブと連動させる政策手法にある。この制度の導入により、認知症高齢者等への支援対策にかかる体制整備や各種活動の充実度に関する自治体の取り組み状況を定量的に把握することが可能となった。この定量化は厚生労働省が実施し「保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金」という評価体系が用いられる。筒井孝子教授の精緻な分析により、厚生労働省が実施する「保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金」の評価指標を因子分析した結果、「認知症施策の推進」が主要な因子として抽出された（厚生労働省 2024）。本研究は、認知症総合支援の重要性を定量的に示し、地域における包括的な支援体制の必要性を改めて裏付けるものである。介護が必要となる主たる原因の一つは認知症であるという近年の傾向を踏まえると、仮に、認知症高齢者等に対する支援対策の整備水準が高齢者の自立支援、介護予防・重度化防止等に寄与するのであれば、その影響は新規認定時の要介護度別の認定割合を通じて観察可能であると考えられる。市町村は早期から支援できる体制づくりを目指し整備を進めていることから、特に、新規認定時の要支援の認定割合や要介護1や要介護2の認定割合と関連すると考えられる。

そこで、本研究は、関東信越地方の市町村を対象に、認知症に関する総合的な支援の整備状況と、新規要介護認定における軽度認定区分の割合との関係を実証的に検証することを

目的とする。

2. 分析の枠組み

本研究は、市町村の認知症総合支援に関する体制整備や活動の充実の程度と新規認定を受けた際の2種の認定割合との関係性を検証することを目的とする。具体的には、市町村ごとの取り組み活動の充実度を数値化した指標（以下、取り組み活動スコア）を基にグループを形成し、それぞれのグループにおける認定割合の分布を比較する。これにより、取り組み活動の充実の程度が認定割合に及ぼす影響を明らかにする。

本研究の分析単位は市町村であり、対象は416の市町村とする。取り組み活動スコアは連続変数として定義し、その分布の特性を考慮しつつ四分位点に基づくカテゴリ変数へと変換する。この変数を基に市町村を4つのグループに分類し、各グループ間における認定率の違いを検証する。

仮説的主張として、第一に、新規に認定を受けた際の認定区分が「要支援1または要支援2」である割合は、取り組み活動のスコアが低いグループに属する市町村ほどこの認定割合が低く、逆に取り組み活動のスコアが高いグループに属する市町村ほどこの認知割合が高いことを想定する。他方、新規に認定を受けた際の認定区分が「要介護1または要介護2」である割合は、取り組み活動のスコアが低いグループに属する市町村ほどこの認定割合が高く、逆に取り組み活動のスコアが高いグループに属する市町村ほどこの認定割合が低いことを想定する。

これらの仮説的主張の検証に際し、まずはグループ間全体の認定割合の分布の違いを評価し、次に基準となるグループと他のグループとの間で詳細な比較を行う。

3. 対象と方法

1) 対象

本研究の母集団は、関東信越厚生局の管轄する1都9県（茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県）の450市町村とする。ただし、大里広域市町村圏組合、北アルプス広域連合、木曽広域連合および諏訪広域連合の各広域連合等に属する20市町村については、市町村単位のデータが取得できないという制約があるため、分析対象から除外した。さらに、分析に必要なデータに欠測が認められた市町村についても対象外とした。

その結果、最終的な分析対象は416市町村となり、カバー率は92.4%である。

2) データ

データベースとして「地域包括ケア見える化システム」を用いる。すべてのデータは、この公的データベースより取得した。

市町村単位の取り組み活動スコア（認知症総合支援）は、本データベースから得られたものであり、その一次データは、「令和 5 年保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金評価指標」（厚生労働省）に基づいている。この評価指標に登録された得点は、2022 年度の実施状況を反映しており、したがって、本研究における分析の基準時点も 2022 年度となる。

また、市町村単位の平均年齢や認定割合も「地域包括ケア見える化システム」より取得し、2023 年度のデータを用いて分析を行った。

3) 変数

分布の差の比較に使用する変数は次のとおり。変数の定義は、地域包括ケア見える化システムの指標について厚生労働省が公開している「指標解説」をもとに記述した。

（1）取り組み活動スコア（認知症総合支援）

認知症総合支援の活動を表す得点は、前出の評価指標の枠組み「Ⅱ 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進」のうち、下位グループ「（4）認知症総合支援」に含まれる 5 項目によって評価される（表 4-4-1）。交付金の区分には推進と支援の 2 種があるが、この推進と支援の各得点の合計値を用いる。

（2）新規認定時の認定者割合

新規認定時の認定者割合には、調整済み新規要支援認定者割合（要支援 1 及び 2）、そして、調整済み新規要介護認定者割合（要介護 1 及び 2）の 2 変数を用いる。いずれも連続変数と定義する（単位は％）。

①調整済み新規要支援認定者割合（要支援 1 及び 2）

この変数は、地域包括ケア見える化システムに登録された「調整済み新規要支援・要介護認定者の要介護度別分布」を元データとし、要支援・要介護度別の全認定者割合のうち、要支援 1 及び要支援 2 のそれぞれの認定者割合を合計した値である。

「調整済み新規要支援・要介護認定者」の数について、認定率の多寡に大きな影響を及ぼす、「第 1 号被保険者の性・年齢構成」の影響を除外した新規要支援・要介護認定者の数を意味する。この調整は、第 1 号被保険者の性・年齢構成が、どの地域も全国平均やある地域の 1 時点と同様になるよう処置されている。これにより、第 1 号被保険者の性・年齢構成以外の要素の認定率への影響について、地域間・時系列で比較することを可能とする。

②調整済み新規要介護認定者割合（要介護 1 及び 2）

この変数は、地域包括ケア見える化システムに登録された「調整済み新規要支援・要介護認定者の要介護度別分布」を元データとし、要支援・要介護度別の全認定者割合のうち、要介護1及び要介護2のそれぞれの認定者割合を合計した値である。

調整済みの方法と意味は、調整済み新規要支援認定者割合（要支援1及び2）の前述の説明と同様である。

（3）その他

新規認定時の平均年齢には、新規要支援・要介護認定者の平均年齢を用いる。この変数は連続変数と定義する（単位は歳）。

「新規要支援・要介護認定者」の定義は指標解説に基づく。すなわち、当該年度において、「申請区分（申請時）コード」が「新規申請」の要介護認定データがある被保険者を集計してある。なお、ある被保険者について、当該データが複数存在する場合には、申請日の古いものを集計対象としている。

また、介護需要を把握する指標として、高齢者人口（65歳以上人口）に占める85歳以上人口の割合を用いる。介護需要の将来的な推移は、市町村における認知症総合支援の活動に影響を与えると考えられることから、本指標については2020年と2040年の2時点において集計する。なお、2020年および2040年のいずれのデータも将来推計人口をもとに算出したものである。

4）取り組み活動スコアに基づくグループ分類

地域包括支援センターの環境整備や地域ケア会議の活動状況を示す指標として、取り組み活動スコア（認知症総合支援）を用いる。このスコアに基づき、分析対象である416市町村を4つのグループに分類し、各グループ間の各認定者割合を比較する。

グループの分類には四分位点を用いる、すなわち、市町村は、第1四分位帯、第2四分位帯、第3四分位帯、第4四分位帯のいずれかに属する。第1四分位帯は、推進と支援の得点計（認知症総合支援）が最も低い市町村群を、一方、第4四分位帯はスコアが最も高い市町村群を表す。すなわち、第1四分位帯から第4四分位帯に向かうほど、地域包括支援センターの環境整備や地域ケア会議の活動がより充実していることを意味する。

最終的に各四分位帯別の分析対象数は、第1四分位帯（123市町村）、第2四分位帯（87市町村）、第3四分位帯（107市町村）、そして、第4四分位帯（99市町村）となった。対象数が四分位帯で均等に分かれることなく偏りが生じた理由は、第2四分位点、第3四分位点、そして第4四分位点に同点の市町村が多く存在したためである。その結果、取り組み活動スコア（認知症総合支援）が第1四分位帯と第3四分位帯の市町村が相対的に多くなった。中央値（第2四分位点）を基準として2群に分けた場合の対象数は、中央値未満の市町村数が210市町村（第1と第2の合計数）であり、中央値以上の市町村数が206市町村（第3と第4の合計数）ほぼ同数に分かれる。

5) 統計解析

分析手法の選択に際して、データの特性を考慮する。各種認定割合はパーセンテージであり、その分布は正規性を満たさない可能性があるため、正規性を仮定せず、また、当分散も仮定しない非パラメトリック手法を用いる。グループ間の比較においては、全体の傾向を捉えるために総合的な検定を実施し、有意な差異が認められた場合に、詳細なペア比較を行う。具体的には、先行して、中央値の順位を比較する Kruskal-Wallis H 検定を用いる。有意水準は 0.05 とする。検定後、統計的に有意差を認めた場合、ペア比較には Wilcoxon 検定を用いる。具体的には次のペアの比較を行う。すなわち、

(1) 基準＝第 1 四分位帯（得点が最も低いグループ）

- ・ 第 1 四分位帯 vs 第 2 四分位帯
- ・ 第 1 四分位帯 vs 第 3 四分位帯
- ・ 第 1 四分位帯 vs 第 4 四分位帯

(2) 基準＝第 4 四分位帯（得点が最も高いグループ）

- ・ 第 4 四分位帯 vs 第 1 四分位帯
- ・ 第 4 四分位帯 vs 第 2 四分位帯
- ・ 第 4 四分位帯 vs 第 3 四分位帯

複数回のペア比較においては、多重比較に伴う第 1 種の過誤の制御も重要な課題となる。重複を除いた検定回数は 5 回である。したがって多重比較補正として、ボンフェローニ補正を適用し、有意水準は 0.001 とする。また、有意確率 p は permutation test にて厳密に計算した p 値 (Exact p -value) を使用する。検定は全て解析ソフト Stata18.5 にて実施した。

表 4-4-1 認知症総合支援の活動を測る指標、評価目的・内容、配点

①	指標	市町村介護保険事業計画又は市町村が定めるその他の計画等において、認知症施策の取組を定め、毎年度その進捗状況について評価しているか。
	評価目的・内容／ 配点	・過程（PDCA）を評価 ・認知症施策のPDCAサイクルを回すこと、第三者や当事者の意見の反映 （選択肢） - ア 認知症高齢者について、実態を把握している - イ 認知症施策推進大綱の KPI/目標の各項目を 参考にしつつ、地域の実情に応じて認知症施策の進捗を図る指標を設定している - ウ 進捗状況の評価に当たり、第三者あるいは認知症当事者（認知症の人やその家族）の意見を聞いている - エ ア～ウを踏まえて、改善・見直し等の検討を 実施している ・複数選択可（最大 20 点） ・交付金区分 推進
②	指標	認知症初期集中支援チームは、定期的に情報連携する体制を構築し、支援を必要とする者への対応を行っているか。
	評価目的・内容 配点	・過程（一連の取組）を評価 - 地域の実情に応じたチームの支援体制の構築・実施 （選択肢） - ア チームが円滑に支援を実施できるよう、医師会等の関係団体、かかりつけ医、認知症疾患医療センター等や介護支援専門員、地域包括支援センター等とあらかじめ情報連携の体制を構築している - イ 医療・介護サービスにつながない認知症と思われる高齢者に対し、チームが関係機関と連携して、支援対象者に対する主な支援機関を早急に明確にする検討ができるよう、会議体など具体的な情報共有の場や機会がある - ウ 対象者の状況に応じて、他機関連携等により、支援対象者が抱える複合的課題に対して、具体的なかつ多様な支援を実施している - エ チームの活動について、過去の実績等との比較等も行いつつ、事業運営の改善・見直し等の検討を実施している ・複数選択可（最大 20 点） ・交付金区分 推進・支援
③	指標	郡市区等医師会等の医療関係団体と調整し、認知症状のある人に対して、専門医療機関との連携により、早期診断・早期対応に繋げるための体制を構築しているか。
	評価目的・内容	・並立に評価 ・地域の実情に応じた早期診断・早期対応のための体制構築 （選択肢） - ア 認知症に対応できるかかりつけ医や認知症サポート医、認知症疾患医療センター等の認知症に関わる医療機関や認知症初期集中支援チームの周知を行っている - イ 認知症に対応できるかかりつけ医や認知症サポート医、認知症疾患医療センター等の医療機関との連携体制がある - ウ 情報連携ツール等を活用して、関係者間で連携ルールを策定している - エ ア～ウを踏まえ、医療・介護専門職による早期対応や早期診断に繋げる体制づくりを構築した上で、実際に運用を図っている ・複数選択可（最大 20 点） ・交付金区分 推進・支援
④	指標	地域における認知症高齢者支援の取組や認知症の理解促進に向けた普及啓発活動を行っているか。
	評価目的・内容	・並立に評価 ・多様な取り組みの実施 ・普及啓発の多様なメニュー （選択肢） - ア 認知症カフェの設置・運営の推進 - イ 認知症の人の見守りネットワーク等の体制の構築 - ウ 本人ミーティング、家族介護者教室の開催やピアサポーターによる活動の支援 - エ 認知症当事者の声を踏まえながら、認知症の理解促進に関する参加型のイベントや、講演会・勉強会などの普及啓発を行っている ・複数選択可（最大 20 点） ・交付金区分 推進
⑤	指標	認知症サポーターを活用した地域支援体制の構築及び社会参加支援が行えているか。
	評価目的・内容	・並列に評価 ・認知症サポーターを活用した地域支援体制と社会支援に係る多様な取組 （選択肢） - ア 認知症サポーターステップアップ講座を実施している - イ ステップアップ講座を修了した認知症サポーターによる支援チーム等の活動グループ（チームオレンジなど）を設置している

		ウイによる活動グループ（チームオレンジなど）を介して、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につながるよう、地域の担い手とのマッチングを行っている エ 認知症の人が希望に応じて農業、商品の製造・販売、食堂の運営、地域活動やマルシェの開催等に参画できるよう、支援している ・複数選択可（最大20点） ・交付金区分 推進
	得点の範囲	0点-140点（最大）：推進と支援の合計

出所：厚生労働省，令和5年度保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金評価指標（市町村分）

4. 結果

取り組み活動スコア（認知症総合支援）の全体平均値は97.68点、中央値は100.00点であった（表4-4-2）。スコア水準の低い群に該当する第1四分位帯においては、平均値が59.35点、中央値が65.00点であった。一方、最も高い水準にある第4四分位帯では、平均値が132.78点、中央値が135.00点となり、顕著な差が認められた。

1）調整済み新規要支援認定者割合（要支援1及び2）

調整済み新規要支援認定者割合（要支援1及び2）の全体平均値は35.99%、中央値は36.60%であった。スコア水準の低い第1四分位帯では、平均値が34.24%、中央値が35.18%であった。対照的に最も高い水準にある第4四分位帯では、平均値が38.31%、中央値が39.77%と高い傾向を示した。Kruskal-Wallis H検定の結果、四分位帯間で統計的に有意差が認められた（ $p<0.05$ ）。さらに、多重比較の結果、第1四分位帯と第4四分位帯において、認定割合の分布に有意な差があることが確認された。この結果は、認知症総合支援の整備や活動が進んでいる市町村ほど、新規認定時の全認定区分に占める要支援1と要支援2の合計認定割合が高い傾向にあることを示唆している。

2）調整済み新規要介護認定者割合（要介護1及び2）

調整済み新規要介護認定者割合（要介護1及び2）の全体平均値は40.31%、中央値は39.91%であった。スコア水準の低い第1四分位帯では、平均値が41.64%、中央値は41.67%であった。対照的に最も高い水準にある第4四分位帯では、平均値が39.11%、中央値が38.54%と低い傾向を示した。Kruskal-Wallis H検定の結果、四分位帯間で統計的に有意差が認められた（ $p<0.05$ ）。さらに、多重比較の結果、第1四分位帯と第4四分位帯において、認定割合の分布に有意な差があることが確認された。この結果は、認知症総合支援の整備や活動が進んでいる市町村ほど、新規認定時の全認定区分に占める要介護1と要介護2の合計認定割合が低い傾向にあることを示唆している。

表 4-4-2 記述統計量と各認知割合に関する多重比較検定の結果

表 記述統計量と各認定率に関する多重比較の結果								
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値	有意確率 (第1四分 位帯を基準 とし比較)	有意確率 (第4四分 位帯を基準 とし比較)
推進と支援の得点計（認知症総合支援）（点）								
第1四分位帯	123	59.35	19.63	65.00	5.00	80.00		
第2四分位帯	87	94.25	5.53	95.00	85.00	100.00		
第3四分位帯	107	112.06	5.87	110.00	105.00	120.00		
第4四分位帯	99	132.78	5.94	135.00	125.00	140.00		
Total	416	97.68	30.36	100.00	5.00	140.00		
調整済み新規要支援認定者割合（要支援1及び2）（％）								
得点計の第1四分位帯	123	34.24	9.54	35.18	10.42	63.16		0.0002
得点計の第2四分位帯	87	34.92	6.97	34.57	20.14	51.61	0.6492	0.0005
得点計の第3四分位帯	107	36.71	8.49	36.90	12.05	52.42	0.0242	0.1145
得点計の第4四分位帯	99	38.31	8.60	39.77	8.29	58.83	0.0002	
Total	416	35.99	8.68	36.60	8.29	63.16		
調整済み新規要介護認定者割合（要介護1及び2）（％）								
得点計の第1四分位帯	123	41.64	7.32	41.67	24.44	67.61		0.0016
得点計の第2四分位帯	87	40.72	6.37	40.76	25.00	56.12	0.3456	0.0240
得点計の第3四分位帯	107	39.58	6.25	39.36	27.05	61.54	0.0148	0.5148
得点計の第4四分位帯	99	39.11	6.19	38.54	23.47	63.04	0.0016	
Total	416	40.31	6.65	39.91	23.47	67.61		
新規要支援・要介護認定者の平均年齢（歳）								
得点計の第1四分位帯	123	82.68	1.56	82.49	79.83	88.67		
得点計の第2四分位帯	87	82.32	1.42	81.95	80.11	87.09		
得点計の第3四分位帯	107	82.27	1.39	81.82	80.22	87.02		
得点計の第4四分位帯	99	81.76	0.90	81.62	79.61	84.92		
Total	416	82.28	1.39	81.92	79.61	88.67		
2020年の85歳以上人口割合（対65歳以上人口）（％）								
得点計の第1四分位帯	123	18.96	4.35	18.66	10.97	34.59		
得点計の第2四分位帯	87	17.82	3.24	17.48	12.04	31.68		
得点計の第3四分位帯	107	17.81	3.10	17.32	12.36	28.30		
得点計の第4四分位帯	99	17.39	2.43	17.53	12.48	25.31		
Total	416	18.05	3.46	17.71	10.97	34.59		
2040年の85歳以上人口割合（対65歳以上人口）（％）								
得点計の第1四分位帯	123	29.26	4.71	29.08	14.72	45.90		
得点計の第2四分位帯	87	27.71	3.61	27.40	17.46	37.29		
得点計の第3四分位帯	107	26.39	4.23	26.80	16.19	43.79		
得点計の第4四分位帯	99	25.28	3.66	25.59	18.25	41.72		
Total	416	27.25	4.39	27.02	14.72	45.90		
※各種認定率や85歳以上人口割合の四分位帯の分類には、推進と支援の得点計（認知症総合支援）の4グループを用いている。								
※85歳以上人口割合（2020年および2040年）の計算に用いたデータは、見える化システムより得た将来推計値に基づいた。								
※得点計の四分位帯は、次数が大きいほど（第1〜第4）、認知症総合支援に関する体制整備や活動が充実していることを意味する。								
※推進の支援と得点計別の各認定率について、多重比較を実施する場合の補正後の有意水準は0.0083を用いた。								

5. 小括

本研究では、認知症総合支援の体制整備と活動の充実度が、新規認定時の軽度区分認定割合に与える影響を検討した。その結果、取り組み活動スコアの高い市町村ほど、新規認定時の認定区分が要支援1または要支援2である認定割合は高いという傾向が確認された。この指標は高得点（140点満点）であるほど取り組み活動水準が高く、水準の低い自治体（第1四分位帯）は高水準自治体（第4四分位帯）の半分程度の得点である。低水準の第1および第2四分位帯から高水準の第3、第4四分位帯にかけての認定割合の変化は段階的に変化しているため、主に軽度認知障害のある高齢者あるいは認知症高齢者に対する認知症支援の体制整備が進んでいる市町村において、新規認定時に要支援1または要支援2である認定割合が相対的に高い可能性を示唆している。水準の低い自治体（第1四分位帯）と水準の高い自治体（第4四分位帯）の認定割合の差は5%程度と小さいものの、グループ水準による一貫した増加傾向がある。この傾向は、認知症総合支援の整備や活動が充実している市町村ほど、認知症の進行がより深刻な段階に至る前に要介護認定を受ける高齢者割合が相対的に高い可能性を示唆している。他方、新規認定時の認定区分が要介護1または要介護2である認定割合について、取り組み活動スコアの高い市町村ほどその割合は低いという傾向が確認された。取り組み活動水準が最下水準から高水準にかけて、認定割合が平均的に0.6~0.8%程度ずつ下がっていく。この影響は統計学的には有意である。水準の低い自治体（第1四分位帯）と水準の高い自治体（第4四分位帯）の認定割合の差は3%程度と小さいものの、グループ水準による一貫した減少傾向がある。要支援の新規認定割合と要介護1及び要介護2の新規認定割合の結果が示すこれらの傾向は、これは、軽度認知機能障害のある高齢者等を迎え入れる体制が整い、必要なサポートやケアが速やかに行き届いている可能性が考えられ、当初の仮説的主張を支持する結果といえる。

しかしながら、今回の新規認定に関する認定割合の算出は認知症等に起因した認定者に限定した高齢者集団に基づくものではない。新規認定時の認定割合は多様な要因の影響を受ける指標であり、市町村の人口構成、医療・介護資源や健康増進に関する地域資源の分布の影響、地域における互助の充実の度合い、あるいは、住民の健康意識、住民の社会参加志向などが影響を及ぼしている可能性があり、認知症総合支援の充実と認定割合の因果関係を示すものではない。とはいえ、やはり自立支援・重症化予防という重度化する前の段階への効果が見られるのではないかと考える。

以上の結果を踏まえると、認知症等に対する総合的な体制整備や活動の充実が、より重度な認定区分で初めて認定を受ける割合の抑制に一定の貢献を果たしている可能性は高いものの、その要因は多岐にわたるため、より精緻な分析が求められる。特に、生活支援体制整備、介護予防対策、医療・介護資源の偏在、住民の健康意識や日常的な互助の状況といった要因が、新規認定時の認定区分にどの程度影響を及ぼしているのかを検証することが今後の課題となる。

参考文献

- G-GOV 法令検索. 2024. 共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和五年法律第六十五号）. アクセス日 2025 年 3 月 10 日. <https://laws.e-gov.go.jp/law/505AC1000000065>.
- 厚生労働省. 2012. 認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）. アクセス日 2025 年 3 月 10 日. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>.
- 厚生労働省 他. 2015. 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）. アクセス日 2025 年 3 月 10 日. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf.
- 厚生労働省. n. d. 保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金の集計結果について, 過年度分. アクセス日 2025 年 3 月 11 日. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_31864.html.
- 厚生労働省. 2024. 保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金の評価指標と活用施策に関する調査研究一式報告書. アクセス日 2025 年 3 月 8 日. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001263988.pdf>.
- 内閣府. 2022. 『令和 4 年度版高齢社会白書』. 第 1 章高齢化の状況（第 2 節 2）, 29 ページ.

第5節 文献調査1

埼玉県立大学保健医療福祉学部兼研究開発センター 南 拓磨

1. はじめに

本節では第4章を通じて検討された各アウトカム指標に関連する先行研究をまとめる。具体的には平均寿命、要介護認定、主観的健康感・幸福感、健康寿命の各アウトカム指標を概説したうえで、それらに影響を与える要因として、本節では主に社会経済的要因を扱っている文献に着目することとする。医療・医学・リハビリテーション的視点からみた要因については主に次節で言及されることになるため、次節も併せて参照されたい。

2. 研究方法

先行研究の検索には、国内学術誌に J-stage、国際学術誌に PubMed を使用した。検索語は、国内学術誌については「平均寿命、健康寿命、主観的幸福感、主観的健康感、要介護認定」とした。国際学術誌については「Life expectancy, Healthy life expectancy, subjective well-being, care grade」とした。また補完的に「雪だるま式」を採用し、入手文献の引用文献からさらに文献検索を進めた。

3. 平均寿命

平均寿命は人口が年齢別の死亡確率に従って加齢とともに減少していくとした際に、0歳になった瞬間における期待生存期間の平均値（別府 2018）であり、いわゆる一般的な寿命や長寿化を測定するための指標である。通常生命表の計算結果として与えられる。我が国の平均寿命は、厚生労働省が毎年発表する簡易生命表と、5年に1回発表する完全生命表に基づいて与えられる。市町村レベルのものについては、5年に1回生命表が発表される形になっている。

市町村レベルの小地域における生命表作成では、当該小地域内の観測死亡データが少なく、死亡率の推定が困難となる場合がある。これに対応するために市町村レベルの生命表作成においては、ベイズ推定による死亡率推定が行われている（厚生労働省 2020）。

平均寿命に影響を与える要因として、細川らは高齢者の生活要因を検討している。85市町村の高齢者に対する分析の結果、男性では趣味の会への参加、スポーツの会への参加、ボランティアの会の参加、外出、医療機関への通院の割合が高い地域ほど平均寿命が長く、うつ傾向、喫煙の割合が高い地域ほど平均寿命が短いことが指摘されている。また女性についても、趣味の会への参加、スポーツの会への参加、ボランティアの会の参加、歯科医療機関への通院の割合が高い地域ほど、平均寿命が長いことが指摘されている（細川他 2020）。国

レベルの平均寿命について検討したものでは、1 人当たり GDP との関係が指摘されており、1 人当たり GDP が高いほど、平均寿命が長いことが示されている(Preston 1975)。

4. 要介護認定

我が国における介護保険制度では、寝たきりや痴呆等で常時介護を必要とする状態（要介護状態）になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要になった状態（要支援状態）になった場合に、介護サービスを受けることができる。この要介護状態や要支援状態にあるかどうか、要介護状態にあるとすればどの程度かの判定を行うのが要介護認定であり、保険者である市町村に設置される介護認定審査会で判定される。現在、認定の段階は要支援 1・2 と要介護 1～5 の計 7 段階あり、うち要介護 1・2 を軽度要介護者、要介護 3～5 を重度要介護者と呼称することもある。原則、介護認定審査会によって判定された認定度をそのまま指標として用いることになる。

平井らは高齢者が要介護認定を受ける要因について、アンケート調査を用いた 3 年間の追跡調査を用いて検討している。東海地方の 5 市町村の高齢者に対する分析の結果、男女共通して、治療中の疾病があること、服薬数が多いこと、一年間の転倒歴がある、咀嚼力が低い、排泄障害がある、生活機能が低い、主観的健康感が良くない、うつ状態、歩行時間 30 分未満、外出頻度が少ない、友人と会う頻度が月 1 回未満、自主的会参加なし、仕事をしていない、家事をしていないことが要介護認定率リスクと関連していることを指摘している(平井他 2009)。また林らは新規要介護認定を受ける要因について、アンケート調査を用いた 2 年間の追跡調査を用いて検討を行い、男性では運動器機能と主観的健康感の低さ、女性ではそれらに加えて認知機能の低さが要介護認定を受けるリスクと関連していると指摘している(林他 2022)。近藤らは教育年数と等価所得に着目した分析を行っており、分析の結果、男性で最高所得層に比べて最低所得層の方が、最長教育年数に比べ最短教育年数の方が、それぞれ要介護認定を受けやすくなることを示している(近藤他 2012)。

住宅環境に着目した分析もある。林らは冬季の住宅内温熱環境と居住者の介護予防の関連について検証し、脱衣所の温熱環境に対する主観評価が高い高得点群で、低得点群と比較して要介護状態に至る時点が高齢になることを示唆している(林他 2016)。

5. 主観的健康感・幸福感

主観的健康感疾患の有無に関わらず、自分は健康であると思うか、そう思わないかを主観的に捉えた指標である。国民生活基礎調査でとられる「あなたの現在の健康状態はいかがですか」(5 件法) は代表的な主観的健康感質問である。他に世界価値観調査(WVS)の「全体的にいて、あなたの現在の健康状態はいかがですか」(5 件法)、日常生活圏域ニーズ調査の「現在のあなたの健康状態はいかがですか」(4 件法) など多くの社会調査で調査されている。自治体レベルでアウトカムとして使用する際は、日常生活圏域ニーズ調査の使用が

考えられる。

一方、主観的幸福感は、人々の主観的な生活の評価や幸福感を表す指標である。世界価値観調査の「全体的にいて、現在、あなたは幸せだと思いますか、それともそうは思いませんか」(4件法)は代表的な主観的幸福感の質問である。他に日本版総合的社会調査(JGSS)の「あなたは、現在幸せですか。」(5件法)や日常生活圏域ニーズ調査の「あなたは、現在のどの程度幸せですか」(10件法)などがある。主観的健康感、幸福感のいずれも、現在は Well-being 概念の1指標としても用いられる。

緒方らは地域住民の主観的健康感と関連要因についてアンケート調査を実施し分析している。高齢者に対する分析の結果、禁煙、日常生活の援助の必要性、情緒的サポート、心理状態が主観的健康感と関連していることを指摘している(緒方他 2018)。松田は西日本の在宅高齢者に対してアンケート調査を行い、主観的健康感に関連する要因を分析している。分析の結果、身体的フレイル状態であること、閉じこもりやうつ状態であることが主観的健康感を損ない、収入のある仕事を持っていることや社会的役割得点(老健式活動能力指標)が高いことが主観的健康感を引き上げていると示している(松田 2019)。

また大田らは高齢者のインターネット利用と主観的健康感、幸福感の関連について分析を行っている。高齢者に対する分析の結果、インターネットを利用しない人に比べて、インターネットを友人や家族とのコミュニケーションに利用する人は主観的健康感、幸福感がともに高いことを指摘している(大田他 2022)。

6. 健康寿命

健康寿命とは、ある健康状態で生きる人生の長さを表した指標である(菅原 2018)。わが国においては生命表を基礎情報として、年齢別の「健康・不健康」の割合を与えることで「健康状態にある生存期間の合計値(「健康な人の定常人口」)を求め、これを10万で除して求められる。このような健康寿命の算出法をサリバン法(Sullivan 1971)という。その他多相生命表を用いるRogers法などがある。(尾島 2015)サリバン法で健康寿命を算出する際に問題になるのが「健康・不健康」の定義である。わが国では、

- 1) 国民生活基礎調査「あなたの現在の健康状態はいかがですか」に対する「よい・まあよい・ふつう」を健康とし、「自分が健康であると自覚している期間の平均値」を表す健康寿命。
- 2) 国民生活基礎調査「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」に対する「ない」を健康とし、「日常生活に制限のない期間の平均」を表す健康寿命。
- 3) 介護認定データから取得した要介護データより、「要介護1以下」を健康とし、「介護の必要がない期間」を表す健康寿命。

などが計算されている。上記のうち1)のように、主観的健康感に基づいて計算された健康寿命を一般に Healthy Life Expectancy(HLE)と呼ぶ一方、2)、3)のように日常生活に障害

のない期間を表したものとして、Disability-Free Life Expectancy (DFLE) がある (菅原 2021)。加えて主にヨーロッパにおいては、6 か月以上にわたる長期的な制限の有無を問う GALI (global activity limitation index) も用いられている (菅原 2021)。また、健康状態を複数の状態に区分して障害の度合いによって重みづけして求める健康寿命を障害調整健康寿命 (DALE: Disability adjusted life expectancy) と呼ぶ (栗盛他 2019)。以下断りのない場合はサリバン法で求められた DFLE を健康寿命とする文献を紹介する。

蔵満らは北海道の 179 市町村を対象にした研究で、市町村の保健師数が健康寿命を説明することを示した。また男性では悪性新生物死亡率とがん検診受診率が、女性では保健師活動がそれぞれ健康寿命と関連があるとしている (蔵満他 2014)。保健師数については、近藤らが行った都道府県別の健康寿命に影響を与える要因の分析でも、保健師数が多いと、健康寿命が長くなると指摘されている (Kondo, et al. 2005)。近藤らの分析では他に主観的健康感が高いことや高齢労働者割合が高いことが健康寿命を長くすると示されている。同じく都道府県別の健康寿命を検討した研究として、皆川らは健康寿命と社会・経済要素との関連を検討している。分析の結果、都道府県別の 1 人当たり所得が高いこと、65 歳以上労働者の割合が高いこと、福祉支出の割合が高いことが健康寿命を延ばし、1 人当たり失業率が高いこと、1 人当たり介護保険支出が高いことが健康寿命を短くしていることが示された (Minagawa & Saito 2018)。

また那須らは健康寿命と咀嚼能力の関係性について、Rogers 法で算出した健康寿命を用いて検討している。65 歳以上の高齢者を対象とした 3 回のパネル調査を分析した結果、歯応えのある食品咀嚼可能群と普通または軟らかい食品咀嚼可能群の間で、ベースラインの健康状態が「健康」の健康余命において、歯応えのある食品咀嚼可能群の方が健康余命が長いことを指摘している (那須・斎藤 2006)。

国レベルの健康寿命について検討した研究としては Jagger et al. (2008) があげられる。EU 加盟国 25 か国を対象とした分析で、1 人当たり GDP と GDP に占める高齢者福祉費の割合が高いほど、健康寿命 (HLYs¹) が長いことを示している。また男性においては高い長期失業率が健康寿命を損なうことも指摘されている。

世界各国の状況を分析した研究としては、スペインの州別の健康寿命を検討し、1000 人当たり文盲率、失業率、喫煙率が健康寿命を引き下げること (Gutierrez-Fisac et al. 2000)、イギリスの地方自治体別の健康寿命についての研究で、低社会階級者の割合と失業率が高いことが健康寿命を引き下げることが指摘されている (Wohland et al. 2014)。また Lin et al. (2010) は中国の地域別の健康寿命についての研究で、1 人当たり GDP が高い、都市部人口割合が高い、1 万人当たり病床数・医師・看護師数が高いことが健康寿命と正の相関を持ち、60 歳以上文盲率、家にシャワー・水道・ガス・電気がない割合が高いことが健康寿命と負の相関を持つことを指摘している。

¹ Healthy Life Years GALI の結果を使い、サリバン法に基づいて算出された健康寿命。

7. 小括

本節では第 4 章を通じて検討された各アウトカム指標に関連する先行研究をまとめてきた。検討されたアウトカム指標に対して、日常生活圏域ニーズ調査で調査されている項目が関連しているものも多いため、ニーズ調査のデータを利用できる環境を整備することで、より地域の状況をモニタリング出来る可能性が示唆された。一方、特に健康寿命の部分では自治体の福祉関連支出や保健師数・病床数等の医療・介護関連の環境整備や、社会・経済的指標が影響を及ぼしていることが示されているため、それらを踏まえたデータ整備の必要性も示唆される。

参考文献

- Gutiérrez-Fisac, J. L., Gispert, R., & Solà, J. (2000). Factors explaining the geographical differences in Disability Free Life Expectancy in Spain. *Journal of epidemiology and community health*, 54(6), 451-455.
- Jagger, C., Gillies, C., Moscone, F., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W., Robine, J. M., & EHLEIS team (2008). Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet (London, England)*, 372(9656), 2124-2131.
- Kondo, N., Mizutani, T., Minai, J., Kazama, M., Imai, H., Takeda, Y., & Yamagata, Z. (2005). Factors explaining disability-free life expectancy in Japan: the proportion of older workers, self-reported health status, and the number of public health nurses. *Journal of epidemiology*, 15(6), 219-227.
- Liu, J., Chen, G., Chi, I., Wu, J., Pei, L., Song, X., Zhang, L., Pang, L., Han, Y., & Zheng, X. (2010). Regional variations in and correlates of disability-free life expectancy among older adults in China. *BMC public health*, 10, 446.
- Minagawa, Y., & Saito, Y. (2017). An analysis of factors related to disability-free life expectancy at 65 years of age across Japanese prefectures in 2010. *European journal of ageing*, 15(1), 15-22.
- Preston, S. H. (1975). The Changing Relation between Mortality and level of Economic Development. *Population Studies*, 29(2), 231-248.
- Sullivan D. F. (1971). A single index of mortality and morbidity. *HSMHA health reports*, 86(4), 347-354.
- Wohland, P., Rees, P., Gillies, C., Alvanides, S., Matthews, F. E., O'Neill, V., & Jagger, C. (2014). Drivers of inequality in disability-free expectancy

- at birth and age 85 across space and time in Great Britain. *Journal of epidemiology and community health*, 68(9), 826-833.
- 栗盛 須雅子, 福田 吉治, 星 旦二, 須能 恵子, 大田 仁史 (2019) 「都道府県別にみた 5 年間の障害調整健康余命 (DALE) と加重障害保有割合 (WDP) の年次推移と年間比較」, 『厚生指標』, 厚生労働統計協会, 66 巻 11 号, pp.19-28.
- 大田 康博, 斉藤 雅茂, 中込 敦士, 近藤 克則 (2022) 「高齢者のインターネット利用と健康・幸福感の関連—— JAGES2016 横断断究 ——」, 『老年社会科学』, 日本老年社会学会, 44 巻 1 号, pp.9-18.
- 緒方 久美子, 西尾 美登里, 坂梨 左織, 古賀 佳代子 (2018) 「介護と健康に関する集会に参加した地域住民の主観的健康感と関連要因」, 『日本農村医学会雑誌』, 日本農村医学会, 67 巻 4 号, pp.477-484.
- 尾島 俊之 (2015) 「健康寿命の算定方法と日本の健康寿命の現状」, 『心臓』, 日本心臓財団, 47 巻 1 号, pp.4-8.
- 蔵満 美奈, 木村 宣哉, 藤田 直人, 河原田 まり子 (2014) 「健康寿命の延伸と地域保健活動との関連—北海道市町村を対象にした生態学的研究—」, 『日本公衆衛生看護学会誌』, 日本公衆衛生看護学会, 2 巻 1 号, pp.20-28.
- 厚生労働省 (2020). 「参考 ベイズ推定について」, 厚生労働省,
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/ckts20/dl/ckts20-05.pdf>.
- 近藤 克則, 芦田 登代, 平井 寛, 三澤 仁平, 鈴木 佳代 (2012) 「高齢者における所得・教育年数別の死亡・要介護認定率とその性差」, 『医療と社会』, 医療科学研究所, 22 巻 1 号, pp.19-30.
- 菅原 友香 (2018) 「健康寿命 (余命)」, 日本人口学会編, 『人口学辞典』, 丸善出版, pp.96-97.
- 菅原 友香 (2021) 「世界の健康寿命」, 金子隆一, 石井太編著, 『長寿・健康の人口学 人口学ライブラリー21』, 原書房, pp.67-85.
- 那須 郁夫, 斎藤 安彦 (2006) 「全国高齢者における健康状態別余命の推計, とくに咀嚼能力との関連について」, 『日本公衆衛生雑誌』, 日本公衆衛生学会, 53 巻 6 号, pp.411-423.
- 林 侑江, 伊香賀 俊治, 星 旦二, 安藤 真太郎 (2016) 「住宅内温熱環境と居住者の介護予防に関するイベントヒストリー分析—冬季の住宅内温熱環境が要介護状態に及ぼす影響の実態調査—」, 『日本建築学会環境系論文集』, 日本建築学会, 81 巻 729 号, pp.901-908.
- 林 浩之, 窪 優太, 林 尊弘, 越智 亮, 野口 泰司, 富山 直輝 (2022) 「地域在住の高齢男性および女性の要介護認定発生リスクを高める健康関連状態」, 『作業療法』, 日本作業療法士協会, 41 巻 2 号, pp.206-213.
- 平井 寛, 近藤 克則, 尾島 俊之, 村田 千代栄 (2009) 「地域在住高齢者の要介護認定の

- リスク要因の検討 AGES プロジェクト 3 年間の追跡研究」, 『日本公衆衛生雑誌』, 日本公衆衛生学会, 56 巻 8 号, pp. 501-512.
- 別府 志海 (2018) 「平均寿命と生命表」, 日本人口学会編, 『人口学辞典』, 丸善出版, pp. 452-455.
- 細川 陸也, 近藤 克則, 岡田 栄作, 山口 知香枝, 尾島 俊之 (2020) 「健康寿命および平均寿命に関連する高齢者の生活要因の特徴」, 『厚生指標』, 厚生労働統計協会, 67 巻 7 号, pp. 31-39.
- 松田 晋哉 (2019) 「在宅高齢者の主観的健康感及び医療費に関連する要因の分析」, 『日本ヘルスサポート学会年報』, 日本ヘルスサポート学会, 5 巻, pp. 9-19.

第6節 文献調査2

埼玉県立大学研究開発センター 久保田圭祐

1. 研究背景と目的

本調査の目的は、医学、医療、リハビリテーションの視点から、高齢者の生活の自立効果や健康寿命の効果を示す政策変数や共変量を整理し、主要な影響要因とその政策的な意義を明らかにすることを目的とした。

2. 方法

① 対象論文の検索・選定

対象論文の検索には、国内学術誌に医中誌 web とメディカルオンライン、国際学術誌にPubMedを使用した。対象年は2010年から2024年までとした。検索語は、国内学術誌については「平均寿命、健康寿命、主観的幸福感、主観的健康感、生活自立(依存)、要介護度、健康アウトカム」とした。国際学術誌では、「Life expectancy, Healthy life expectancy, subjective well-being, self-rated health, independent living, care grade, health outcomes」とした。対象論文は、これら主要アウトカム指標を評価している研究であり、これらに影響を与える変数や共変量に関するデータを含むものを選定した。会議録や症例報告は本調査から除外した。

② 対象論文の分析方法

まず初めに、論文タイトル、著者、雑誌名、刊行年、独立変数、従属変数、共変量、結果をまとめたアブストラクトテーブルを作成した。本調査では、アウトカム指標に関連する政策変数や共変量を抽出するために、アウトカム指標(平均寿命、健康寿命、主観的幸福感、主観的健康感、生活自立(依存)、要介護度、健康アウトカム)ごとに収集した論文を再分類した。

その後、各主要アウトカム指標において影響を及ぼす政策変数(独立変数)と、それに関連する共変量を整理し、影響の大きさや関係性を明確にした。

表 1. アブストラクトテーブル

No	タイトル	著者	雑誌名	年	目的	対象者	デザイン	独立変数	従属変数	共変量	結果
1	地域高齢者における主観的幸福感と家族とのコミュニケーションとの関連	岡本 和士	日本老年医学会雑誌	2000	高齢者の主観的幸福感とその関連要因を検討	65歳以上の高齢者863名(日本)	横断研究	健康度自己評価、家族との会話、社会的役割、日常生活動性、ソーシャルサポート	主観的幸福感(幸福と感じる割合)	年齢、性別、心理的要因(寂しさ、気分の落ち込み)	家族との会話の頻度が高いほど主観的幸福感が高い
2	主観的幸福感が高齢者の生命予後に及ぼす影響	岡戸順一ら	日本傾向教育学会誌	2003	主観的幸福感と死亡率の関連性を検討	65歳以上の高齢者1,200名(日本)	観察研究	主観的幸福感	健康寿命	年齢、既存の慢性疾患数、手段的目標達成度(IADL)	主観的幸福感が低いほど死亡率リスクが有意に高い
3	Promotion of health in older people: a randomised trial of health appraisal in British general practice	Danielle Harari, et al	Age and Aging	2008	ヘルスリスクアセスメント(HRA-O)が高齢者の健康行動改善に与える影響を評価	65歳以上の高齢者4,060名(イギリス)	介入研究	HRA-O、健康行動、予防ケアの利用、慢性疾患、視力や聴力、精神的健康、身体機能、社会的支援	運動頻度、高脂肪食品の摂取頻度、タバコ、飲酒量、肺炎球菌ワクチン接種率、インフルエンザワクチン接種率	年齢、性別、過去12ヶ月の入院歴、医師訪問回数、糖尿病や虚血性心疾患の有無、介護者の有無、Townsendスコア	身体活動の向上 肺炎球菌ワクチンの接種率向上その他の行動変化なし
4	介護予防事業の運動介入が運動機能及び健康関連QOLに及ぼす影響について	伊藤裕介ら	理学療法科学	2010	介護予防事業における運動プログラムが高齢者の運動機能と健康関連QOLに与える影響を評価	介護予防事業に参加した65歳以上の高齢者(日本)	介入研究	介護予防事業の運動介入(講義、ストレッチ、筋力トレーニング、全身運動)	健康関連QOL(SF-36スコア)、運動機能(握力、片脚立位時間、歩行速度、TUGなど)	転倒経験の有無	運動機能は全ての群で改善 SF-36の向上は非転倒群のみ
5	Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity	Ed Diener, et al	Applied Psychology : Health and Well-Being	2011	主観的幸福感(SWB)が健康と寿命に及ぼす影響を検討	一般住民	観察研究 メタ分析	主観的幸福感(人生満足度、ポジティブ感情、楽観性、ネガティブ感情の欠如)	健康アウトカム(平均寿命、疾患リスク、健康寿命)	健康状態、社会経済的要因(SES)	SWBが高い人は、低い人比べて健康で長生きする傾向がある
6	Comprehensive geriatric functional analysis of elderly populations in four categories of the long-term care insurance system in a rural, depopulated and aging town in Japan	Wenling Chen, et al	Geriatrics & gerontology International	2012	要介護認定のカテゴリ別に高齢者の身体・精神的機能を比較し、健康状態の違いを明らかにする	過疎地域に住む65歳以上の高齢者285名(日本)	観察研究	要介護認定(未認定、特定高齢者、要支援、要介護)	ADLスコア、TMIG-IS、GDS-15、FRI-21、主観的QOL	年齢、性別	ADL(低下)、TMIG-IC(低下)、GDS-15(上昇)、FRI-21(上昇)、主観的QOL(低下)
7	地域在住高齢者が新規要介護認定に至る要因の検討—4年間の追跡研究—	小長谷陽子ら	日本老年医学会	2014	地域在住高齢者の要介護認定に関連する要因を疾患、健康状態、移動能力、身体活動等の幅広い項目で縦断的に解析	2006年時点で要介護認定を受けていない4,213人の高齢者(日本)	縦断研究	慢性疾患の有無(高血圧、心疾患、脳卒中等)、健康管理(BMI、体重変化、食欲、睡眠困難)、移動能力(歩行速度、転倒歴)、身体活動(作業頻度)	4年後の要介護認定の有無	年齢、性別、生活習慣	慢性疾患の有無と数が必要介護認定と関連

表 1. アブストラクトデータベース(続き)

No	タイトル	著者	雑誌名	年	目的	対象者	デザイン	独立変数	従属変数	共変量	結果
8	Psychological Wellbeing, Health and Ageing	Andrew Steptoe et al	The Lancet	2015	心理的幸福感の加齢による変化と健康アウトカムや寿命との関連を調査	160カ国以上の Gallup World Poll およびイギリスの ELSA コホート 9,050名(平均年齢 64.9歳)	観察研究 縦断研究	主観的幸福感	健康アウトカム(寿命, 生存率, 疾患リスク, 健康寿命)	年齢, 性別, 社会経済的要因, 基礎疾患	心理的幸福感が高いほど死亡率が低下する eudemonic wellbeingが高いほど長生きする
9	地域高齢者の主観的健康感の変化に影響を及ぼす心理・社会活動要因	山内加奈子ら	日本公衆衛生雑誌	2015	主観的健康感に影響を及ぼす心理・社会活動要因を明らかにすること	65歳以上の高齢者 7,413人(日本)	観察研究	生活満足度, 老研式活動能力指標, 認知症傾向, うつ傾向	主観的健康感(5年間の変化), 健康維持率	年齢, 性別, 既往歴, 生活習慣	生活満足度が高いと主観的健康感の低下リスクが低い
10	地域在住者における主観的健康感に影響する背景因子及び生存率に関する調査	小糸秀ら	日本プライマリ・ケア連合学会誌	2015	主観的健康感に影響を与える要因と生存率との関連を明らかにすること	18歳以上の住民 3,164名(日本)	観察研究	年齢, 性別, 心臓血管疾患既往歴, うつ状態, 基本的日常生活動作, 手段の自立, 知的能動性, 社会的役割, 主観的幸福感	主観的健康感(自己評価), 生存率(死亡・生存)	生活環境, 社会的支援, 健康習慣	主観的健康感が低いと死亡率リスクが上昇
11	Effects of Health Risk Assessment and Counselling of Health Behaviour and Survival in Older People: A Pragmatic Randomised Trial	Stuck	Plos one	2015	ヘルスリスクアセスメント(HRA)+カウンセリングが高齢者の健康行動と死亡率に及ぼす影響を評価	65歳以上の高齢者 2,728名(スイス)	介入研究	HRAとカウンセリング(自己記入式質問票+個別フォローアップ・バック・看護師・PCPによる2年間のフォローアップ)	健康行動(身体活動, 果物・野菜の摂取, 脂肪摂取など), 予防ケアの利用(血圧測定, コレステロール測定, ワクチン摂取), 全死亡率	年齢, 性別, 入院歴, 自己申告の健康状態, 糖尿病や心臓病の有無, 介護者の有無	身体活動の増加, ワクチン接種率向上, 8年後の死亡率低下
12	Effects of preventive visits by district nurses on self-reported health of 75-year-olds	Sherman	Primary Health Care Research and Development	2016	予防的家族訪問が高齢者の自己報告健康状態に及ぼす影響を調査	75歳以上の高齢者 306名(スウェーデン)	介入研究 - 予防的 - 家族訪問	主観的健康感(身体活動, 喫煙・飲酒, 栄養, 医療機関との接触)	予防的家族訪問(PHV): 地区看護師による健康アセスメント, 情報提供, フォローアップ	性別, 家庭内の生活状況(単身か同居か), 教育レベル	痛みの減少, 地域サービスへの認知向上, 医療機関との接触増加
13	訪問リハビリテーション利用者の要介護度変化とその要因	大沼剛ら	理学療法学	2016	訪問リハビリテーション利用者の要介護度変化とその関連要因を明らかにすること	訪問看護ステーション利用者 1,856名のうち, 1年間以上継続利用している510名(平均年齢 76.4歳)	観察研究	年齢, 性別, 同居者の有無, 介護期間, 訪問リハビリ頻度, 早期訪問リハビリ導入の有無	要介護度の変化(軽度化, 維持, 重度化)	主疾患(脳血管疾患, 筋骨格系疾患, 骨折, 心疾患等)	訪問リハビリ開始時の年齢が若いほど軽度化しやすい, 早期訪問リハビリが軽度化に寄与
14	高齢者総合機能評価は健診よりも健康寿命喪失を予測する: JAGESコホート研究	岡部大地ら	日本老年医学会雑誌	2018	高齢者総合機能評価(CGA)と特定健診の健康寿命喪失予測力と比較	JAGESコホート研究の65歳以上の高齢者 30,000名	観察研究	基本チェックリスト(CGA)と特定健診の各項目(血液検査, メタボリックシンドローム指標)	健康寿命喪失(要介護2以上の認定または死亡)	年齢, 性別, 飲酒, 喫煙, 教育年数, 等価所得	基本チェックリストの6項目と特定健診の6項目が有義, メタボリックシンドロームは有意でない

表 1. アブストラクトデータベース(続き)

No	タイトル	著者	雑誌名	年	目的	対象者	デザイン	独立変数	従属変数	共変量	結果
15	Association Between Subjective Well-Being and Living Longer Without Disability or Illness	Paola Zaninotto, et al	JAMA Network Open	2019	主観的幸福感が障害や慢性疾患なしで生存する期間に与える影響を調査	50歳以上の高齢者 10,390名(イギリス)	観察研究	主観的幸福感(楽しさの度合いおよび抑うつ症状の有無)	健康寿命(Disability-free life expectancy, Chronic disease-free life expectancy)	年齢, 性別, 社会経済的地位(富裕層かどうか), 同居状況	主観的幸福感が高い人は低い人に比べて健康寿命が長い
16	日本における高齢者が健康に独居生活を送れる条件に関する文献検討	白砂恭子ら	日本看護研究学会雑誌	2019	高齢者が健康に独居生活を送るための条件を明らかにすること	「ひとり暮らし or 独居生活 or 独居」 and 「高齢者」 and 「健康」を検索し, 原著論文18件を分析	文献レビュー	性別, 経済的安定(年収300万円以上), 社会的交流, 趣味活動, 地域活動参加	健康寿命, 主観的健康感, 生活自立(BADL・IADLの維持)	孤立度, 支援環境, 健康習慣	主観的健康感が高いと生活自立度も高く, 健康寿命が延伸する傾向
17	Factors related to quality of life in elderly users of day care rehabilitation services	Yamato Niioka, et al	Hiroasaki Medical Journal	2020	デイケア利用者の健康関連QOLと主観的幸福感に影響を与える要因を分析	65歳以上のデイケア利用高齢者 265名(日本)	観察研究	身体的・精神的・社会的要因(抑うつ, 痛み, 下肢筋力, 社会的ネットワークなど)	健康関連QOL(SF-8), 主観的幸福感(Life Satisfaction Index-K)	年齢, 性別, 介護度, 居住状況, 学歴, 趣味の有無	抑うつ(GDS-15)は主観的幸福感と精神的QOLに負の影響, 下肢筋力(CS-30)と痛み(NRS)は身体的QOLに影響
18	Negative old-age life events and well-being in later life: The moderating and mediating role of loneliness	Swiss et al	International Psychogeriatrics	2021	高齢者のネガティブライフイベントと主観的幸福感の関係を孤独感を媒介・緩衝効果に分析	50歳以上の高齢者 9,435名(ヨーロッパ6カ国)	観察研究	ネガティブライフイベント(健康悪化, 財政状況の変化, 人間関係の対立, 喪失体験)	主観的幸福感(Short Well-Being Instrument for Older Adults, SWIO)	年齢, 性別	有意に負の影響を与える財政状況の変化, 健康悪化, 人間関係の対立, 健康悪化した家族の存在が幸福感を低下
19	訪問リハビリテーション利用者の要介護度変化に対する疾患の影響	熊井 健ら	理学療法	2021	訪問リハビリ利用者の要介護度変化について, 疾患の種類と併存疾患に着目して検討すること	訪問リハビリ利用者 66名(平均年齢78.0歳)	観察研究	疾患(運動器疾患, 中枢神経疾患, 呼吸器・循環器疾患, 認知症, その他内部疾患), 併存疾患の有無	要介護度の変化(軽度化・維持・重度化)	年齢, 性別, 介入期間, 他リハビリサービスの利用	運動器疾患のある者は要介護度が軽度化認知症がある者は要介護度が重度化
20	Subjective Well-Being and Active Life Expectancy in Japan: Evidence From a Longitudinal Study	Yuka Minegawa, et al	Innovation in Aging	2022	日本における主観的幸福感と健康寿命の関連を縦断的に分析	60歳以上高齢者 6,888名(日本)	観察研究	主観的幸福感	健康寿命(LE without disability, Active LE)	年齢, 性別	満足度が高い人は, 男性で3.96年, 女性で4.49年健康寿命が長い
21	Happy people live longer because they are healthy people	Cai Feng Song, et al	BMC Geriatrics	2023	主観的幸福感が健康寿命と死亡率に与える影響を分析	シンガポールの高齢者(60歳以上, 3,195名, 11.7年間追跡)	観察研究	主観的幸福感	健康寿命(All-cause mortality over 11.7 years)	年齢, 性別, 民族, 教育, 住宅タイプ, 婚姻状況, 社会的支援スコア, ライフスタイル(喫煙など), 認知健康, 心理的健康, 身体的健康, IADL	幸福感スコアが1ポイント高いと死亡率が15%低下「幸福」群は「不幸」群より生存率が高い

表 1. アブストラクトデータベース(続き)

No	タイトル	著者	雑誌名	年	目的	対象者	デザイン	独立変数	従属変数	共変量	結果
22	The associatin between quality of life and subjective wellbeing among older adults based on canonical correlation analysis	Huanling Liu	Frontiers in Public Health	2023	高齢者のQOLと主観的幸福感の関連性を評価	60歳以上の高齢者 1,532名(中国)	観察研究	生活の質 (Quality of Life: SF-36の8指標)	主観的幸福感(Memorial University of Newfoundland Well-Being Scale, MUNSH)	年齢, 性別, 社会経済的要因	生活の質(特にVitalityとMental Health)が主観的幸福感と強い相関
23	認定調査データを用いた要介護度の悪化に関連する要因の分析	松田晋哉 ら	日本健康支援学会誌	2023	要介護度の悪化に関連する要因を明らかにし、対策を検討すること	2014年度に要介護1と認定された在宅高齢者11,658人(日本)	観察研究 縦断研究	ADL依存度(寝返り, 起き上がり, 座位保持, 歩行, 移動), 医療・介護サービス利用(訪問看護, 福祉機器使用), 既往歴(下肢関節障害, 脊椎障害)	要介護度の悪化(2017年まで)	年齢, 性別, 外出頻度, 買い物依存	筋力低下が要介護度の悪化と関連, 訪問看護利用者では悪化リスクが低下
24	Community-based complex interventions to sustain independence in older people, stratified by frailty: a systematic review and network meta-analysis	Thomas Frederick Crocker et al	Health Technology Assessment	2024	地域密着型複合介入が高齢者の生活自立に与える影響をフレイルレベル別に評価	システマティックレビュー対象のRCT・コホート研究 (高齢者対象)	介入研究	地域密着型複合介入(栄養サポート, 運動, 服薬管理, 心理的療法, 社会的スキル訓練など)	自宅生活維持, IADL, PADL, 介護施設入所率	フレイルレベル, 年齢, 性別, 既存の健康状態	自宅生活維持の向上, IADLの改善
25	Community-based complex interventions to sustain independence in older people, stratified by frailty: a systematic review and network meta-analysis	Thomas Frederick Crocker et al	Health Technology Assessment	2024	地域密着型複合介入が高齢者のHRQoLに与える影響をフレイルレベル別に評価	システマティックレビュー対象のRCT・コホート研究 (高齢者対象)	介入研究	地域密着型複合介入(栄養サポート, 運動, 服薬管理, 心理的療法, 社会的スキル訓練など)	健康関連のQOL(SF-36など)	フレイルレベル, 年齢, 性別, 既存の健康状態	QOLの向上, 身体的健康維持に対して中等度の効果
26	Community-based complex interventions to sustain independence in older people, stratified by frailty: a systematic review and network meta-analysis	Thomas Frederick Crocker et al	Health Technology Assessment	2024	地域密着型複合介入が高齢者の健康寿命に与える影響をフレイルレベル別に評価	システマティックレビュー対象のRCT・コホート研究 (高齢者対象)	介入研究	地域密着型複合介入(栄養サポート, 運動, 服薬管理, 心理的療法, 社会的スキル訓練など)	健康寿命(Living at homeの維持, IADL/PADLの改善)	フレイルレベル, 年齢, 性別, 既存の健康状態	健康寿命の延長, IADL改善
27	Community-based complex interventions to sustain independence in older people, stratified by frailty: a systematic review and network meta-analysis	Thomas Frederick Crocker et al	Health Technology Assessment	2024	地域密着型複合介入が高齢者の健康リスクに与える影響をフレイルレベル別に評価	システマティックレビュー対象のRCT・コホート研究 (高齢者対象)	介入研究	地域密着型複合介入(栄養サポート, 運動, 服薬管理, 心理的療法, 社会的スキル訓練など)	健康リスク(抑うつスコア, 転倒率, 死亡率)	フレイルレベル, 年齢, 性別, 既存の健康状態	転倒リスク低減, 抑うつ改善

表 2.

アウトカム指標	独立変数	共変量	主な研究結果
主観的健康感	年齢、性別、心脳血管疾患既往歴、うつ状態、基本的日常生活動作(BADL)、手段の自立、知的能動性、社会的役割、主観的幸福感、生活満足度、老研式活動能力指標、認知症傾向、うつ傾向、健康度自己評価、家族との会話、社会的役割、日常生活性、ソーシャルサポート	年齢、性別、生活環境、社会的支援、健康習慣、心理的要因(寂しさ、気分落ち込み)、既往歴、生活習慣	生活満足度が高いと主観的健康感の低下リスクが低い; 家族との会話の頻度が高いほど主観的幸福感が高い; 主観的健康感が低いと死亡リスクが上昇
主観的幸福感	生活の質 (Quality of Life: SF-36の8指標)	年齢、性別、社会経済的要因	生活の質(特にVitalityとMental Health)が主観的幸福感と強い相関
健康リスク	多面的アクション(栄養サポート、運動、服薬管理、心理的療法、社会的スキル訓練など)	年齢、性別、フレイルレベル、既存の健康状態	転倒リスク低減; 抑うつ改善
健康寿命	主観的幸福感(楽しさの度合いおよび抑うつ症状の有無)、主観的健康感(Self-rated health)、主観的幸福感(Happiness Likert scale)、主観的幸福感(Life Satisfaction)、多面的アクション(栄養サポート、運動、服薬管理、心理的療法、社会的スキル訓練など)、基本チェックリストと特定健診の各項目(血液検査、メタボリックシンドローム指標)	年齢、性別、飲酒、喫煙、教育年数、等価所得、性、社会経済的地位(富裕層かどうか)、同居状況、フレイルレベル、既存の健康状態、既存の慢性疾患数、IADL、民族、教育、住宅タイプ、婚姻状況、社会的支援スコア、ライフスタイル(喫煙、アルコール摂取、身体活動)、心理的健康、身体的健康	基本チェックリストの6項目と特定健診の6項目が有意; メタボリックシンドロームは有意でない; 幸福感スコアが1ポイント高いと死亡リスクが15%低下; 「幸福」群は「不幸」群より生存率が高い; 満足度が高い人は男性で3.96年・女性で4.49年健康寿命が長い; 主観的幸福感が高い人は低い人比べて健康寿命が長い; IADL改善; 主観的健康感が低いほど死亡リスクが有意に高い
健康関連の生活の質(HRQoL)	身体的・精神的・社会的要因(抑うつ、痛み、下肢筋力、社会的ネットワークなど)、地域密着型複合介入(栄養サポート、運動、服薬管理、心理的療法、社会的スキル訓練など)	年齢、性別、介護度、居住状況、学歴、趣味の有無、フレイルレベル、既存の健康状態	抑うつ(GDS-15)は主観的幸福感と精神的QOLに負の影響、下肢筋力(CS-30)と痛み(NRS)は身体的QOLに影響; QOLの向上; 身体的健康維持に対して中等度の効果
生活自立	地域密着型複合介入(栄養サポート、運動、服薬管理、心理的療法、社会的スキル訓練など)	年齢、性別、フレイルレベル、既存の健康状態	自宅生活維持の向上; IADLの改善
要介護度	ADL依存度(寝返り、起き上がり、座位保持、歩行、移動)、医療・介護サービス利用(訪問看護、福祉機器使用)、既往歴(下肢関節障害、脊椎障害)、年齢、性別、同居者の有無、介護期間、訪問リハビリ頻度、早期訪問リハビリ導入の有無、慢性疾患の有無(高血圧、心疾患、脳卒中など)、健康管理(BMI、体重変化、食欲、睡眠困難)、移動能力(歩行速度、転倒歴)、身体活動(作業頻度)、診断された疾患(運動器疾患、中枢神経疾患、呼吸器・循環器疾患、認知症、その他内部疾患)、併存疾患の有無	年齢、性別、生活習慣、買い物依存、主疾患(脳血管疾患、筋骨格系疾患、骨折、心疾患等)、介入期間、他リハビリサービスの利用	慢性疾患の有無と数が必要介護認定と関連; 訪問リハビリ開始時の年齢が若い人ほど軽度化しやすい; 早期訪問リハビリ導入が軽度化に寄与; 筋力低下が必要介護度の悪化と関連; 訪問看護利用者では悪化リスクが低下; 運動器疾患のある者は要介護度が軽度化しやすい; 認知症がある者は要介護度が重度化しやすい

3. 結果

① 健康寿命

健康寿命の延伸には、社会経済的要因や健康行動の影響が大きく、高齢者の生活習慣や環境が重要である。[1]では、地域密着型の複合介入がフレイルレベルに応じた健康寿命の延伸に有効であることが報告された。また、日本の高齢者を対象とした[2]の調査では、主観的幸福感の高さが健康寿命の延伸に関連した。さらに、[3]では、幸福感的向上が死亡リスクの低減に寄与する可能性があることが示された。同様に、[4]では、主観的幸福感の高さが疾患リスクの低下や健康寿命の延伸と関連することが示された。[5]では、健康寿命を延ばすための政策介入の有効性について検討され、高齢者の行動変容を促すことの重要性が指摘されている。[6]の研究では、高齢者総合機能評価(CGA)が特定健診よりも健康寿命喪失の予測力が優れることが明らかになっている。

② 主観的健康感

主観的健康感とは、心理的および社会的要因の影響を強く受ける。[7]の研究によれば、主観的健康感が高い高齢者は死亡率が低いことが追跡調査で明らかになっている。一方で、[8]では、地域在住高齢者において社会的なつながりが主観的健康感の向上に寄与することが示されている。また、[9]の研究では、定期的な予防的家庭訪問が高齢者の自己報告健康状態を改善する可能性を示している。[10]では、心理・社会活動の低下が時間経過とともに主観的健康感の悪化につながることを縦断研究によって確認された。

③ 要介護度

要介護度の進行を抑制するためには、適切なリハビリテーションの提供と慢性疾患の管理が不可欠である。[11]の分析では、要介護度の悪化にはフレイルや慢性疾患の進行が強く関係していることが示された。また、[12]の研究では、訪問リハビリを受けることで要介護度の進行が抑制される可能性があることが報告されている。さらに、[13]では、疾患の種類や併存疾患が要介護度の変化にどのような影響を及ぼすかが詳しく検討された。[14]では、要介護認定のカテゴリ別に高齢者の身体・精神的機能を比較し、健康状態の違いを明らかにすることで、要介護度の変化を予測する要因を分析している。

④ 健康関連の生活の質 (HRQoL)

HRQoLを向上させるためには、多角的な介入が必要とされる。[1]では、フレイルレベルに応じた地域密着型の介入がHRQoLの改善に貢献することが示された。加えて、[15]の研究では、介護予防事業の一環として実施される運動プログラムが、運動機能の向上とともにHRQoLの向上にも寄与することが明らかになっている。

⑤ 健康リスク

高齢者の健康リスクを低減するためには、予防的介入が不可欠である。[1]では、フレイルレベルに応じた複合的な介入が健康リスクの低下に有効であることが確認された。加えて、[15]の介入研究では、健康促進プログラムの実施が高齢者の健康維持・増進に重要な役割を果たすことが明らかとなった。

⑥ 生活自立

高齢者の生活自立を維持するためには、心理的・社会的要因が重要な役割を果たす。[1]の研究では、地域密着型の複合介入が生活自立の維持に貢献することが示された。また、[16]では、心理的幸福感が健康や加齢と深く関連し、生活自立の維持を支える要素となることが明らかになった。さらに、[17]の研究では、日本の高齢者が健康に独居生活を送るための要因について包括的な整理が行われている。

⑦ 主観的幸福感

主観的幸福感は、社会的交流や経済的安定との関連が深い。[18]の研究によると、高齢者がネガティブなライフイベントを経験した際、孤独感はその影響を増幅し、主観的幸福感を低下させることが示された。一方、[2]では、日本の高齢者において主観的幸福感が健康寿命の延伸と密接に関連することが明らかになった。また、[19]の研究では、主観的幸福感の高い高齢者は障害や慢性疾患なしで生存する期間が長い傾向にあることが示唆された。加えて、[20]の研究では、デイケアが HRQoL および主観的幸福感の向上に寄与することが示されている。[16]では、主観的幸福感が健康寿命と死亡リスクに影響を与えることが確認され、[21]では、QOL と主観的幸福感の密接な関連が示された。さらに、[22]の研究では、家族とのコミュニケーションが主観的幸福感を向上させる要因として重要であることが示されており、主観的幸福感が健康と寿命に及ぼす影響が包括的に検討されている。

4. 結論

本研究の結果から、高齢者の健康寿命延伸や生活の自立維持には、経済、家族関係、教育、社会的交流、医療・介護サービスの質など、多様な要因が関与していることが明らかになった。特に、介護予防策、健康行動の促進、社会参加の機会提供、経済的支援が、高齢者の健康と QOL 向上に寄与する可能性が示唆される。今後、地域ごとの特性を考慮しながら、より効果的な高齢者支援施策の策定が求められる。

- [1] T. F. Crocker *et al.*, “Community-based complex interventions to sustain independence in older people, stratified by frailty: a systematic review and network meta-analysis,” *Health Technol Assess*, vol. 28, no. 48, pp. 1–194, Aug. 2024, doi: 10.3310/HNRP2514.
- [2] Y. Minagawa and Y. Saito, “Subjective Well-Being and Active Life Expectancy in Japan: Evidence from a Longitudinal Study,” *Innov Aging*, vol. 7, no. 1, 2023, doi:

10.1093/geroni/igac075.

- [3] A. Steptoe, A. Deaton, and A. A. Stone, “Subjective wellbeing, health, and ageing,” Feb. 14, 2015, *Lancet Publishing Group*. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61489-0.
- [4] E. Diener and M. Y. Chan, “Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity,” *Appl Psychol Health Well Being*, vol. 3, no. 1, pp. 1–43, Mar. 2011, doi: 10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x.
- [5] A. E. Stuck *et al.*, “Effect of Health Risk Assessment and Counselling on Health Behaviour and Survival in Older People: A Pragmatic Randomised Trial,” *PLoS Med*, vol. 12, no. 10, 2015, doi: 10.1371/journal.pmed.1001889.
- [6] 岡部大地, 辻大士, and 近藤克則, “高齢者総合機能評価は健診よりも健康寿命喪失を予測する：JAGESコホート研究,” *日本老年医学会雑誌*, vol. 55, no. 3, pp. 367–377, 2018.
- [7] 岡戸順一, 艾斌, 巴山玉蓮, and 星旦二, “主観的健康感が高齢者の生命予後に及ぼす影響,” *日本健康教育学会誌*, vol. 11, no. 1, 2003.
- [8] 小糸秀 *et al.*, “地域在住者における主観的健康感に影響する背景因子及び生存率に関する調査,” *日本プライマリ・ケア連合学会誌*, vol. 38, no. 3, pp. 214–220, 2015.
- [9] H. Sherman, S. Söderhielm-Blid, C. Forsberg, A. Karp, and L. Törnkvist, “Effects of preventive home visits by district nurses on self-reported health of 75-year-olds,” *Prim Health Care Res Dev*, vol. 17, no. 1, pp. 56–71, Jan. 2016, doi: 10.1017/S1463423614000565.
- [10] 山内加奈子, 斉藤功, 加藤匡宏, 谷川武, and 小林敏生, “地域高齢者の主観的健康感の変化に影響を及ぼす心理・社会活動要因 5年間の追跡研究,” *日本公衆衛生雑誌*, vol. 62, no. 9, pp. 537–547, 2015, doi: 10.11236/jph.62.9_537.
- [11] 松田晋哉 *et al.*, “認定調査データを用いた要介護度の悪化に関連する要因の分析,” *日本ヘルスサポート学会年報*, vol. 6, 2021.
- [12] 大沼剛, 阿部勉野部, 福山支伸, 安倍浩之, and 小山樹, “訪問リハビリテーション利用者の要介護度変化とその要因,” *理学療法学*, no. 6, pp. 501–507, 2016.
- [13] 熊井健 and 池田由美, “訪問リハビリテーション利用者の要介護度変化に対する疾患の影響,” *理学療法学*, vol. 48, no. 2, pp. 214–221, 2021.
- [14] W. Chen *et al.*, “Comprehensive geriatric functional analysis of elderly populations in four categories of the long-term care insurance system in a rural, depopulated and aging town in Japan,” *Geriatr Gerontol Int*, vol. 13, no. 1, pp. 63–69, Jan. 2013, doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00859.x.
- [15] 伊藤裕介, 菅沼一男, 芹田透, 榊原僚子, 知念紗嘉, and 丸山仁司, “介護予防事業の運動介入が運動機能及び健康関連QOLに及ぼす影響について —転倒経験の有無による検討—,” *理学療法科学*, vol. 25, no. 5, pp. 779–784, 2010.

- [16] C. F. Song, P. K. C. Tay, X. Gwee, S. L. Wee, and T. P. Ng, “Happy people live longer because they are healthy people,” *BMC Geriatr*, vol. 23, no. 1, Dec. 2023, doi: 10.1186/s12877-023-04030-w.
- [17] 白砂恭子 and 瀧田英津子, “日本における高齢者が健康に独居生活を送れる条件に関する文献検討,” *日本看護研究会雑誌*, vol. 42, no. 5, pp. 921–931, 2019.
- [18] L. Switsers, J. Domènech-Abella, L. De Donder, and S. Dury, “Negative old-Age life events and well-being in later life: The moderating and mediating role of loneliness,” *Int Psychogeriatr*, vol. 33, no. 12, pp. 1265–1276, Dec. 2021, doi: 10.1017/S1041610220004196.
- [19] P. Zaninotto and A. Steptoe, “Association between Subjective Well-being and Living Longer Without Disability or Illness,” *JAMA Netw Open*, vol. 2, no. 7, Jul. 2019, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.6870.
- [20] Y. Niioka, E. Tsushima, H. Ogihara, T. Sato, K. Hirayama, and T. Taguchi, “Factors related to quality of life in elderly users of day care rehabilitation services: An investigation using health-related quality of life and subjective well-being,” *Hirotsuki Medical Journal*, vol. 70, pp. 130–138, 2020.
- [21] H. Liu, Q. Gan, J. Tan, X. Sun, Y. Liu, and C. Wan, “The association between quality of life and subjective wellbeing among older adults based on canonical correlation analysis,” *Front Public Health*, vol. 11, 2023, doi: 10.3389/fpubh.2023.1235276.
- [22] 岡本和士, “地域高齢者における主観的幸福感と家族とのコミュニケーションとの関連,” *日本老年医学会雑誌*, vol. 37, no. 2, 2000.

第 5 章 自治体を対象とした報告会

第5章 自治体を対象とした報告会

1. 目的

関東信越厚生局内の都県・市区町村等において、「見える化」システムのデータを用いて、地域包括ケアシステムの構築状況の把握、評価を行い、今後の地域支援事業の展開や見直しを検討することができるように、本事業の取組の成果等についての報告会を行う。

2. 開催概要

○時期・実施方法：令和7年3月13日（木）10：00～12：00

○実施方法：オンライン（Zoomのウェビナー）

○対象者・参加者数：

関東信越厚生局内の都県・市区町村・保険者等における地域包括ケアシステムに関する事業の担当者 計135名（内訳 都県職員17名、市町村職員117名、その他1名）

※当日10分以上接続のあった端末数

○主催者：埼玉県立大学、医療経済研究機構

○プログラム

時刻	内容	
10:00～	・あいさつ	関東信越厚生局 埼玉県立大学
10:10～	・事業の概要 ・地域包括ケア「見える化」システムのデータ等を活用した地域分析 結果	埼玉県立大学 地域連携センター教授 吉田 俊之
10:40～	・地域包括ケア「見える化」システムの活用状況等についてのアンケート調査結果 概要 ・市区町村において、地域包括ケア「見える化」システムのデータ等を活用した取組事例	医療経済研究機構 柳 史生
11:50～	閉会挨拶、アンケート記入	

3. アンケート結果

○回収数（回収率）：83 名（61.5%）

○回答者の特性：

回答者の所属は、都県職員 7 名、市区町村等職員 76 名であった（図表 5 - 1）。

自治体の職員としての経験年数は～5 年目が 29 名と最も多く、次いで 6～10 年目が、11～15 年目と 26 年目以上と続いた（図表 5 - 2）。また、地域包括ケアシステム関連業務担当年数は 1・2 年目が 43 名と最も多く、次いで 3～5 年目であった（図表 5 - 3）。

職位は係長級が 33 名と最も多く、次いで係員級が多かった。（図表 5 - 4）。

担当業務は、包括的支援事業が 13 名と最も多く、次に相談支援・措置であった。（図表 5 - 5）

図 5-1 回答者の所属



図 5-2 自治体の職員の経験年数

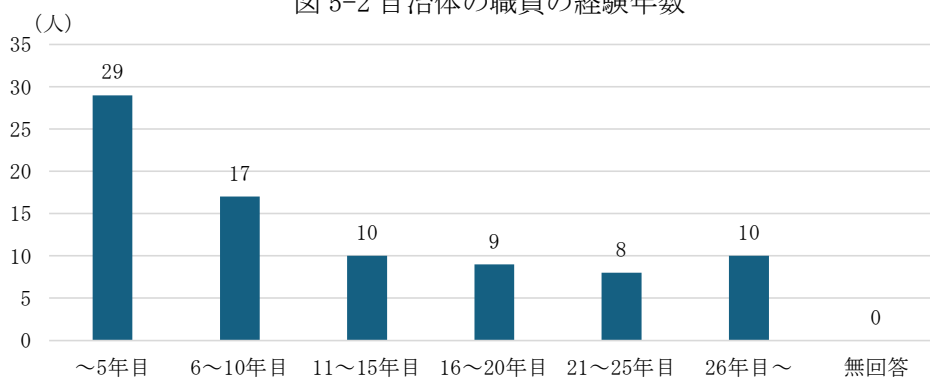
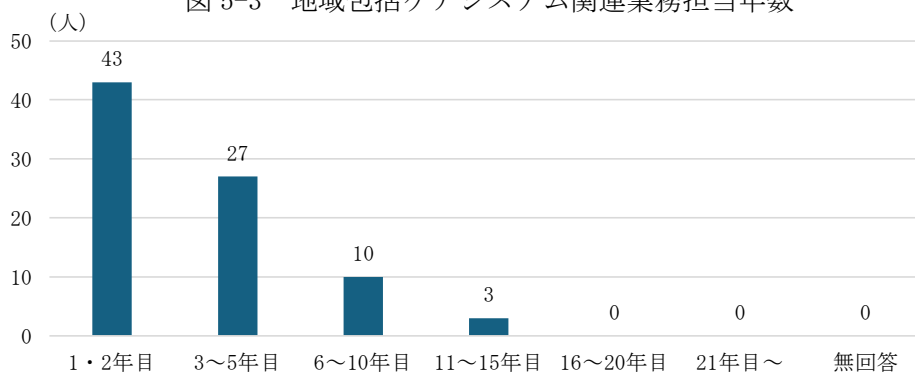
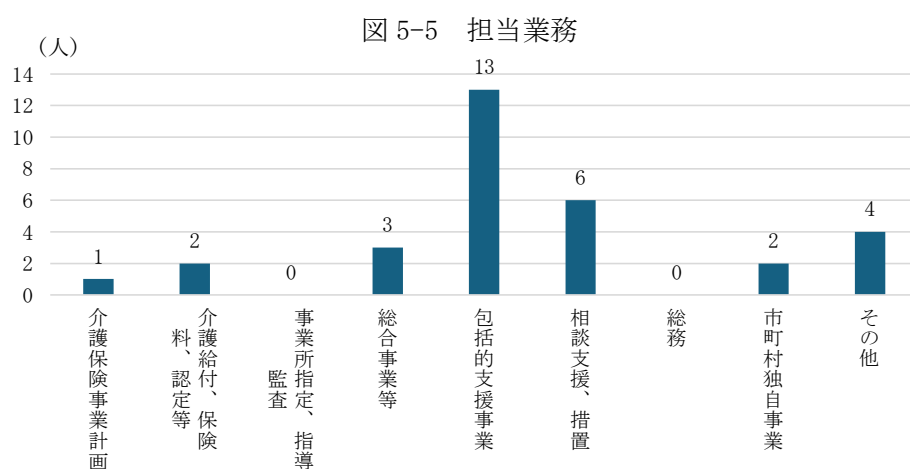
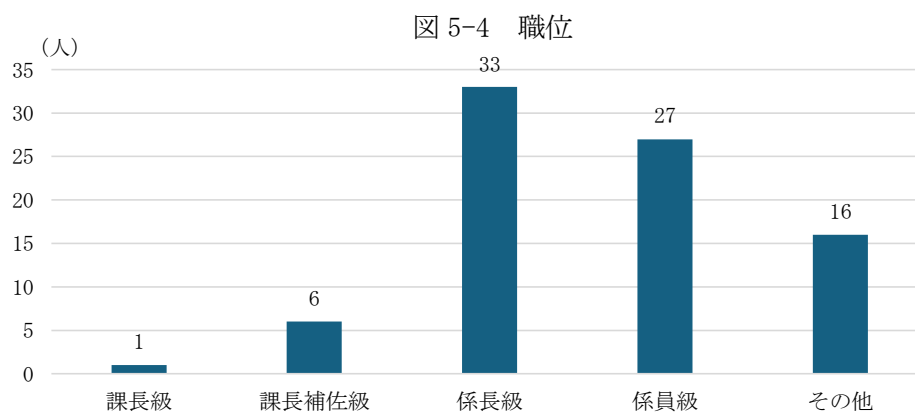


図 5-3 地域包括ケアシステム関連業務担当年数

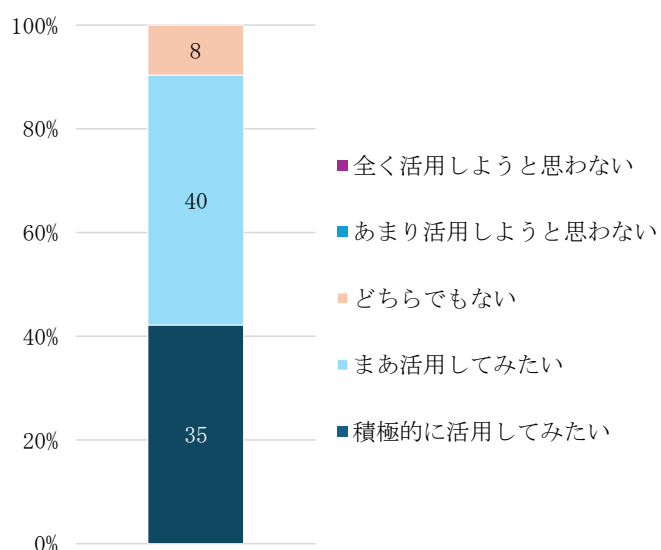




○見える化システムの活用意向：

報告会後の地域包括ケア「見える化」システムの活用意向について、「積極的に活用してみたい」「まあ活用してみたい」との回答が9割であった（図表5 - 6）。

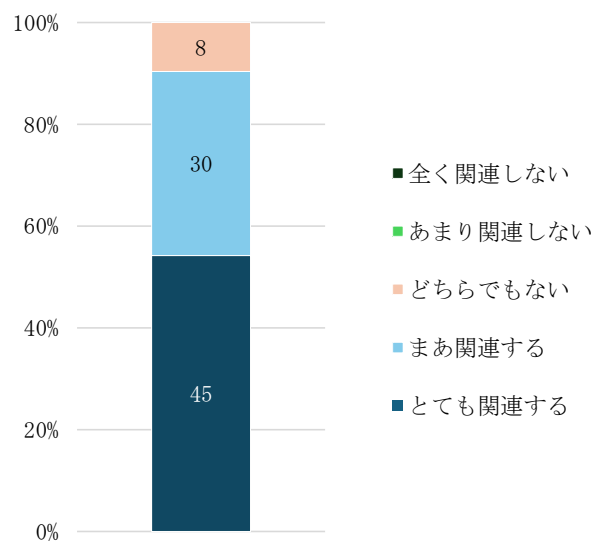
図 5-6 見える化システムの活用意向



○業務との関連性：

「とても関連する」「まあ関連する」との回答が9割であった（図表5 - 7）。

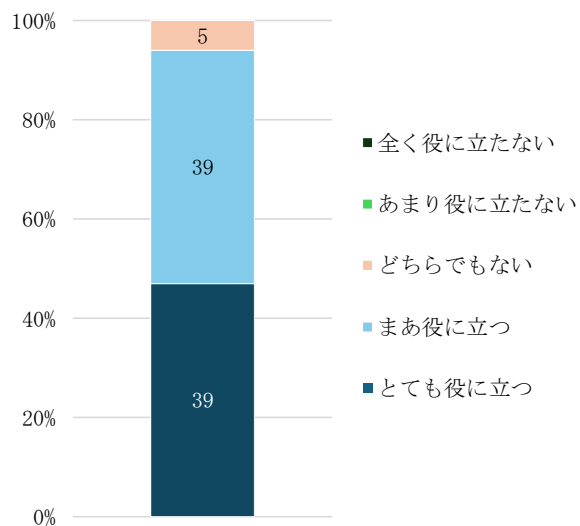
図 5-7 業務との関連性



○業務に役に立つか：

「とても役に立つ」「まあ役に立つ」との回答が9割強であった（図表5 - 8）。

図 5-8 業務に役に立つか



○その他、ご要望やご意見、ご感想（重複する内容は一部未掲載）

<見える化システムの活用>

- ・見える化システムについては以前より活用しなければと思いつつもどのように操作すればよいかわからず、また日常業務に追われ満足に時間も取れない中で避けてきてしまったツールでもありました。事業運営では評価がぼんやりしたものになっていることも気がかりでした。今回の報告会をきっかけにもう少し使い方に慣れて、身近なツールとして見える化システムを活用出来たらよいと感じます。
- ・今まで保険料の推計のために利用するくらいでしたが、もっとデータ分析のツールとして活用していければと思いました。計画作成担当だけではなく、予防等の事業担当にも活用を勧めていきたいと思います。
- ・当課としては全くと言っていいほど利用していなかったもので、今後、活用したいと思いました。
- ・見える化システムの活用方法が具体的にイメージでき今後の業務に活用していきたいです。
- ・苦手意識もあり、思うように取り組めていなかったもので、今後、取り組みを進めていきたいと思います。
- ・ロジックモデルの重要性は感じているものの、技術や関係者間での協議をする時間等の課題がある。見える化システムも計画の際に介護保険係が使うもので、地域包括ケア係が使うものだという認識はなかった。今回を機に見える化システムをまずは見てみようと思った。
- ・見える化システムの活用により、客観的な視点で地域分析や事業の計画～評価ができると考えます。住民の生の声はもちろんのこと、統計データや他のツール（KDB）等も活用しながら、事業に活かしていければと思います。
- ・事業の運営も総合事業のサービスを作る際にも必要なデータ分析であると思いました。活用できるようにしたいです。
- ・見える化システムを使用したことがないのでまずはシステムを使うところから始めたいと思います。
- ・見える化システムは使ったことがあるが、まだうまく活用できていない。関連する項目や目的への結びつけがうまくいっていないと思うので、今後使う際には今日聞いたことを意識していきたい。
- ・見える化システムを活用しきれっていない現状があると思います。活用できるようデータの見方や活用方法を検討していきたい。
- ・見える化システムはどのように使用してよいかわからなかったが、理解できた。事業評価等に使用していきたい。またそのデータを用いて地域分析を行いロジックモデルを使用して事業展開を考えてみようと思いました。

<活用における課題>

- ・実際に活用するにはハードルがあること、職場内や地域などへの動機付けや方向性をどうするのが大事だと感じました。

- ・当市では、介護保険事業計画策定を担当している介護保険課と、地域支援事業を所管する高齢者支援課が分かれている。本来、見える化システムを活用してほしい高齢者支援課があまり見える化システムを活用できていない。どうしたら関係部署すべてで共通認識を持てるようになるのか悩んでいます。
- ・「見える化」システムの存在は知っていながら、活用できていなかった現状があります。地域包括ケアシステムの担当が明確になっていないこと、また業務内容が複数課にまたがっていることから、関係課が意識を統一していくためにこういった研修会の参加は必要だなあと感じました。また、指標となるデータのうち市町村が入力するものと、既存のデータを活用していただいているものが理解できていないのも課題です。
- ・総合事業を含むサービス別利用傾向の分析が一度にできないので、国保連の請求から作っています。また、現状分析の各指標ごとのデータが何に使えるのか、まずそこからして分かりません。

<支援の必要性>

- ・10期の計画策定にあたり、委員さんを招集して会議を何度も行います。ロジックモデルを用いて会議を進めていく手法を取りたいと思いましたが、できるか不安、未知です。見える化システムの具体的な使い方について、個別支援があるとありがたいと思います。
- ・今後とも、見える化システムを活用した自治体へのサポートを継続していただけると有難いです。
- ・見える化システムを活用した上でのロジックモデル作成には、上野氏から訓練が必要との話がありました。訓練できるような機会を是非設けてください。
- ・今後も研修などの機会を設けていただき、ご案内いただければ幸いです。

<報告会の内容>

- ・エビデンスの活用、また何をエビデンスとするか等に苦慮しています。今回のようにご説明いただけるとありがたいです。
- ・具体的に作業等（シート）してみないので、説明を全部理解できなかった。
- ・第一回のワークの内容をもっとよく聞きたいと思った。見える化システムの活用方法の具体例を知りたいので、見える化システムのどの数値から何を抽出し、どこに注目して話を進めたかなど分かったら、ワークの内容がよりイメージできた。ロジックモデルの説明と事例の紹介が交互にあり、混乱することがあった。
- ・モデルケースの自治体で行ったプログラムの具体的内容について、共有（提供）できる形を検討していただけるとありがたい。
- ・取り組みの中でどんな仮説がたてられたのか、その具体例を示していただけると、担当者として参考になると思いました。

第6章 総括

第6章 総括

本研究事業においては、自治体等を対象としたアンケート調査を実施し、地域支援事業に関連する見える化システムの活用状況や課題を明らかにした（第2章）。次に、ロジックモデルの枠組みに基づき、地域課題の分析・特定に見える化システムのデータを活用する実践的なワーク手法を検証した（第3章）。さらに、見える化システムの指標を用いた実証分析の可能性について、統計学的手法を用いて考察を加えた（第4章）。

- アンケート調査結果では、市区町村において、地域支援事業の各事業について見える化システムやそこに掲載されるアウトカム指標の活用が進んでいないことが明らかになった。併せて、市区町村における見える化システム等の活用を推進するためには、そのデータの構造を示すツールを用いたデータ活用の研修や個別支援を進めていくことが必要であることが示された。
- この結果をもとに行った、地域支援事業の課題特定と分析等を行うワークモデルの実証では、分析ツールの有用性ととも、現場の方々と交えた意見交換やデータ活用を支援する有識者が必要なこと等が示された。
- これらを踏まえて、市区町村における地域支援事業の効果的な実施に向けて、
 - ✓ 市区町村において、本事業の成果をもとに見える化システムや分析ツールを活用した地域支援事業の課題特定や分析を進めていくことが期待され、その前提として介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等に見える化システムに登録・活用していくことが重要である。
 - ✓ また、都県・厚生局では、今後、今年度の実証をもとにさらに市町村の地域支援事業におけるデータ活用した検討や実施、評価等に伴走していくことにより、その手法が確立していくことに加えて、研修等によりこれらの手法を市区町村に普及していくことが重要となる。
- さらに、見える化システムに登録されている市町村単位のデータを活用し社会参加と健康アウトカムの関連を分析したところ、社会参加が良好な健康アウトカムに影響するという関係を支持する結果を得た。
- また、いわゆる「インセンティブ交付金」の得点と認定率の関係を検証した結果、地域包括支援センターの環境整備の充実が認定率を低下させる可能性が考えられた。認知症に関する総合的な対策が充実する市町村するほど、新規認定時の要介護1・2の認定者割合は相対的に低い。認知症対策の早期対応が効果的に作用している可能性が考えられた。
- ただし、因果関係や影響の大きさを正確に検討するには追加の分析を要する。特に、インセンティブ交付金の得点を用いた分析研究は、現在まさにその初期段階にあり、今後の進展に大いに注目が集まる。得点の評価基準の独自性や分布の特性を十分に考慮した、

より厳密な追加分析が求められるとともに、その結果に対する期待が高まっている。

政策提言

本研究を通じて、見える化システムは、介護保険事業計画の策定に用いられるツールとして広く認識されているが、今回の研究成果により、地域支援事業の課題分析や特定にも有効に活用できることが明らかとなった。また、データの構造を示す分析ツールには限界があり、地域の実情を補完するには、地域の知見を生かしつつ、外部の識者による伴走支援が必要であることも明らかとなった。ここでは、地域支援事業の効果的な実施と見える化システムの活用促進に向けた具体的な政策提言を行うものである。

1) 国

- 見える化システムは、介護保険事業計画の策定のみならず、地域支援事業の課題特定や分析にも有効に活用できることが明らかとなった。この活用の可能性を自治体に対して明確に示し、その周知を徹底することが求められる。例えば、見える化システムを地域支援事業に活用する意義や手法を整理し、具体的な活用事例を示したガイドラインや手引きの策定が考えられる。
- 市町村が地域支援事業の課題特定や分析において見える化システムを主体的に活用できるよう、伴走型の支援体制を整備することが求められる。そのためには、市町村職員がシステムの有用性や活用方法を理解し、地域の実情を補完しながらデータ分析ができるようになるための研修プログラムの提供は重要である。
- 特に、ロジックモデルの「アウトカム・アウトプット・インプット」の構造を効果的に応用する方法を学ぶワークショップを通じて、自治体職員が実際の業務に即した地域課題の分析能力を向上させる伴走型のプログラムモデルの開発が期待される。
- また、この伴走型支援を担える人材や団体の育成は重要である。伴走型支援の品質を管理し、標準化する仕組みづくりに着手する必要がある。
- 見える化システムは、地域づくりの検討や地域支援事業の課題特定や分析に有用であり、特に介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等（以下、ニーズ調査等）の結果の活用が重要であることが改めて確認された。したがって、市町村が「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 実施の手引き」に基づき適切にニーズ調査を実施し、そのデータを確実に見える化システムへ登録できるよう、具体的な支援策を講じるとともに、登録の徹底を促す仕組みを整えることが求められる。例えば、都県が主体となり、市町村が実施したニーズ調査の結果を一括して見える化システムへ登録する仕組みを整えることで、登録率の向上を図ることが考えられる。このような支援により、市町村の負担を軽減しつつ、より多くの自治体がデータを活用できる環境を整備することが重要である。

2) 都県・厚生局／自治体（保険者） 共通

- 地域支援事業の施策立案や評価においても、見える化システムが有益な情報基盤となることが示されたことは重要な研究成果である。したがって、市町村においては、見える化システムを地域支援事業の課題特定や分析に積極的に活用することが求められる。都県及び厚生局は、市町村が見える化システムを効果的に活用できるよう、具体的な活用方法の周知を進めるとともに、その有用性を強調し、活用促進に向けた支援策を講じる必要がある。
- 市町村はニーズ調査の実施の手引きに基づき、調査を適切に実施し、そのデータを確実に見える化システムへ登録することが求められる。あわせて、都県や厚生局は、市町村の適切な調査の実施とデータ登録の徹底を支援する役割を果たすことが重要である。

3) 都県・厚生局

- 市区町村における見える化システム等の活用を推進するためには、そのデータの構造を示す分析ツールを用いたデータ活用の研修や個別支援が必要である。
- 具体的には、今年度の実証をもとに、今後、さらに市町村の地域支援事業において分析ツールを活用して検討や実施、評価等に伴走していくことにより、その手法が確立していくことに加えて、研修等によりこれらの手法を市区町村に普及していくことが重要となる。

4) 自治体（保険者）

- 各事業を効果的に実施していくために、見える化システムやそこに掲載されるアウトカム指標の活用を進めていくことが必要であり、本事業の成果をもとに見える化システムや分析ツールを活用した地域支援事業の課題特定や分析を進めていくことが期待される。
- 加えて、地域支援事業において見える化システムを活用していくためには、ニーズ調査等を厚生労働省の示す様式や方法に基づき実施した上で、見える化システムに登録して地域の高齢者の状況を日常生活圏域ごとに見たり他の地域や前期と比較したり、また、個人の状況を追跡できるようにすることで事業の効果を評価したりすることも必要である。
- 社会参加を促進する施策が健康アウトカムに好影響を与えるという関係性が市町村レベルの実証においても改めて確認されたことを踏まえ、市町村においては、高齢者の社会参加や社会的な交流を促進する施策について更なる強化が望ましい。
- 地域包括支援センターの機能強化や認知症対策の充実を通じて、効果的に自立支援と重度化防止を実現している可能性が示唆され、今後さらにこの取り組みを推進することが重要である。

(了)

基礎資料

第4章第1節関係-調整済み認定率-

-08 茨城県-

表 調整済み認定率の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
合計調整済み認定率 (%)						
2013年	44	14.36	1.80	14.29	10.52	17.73
2014	44	14.71	1.95	14.71	10.46	18.45
2015	44	14.71	2.03	14.64	10.36	19.09
2016	44	14.67	2.05	14.71	10.26	18.39
2017	44	14.56	2.11	14.67	10.30	18.38
2018	44	14.60	2.19	14.80	9.92	18.63
2019	44	14.70	2.21	14.89	10.15	18.62
2020	44	14.63	2.20	14.78	10.42	18.83
2021	44	14.32	2.14	14.42	10.45	18.94
2022	44	14.14	2.02	14.23	10.55	18.01
2023	44	14.27	2.02	14.56	10.64	18.09
Total	484	14.51	2.06	14.59	9.92	19.09
調整済み軽度認定率 (%)						
2013年	44	8.37	1.16	8.31	5.95	11.33
2014	44	8.69	1.26	8.55	5.85	11.90
2015	44	8.75	1.28	8.63	5.91	12.02
2016	44	8.78	1.24	8.75	6.11	11.81
2017	44	8.75	1.25	8.71	6.15	11.46
2018	44	8.94	1.36	8.96	6.12	11.58
2019	44	9.11	1.31	9.16	6.75	11.76
2020	44	9.13	1.32	9.16	6.66	11.80
2021	44	8.98	1.28	9.13	6.43	11.71
2022	44	8.87	1.17	9.01	6.79	11.37
2023	44	9.06	1.18	9.14	6.86	11.72
Total	484	8.86	1.26	8.90	5.85	12.02
調整済み重度認定率 (%)						
2013年	44	5.99	0.98	6.12	3.88	8.22
2014	44	6.02	1.02	6.19	3.90	8.17
2015	44	5.96	1.03	5.99	3.89	8.16
2016	44	5.89	1.03	5.90	3.88	7.85
2017	44	5.81	1.07	5.86	3.81	8.32
2018	44	5.66	1.07	5.72	3.77	8.27
2019	44	5.60	1.09	5.60	3.37	8.23
2020	44	5.50	1.05	5.57	3.66	7.96
2021	44	5.34	1.02	5.35	3.65	8.01
2022	44	5.27	1.02	5.29	3.53	7.41
2023	44	5.21	1.01	5.28	3.49	7.50
Total	484	5.66	1.06	5.68	3.37	8.32

※合計調整済み認定率は要支援1から要介護5まで7段階から構成される。

※調整済み軽度認定率は要支援1から要介護2まで4段階から構成される。

※調整済み重度認定率は要介護3から要介護5まで3段階から構成される。

表 調整済み認定率の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
合計調整済み認定率 (%)						
2013年	25	15.37	1.32	15.14	13.53	18.66
2014	25	15.79	1.44	15.32	13.29	19.25
2015	25	15.83	1.42	15.51	13.30	18.87
2016	25	15.66	1.32	15.31	13.42	18.48
2017	25	15.43	1.28	15.03	13.52	17.72
2018	25	15.40	1.20	15.07	13.52	17.65
2019	25	15.40	1.12	15.26	13.26	17.66
2020	25	15.34	1.16	15.17	13.19	17.53
2021	25	15.03	1.18	14.88	12.81	16.94
2022	25	14.74	1.11	14.61	12.58	16.68
2023	25	14.88	1.16	14.67	13.00	16.98
Total	275	15.35	1.27	15.10	12.58	19.25
調整済み軽度認定率 (%)						
2013年	25	9.11	1.03	8.99	7.49	12.17
2014	25	9.46	1.08	9.41	7.54	12.36
2015	25	9.71	1.04	9.63	7.78	12.26
2016	25	9.61	1.01	9.49	7.82	11.80
2017	25	9.45	0.87	9.40	7.87	11.45
2018	25	9.58	0.83	9.61	7.85	11.42
2019	25	9.65	0.82	9.62	7.76	11.58
2020	25	9.61	0.80	9.50	8.00	11.30
2021	25	9.41	0.75	9.31	7.89	10.87
2022	25	9.27	0.74	9.17	7.93	10.84
2023	25	9.51	0.79	9.34	8.15	11.20
Total	275	9.49	0.89	9.42	7.49	12.36
調整済み重度認定率 (%)						
2013年	25	6.26	0.79	6.45	4.98	8.03
2014	25	6.33	0.89	6.53	4.89	8.18
2015	25	6.12	0.88	6.33	4.58	7.57
2016	25	6.04	0.87	6.12	4.50	7.43
2017	25	5.99	0.91	6.20	4.46	7.45
2018	25	5.82	0.88	5.95	4.22	7.34
2019	25	5.75	0.80	5.84	4.22	7.18
2020	25	5.73	0.78	5.69	4.19	7.22
2021	25	5.62	0.93	5.58	3.96	7.82
2022	25	5.47	0.84	5.46	3.87	7.22
2023	25	5.38	0.77	5.41	3.59	6.68
Total	275	5.86	0.89	5.85	3.59	8.18

※合計調整済み認定率は要支援1から要介護5まで7段階から構成される。

※調整済み軽度認定率は要支援1から要介護2まで4段階から構成される。

※調整済み重度認定率は要介護3から要介護5まで3段階から構成される。

表 調整済み認定率の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
合計調整済み認定率 (%)						
2013年	35	17.12	2.63	16.70	11.93	25.52
2014	35	17.76	2.69	17.34	12.90	25.51
2015	35	17.46	2.52	16.98	12.78	24.03
2016	35	17.17	2.50	16.99	12.22	23.85
2017	35	16.93	2.11	17.00	13.05	21.94
2018	35	16.80	2.22	16.70	13.43	22.32
2019	35	16.70	2.17	16.40	13.13	21.54
2020	35	16.61	2.34	16.39	12.99	21.88
2021	35	16.26	2.36	16.22	12.70	21.43
2022	35	15.89	2.34	15.75	11.98	20.66
2023	35	15.94	2.50	15.65	11.92	22.23
Total	385	16.79	2.44	16.39	11.92	25.52
調整済み軽度認定率 (%)						
2013年	35	10.44	2.18	10.36	6.20	17.29
2014	35	10.79	1.96	10.91	6.85	16.78
2015	35	10.67	1.96	10.83	6.88	16.70
2016	35	10.43	1.79	10.56	6.79	15.71
2017	35	10.26	1.47	10.48	7.16	13.17
2018	35	10.16	1.52	10.24	6.99	13.25
2019	35	10.07	1.52	10.03	7.29	13.17
2020	35	10.11	1.61	9.90	6.95	13.70
2021	35	9.88	1.54	9.90	7.36	13.36
2022	35	9.67	1.53	9.64	6.56	13.05
2023	35	9.75	1.73	9.60	6.07	13.74
Total	385	10.20	1.74	10.16	6.07	17.29
調整済み重度認定率 (%)						
2013年	35	6.69	1.00	6.68	3.93	9.46
2014	35	6.97	1.18	6.77	4.77	10.67
2015	35	6.79	1.09	6.74	4.63	10.02
2016	35	6.75	1.38	6.58	3.43	11.26
2017	35	6.67	1.27	6.39	3.76	11.31
2018	35	6.64	1.19	6.46	3.87	10.11
2019	35	6.62	1.23	6.36	3.97	10.56
2020	35	6.50	1.22	6.39	3.73	9.34
2021	35	6.37	1.11	6.32	4.08	9.24
2022	35	6.22	1.12	6.18	3.75	8.97
2023	35	6.20	1.22	6.06	4.13	9.66
Total	385	6.58	1.19	6.41	3.43	11.31

※合計調整済み認定率は要支援1から要介護5まで7段階から構成される。

※調整済み軽度認定率は要支援1から要介護2まで4段階から構成される。

※調整済み重度認定率は要介護3から要介護5まで3段階から構成される。

表 調整済み認定率の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
合計調整済み認定率 (%)						
2013年	61	13.89	2.11	13.68	9.06	20.87
2014	61	14.02	2.21	13.84	9.29	22.27
2015	61	13.84	2.07	13.52	9.10	20.42
2016	61	13.54	1.99	13.18	8.99	19.15
2017	61	13.35	2.03	12.96	8.49	18.53
2018	61	13.29	1.95	12.95	8.66	18.34
2019	61	13.26	2.00	13.01	9.07	18.45
2020	61	13.27	1.94	12.90	9.37	18.06
2021	61	13.13	1.97	12.78	9.24	18.30
2022	61	12.96	1.93	12.73	9.37	17.81
2023	61	13.07	1.91	12.89	9.67	17.85
Total	671	13.42	2.02	13.09	8.49	22.27
調整済み軽度認定率 (%)						
2013年	61	8.56	1.23	8.35	5.30	12.45
2014	61	8.79	1.35	8.52	5.52	13.88
2015	61	8.77	1.29	8.64	5.56	12.52
2016	61	8.54	1.24	8.43	5.47	11.76
2017	61	8.41	1.26	8.36	5.24	11.63
2018	61	8.37	1.19	8.31	5.39	11.41
2019	61	8.38	1.24	8.35	5.79	11.56
2020	61	8.40	1.18	8.37	6.00	11.57
2021	61	8.31	1.17	8.19	5.83	11.33
2022	61	8.21	1.14	8.16	5.69	11.02
2023	61	8.31	1.07	8.23	6.01	11.11
Total	671	8.46	1.22	8.33	5.24	13.88
調整済み重度認定率 (%)						
2013年	61	5.33	1.18	5.04	3.76	9.75
2014	61	5.23	1.20	4.90	3.58	9.83
2015	61	5.07	1.10	4.69	3.47	9.04
2016	61	5.01	1.03	4.75	3.52	8.26
2017	61	4.94	1.05	4.66	3.25	8.54
2018	61	4.91	1.05	4.63	3.27	7.99
2019	61	4.89	1.03	4.55	3.29	7.87
2020	61	4.87	1.03	4.56	3.37	7.46
2021	61	4.82	1.07	4.58	3.26	7.98
2022	61	4.75	1.05	4.36	3.18	7.73
2023	61	4.75	1.13	4.42	3.36	8.37
Total	671	4.96	1.09	4.64	3.18	9.83

※合計調整済み認定率は要支援1から要介護5まで7段階から構成される。

※調整済み軽度認定率は要支援1から要介護2まで4段階から構成される。

※調整済み重度認定率は要介護3から要介護5まで3段階から構成される。

表 調整済み認定率の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
合計調整済み認定率 (%)						
2013年	54	14.34	1.72	14.42	10.09	18.35
2014	54	14.61	1.85	14.61	10.03	18.81
2015	54	14.55	1.82	14.62	10.07	18.56
2016	54	14.41	1.90	14.43	10.11	18.62
2017	54	14.44	1.94	14.59	9.74	18.63
2018	54	14.47	1.97	14.48	9.92	18.54
2019	54	14.57	2.06	14.67	10.06	18.91
2020	54	14.60	2.14	14.59	10.52	19.22
2021	54	14.27	2.07	14.23	10.20	18.79
2022	54	14.06	2.07	14.03	10.01	18.54
2023	54	14.12	2.16	13.99	9.95	18.77
Total	594	14.40	1.97	14.40	9.74	19.22
調整済み軽度認定率 (%)						
2013年	54	8.53	1.33	8.68	5.66	12.34
2014	54	8.84	1.27	8.99	5.82	13.00
2015	54	8.90	1.23	9.07	6.06	13.17
2016	54	8.86	1.36	8.91	5.85	13.40
2017	54	8.95	1.40	9.07	5.82	13.34
2018	54	9.01	1.44	9.04	5.88	13.57
2019	54	9.08	1.45	9.15	6.10	13.86
2020	54	9.06	1.48	9.09	6.41	13.97
2021	54	8.81	1.46	8.81	6.08	13.41
2022	54	8.63	1.43	8.48	5.83	13.26
2023	54	8.73	1.48	8.63	5.75	13.39
Total	594	8.86	1.39	8.89	5.66	13.97
調整済み重度認定率 (%)						
2013年	54	5.81	1.07	5.64	4.02	8.05
2014	54	5.77	1.08	5.66	4.04	8.47
2015	54	5.65	1.07	5.52	3.82	8.34
2016	54	5.55	1.03	5.45	3.72	8.14
2017	54	5.49	1.08	5.53	3.51	7.74
2018	54	5.45	1.04	5.43	3.60	7.75
2019	54	5.49	1.08	5.43	3.58	8.03
2020	54	5.54	1.15	5.53	3.44	8.05
2021	54	5.46	1.14	5.39	3.36	8.13
2022	54	5.43	1.22	5.27	3.14	8.80
2023	54	5.39	1.19	5.33	3.22	8.55
Total	594	5.55	1.11	5.50	3.14	8.80

※合計調整済み認定率は要支援1から要介護5まで7段階から構成される。

※調整済み軽度認定率は要支援1から要介護2まで4段階から構成される。

※調整済み重度認定率は要介護3から要介護5まで3段階から構成される。

表 調整済み認定率の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
合計調整済み認定率 (%)						
2013年	62	17.40	2.75	17.92	10.47	26.03
2014	62	17.08	3.95	17.97	0.00	26.82
2015	62	17.09	3.35	17.87	0.00	25.31
2016	62	16.88	2.84	17.59	3.68	22.20
2017	62	16.70	3.11	17.62	2.74	21.28
2018	62	16.66	2.93	17.39	5.37	21.76
2019	62	16.95	2.22	17.43	11.17	22.18
2020	62	16.52	2.90	17.18	4.55	20.96
2021	62	16.26	3.28	16.96	1.87	21.20
2022	62	16.07	2.95	16.55	2.51	22.07
2023	62	16.08	2.87	16.80	2.74	21.09
Total	682	16.70	3.05	17.45	0.00	26.82
調整済み軽度認定率 (%)						
2013年	62	10.90	2.03	11.43	3.77	17.24
2014	62	10.88	2.76	11.75	0.00	17.50
2015	62	10.97	2.34	11.62	0.00	15.74
2016	62	10.77	2.36	11.37	0.00	13.53
2017	62	10.61	2.50	11.33	1.37	13.52
2018	62	10.61	2.66	11.30	0.00	13.47
2019	62	10.96	1.84	11.50	5.61	14.22
2020	62	10.62	2.26	11.21	0.00	13.12
2021	62	10.46	2.34	11.11	0.44	13.14
2022	62	10.36	2.36	11.06	0.00	12.97
2023	62	10.42	2.43	10.95	0.00	14.05
Total	682	10.69	2.36	11.33	0.00	17.50
調整済み重度認定率 (%)						
2013年	62	6.50	1.61	6.19	3.16	15.05
2014	62	6.20	1.70	6.16	0.00	10.68
2015	62	6.12	1.64	6.04	0.00	10.35
2016	62	6.10	1.43	6.03	1.02	10.85
2017	62	6.09	1.74	5.88	1.37	14.45
2018	62	6.05	1.29	5.75	4.13	10.37
2019	62	6.00	1.33	5.71	4.01	11.15
2020	62	5.91	1.35	5.78	1.46	10.01
2021	62	5.80	1.58	5.68	1.42	10.71
2022	62	5.71	1.29	5.62	1.51	9.89
2023	62	5.66	1.26	5.54	2.03	10.49
Total	682	6.01	1.49	5.93	0.00	15.05

※合計調整済み認定率は要支援1から要介護5まで7段階から構成される。

※調整済み軽度認定率は要支援1から要介護2まで4段階から構成される。

※調整済み重度認定率は要介護3から要介護5まで3段階から構成される。

表 調整済み認定率の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
合計調整済み認定率 (%)						
2013年	33	14.58	1.78	14.41	11.97	18.85
2014	33	14.81	1.82	14.52	12.17	19.64
2015	33	14.70	1.82	14.42	12.05	19.32
2016	33	14.60	1.79	14.56	12.08	19.75
2017	33	14.53	1.66	14.28	11.60	18.41
2018	33	14.44	1.71	14.19	11.79	18.48
2019	33	14.44	1.73	14.20	11.60	18.15
2020	33	14.37	1.74	14.00	10.99	18.44
2021	33	14.26	1.72	13.90	11.22	18.34
2022	33	14.10	1.75	13.71	11.10	18.18
2023	33	14.15	1.77	13.83	11.12	18.26
Total	363	14.45	1.74	14.20	10.99	19.75
調整済み軽度認定率 (%)						
2013年	33	9.00	1.58	8.83	6.24	12.12
2014	33	9.25	1.56	9.16	6.30	12.51
2015	33	9.27	1.51	9.31	6.34	12.54
2016	33	9.22	1.52	9.12	6.71	13.08
2017	33	9.23	1.36	9.20	7.17	12.14
2018	33	9.33	1.34	9.28	7.15	12.34
2019	33	9.33	1.41	9.03	7.10	12.13
2020	33	9.40	1.39	9.23	6.57	12.21
2021	33	9.35	1.39	9.29	6.43	12.04
2022	33	9.17	1.45	9.26	6.53	11.94
2023	33	9.31	1.49	9.33	6.38	12.21
Total	363	9.26	1.44	9.23	6.24	13.08
調整済み重度認定率 (%)						
2013年	33	5.58	0.72	5.59	3.91	6.80
2014	33	5.56	0.77	5.58	3.89	7.15
2015	33	5.44	0.74	5.41	3.96	7.24
2016	33	5.38	0.74	5.47	3.81	7.37
2017	33	5.30	0.74	5.25	3.70	7.10
2018	33	5.11	0.68	5.11	3.60	7.07
2019	33	5.11	0.67	5.03	3.76	6.65
2020	33	4.97	0.60	4.91	3.76	6.24
2021	33	4.91	0.59	4.86	3.77	6.30
2022	33	4.93	0.66	4.81	3.82	6.58
2023	33	4.84	0.67	4.76	3.80	6.38
Total	363	5.19	0.73	5.07	3.60	7.37

※合計調整済み認定率は要支援1から要介護5まで7段階から構成される。

※調整済み軽度認定率は要支援1から要介護2まで4段階から構成される。

※調整済み重度認定率は要介護3から要介護5まで3段階から構成される。

表 調整済み認定率の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
合計調整済み認定率 (%)						
2013年	30	18.29	2.04	18.03	14.46	22.36
2014	30	18.53	2.09	18.35	14.34	22.57
2015	30	18.30	2.00	18.27	13.97	22.33
2016	30	18.19	1.84	18.15	13.82	21.95
2017	30	17.77	2.06	17.44	12.59	21.69
2018	30	17.64	1.92	17.55	12.76	21.28
2019	30	17.71	2.05	17.67	12.60	21.67
2020	30	17.48	2.11	17.40	11.66	22.52
2021	30	17.01	2.08	16.78	11.66	21.96
2022	30	16.72	1.96	16.17	11.64	22.34
2023	30	16.71	1.97	16.54	11.59	22.67
Total	330	17.67	2.07	17.52	11.59	22.67
調整済み軽度認定率 (%)						
2013年	30	10.50	1.62	10.33	7.65	13.69
2014	30	10.69	1.71	10.75	7.77	14.45
2015	30	10.62	1.70	10.73	7.15	14.35
2016	30	10.65	1.53	10.37	7.90	13.99
2017	30	10.33	1.72	10.18	7.28	14.05
2018	30	10.36	1.65	10.12	7.10	13.35
2019	30	10.34	1.80	10.17	7.20	13.30
2020	30	10.50	1.66	10.32	6.53	13.56
2021	30	10.28	1.59	10.13	6.50	13.64
2022	30	10.13	1.50	9.95	6.04	12.68
2023	30	10.22	1.52	10.23	6.48	13.19
Total	330	10.42	1.62	10.23	6.04	14.45
調整済み重度認定率 (%)						
2013年	30	7.79	0.96	7.76	6.02	9.66
2014	30	7.84	0.94	7.87	5.87	9.76
2015	30	7.68	1.03	7.71	5.69	10.10
2016	30	7.54	0.92	7.62	5.58	9.23
2017	30	7.44	0.91	7.40	5.31	9.35
2018	30	7.28	0.82	7.37	5.48	9.05
2019	30	7.37	1.25	7.38	5.20	11.53
2020	30	6.98	0.93	7.00	5.12	9.35
2021	30	6.73	0.97	6.70	5.16	9.89
2022	30	6.58	0.91	6.60	4.80	9.66
2023	30	6.49	0.96	6.49	4.92	9.48
Total	330	7.25	1.06	7.15	4.80	11.53

※合計調整済み認定率は要支援1から要介護5まで7段階から構成される。

※調整済み軽度認定率は要支援1から要介護2まで4段階から構成される。

※調整済み重度認定率は要介護3から要介護5まで3段階から構成される。

表 調整済み認定率の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
合計調整済み認定率 (%)						
2013年	27	14.53	2.67	14.93	8.94	19.12
2014	27	14.89	2.81	15.16	9.61	19.43
2015	27	14.81	3.09	15.02	9.75	20.31
2016	27	14.62	2.91	14.92	9.34	20.51
2017	27	14.54	2.72	14.81	9.85	19.68
2018	27	14.38	2.52	14.93	9.55	19.13
2019	27	14.26	2.48	14.65	9.37	19.72
2020	27	14.20	2.47	14.71	9.31	20.00
2021	27	14.09	2.48	14.51	9.22	19.58
2022	27	14.06	2.40	14.07	10.21	19.17
2023	27	14.24	2.39	14.65	10.24	19.35
Total	297	14.42	2.61	14.80	8.94	20.51
調整済み軽度認定率 (%)						
2013年	27	7.83	1.74	7.92	4.54	11.44
2014	27	8.13	1.78	8.53	5.39	11.46
2015	27	8.07	2.06	8.17	4.92	12.89
2016	27	7.68	1.89	7.83	4.30	10.98
2017	27	7.70	1.82	7.60	3.95	11.18
2018	27	7.69	1.67	7.83	3.93	11.23
2019	27	7.60	1.53	7.23	4.24	10.78
2020	27	7.69	1.48	7.28	4.62	10.51
2021	27	7.73	1.54	7.38	4.63	10.39
2022	27	7.98	1.68	7.63	4.69	11.12
2023	27	8.01	1.69	7.94	4.89	11.32
Total	297	7.83	1.70	7.79	3.93	12.89
調整済み重度認定率 (%)						
2013年	27	6.71	1.12	6.58	4.41	9.22
2014	27	6.76	1.16	6.64	4.22	9.21
2015	27	6.73	1.23	6.86	4.17	9.39
2016	27	6.94	1.41	6.68	4.58	10.97
2017	27	6.84	1.42	6.67	4.86	10.89
2018	27	6.69	1.37	6.54	4.11	10.31
2019	27	6.66	1.41	6.48	3.66	9.69
2020	27	6.51	1.40	6.40	3.44	10.04
2021	27	6.36	1.38	6.22	3.21	9.73
2022	27	6.09	1.22	6.13	3.22	8.80
2023	27	6.23	1.28	6.04	3.92	9.59
Total	297	6.59	1.31	6.50	3.21	10.97

※合計調整済み認定率は要支援1から要介護5まで7段階から構成される。
 ※調整済み軽度認定率は要支援1から要介護2まで4段階から構成される。
 ※調整済み重度認定率は要介護3から要介護5まで3段階から構成される。

表 調整済み認定率の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
合計調整済み認定率 (%)						
2013年	63	16.52	2.19	16.61	11.64	21.45
2014	63	16.99	2.43	16.98	12.00	24.02
2015	63	16.77	2.56	16.87	11.18	24.95
2016	63	16.37	2.60	16.32	11.01	22.66
2017	63	15.93	2.45	15.85	10.98	21.67
2018	63	15.93	2.58	15.86	10.58	22.33
2019	63	15.78	2.41	15.72	10.46	20.90
2020	63	15.75	2.37	15.77	10.57	21.75
2021	63	15.52	2.43	15.63	9.72	21.72
2022	63	15.21	2.53	15.21	9.86	22.05
2023	63	15.26	2.63	15.04	10.14	23.78
Total	693	16.00	2.52	15.95	9.72	24.95
調整済み軽度認定率 (%)						
2013年	63	9.56	1.67	9.85	6.48	15.22
2014	63	10.00	1.81	10.03	6.67	16.59
2015	63	9.97	1.89	9.94	5.65	17.45
2016	63	9.78	1.94	9.64	5.99	16.55
2017	63	9.49	1.80	9.44	5.82	15.48
2018	63	9.51	1.80	9.48	5.76	15.45
2019	63	9.50	1.79	9.32	4.85	15.29
2020	63	9.47	1.96	9.43	4.23	16.06
2021	63	9.28	1.86	9.15	4.17	14.85
2022	63	9.16	1.80	8.78	5.71	14.82
2023	63	9.32	2.01	9.07	5.66	15.69
Total	693	9.55	1.86	9.50	4.17	17.45
調整済み重度認定率 (%)						
2013年	63	6.97	1.10	7.02	4.93	10.05
2014	63	6.98	1.24	7.05	3.68	9.91
2015	63	6.80	1.28	6.74	4.28	10.31
2016	63	6.59	1.20	6.61	4.00	9.75
2017	63	6.44	1.19	6.30	3.73	10.01
2018	63	6.42	1.39	6.21	3.83	12.20
2019	63	6.28	1.16	6.14	4.03	9.29
2020	63	6.28	1.27	6.19	1.83	9.47
2021	63	6.23	1.17	6.15	4.34	9.64
2022	63	6.04	1.19	5.88	3.95	9.15
2023	63	5.94	1.13	5.75	4.01	8.64
Total	693	6.45	1.25	6.30	1.83	12.20

※合計調整済み認定率は要支援1から要介護5まで7段階から構成される。

※調整済み軽度認定率は要支援1から要介護2まで4段階から構成される。

※調整済み重度認定率は要介護3から要介護5まで3段階から構成される。

第4章第1節関係-調整済み新規認定者割合（要介護度別）-

-08 茨城県-

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（軽度）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要支援1）（%）						
2013年	44	14.92	6.37	14.25	4.49	34.98
2014	44	16.21	6.53	14.45	3.85	35.33
2015	44	16.14	6.07	16.36	5.38	34.25
2016	44	15.85	6.03	15.76	4.94	38.27
2017	44	15.99	5.90	16.03	3.87	30.34
2018	44	17.62	5.79	16.36	6.13	32.65
2019	44	17.53	5.44	16.66	6.43	34.74
2020	44	18.14	6.62	17.12	6.87	35.37
2021	44	19.10	6.61	17.80	7.33	38.46
2022	44	19.34	6.27	19.26	6.48	37.55
Total	440	17.08	6.27	16.53	3.85	38.46
調整済み新規の認定者割合（要支援2）（%）						
2013年	44	14.59	3.50	14.48	6.95	23.75
2014	44	15.74	4.10	15.25	7.41	27.34
2015	44	15.83	4.15	15.01	7.55	25.66
2016	44	15.78	4.41	15.47	8.44	28.08
2017	44	15.25	3.92	14.34	8.09	23.02
2018	44	15.55	4.61	14.95	7.30	27.12
2019	44	15.74	4.34	15.49	7.39	26.41
2020	44	14.61	4.41	14.03	6.76	27.14
2021	44	14.37	4.08	14.14	7.04	26.17
2022	44	14.80	3.93	14.81	6.09	23.37
Total	440	15.23	4.15	14.70	6.09	28.08
調整済み新規の認定者割合（要介護1）（%）						
2013年	44	24.61	5.03	25.21	13.57	40.11
2014	44	25.47	5.47	25.90	14.17	40.46
2015	44	25.83	5.08	25.99	14.49	39.31
2016	44	25.61	5.10	25.45	13.01	41.71
2017	44	26.15	5.21	26.75	12.26	43.60
2018	44	26.19	5.05	26.54	15.95	42.70
2019	44	26.91	5.53	26.76	13.39	42.86
2020	44	26.67	5.19	26.27	14.55	43.47
2021	44	25.90	5.93	25.56	14.39	42.79
2022	44	25.57	5.21	25.93	14.09	35.82
Total	440	25.89	5.27	26.08	12.26	43.60
調整済み新規の認定者割合（要介護2）（%）						
2013年	44	17.25	3.81	16.37	6.87	24.17
2014	44	15.43	3.65	15.56	3.91	23.35
2015	44	16.20	3.09	15.89	10.68	22.34
2016	44	16.29	3.76	15.62	8.02	27.16
2017	44	16.09	3.97	15.48	9.51	24.90
2018	44	15.16	3.71	14.97	9.86	26.99
2019	44	14.98	3.76	14.47	8.71	23.39
2020	44	14.62	3.49	13.96	8.59	22.22
2021	44	15.18	3.60	15.51	9.63	23.53
2022	44	14.45	3.48	13.66	7.11	23.94
Total	440	15.56	3.69	15.38	3.91	27.16

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（重度）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位値)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要介護3）（％）						
2013年	44	10.60	2.50	10.30	6.25	16.73
2014	44	10.17	2.45	10.07	3.53	15.38
2015	44	10.22	2.49	9.88	6.83	18.32
2016	44	9.85	2.07	9.59	4.94	15.67
2017	44	10.05	2.89	10.11	5.68	20.65
2018	44	9.38	2.81	8.66	3.69	19.02
2019	44	9.01	1.85	8.47	6.14	13.16
2020	44	9.38	1.83	9.17	5.72	13.94
2021	44	8.95	2.06	8.63	5.75	15.01
2022	44	9.05	2.53	8.58	5.52	20.37
Total	440	9.67	2.42	9.30	3.53	20.65
調整済み新規の認定者割合（要介護4）（％）						
2013年	44	10.61	2.73	10.12	5.54	19.10
2014	44	10.15	2.23	10.00	6.22	15.83
2015	44	9.53	1.87	9.66	5.59	13.31
2016	44	9.74	2.32	9.83	5.03	18.67
2017	44	9.65	2.31	9.10	5.86	14.81
2018	44	9.20	1.82	9.33	5.74	14.37
2019	44	9.63	2.12	9.37	5.95	14.79
2020	44	9.97	2.28	9.44	4.92	14.06
2021	44	9.81	2.31	9.66	5.88	17.57
2022	44	9.95	2.13	9.61	6.00	15.54
Total	440	9.82	2.23	9.58	4.92	19.10
調整済み新規の認定者割合（要介護5）（％）						
2013年	44	7.42	2.19	7.20	3.57	16.39
2014	44	6.83	1.90	6.72	3.91	11.42
2015	44	6.25	1.62	6.18	2.90	9.09
2016	44	6.87	2.60	6.42	3.00	15.00
2017	44	6.82	2.00	6.73	3.18	12.25
2018	44	6.91	1.86	6.98	3.39	10.47
2019	44	6.21	1.68	6.11	2.94	9.42
2020	44	6.62	1.76	6.40	4.03	11.93
2021	44	6.68	1.79	6.41	3.82	11.50
2022	44	6.84	1.67	6.80	4.51	12.96
Total	440	6.74	1.94	6.61	2.90	16.39

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（軽度）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要支援1）（％）						
2013年	24	19.41	6.94	19.40	8.27	35.80
2014	25	20.09	7.51	20.11	7.23	32.81
2015	25	21.80	7.80	21.50	9.65	35.47
2016	25	21.31	6.98	19.44	11.11	33.80
2017	25	20.11	7.52	20.66	9.62	37.90
2018	25	20.67	6.58	20.10	8.14	34.11
2019	25	20.78	7.40	20.33	9.43	38.24
2020	25	20.38	6.57	19.78	9.04	32.21
2021	25	20.85	6.36	20.87	8.55	30.15
2022	25	21.62	6.53	22.20	11.97	36.13
Total	249	20.71	6.94	20.56	7.23	38.24
調整済み新規の認定者割合（要支援2）（％）						
2013年	25	16.42	3.91	16.67	10.25	26.04
2014	25	15.19	4.43	14.40	9.47	28.78
2015	25	15.63	4.63	15.61	7.35	27.03
2016	25	15.34	3.64	15.00	8.37	26.85
2017	25	15.44	4.38	15.30	5.67	28.03
2018	25	15.11	4.83	14.86	3.74	25.57
2019	25	16.09	4.53	16.93	7.14	24.89
2020	25	14.87	3.40	15.46	8.76	22.82
2021	25	15.39	4.41	15.63	7.81	26.03
2022	25	16.29	4.06	16.37	9.09	27.31
Total	250	15.58	4.20	15.75	3.74	28.78
調整済み新規の認定者割合（要介護1）（％）						
2013年	25	22.62	3.44	22.47	16.67	29.53
2014	25	25.30	5.01	24.80	15.41	40.53
2015	25	24.49	5.18	25.06	13.82	38.37
2016	25	24.24	3.92	24.07	15.01	32.65
2017	25	24.21	4.09	23.58	16.05	36.08
2018	25	25.21	3.89	24.11	19.02	33.79
2019	25	24.84	3.75	24.56	17.91	33.33
2020	25	24.91	3.88	24.87	17.91	32.71
2021	25	26.28	4.64	27.51	17.27	35.45
2022	25	24.92	3.87	25.61	16.24	32.02
Total	250	24.70	4.22	24.64	13.82	40.53
調整済み新規の認定者割合（要介護2）（％）						
2013年	25	16.30	7.90	14.93	9.12	50.00
2014	25	14.30	3.84	13.87	8.33	23.89
2015	25	14.42	4.00	14.30	6.40	22.81
2016	25	13.33	3.58	13.14	5.47	21.67
2017	25	15.30	4.46	14.24	9.13	27.75
2018	25	14.64	4.23	14.15	6.63	25.23
2019	25	14.34	3.53	13.90	9.12	22.25
2020	25	14.65	2.91	14.35	9.73	20.74
2021	25	14.16	3.12	13.37	9.01	20.45
2022	25	13.19	3.34	13.12	6.72	21.68
Total	250	14.46	4.31	13.71	5.47	50.00

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（重度）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要介護3）（％）						
2013年	24	10.34	3.34	9.55	5.74	21.74
2014	25	9.42	1.98	9.12	5.88	13.73
2015	25	8.82	1.92	8.16	6.28	14.04
2016	25	9.53	2.40	9.06	5.10	15.56
2017	25	9.30	2.05	8.76	5.94	13.57
2018	25	9.26	2.74	9.20	5.37	15.18
2019	25	8.90	2.61	8.41	5.04	17.39
2020	25	8.97	2.37	8.28	3.23	14.40
2021	25	8.08	1.68	8.36	4.54	11.11
2022	25	8.26	1.62	8.56	5.58	12.12
Total	249	9.08	2.36	8.70	3.23	21.74
調整済み新規の認定者割合（要介護4）（％）						
2013年	24	10.35	2.13	10.62	5.43	14.58
2014	25	9.55	2.06	8.92	6.06	13.73
2015	25	8.88	1.70	8.79	5.51	13.21
2016	25	9.97	2.11	9.99	5.40	13.49
2017	25	9.51	1.83	9.76	4.97	12.20
2018	25	9.61	1.75	8.79	6.84	13.31
2019	25	8.92	1.55	8.71	6.06	12.58
2020	25	9.37	1.66	9.23	6.31	13.14
2021	25	9.81	2.57	9.28	5.88	15.45
2022	25	9.45	1.74	9.50	5.56	12.88
Total	249	9.54	1.94	9.33	4.97	15.45
調整済み新規の認定者割合（要介護5）（％）						
2013年	24	6.41	2.12	6.13	2.81	10.50
2014	25	6.15	2.12	5.88	2.23	11.75
2015	25	5.96	1.75	5.76	2.71	8.97
2016	25	6.29	1.69	6.11	3.70	9.45
2017	25	6.12	1.72	5.74	3.24	10.36
2018	25	5.50	1.18	5.54	3.26	8.82
2019	25	6.14	1.74	6.08	3.63	10.08
2020	25	6.85	2.13	6.19	3.83	12.00
2021	25	5.42	1.94	4.97	2.44	11.18
2022	25	6.25	1.66	6.29	2.85	9.85
Total	249	6.11	1.83	5.85	2.23	12.00

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（軽度）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要支援1）（％）						
2013年	34	20.31	6.66	20.07	6.35	33.76
2014	34	21.10	7.93	20.63	6.85	39.62
2015	35	22.25	8.22	22.27	7.41	34.77
2016	35	20.77	7.66	21.59	6.67	42.59
2017	34	21.42	5.58	21.36	9.40	31.88
2018	34	21.50	6.57	21.88	7.22	35.85
2019	34	21.21	6.45	21.03	9.43	32.76
2020	35	20.76	7.00	20.77	5.00	29.98
2021	35	21.20	7.90	21.44	4.67	41.27
2022	34	22.45	6.71	22.69	5.81	40.00
Total	344	21.30	7.05	21.56	4.67	42.59
調整済み新規の認定者割合（要支援2）（％）						
2013年	34	17.15	4.98	16.55	7.36	34.92
2014	34	16.59	3.99	15.98	5.66	29.82
2015	35	16.65	4.69	15.14	9.76	31.93
2016	35	16.70	5.09	15.76	7.14	30.17
2017	35	16.31	5.26	16.08	4.88	30.77
2018	35	15.70	4.91	16.54	5.66	28.85
2019	35	15.72	4.27	14.81	3.33	25.62
2020	35	15.15	4.58	14.60	4.55	25.81
2021	35	14.31	5.19	13.73	3.77	28.26
2022	35	14.39	4.14	13.89	4.35	26.13
Total	348	15.86	4.76	15.29	3.33	34.92
調整済み新規の認定者割合（要介護1）（％）						
2013年	34	25.66	5.60	25.72	14.12	42.86
2014	34	26.47	5.24	26.00	15.79	38.30
2015	35	26.91	6.18	27.03	15.52	42.86
2016	35	25.10	5.77	25.29	10.34	38.18
2017	35	27.73	6.05	27.27	17.61	47.06
2018	35	27.64	5.96	28.14	13.33	41.03
2019	35	27.51	5.67	27.44	13.33	36.84
2020	35	26.92	5.56	26.70	16.67	50.00
2021	35	27.57	6.82	27.78	14.81	41.51
2022	35	25.99	5.42	25.60	14.29	38.10
Total	348	26.75	5.83	26.71	10.34	50.00
調整済み新規の認定者割合（要介護2）（％）						
2013年	34	13.78	3.66	13.07	7.69	23.33
2014	34	14.09	4.40	13.06	5.81	23.16
2015	35	12.99	3.93	12.10	5.17	25.00
2016	35	13.63	4.25	12.88	5.56	24.82
2017	35	13.17	2.76	13.64	7.27	18.37
2018	35	13.81	4.58	13.58	5.13	33.33
2019	35	13.42	4.22	12.81	7.23	33.33
2020	35	14.80	4.11	13.96	10.29	32.50
2021	35	13.39	3.42	12.99	5.88	21.30
2022	35	14.90	5.42	13.89	7.74	34.78
Total	348	13.80	4.12	13.33	5.13	34.78

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（重度）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要介護3）（％）						
2013年	34	8.78	2.77	8.86	2.17	15.00
2014	33	9.26	3.44	8.85	3.28	20.93
2015	34	8.83	2.95	8.04	3.45	14.81
2016	34	9.66	3.18	8.90	5.22	16.67
2017	35	8.98	3.13	8.44	3.64	17.95
2018	35	8.68	3.53	8.05	1.89	20.00
2019	35	8.84	3.78	8.18	2.82	20.00
2020	35	8.86	2.70	8.68	4.55	18.10
2021	35	7.96	1.74	8.00	4.21	11.54
2022	35	8.66	2.03	8.54	5.31	13.08
Total	345	8.85	2.98	8.43	1.89	20.93
調整済み新規の認定者割合（要介護4）（％）						
2013年	34	8.64	3.02	7.76	3.23	17.50
2014	33	8.07	2.43	8.36	2.13	11.63
2015	34	7.75	2.61	8.13	1.72	13.79
2016	35	8.54	3.36	8.33	1.41	21.43
2017	33	8.42	2.57	7.96	4.79	17.65
2018	34	8.63	2.57	8.54	2.78	15.15
2019	35	8.33	2.59	7.47	4.92	17.28
2020	35	8.71	2.19	9.15	1.27	13.11
2021	35	9.62	3.25	9.09	4.21	22.22
2022	35	8.56	2.98	8.57	3.60	22.09
Total	343	8.53	2.79	8.47	1.27	22.22
調整済み新規の認定者割合（要介護5）（％）						
2013年	34	5.68	2.06	5.41	3.17	11.76
2014	33	5.07	1.73	4.92	1.16	7.94
2015	34	5.24	1.71	5.02	1.49	9.42
2016	35	5.88	2.34	5.56	1.67	12.96
2017	34	5.22	1.96	5.30	1.30	10.91
2018	34	5.05	2.12	4.93	1.39	13.16
2019	35	5.58	2.38	5.26	1.05	13.33
2020	32	5.24	1.54	4.93	2.53	8.20
2021	35	5.96	1.91	5.24	2.93	11.11
2022	35	5.70	1.98	5.32	2.38	14.29
Total	341	5.47	1.99	5.26	1.05	14.29

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（軽度）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要支援1）（％）						
2013年	60	19.98	6.99	19.58	2.70	45.67
2014	60	20.23	6.52	20.03	3.92	34.89
2015	58	19.99	6.32	20.07	5.47	32.96
2016	58	19.86	6.27	19.56	7.85	35.53
2017	56	19.40	6.77	20.06	6.59	32.78
2018	61	18.65	6.01	18.76	3.88	31.64
2019	61	18.84	6.35	19.09	1.87	30.58
2020	61	17.85	6.25	17.18	1.61	35.01
2021	61	18.82	6.39	18.55	2.90	35.16
2022	61	19.21	6.40	19.54	2.88	33.79
Total	597	19.27	6.42	19.09	1.61	45.67
調整済み新規の認定者割合（要支援2）（％）						
2013年	60	16.13	4.15	15.55	6.08	36.22
2014	60	15.60	3.41	15.64	5.88	27.44
2015	58	15.55	3.86	14.93	6.90	24.40
2016	58	14.99	3.56	15.19	5.88	23.82
2017	56	15.16	3.14	14.93	8.79	23.00
2018	61	15.43	3.28	15.05	10.53	28.18
2019	61	15.47	3.03	14.86	10.21	23.91
2020	61	14.43	3.07	14.33	6.45	21.71
2021	61	14.99	3.44	15.17	6.41	24.55
2022	61	14.97	2.58	14.57	10.07	23.03
Total	597	15.27	3.38	15.05	5.88	36.22
調整済み新規の認定者割合（要介護1）（％）						
2013年	60	25.34	3.94	25.38	14.17	36.49
2014	60	25.68	4.11	25.77	12.80	34.86
2015	58	26.38	3.99	26.16	16.30	36.85
2016	58	25.77	4.47	26.35	7.55	36.59
2017	56	26.60	3.10	26.26	18.11	34.94
2018	61	26.61	3.35	26.93	18.29	32.09
2019	61	26.82	3.29	26.83	20.75	34.55
2020	61	27.78	3.49	27.35	20.99	35.74
2021	61	27.19	4.06	26.39	17.79	39.42
2022	61	26.70	3.98	26.57	17.20	36.65
Total	597	26.49	3.84	26.39	7.55	39.42
調整済み新規の認定者割合（要介護2）（％）						
2013年	60	14.55	3.74	14.18	3.15	25.00
2014	60	14.82	3.54	14.51	9.40	26.86
2015	58	14.52	3.93	13.73	8.77	28.57
2016	58	14.52	3.94	14.13	3.33	26.03
2017	56	14.81	3.45	14.14	9.60	25.60
2018	61	15.41	3.81	15.25	9.52	29.52
2019	61	15.23	3.48	14.44	9.00	25.49
2020	61	15.16	3.51	14.57	8.79	24.40
2021	61	14.95	3.34	14.42	9.50	23.93
2022	61	14.93	3.29	14.29	8.52	23.25
Total	597	14.90	3.59	14.38	3.15	29.52

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（重度）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要介護3）（％）						
2013年	60	9.40	3.09	9.04	0.79	20.95
2014	60	9.12	3.60	8.42	1.88	25.49
2015	58	8.96	2.67	8.53	5.05	18.39
2016	58	9.26	3.17	8.76	3.33	22.64
2017	56	8.97	2.29	8.50	5.19	16.48
2018	61	8.84	2.45	8.53	4.94	17.04
2019	61	8.75	2.89	8.48	4.55	23.36
2020	61	9.21	2.21	9.11	5.83	15.98
2021	61	8.94	2.44	8.45	5.28	17.39
2022	61	8.89	2.91	8.41	4.21	21.58
Total	597	9.03	2.79	8.57	0.79	25.49
調整済み新規の認定者割合（要介護4）（％）						
2013年	59	9.12	2.01	8.78	5.91	14.67
2014	60	8.63	2.49	8.42	2.63	18.92
2015	58	8.54	1.52	8.48	5.82	12.38
2016	58	8.94	2.04	9.10	4.57	13.21
2017	56	8.97	2.39	8.52	4.78	17.58
2018	61	8.89	2.02	8.74	5.87	14.88
2019	61	9.03	1.84	8.65	5.59	15.00
2020	61	9.53	2.45	9.05	3.54	16.67
2021	61	8.91	1.72	9.06	5.69	12.66
2022	61	8.89	1.79	9.00	5.14	13.00
Total	596	8.95	2.05	8.74	2.63	18.92
調整済み新規の認定者割合（要介護5）（％）						
2013年	59	5.71	1.68	5.60	2.06	10.42
2014	59	6.02	1.75	6.01	0.38	12.04
2015	58	6.06	1.43	5.82	2.96	9.29
2016	58	6.66	2.12	6.25	3.83	14.71
2017	56	6.09	1.76	6.09	2.49	11.05
2018	61	6.18	1.93	5.93	2.39	10.97
2019	61	5.85	1.71	5.76	2.22	13.81
2020	60	6.14	1.43	6.04	2.02	10.14
2021	61	6.20	1.59	5.77	3.75	11.59
2022	61	6.42	1.84	6.26	2.36	14.65
Total	594	6.13	1.74	5.95	0.38	14.71

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（軽度）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要支援1）（％）						
2013年	54	17.22	6.93	17.35	3.68	31.31
2014	53	18.14	7.10	19.19	5.42	34.57
2015	53	19.07	6.84	18.74	5.26	38.32
2016	52	19.50	7.15	19.06	3.23	37.94
2017	52	19.65	7.05	18.78	3.76	33.76
2018	54	20.02	6.50	20.25	6.71	33.11
2019	54	19.50	7.33	19.00	6.93	33.26
2020	54	19.09	6.90	18.84	6.76	32.14
2021	54	18.88	7.24	19.85	2.53	33.26
2022	54	19.24	7.33	20.48	3.00	33.13
Total	534	19.03	7.02	19.12	2.53	38.32
調整済み新規の認定者割合（要支援2）（％）						
2013年	54	15.10	4.25	15.52	4.35	23.57
2014	53	15.11	3.65	15.07	7.07	22.71
2015	53	15.69	3.96	15.19	5.74	26.37
2016	52	14.34	4.00	14.66	4.85	23.13
2017	52	15.12	3.70	15.40	7.52	24.21
2018	54	14.72	4.16	14.50	5.08	24.80
2019	54	15.32	3.79	14.77	6.02	24.75
2020	54	15.08	3.76	14.70	6.36	26.83
2021	54	15.16	3.93	14.84	6.02	25.31
2022	54	15.41	4.36	14.44	5.35	25.21
Total	534	15.11	3.95	14.96	4.35	26.83
調整済み新規の認定者割合（要介護1）（％）						
2013年	54	23.81	3.32	23.50	15.88	34.16
2014	53	24.62	3.02	24.71	15.94	34.58
2015	53	24.32	3.80	24.33	14.74	33.54
2016	52	24.68	3.80	24.72	14.73	35.92
2017	52	24.96	3.93	25.44	15.38	36.63
2018	54	24.88	4.57	25.12	14.82	37.60
2019	54	25.05	4.25	25.73	14.02	35.04
2020	54	24.69	4.34	24.63	12.50	38.46
2021	54	23.96	4.74	24.21	10.13	36.47
2022	54	24.30	4.92	24.85	14.05	36.41
Total	534	24.52	4.10	24.74	10.13	38.46
調整済み新規の認定者割合（要介護2）（％）						
2013年	54	17.15	4.71	16.61	10.30	36.23
2014	53	15.68	3.52	15.20	8.24	24.08
2015	53	15.54	4.18	15.79	8.57	33.68
2016	52	15.74	4.44	15.23	2.99	31.07
2017	52	15.37	4.08	14.65	7.21	28.57
2018	54	15.56	4.53	14.68	6.40	28.38
2019	54	15.35	4.06	14.68	9.49	28.70
2020	54	15.13	3.81	14.29	7.38	27.87
2021	54	15.79	4.43	14.91	10.35	30.38
2022	54	14.79	3.74	14.49	9.31	24.83
Total	534	15.61	4.17	14.98	2.99	36.23

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（重度）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要介護3）（％）						
2013年	54	10.14	2.97	9.94	5.95	18.84
2014	53	9.78	2.96	9.70	4.68	19.00
2015	53	9.38	2.91	8.84	4.88	18.98
2016	52	9.39	3.09	8.84	2.99	22.67
2017	52	9.54	3.03	9.02	4.95	19.05
2018	54	9.32	3.02	8.53	4.84	23.53
2019	54	9.20	3.17	8.54	4.09	17.32
2020	54	9.51	3.14	8.69	5.02	20.65
2021	54	9.35	2.91	9.19	4.89	20.36
2022	54	9.33	3.09	8.95	4.29	20.51
Total	534	9.49	3.02	8.98	2.99	23.53
調整済み新規の認定者割合（要介護4）（％）						
2013年	54	10.06	2.83	9.90	4.98	19.78
2014	53	10.03	2.68	9.83	4.05	17.06
2015	53	9.52	2.57	9.25	4.40	17.20
2016	52	9.95	2.84	9.30	2.44	16.79
2017	52	9.55	2.87	8.67	4.75	20.24
2018	54	9.18	2.21	9.14	4.21	14.69
2019	54	9.20	2.15	9.18	5.28	14.69
2020	54	9.94	2.63	9.74	4.08	17.73
2021	54	10.19	3.39	9.77	4.46	24.05
2022	54	10.20	2.85	10.03	5.54	18.00
Total	534	9.78	2.72	9.42	2.44	24.05
調整済み新規の認定者割合（要介護5）（％）						
2013年	54	6.52	2.10	6.06	1.44	13.04
2014	53	6.64	1.74	6.33	3.58	12.22
2015	53	6.49	2.11	6.27	1.91	13.58
2016	52	6.40	2.38	5.70	2.94	16.13
2017	52	5.82	1.19	5.71	3.39	9.09
2018	54	6.33	1.94	5.96	2.81	12.16
2019	54	6.36	1.89	6.34	1.91	13.89
2020	54	6.57	2.08	6.05	3.04	12.78
2021	54	6.66	2.08	6.34	2.45	12.66
2022	54	6.74	1.95	6.42	2.85	11.76
Total	534	6.46	1.97	6.11	1.44	16.13

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（軽度）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要支援1）（％）						
2013年	59	25.17	7.12	25.26	4.76	42.86
2014	59	26.13	7.05	25.43	4.17	41.03
2015	59	26.28	6.42	26.06	9.52	40.72
2016	57	26.63	6.14	26.93	12.21	39.02
2017	56	27.11	5.87	27.28	9.09	43.86
2018	56	27.76	6.85	28.29	9.68	50.00
2019	56	27.29	5.69	27.64	9.76	40.31
2020	60	26.84	11.40	26.35	3.13	100.00
2021	60	25.47	6.44	25.01	6.25	35.86
2022	59	25.97	6.37	26.59	4.17	42.11
Total	581	26.45	7.12	26.54	3.13	100.00
調整済み新規の認定者割合（要支援2）（％）						
2013年	59	15.40	2.53	15.28	10.63	21.87
2014	58	15.79	4.93	14.95	8.33	41.67
2015	58	15.33	3.29	15.24	9.94	31.25
2016	56	14.67	3.70	14.46	5.56	28.57
2017	56	15.15	3.31	15.19	7.69	23.26
2018	56	15.21	3.68	15.04	8.75	25.00
2019	57	15.71	4.98	15.55	9.38	43.48
2020	59	16.03	6.11	15.37	8.89	46.67
2021	59	15.43	3.90	15.22	5.77	25.32
2022	59	16.27	5.03	15.60	6.25	40.00
Total	577	15.50	4.27	15.07	5.56	46.67
調整済み新規の認定者割合（要介護1）（％）						
2013年	59	24.38	4.07	24.16	14.67	35.71
2014	58	24.62	4.49	24.27	12.50	40.35
2015	59	24.76	5.39	24.61	12.50	50.00
2016	57	25.06	4.86	24.68	14.29	46.15
2017	57	25.35	4.66	24.81	14.04	40.00
2018	57	25.80	7.39	25.66	10.26	66.67
2019	58	25.61	7.04	25.08	11.43	60.00
2020	58	25.38	4.27	25.51	17.14	34.77
2021	59	25.52	5.53	24.95	16.28	50.00
2022	60	25.29	5.63	24.52	13.75	50.00
Total	582	25.17	5.41	24.72	10.26	66.67
調整済み新規の認定者割合（要介護2）（％）						
2013年	58	13.12	3.17	12.67	7.68	21.43
2014	58	12.48	3.32	12.10	5.13	25.00
2015	59	12.76	7.48	11.70	5.26	66.67
2016	57	13.02	5.59	12.05	8.40	50.00
2017	57	13.28	11.97	11.68	4.65	100.00
2018	54	11.96	2.57	11.75	7.77	20.51
2019	57	11.92	2.66	11.32	6.88	25.00
2020	57	11.94	2.50	11.73	5.26	17.96
2021	59	12.39	3.42	12.04	5.88	30.23
2022	60	12.41	3.45	11.98	6.62	29.17
Total	576	12.53	5.41	11.92	4.65	100.00

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（重度）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要介護3）（％）						
2013年	59	8.16	2.61	7.69	4.29	19.05
2014	57	8.01	4.48	7.13	1.54	33.33
2015	59	8.21	5.77	7.42	3.94	50.00
2016	55	7.20	1.53	6.97	2.86	11.11
2017	57	7.13	1.81	6.85	2.33	13.64
2018	55	7.08	2.19	6.60	5.11	16.13
2019	56	6.88	1.60	7.02	2.44	12.38
2020	57	7.86	3.66	7.42	4.80	33.33
2021	59	7.75	3.77	7.12	4.63	33.33
2022	58	7.15	2.53	6.55	3.33	18.75
Total	572	7.55	3.30	7.09	1.54	50.00
調整済み新規の認定者割合（要介護4）（％）						
2013年	57	8.07	1.29	8.16	5.34	10.81
2014	58	7.84	1.77	7.72	4.10	15.79
2015	59	9.46	12.11	7.97	3.83	100.00
2016	58	8.83	5.97	7.86	2.86	50.00
2017	57	8.37	3.46	8.04	3.51	23.08
2018	56	8.24	3.88	7.68	3.45	33.33
2019	58	8.01	2.64	7.26	4.35	20.00
2020	57	8.54	2.89	8.07	2.63	25.00
2021	58	8.59	4.19	7.84	1.92	33.33
2022	59	8.24	2.76	7.76	4.46	25.00
Total	577	8.42	5.06	7.80	1.92	100.00
調整済み新規の認定者割合（要介護5）（％）						
2013年	58	6.30	1.51	5.93	3.40	11.56
2014	59	6.43	3.87	5.95	2.61	33.33
2015	58	6.97	2.82	6.37	3.73	19.15
2016	57	6.70	2.70	6.12	2.86	20.59
2017	56	6.21	1.64	5.84	4.14	13.64
2018	53	6.16	1.67	5.75	3.86	12.82
2019	58	7.96	12.53	5.86	3.20	100.00
2020	57	6.25	2.06	5.97	3.03	16.67
2021	59	6.26	1.69	6.04	2.27	11.76
2022	57	6.04	1.45	5.97	3.76	11.25
Total	572	6.53	4.55	5.97	2.27	100.00

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（軽度）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要支援1）（％）						
2013年	33	20.93	7.28	20.62	6.38	38.73
2014	33	20.14	7.27	20.38	1.25	37.10
2015	32	21.39	7.77	19.80	4.88	37.61
2016	33	20.29	8.02	20.43	5.13	41.75
2017	32	20.59	7.15	20.49	8.49	38.64
2018	33	22.01	7.08	21.27	8.11	37.88
2019	33	21.47	6.07	20.48	11.43	37.44
2020	33	20.36	6.13	18.94	6.45	36.94
2021	33	22.30	5.87	21.71	12.03	35.71
2022	33	21.75	6.68	21.22	0.91	37.43
Total	328	21.12	6.91	20.50	0.91	41.75
調整済み新規の認定者割合（要支援2）（％）						
2013年	33	16.10	3.41	16.38	9.25	22.07
2014	33	16.74	4.56	16.38	3.57	30.28
2015	33	16.04	4.39	16.72	7.32	23.30
2016	33	16.58	3.99	16.54	7.00	24.65
2017	32	16.98	3.79	17.07	9.76	24.49
2018	33	16.88	4.47	16.28	5.34	28.05
2019	33	17.03	3.97	16.80	8.57	25.00
2020	33	16.50	3.10	15.71	11.19	22.22
2021	33	16.21	3.56	16.36	8.33	25.00
2022	33	16.55	3.35	16.31	11.07	22.02
Total	329	16.56	3.85	16.48	3.57	30.28
調整済み新規の認定者割合（要介護1）（％）						
2013年	33	24.53	3.34	24.66	16.51	31.01
2014	33	25.91	4.51	26.27	16.20	39.29
2015	33	25.59	4.69	25.37	16.73	42.31
2016	33	25.97	3.98	26.51	17.71	33.69
2017	32	25.58	3.78	26.54	19.00	33.33
2018	33	24.99	3.99	24.90	16.29	30.59
2019	33	25.53	3.75	26.34	14.29	35.01
2020	33	25.85	3.48	26.55	17.71	34.02
2021	33	26.24	3.88	26.37	18.91	38.89
2022	33	25.77	4.04	26.27	9.68	35.03
Total	329	25.60	3.94	25.84	9.68	42.31
調整済み新規の認定者割合（要介護2）（％）						
2013年	33	14.67	3.82	13.58	8.11	27.66
2014	33	13.26	2.93	13.40	7.89	20.16
2015	33	14.32	4.65	13.59	4.59	26.92
2016	33	14.07	4.21	13.23	6.15	24.36
2017	32	14.05	4.34	13.53	8.28	31.58
2018	33	14.28	4.70	13.41	8.38	29.73
2019	33	13.52	4.46	13.19	6.52	31.43
2020	33	14.58	4.86	13.96	8.45	35.48
2021	33	13.84	3.37	13.82	7.89	22.43
2022	33	13.05	3.35	12.79	7.41	22.73
Total	329	13.96	4.09	13.40	4.59	35.48

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（重度）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要介護3）（％）						
2013年	33	8.97	2.01	8.63	5.54	12.96
2014	33	8.50	2.18	8.33	5.29	14.29
2015	33	8.55	2.06	8.00	5.61	14.17
2016	33	8.55	2.73	8.15	5.50	17.00
2017	32	8.15	1.61	7.99	4.86	11.56
2018	33	7.58	1.96	7.48	3.57	11.45
2019	33	8.32	3.12	7.48	3.98	20.00
2020	33	8.18	2.40	7.81	3.23	16.67
2021	33	7.62	1.98	7.32	4.25	14.29
2022	33	8.15	2.71	7.41	4.26	19.35
Total	329	8.26	2.32	7.89	3.23	20.00
調整済み新規の認定者割合（要介護4）（％）						
2013年	33	8.49	2.26	8.22	4.05	13.89
2014	33	9.00	3.09	8.53	4.42	17.86
2015	33	8.56	2.03	8.48	4.59	13.41
2016	33	8.73	2.28	8.44	4.68	12.82
2017	32	8.40	2.06	8.36	4.42	12.67
2018	33	8.31	2.11	8.33	3.57	13.74
2019	33	8.04	2.26	8.01	2.52	14.29
2020	33	8.58	2.20	8.68	4.85	13.99
2021	33	8.54	2.17	8.23	4.56	13.91
2022	33	8.83	2.70	8.19	5.50	19.35
Total	329	8.55	2.32	8.33	2.52	19.35
調整済み新規の認定者割合（要介護5）（％）						
2013年	33	6.30	1.79	6.42	2.78	10.64
2014	33	6.45	2.36	6.45	3.09	16.25
2015	33	6.20	1.86	6.07	2.71	10.98
2016	33	5.81	1.61	5.64	3.01	9.51
2017	32	6.24	1.81	6.20	2.52	12.26
2018	33	5.96	1.43	6.03	2.70	8.33
2019	32	6.29	1.83	6.15	1.92	10.69
2020	33	5.94	1.26	6.19	3.09	9.38
2021	33	5.26	1.75	5.34	0.93	8.88
2022	33	5.89	2.03	5.50	3.15	13.64
Total	328	6.03	1.80	6.03	0.93	16.25

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（軽度）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要支援1）（％）						
2013年	29	19.19	7.39	17.02	9.25	36.30
2014	29	19.31	7.75	18.87	6.00	35.42
2015	29	19.40	7.56	17.70	8.66	38.53
2016	29	18.66	7.65	16.88	7.79	41.18
2017	29	17.45	9.15	16.25	3.85	46.05
2018	29	17.96	7.84	17.46	4.05	41.40
2019	29	18.45	6.72	18.18	7.69	36.28
2020	28	20.30	7.99	19.46	9.46	48.45
2021	30	19.31	7.54	17.89	2.78	42.01
2022	30	20.49	8.14	19.01	2.56	43.43
Total	291	19.05	7.73	17.70	2.56	48.45
調整済み新規の認定者割合（要支援2）（％）						
2013年	29	16.17	4.15	15.79	5.97	26.18
2014	30	16.54	4.10	16.66	8.00	22.70
2015	29	17.05	4.39	17.95	8.26	23.03
2016	30	16.09	5.45	17.01	2.08	23.93
2017	29	17.20	5.09	18.37	5.75	26.26
2018	30	17.03	5.51	17.25	4.26	27.09
2019	30	17.75	6.10	18.48	5.69	30.00
2020	30	18.14	8.51	16.36	8.76	57.14
2021	30	18.75	7.48	17.17	8.68	50.00
2022	30	17.98	4.48	17.65	7.07	26.57
Total	297	17.27	5.69	17.17	2.08	57.14
調整済み新規の認定者割合（要介護1）（％）						
2013年	29	26.47	5.21	27.60	13.86	36.36
2014	30	27.26	6.75	25.10	14.47	50.00
2015	29	25.95	4.81	26.15	17.06	34.11
2016	30	27.64	5.90	27.86	17.90	44.00
2017	30	26.00	4.92	26.54	16.07	33.33
2018	30	26.95	8.28	26.83	14.65	55.56
2019	30	26.07	5.72	27.66	10.00	35.22
2020	30	25.83	6.30	26.32	8.77	42.86
2021	30	26.55	3.92	26.41	18.84	40.00
2022	29	26.08	5.43	27.10	11.54	35.90
Total	297	26.48	5.79	26.66	8.77	55.56
調整済み新規の認定者割合（要介護2）（％）						
2013年	30	18.48	16.14	15.61	7.92	100.00
2014	30	14.81	4.74	15.27	7.42	26.09
2015	30	15.86	7.78	15.57	4.84	50.00
2016	30	16.70	7.82	15.17	7.10	50.00
2017	30	16.36	6.02	16.31	6.98	36.54
2018	29	16.96	5.05	16.07	9.29	29.17
2019	30	16.32	5.28	15.84	7.19	32.69
2020	29	16.46	6.70	15.65	7.63	42.86
2021	29	15.08	5.36	13.60	6.85	28.57
2022	29	14.57	4.90	13.30	8.03	26.60
Total	296	16.17	7.68	15.35	4.84	100.00

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（重度）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要介護3）（％）						
2013年	29	8.95	2.01	8.87	5.17	13.46
2014	30	9.69	2.35	9.49	6.48	16.67
2015	30	10.92	7.70	9.90	5.43	50.00
2016	30	8.61	2.53	8.37	4.20	16.67
2017	30	9.85	5.23	8.28	4.76	33.33
2018	30	9.09	2.39	8.56	5.56	15.79
2019	30	8.84	2.68	8.64	5.36	19.23
2020	29	8.87	2.50	8.34	2.70	14.39
2021	29	8.79	2.11	8.83	4.35	13.89
2022	30	9.62	6.06	8.54	2.13	40.00
Total	297	9.33	4.05	8.74	2.13	50.00
調整済み新規の認定者割合（要介護4）（％）						
2013年	29	8.17	1.66	8.11	5.61	11.66
2014	29	8.08	1.79	7.77	5.49	12.89
2015	29	8.68	2.47	8.33	3.50	13.20
2016	29	8.02	2.23	8.01	2.08	12.38
2017	29	8.82	3.24	7.76	4.65	17.33
2018	29	7.76	1.89	7.53	2.78	12.30
2019	30	8.18	3.32	7.44	3.81	20.00
2020	29	8.19	1.82	8.09	5.15	12.82
2021	28	8.00	2.02	7.55	5.80	13.60
2022	29	8.46	3.56	7.73	4.58	21.15
Total	290	8.24	2.48	7.72	2.08	21.15
調整済み新規の認定者割合（要介護5）（％）						
2013年	29	5.38	2.09	5.25	1.23	12.37
2014	29	5.40	1.94	5.08	2.00	10.00
2015	29	4.67	1.88	4.62	0.97	8.75
2016	29	5.35	1.91	5.19	2.91	12.50
2017	30	5.78	3.12	4.84	2.33	16.67
2018	30	5.68	3.66	4.72	2.36	22.22
2019	30	5.01	1.81	5.09	1.41	10.00
2020	28	5.00	1.97	4.42	2.70	12.28
2021	29	5.01	2.20	4.88	1.45	13.89
2022	29	4.59	1.54	4.51	1.27	8.97
Total	292	5.19	2.30	4.89	0.97	22.22

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（軽度）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要支援1）（％）						
2013年	24	12.88	4.87	11.49	4.68	24.14
2014	26	12.34	5.42	12.06	3.26	27.78
2015	27	10.83	6.16	10.08	2.63	33.33
2016	22	11.85	6.69	9.69	3.70	30.77
2017	26	10.62	5.82	10.34	2.15	23.85
2018	27	12.04	6.31	10.78	1.43	33.33
2019	24	11.49	5.29	10.25	4.12	24.75
2020	24	11.04	5.23	10.02	4.00	23.74
2021	24	10.93	4.92	10.62	4.31	23.08
2022	24	11.70	6.60	10.33	2.30	31.82
Total	248	11.56	5.71	10.80	1.43	33.33
調整済み新規の認定者割合（要支援2）（％）						
2013年	26	14.14	4.57	14.80	2.38	23.13
2014	26	14.47	4.36	15.15	2.27	22.48
2015	26	14.35	6.80	15.08	2.78	33.33
2016	26	12.53	7.20	11.29	1.75	40.00
2017	26	13.22	5.17	13.05	2.26	22.73
2018	24	12.49	5.12	13.32	0.71	22.79
2019	26	12.96	5.56	13.36	1.67	25.68
2020	25	13.14	5.04	12.62	3.70	23.81
2021	25	13.02	5.35	13.26	3.86	24.07
2022	24	14.03	4.44	14.66	5.99	23.40
Total	254	13.44	5.40	13.65	0.71	40.00
調整済み新規の認定者割合（要介護1）（％）						
2013年	27	29.75	7.16	27.43	18.64	46.75
2014	27	27.84	7.14	26.19	16.67	42.86
2015	27	27.38	6.36	27.03	16.67	44.83
2016	27	29.05	8.03	28.57	15.38	51.85
2017	27	29.13	8.51	28.41	5.88	46.15
2018	27	29.90	7.46	28.57	12.14	52.38
2019	27	30.38	8.87	29.72	14.17	50.00
2020	27	27.62	5.96	27.51	11.11	40.48
2021	27	30.10	7.66	29.17	16.00	50.00
2022	26	27.62	7.71	29.32	8.33	41.54
Total	269	28.88	7.49	28.17	5.88	52.38
調整済み新規の認定者割合（要介護2）（％）						
2013年	27	19.66	4.04	20.00	10.45	28.57
2014	27	18.66	3.94	18.75	8.62	27.17
2015	27	19.53	5.13	19.10	8.33	33.33
2016	25	19.98	5.05	20.43	11.11	32.46
2017	27	20.02	6.26	20.83	8.33	39.10
2018	27	20.76	5.94	21.43	7.14	33.33
2019	26	19.42	6.22	19.66	8.33	33.33
2020	27	20.64	6.43	20.17	11.11	37.04
2021	27	21.28	6.20	22.05	8.74	40.00
2022	26	19.77	4.83	18.97	11.57	35.71
Total	266	19.98	5.43	20.00	7.14	40.00

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（重度）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要介護3）（％）						
2013年	26	12.45	3.48	11.71	7.14	25.00
2014	26	12.64	3.82	11.72	4.76	20.00
2015	27	12.99	4.02	12.12	6.84	25.66
2016	27	14.33	5.65	13.54	3.85	26.32
2017	27	13.64	5.13	12.54	5.75	27.27
2018	26	11.81	6.50	10.70	4.35	32.14
2019	27	12.97	5.99	11.24	5.94	33.33
2020	26	14.51	7.14	12.94	6.35	37.50
2021	26	11.48	2.98	11.43	5.56	16.67
2022	25	14.05	7.13	11.96	5.45	33.33
Total	263	13.09	5.37	12.00	3.85	37.50
調整済み新規の認定者割合（要介護4）（％）						
2013年	25	8.92	1.82	9.18	4.55	12.83
2014	26	9.56	2.79	9.21	3.45	15.91
2015	26	11.23	3.94	11.13	4.27	20.51
2016	25	10.07	4.61	8.38	3.85	25.81
2017	25	10.13	3.24	9.06	5.50	17.65
2018	26	9.75	2.89	9.33	5.10	17.39
2019	26	9.53	2.98	8.70	5.56	17.50
2020	27	10.14	5.45	9.39	2.38	33.33
2021	27	10.60	3.81	10.30	4.89	24.00
2022	25	10.67	3.54	9.95	6.25	21.43
Total	258	10.06	3.64	9.35	2.38	33.33
調整済み新規の認定者割合（要介護5）（％）						
2013年	25	5.69	2.43	5.14	1.30	12.50
2014	27	6.30	2.90	5.37	3.02	15.00
2015	23	5.47	2.15	4.89	1.75	10.34
2016	26	7.34	5.21	5.73	2.57	28.57
2017	23	5.72	3.00	5.18	2.17	16.67
2018	25	5.87	2.58	5.38	1.48	13.04
2019	23	7.13	6.43	5.19	2.06	33.33
2020	25	6.11	2.51	5.39	2.38	12.50
2021	25	5.61	3.37	5.00	1.85	16.67
2022	23	5.76	1.27	5.80	3.13	8.61
Total	245	6.11	3.48	5.26	1.30	33.33

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（軽度）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要支援1）（％）						
2013年	62	17.03	7.30	15.85	1.52	31.25
2014	60	17.90	6.68	17.87	2.22	32.11
2015	60	19.19	7.83	19.73	4.29	40.63
2016	62	17.24	7.76	17.21	4.35	39.66
2017	60	16.09	7.89	16.85	2.04	31.64
2018	58	17.87	10.49	16.56	1.52	66.67
2019	62	15.84	7.07	15.62	1.92	31.25
2020	58	16.01	7.22	15.71	1.47	32.86
2021	61	16.74	8.83	15.38	1.85	50.00
2022	59	16.87	7.33	16.67	3.45	32.38
Total	602	17.08	7.90	16.67	1.47	66.67
調整済み新規の認定者割合（要支援2）（％）						
2013年	61	17.13	6.46	16.51	7.27	50.00
2014	62	16.77	5.59	15.75	5.49	36.36
2015	63	15.97	5.36	16.13	4.29	30.00
2016	63	16.61	5.40	15.69	5.26	33.33
2017	61	16.64	6.97	16.30	4.84	33.33
2018	59	16.77	7.04	16.40	5.31	50.00
2019	63	15.57	5.27	15.33	5.88	28.89
2020	60	16.02	5.62	15.64	5.26	29.63
2021	61	16.48	8.22	15.02	3.85	50.00
2022	59	17.72	6.48	16.89	6.06	38.10
Total	612	16.56	6.28	16.08	3.85	50.00
調整済み新規の認定者割合（要介護1）（％）						
2013年	62	28.90	6.84	28.30	16.67	50.00
2014	63	27.81	7.91	27.27	10.00	57.89
2015	63	27.35	6.38	26.83	16.13	55.17
2016	63	27.62	7.19	26.61	11.11	50.00
2017	63	28.42	7.70	27.27	9.09	55.56
2018	61	28.08	8.58	27.59	8.96	50.00
2019	63	29.13	9.03	29.51	8.89	50.00
2020	63	27.90	7.49	27.22	6.25	43.75
2021	62	28.62	10.01	28.02	4.17	63.64
2022	62	27.81	8.23	28.61	10.00	58.33
Total	625	28.16	7.96	27.83	4.17	63.64
調整済み新規の認定者割合（要介護2）（％）						
2013年	62	17.51	5.97	16.20	8.73	38.89
2014	62	16.94	6.13	15.62	7.78	37.78
2015	63	16.13	6.02	15.15	6.25	36.84
2016	63	17.30	9.32	15.10	4.83	71.43
2017	63	17.36	6.29	15.20	8.16	38.46
2018	59	17.50	7.88	15.51	5.56	40.43
2019	63	18.78	8.52	15.44	8.57	58.82
2020	63	18.15	8.55	16.07	5.71	53.33
2021	61	17.44	7.43	16.67	4.55	50.00
2022	61	16.86	8.15	15.15	5.56	60.00
Total	620	17.40	7.50	15.71	4.55	71.43

表 調整済み新規認定時の要介護度別の認定者割合の記述統計量（重度）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
調整済み新規の認定者割合（要介護3）（％）						
2013年	61	9.11	4.24	8.24	1.89	25.81
2014	61	9.13	3.62	8.57	2.86	23.53
2015	63	9.02	3.56	8.42	2.00	24.29
2016	61	9.94	4.30	9.09	3.85	27.78
2017	60	10.07	4.29	8.95	2.86	29.17
2018	56	10.15	4.71	9.17	1.43	24.14
2019	60	9.48	3.64	8.93	2.63	20.00
2020	61	10.46	4.42	9.43	2.86	31.25
2021	62	10.79	7.20	8.94	2.38	50.00
2022	58	9.32	3.96	8.90	1.64	20.00
Total	603	9.75	4.52	8.89	1.43	50.00
調整済み新規の認定者割合（要介護4）（％）						
2013年	60	7.85	3.81	7.15	1.23	25.00
2014	61	9.00	3.79	7.97	2.94	22.86
2015	60	8.34	3.77	7.64	1.56	20.69
2016	58	8.03	2.73	7.90	1.61	14.52
2017	63	8.76	3.35	8.06	2.86	22.22
2018	57	7.71	2.98	7.58	1.49	15.20
2019	60	8.02	2.83	7.45	1.92	15.63
2020	57	9.67	6.04	8.00	3.77	37.50
2021	58	8.17	2.74	8.45	2.20	14.58
2022	60	8.47	3.50	7.97	2.00	20.00
Total	594	8.41	3.68	7.85	1.23	37.50
調整済み新規の認定者割合（要介護5）（％）						
2013年	58	5.07	2.15	4.93	1.59	12.50
2014	54	5.14	2.27	5.22	1.16	13.19
2015	61	5.49	3.06	4.88	1.22	20.00
2016	57	4.97	2.24	4.84	0.81	12.24
2017	54	5.18	2.35	4.70	1.92	12.96
2018	55	5.83	3.51	4.92	1.72	20.00
2019	55	4.89	2.50	4.54	0.85	15.66
2020	57	5.60	3.50	4.63	1.72	20.00
2021	56	5.21	2.66	4.73	1.39	12.50
2022	58	6.16	3.62	5.09	2.47	25.00
Total	565	5.36	2.85	4.84	0.81	25.00

第4章第1節関係-調整済み新規認定者割合（年齢階級別）-

-08 茨城県-

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量（65-79歳）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合（65-69歳）（%）						
2013年	44	6.43	2.03	6.20	2.15	12.14
2014	44	6.79	1.70	6.61	3.44	10.86
2015	44	7.30	1.88	7.25	3.62	11.99
2016	44	8.17	1.84	8.32	4.01	11.73
2017	44	7.91	1.53	7.74	4.60	11.79
2018	44	7.60	1.60	7.37	4.55	13.08
2019	44	6.26	1.34	6.40	2.82	9.08
2020	44	6.87	1.85	6.67	2.80	13.08
2021	44	6.40	1.74	5.94	3.74	12.39
2022	44	5.82	1.40	5.70	2.53	9.00
Total	440	6.95	1.84	6.87	2.15	13.08
新規の認定者割合（70-74歳）（%）						
2013年	44	11.31	2.97	10.84	6.74	17.86
2014	44	11.15	3.07	11.21	2.35	17.57
2015	44	11.03	2.37	10.97	5.57	15.91
2016	44	10.94	2.43	10.67	6.03	16.27
2017	44	11.23	2.64	11.02	6.28	19.75
2018	44	11.10	2.74	11.26	4.07	17.65
2019	44	10.48	1.96	10.80	6.61	14.05
2020	44	11.95	2.46	11.95	4.64	17.65
2021	44	12.32	1.98	12.76	7.49	15.40
2022	44	11.91	1.77	11.88	7.55	17.59
Total	440	11.34	2.51	11.36	2.35	19.75
新規の認定者割合（75-79歳）（%）						
2013年	44	18.03	3.03	17.94	12.65	25.28
2014	44	17.52	3.06	18.09	11.54	25.03
2015	44	18.14	3.24	18.10	11.98	25.97
2016	44	17.42	3.20	17.24	10.63	25.86
2017	44	18.37	3.42	18.48	12.06	24.52
2018	44	18.15	2.87	18.53	9.11	24.60
2019	44	18.79	3.23	19.11	10.92	26.19
2020	44	17.62	3.74	18.17	8.21	24.92
2021	44	17.54	2.74	17.99	9.46	22.93
2022	44	17.77	2.90	17.66	9.49	23.00
Total	440	17.94	3.15	18.10	8.21	26.19

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量（80歳以上）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合（80-84歳）（％）						
2013年	44	26.61	2.49	26.78	21.31	30.82
2014	44	26.56	2.29	26.12	22.02	34.38
2015	44	25.62	2.97	25.28	17.93	33.33
2016	44	25.32	2.51	25.51	18.50	31.20
2017	44	24.87	2.22	24.73	17.30	30.07
2018	44	25.93	3.41	26.60	18.75	34.04
2019	44	25.45	2.54	25.48	19.61	32.39
2020	44	24.75	2.40	24.85	19.23	28.88
2021	44	25.35	2.97	25.54	17.57	31.58
2022	44	25.33	3.26	25.13	19.00	34.28
Total	440	25.58	2.77	25.54	17.30	34.38
新規の認定者割合（85-89歳）（％）						
2013年	44	25.31	3.95	25.72	17.86	34.43
2014	44	25.36	3.64	25.39	19.80	33.03
2015	44	25.07	3.83	24.79	17.17	34.82
2016	44	24.60	4.45	23.88	16.98	34.48
2017	44	24.11	3.81	24.15	13.58	34.31
2018	44	23.82	3.67	23.08	15.51	32.88
2019	44	24.27	3.41	23.95	17.54	32.30
2020	44	23.51	3.20	23.23	15.89	32.50
2021	44	23.07	3.13	23.42	15.29	29.48
2022	44	23.70	2.83	24.17	18.56	30.43
Total	440	24.28	3.66	23.98	13.58	34.82
新規の認定者割合（90歳以上）（％）						
2013年	44	12.31	2.67	12.38	6.63	17.51
2014	44	12.62	2.27	12.68	7.50	17.31
2015	44	12.85	2.53	12.85	9.22	19.02
2016	44	13.55	3.53	13.29	7.41	28.00
2017	44	13.52	2.93	13.47	8.74	20.64
2018	44	13.40	3.58	12.90	6.13	23.08
2019	44	14.75	3.45	14.29	10.03	23.65
2020	44	15.30	3.95	15.20	7.60	25.00
2021	44	15.32	3.71	14.71	9.47	24.51
2022	44	15.47	3.68	15.26	8.51	25.69
Total	440	13.91	3.44	13.35	6.13	28.00

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量（65-79歳）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合（65-69歳）（%）						
2013年	24	6.27	1.85	6.50	2.17	10.79
2014	25	6.87	2.09	6.81	3.45	11.91
2015	25	7.33	2.27	7.10	2.96	12.02
2016	25	8.28	1.91	8.33	4.86	11.51
2017	25	8.18	1.80	8.44	4.19	11.88
2018	25	7.73	1.23	7.84	5.61	11.41
2019	25	6.82	1.84	6.49	3.54	11.38
2020	25	6.84	1.33	6.67	4.03	10.40
2021	25	6.22	1.49	6.24	3.13	8.73
2022	25	6.04	0.77	5.74	5.12	8.30
Total	249	7.06	1.84	6.85	2.17	12.02
新規の認定者割合（70-74歳）（%）						
2013年	24	9.99	2.52	9.91	3.54	14.58
2014	25	11.16	1.99	11.00	6.76	14.97
2015	25	9.97	2.80	10.70	5.10	14.37
2016	25	9.95	2.85	9.55	4.63	16.32
2017	25	9.54	2.42	10.21	2.70	12.74
2018	25	10.61	1.70	10.78	7.14	14.53
2019	25	10.13	1.99	10.47	5.44	13.41
2020	25	11.90	2.02	11.72	8.87	19.47
2021	25	12.28	1.95	12.51	8.06	15.90
2022	25	12.73	2.17	12.94	8.54	17.65
Total	249	10.83	2.47	10.92	2.70	19.47
新規の認定者割合（75-79歳）（%）						
2013年	25	18.05	3.19	17.87	10.42	25.00
2014	25	17.28	3.60	17.93	10.14	27.11
2015	25	16.80	2.75	17.01	8.98	20.56
2016	25	17.43	3.07	18.06	10.19	21.86
2017	25	16.96	3.41	17.51	8.76	24.10
2018	25	17.02	2.76	17.66	10.05	21.24
2019	25	17.04	3.83	17.86	7.26	24.06
2020	25	16.62	3.10	16.61	10.40	22.44
2021	25	16.61	3.65	17.06	8.91	23.38
2022	25	15.84	2.59	15.85	10.61	19.56
Total	250	16.97	3.21	17.39	7.26	27.11

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量（80歳以上）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合（80-84歳）（％）						
2013年	25	27.87	2.74	28.27	23.00	32.83
2014	25	27.26	2.75	27.26	20.31	35.74
2015	25	26.69	2.37	26.09	23.60	34.18
2016	25	25.48	3.43	25.23	18.91	33.33
2017	25	26.05	2.21	25.95	22.18	30.49
2018	25	24.75	2.45	25.00	20.48	30.41
2019	25	24.86	2.67	24.13	20.71	31.30
2020	25	23.90	3.07	23.96	14.49	30.09
2021	25	23.71	2.89	23.56	16.47	29.35
2022	25	24.65	2.80	24.78	19.10	32.55
Total	250	25.52	3.02	25.45	14.49	35.74
新規の認定者割合（85-89歳）（％）						
2013年	25	25.48	3.47	25.00	20.18	33.33
2014	25	25.36	2.89	25.21	21.44	33.82
2015	25	25.12	3.63	24.22	18.99	33.06
2016	25	24.91	3.74	24.47	18.44	35.65
2017	25	25.33	3.00	24.79	18.13	31.19
2018	25	25.69	4.02	25.47	16.67	33.93
2019	25	25.39	3.03	24.47	20.47	33.76
2020	25	24.59	2.44	24.84	16.81	29.91
2021	25	24.84	3.56	24.34	20.00	35.63
2022	25	24.36	2.66	23.64	19.34	31.58
Total	250	25.11	3.24	24.52	16.67	35.65
新規の認定者割合（90歳以上）（％）						
2013年	25	13.01	3.66	11.50	9.45	25.00
2014	25	12.06	2.70	11.76	6.72	16.91
2015	25	14.09	3.19	13.14	8.72	20.41
2016	25	13.94	3.07	13.84	8.05	18.85
2017	25	13.93	3.57	13.09	9.14	22.68
2018	25	14.20	2.73	13.25	10.79	21.00
2019	25	15.76	3.90	14.97	9.35	24.79
2020	25	16.14	4.35	15.98	7.08	25.23
2021	25	16.35	3.77	16.55	9.87	23.62
2022	25	16.38	2.65	15.86	11.60	23.86
Total	250	14.58	3.63	14.15	6.72	25.23

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量（65-79歳）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合（65-69歳）（%）						
2013年	33	6.42	2.43	6.45	1.59	10.32
2014	33	6.80	2.37	6.85	1.64	11.40
2015	34	8.04	2.51	8.07	3.21	15.22
2016	34	7.54	2.52	7.80	1.85	12.96
2017	34	6.67	2.30	7.16	1.96	12.27
2018	34	8.11	3.28	7.07	1.92	16.49
2019	34	6.41	2.07	6.55	2.00	10.66
2020	34	5.52	1.69	5.35	2.94	10.55
2021	33	5.63	1.98	5.38	1.82	11.76
2022	35	5.20	1.64	5.38	1.75	8.57
Total	338	6.63	2.49	6.49	1.59	16.49
新規の認定者割合（70-74歳）（%）						
2013年	34	10.03	2.92	10.25	3.33	16.04
2014	34	10.07	3.67	9.99	3.51	17.46
2015	35	10.00	2.92	10.40	2.44	16.36
2016	34	9.54	3.07	9.68	3.45	16.67
2017	32	10.23	3.44	10.29	2.74	18.03
2018	35	9.88	3.57	10.34	2.94	17.72
2019	34	9.68	2.99	9.80	1.89	14.63
2020	35	10.51	3.41	10.13	2.44	18.64
2021	35	11.89	4.28	12.70	4.21	22.22
2022	35	11.37	3.49	11.39	2.78	17.83
Total	343	10.33	3.43	10.34	1.89	22.22
新規の認定者割合（75-79歳）（%）						
2013年	34	17.61	4.38	18.55	8.70	25.00
2014	34	17.03	4.57	16.93	9.09	32.79
2015	35	15.61	5.00	15.33	4.76	30.34
2016	34	15.36	4.51	16.14	5.38	23.33
2017	35	16.49	4.19	17.25	4.00	23.19
2018	34	18.00	4.27	18.42	6.94	26.42
2019	35	17.33	4.43	18.03	6.67	25.76
2020	35	17.55	4.69	18.18	4.84	28.17
2021	35	15.61	5.29	15.89	4.00	25.52
2022	35	16.25	4.57	17.24	4.35	24.48
Total	346	16.68	4.63	17.08	4.00	32.79

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量（80歳以上）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合（80-84歳）（%）						
2013年	34	28.55	4.84	28.30	21.50	45.16
2014	34	28.40	4.10	27.88	19.30	37.74
2015	35	27.93	4.13	28.30	15.73	37.21
2016	35	25.99	3.30	26.42	16.67	33.33
2017	35	25.67	5.31	25.58	11.59	41.18
2018	35	24.19	4.89	24.80	6.67	32.66
2019	35	23.71	4.29	24.26	10.00	29.68
2020	35	24.47	3.98	25.09	12.82	31.25
2021	35	24.18	4.36	24.89	14.95	40.74
2022	35	24.78	4.63	25.66	14.29	34.78
Total	348	25.77	4.70	25.93	6.67	45.16
新規の認定者割合（85-89歳）（%）						
2013年	34	25.07	6.16	24.97	6.45	37.50
2014	34	25.07	5.52	23.64	17.46	45.61
2015	35	26.86	7.26	25.00	17.09	46.55
2016	35	26.62	7.46	24.14	15.56	50.00
2017	35	26.33	5.57	25.09	16.82	41.18
2018	35	25.76	4.78	25.48	18.26	39.39
2019	35	25.81	5.71	24.39	18.88	46.67
2020	35	25.65	4.65	24.54	17.50	36.59
2021	35	25.26	5.00	24.15	17.59	43.40
2022	35	24.67	4.91	24.42	9.52	34.78
Total	348	25.71	5.74	24.60	6.45	50.00
新規の認定者割合（90歳以上）（%）						
2013年	34	12.51	2.97	12.80	6.52	17.76
2014	34	12.83	4.54	11.77	4.92	27.27
2015	35	11.78	3.76	12.43	1.72	18.40
2016	35	15.88	5.14	14.07	9.52	28.57
2017	35	15.68	5.92	15.45	7.54	38.00
2018	35	14.81	6.05	12.96	7.55	40.00
2019	35	17.52	5.14	16.75	7.88	32.08
2020	35	16.46	5.25	16.18	8.45	31.82
2021	35	17.75	7.09	15.89	6.99	41.82
2022	35	17.72	8.45	14.59	7.77	47.62
Total	348	15.31	5.96	14.05	1.72	47.62

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量（65-79歳）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合（65-69歳）（%）						
2013年	60	8.96	2.41	9.07	1.94	16.49
2014	60	9.04	2.75	9.11	2.56	21.62
2015	58	8.94	1.97	9.15	2.78	13.84
2016	58	9.49	2.39	9.68	3.30	16.47
2017	56	8.87	2.25	8.91	1.30	15.38
2018	61	8.37	1.71	8.24	4.55	15.79
2019	61	6.91	1.35	6.95	3.62	11.11
2020	61	6.85	1.61	6.57	3.05	12.00
2021	61	6.14	1.36	5.95	2.90	10.98
2022	60	5.48	1.18	5.38	2.04	8.74
Total	596	7.88	2.37	7.82	1.30	21.62
新規の認定者割合（70-74歳）（%）						
2013年	60	14.55	3.89	15.25	6.25	21.88
2014	60	14.45	3.34	13.62	6.32	23.65
2015	58	14.69	3.70	14.69	2.56	24.59
2016	58	13.65	3.44	13.91	2.94	25.00
2017	56	13.32	2.77	13.35	4.00	18.34
2018	61	13.19	2.80	13.30	6.10	18.58
2019	61	12.14	2.48	12.04	3.27	17.53
2020	61	13.20	2.19	13.12	7.74	19.85
2021	61	13.71	1.85	13.77	6.45	17.26
2022	61	12.89	2.06	12.93	9.14	19.44
Total	597	13.57	3.00	13.41	2.56	25.00
新規の認定者割合（75-79歳）（%）						
2013年	60	21.75	3.73	22.06	11.34	29.02
2014	60	21.99	3.28	22.27	10.81	26.85
2015	58	21.44	3.41	22.05	11.49	27.81
2016	57	21.38	3.85	21.97	12.10	29.79
2017	56	21.69	4.77	22.55	5.71	29.58
2018	61	21.75	3.52	21.98	14.63	28.84
2019	61	22.38	3.69	23.05	10.28	30.36
2020	61	20.98	3.63	21.88	7.69	26.71
2021	61	19.85	3.20	20.16	10.87	26.13
2022	61	19.97	2.47	20.00	12.00	26.40
Total	596	21.31	3.65	21.83	5.71	30.36

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量（80歳以上）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合（80-84歳）（%）						
2013年	60	25.88	2.31	25.72	20.83	32.61
2014	60	25.84	2.81	25.99	17.60	31.58
2015	58	25.46	3.18	25.94	13.89	31.89
2016	58	26.32	2.88	26.45	18.38	32.97
2017	56	26.00	3.21	26.64	17.14	33.86
2018	61	26.88	2.46	26.92	18.84	31.45
2019	61	26.50	2.74	26.87	17.00	30.73
2020	61	26.37	3.46	27.35	13.89	31.53
2021	61	27.64	2.56	27.74	20.77	35.58
2022	61	27.95	3.61	28.25	17.58	42.00
Total	597	26.50	3.02	26.80	13.89	42.00
新規の認定者割合（85-89歳）（%）						
2013年	60	19.56	4.69	18.96	11.14	37.50
2014	60	19.45	4.03	18.94	13.11	31.58
2015	58	19.85	5.06	19.17	12.15	38.46
2016	58	19.51	4.78	18.72	8.51	33.60
2017	56	20.00	4.34	19.28	13.04	32.00
2018	61	19.64	3.34	19.51	11.93	32.93
2019	61	21.46	3.55	21.16	14.51	32.03
2020	61	21.71	3.14	21.05	16.39	32.97
2021	61	21.46	2.73	21.30	9.68	27.74
2022	61	22.42	2.49	22.52	16.56	28.79
Total	597	20.52	4.01	20.35	8.51	38.46
新規の認定者割合（90歳以上）（%）						
2013年	60	9.30	2.82	8.81	4.72	17.61
2014	60	9.24	2.68	8.81	4.15	18.69
2015	58	9.62	3.16	8.49	4.94	19.44
2016	58	10.01	3.99	9.91	5.13	29.41
2017	56	10.10	4.12	8.96	3.32	20.00
2018	61	10.16	3.48	9.22	4.12	17.78
2019	61	10.61	4.07	9.26	4.51	26.67
2020	61	10.88	4.28	9.25	5.21	27.78
2021	61	11.20	3.62	10.39	6.33	25.81
2022	61	11.37	3.44	10.50	6.74	25.45
Total	597	10.26	3.65	9.49	3.32	29.41

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量（65-79歳）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合（65-69歳）（%）						
2013年	54	7.93	2.15	8.05	2.16	13.04
2014	53	7.93	2.33	7.96	2.91	11.82
2015	53	8.43	2.14	8.58	4.10	13.73
2016	52	8.46	2.33	8.71	2.99	13.25
2017	52	8.46	1.62	8.34	5.00	12.78
2018	54	7.66	2.17	8.22	1.25	13.07
2019	54	6.69	1.51	6.60	2.38	9.42
2020	54	6.11	1.64	6.27	0.71	9.66
2021	54	5.99	1.64	5.66	3.57	10.98
2022	54	5.85	1.76	5.68	1.18	10.96
Total	534	7.34	2.19	7.22	0.71	13.73
新規の認定者割合（70-74歳）（%）						
2013年	54	12.17	3.49	12.16	5.37	20.49
2014	53	12.58	3.34	12.63	3.49	19.27
2015	53	12.28	3.27	11.99	6.25	17.98
2016	52	11.29	2.82	11.39	4.84	15.60
2017	52	11.64	2.90	12.31	5.66	17.92
2018	54	11.55	2.77	11.65	4.60	18.83
2019	54	11.12	2.84	11.43	5.05	18.14
2020	54	12.41	2.18	12.70	7.38	18.99
2021	54	12.92	2.78	13.16	3.90	20.00
2022	54	12.69	2.07	12.63	8.62	16.91
Total	534	12.07	2.91	12.24	3.49	20.49
新規の認定者割合（75-79歳）（%）						
2013年	54	19.45	3.81	19.68	9.27	27.92
2014	53	19.04	3.91	19.62	6.94	25.50
2015	53	19.05	3.82	19.20	10.50	28.57
2016	52	18.84	4.15	19.10	8.82	25.88
2017	52	18.84	3.55	18.66	8.47	25.94
2018	54	19.25	3.78	19.24	8.99	24.04
2019	54	19.62	4.34	19.11	8.39	28.43
2020	54	19.54	3.49	19.22	13.95	27.97
2021	54	18.90	3.55	19.45	11.64	28.18
2022	54	18.07	3.36	18.55	9.63	23.47
Total	534	19.06	3.78	19.23	6.94	28.57

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量（80歳以上）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合（80-84歳）（%）						
2013年	54	26.69	3.38	26.51	16.30	37.41
2014	53	26.18	2.19	26.64	19.00	29.25
2015	53	26.14	2.07	25.88	20.00	31.20
2016	52	25.47	3.26	26.16	19.32	38.27
2017	52	26.50	2.42	26.50	21.18	33.33
2018	54	25.50	3.16	25.38	15.46	31.75
2019	54	25.18	2.75	25.37	18.69	29.52
2020	54	25.08	3.14	25.35	17.39	30.01
2021	54	25.17	3.26	25.90	14.55	28.87
2022	54	25.27	3.82	25.54	16.24	32.20
Total	534	25.71	3.03	26.02	14.55	38.27
新規の認定者割合（85-89歳）（%）						
2013年	54	22.03	4.57	21.73	11.69	33.17
2014	53	22.75	4.85	22.30	15.84	36.11
2015	53	22.33	4.98	22.05	13.19	31.65
2016	52	23.41	5.24	22.74	15.43	36.27
2017	52	21.50	3.63	20.63	14.76	30.00
2018	54	22.96	4.14	23.71	15.82	32.77
2019	54	23.35	3.79	22.69	16.86	32.28
2020	54	23.15	3.89	22.33	15.31	39.13
2021	54	23.06	3.52	22.89	14.63	30.56
2022	54	23.76	2.87	23.37	17.42	31.09
Total	534	22.83	4.22	22.58	11.69	39.13
新規の認定者割合（90歳以上）（%）						
2013年	54	11.74	4.02	10.97	6.31	22.83
2014	53	11.52	3.98	11.74	5.19	22.09
2015	53	11.77	4.06	11.37	5.70	20.44
2016	52	12.53	4.38	12.64	6.60	24.00
2017	52	13.06	4.60	12.85	6.18	24.58
2018	54	13.08	4.83	12.50	6.62	26.92
2019	54	14.05	5.01	14.25	6.83	25.87
2020	54	13.73	5.25	13.35	7.44	27.55
2021	54	13.96	5.06	13.02	7.20	30.52
2022	54	14.36	5.14	13.41	7.07	28.34
Total	534	12.99	4.73	12.59	5.19	30.52

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量（65-79歳）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合（65-69歳）（%）						
2013年	59	8.22	1.61	8.30	2.70	12.14
2014	58	8.35	2.06	8.62	2.08	14.91
2015	59	9.33	3.48	8.77	4.59	33.33
2016	56	9.20	2.51	9.22	2.86	23.08
2017	54	8.57	1.82	8.61	2.33	15.38
2018	56	8.10	3.14	7.80	2.56	25.00
2019	57	6.77	1.33	6.77	3.13	10.91
2020	56	6.17	1.10	6.18	2.63	8.09
2021	58	6.19	1.71	5.86	1.92	13.27
2022	57	5.59	1.06	5.54	3.00	9.88
Total	570	7.65	2.48	7.52	1.92	33.33
新規の認定者割合（70-74歳）（%）						
2013年	59	13.08	3.29	13.34	2.70	21.43
2014	59	13.36	3.81	13.53	4.17	33.33
2015	58	13.38	2.64	13.32	4.76	25.00
2016	57	12.88	2.70	12.67	7.53	23.08
2017	55	12.65	1.44	12.69	9.95	16.43
2018	57	12.57	3.40	12.18	2.56	33.33
2019	58	11.55	2.21	11.66	3.13	20.00
2020	59	14.32	8.64	12.90	7.07	66.67
2021	59	12.69	2.74	13.04	1.92	20.00
2022	60	12.37	2.71	11.93	7.50	25.00
Total	581	12.89	3.89	12.58	1.92	66.67
新規の認定者割合（75-79歳）（%）						
2013年	59	21.93	3.30	22.33	7.14	29.17
2014	59	22.23	6.78	21.56	2.50	66.67
2015	58	21.25	3.17	21.41	11.90	26.08
2016	57	20.17	3.34	20.26	8.82	30.65
2017	57	20.27	4.17	20.39	6.82	40.00
2018	56	21.13	3.25	21.35	10.26	30.77
2019	58	20.47	2.42	20.57	13.46	26.65
2020	57	19.77	2.89	20.14	9.38	26.02
2021	59	18.87	2.60	18.95	11.76	28.85
2022	58	18.66	2.28	18.98	10.00	23.64
Total	578	20.48	3.79	20.41	2.50	66.67

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量（80歳以上）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合（80-84歳）（%）						
2013年	59	27.45	3.85	27.57	14.29	40.54
2014	58	27.80	2.48	27.63	21.71	37.50
2015	58	27.11	3.09	27.46	10.64	35.09
2016	57	28.63	4.18	28.35	13.89	50.00
2017	57	28.59	3.73	27.98	22.50	50.00
2018	56	26.65	4.02	27.43	8.33	35.48
2019	57	26.45	2.73	26.79	17.39	33.51
2020	59	27.24	2.53	26.93	20.00	33.33
2021	60	26.33	3.79	26.34	15.79	47.06
2022	60	26.70	2.96	26.67	15.52	32.74
Total	581	27.29	3.45	27.32	8.33	50.00
新規の認定者割合（85-89歳）（%）						
2013年	59	20.12	4.15	19.55	12.50	35.71
2014	58	20.47	4.79	19.91	13.17	47.50
2015	61	22.91	12.67	20.09	14.32	100.00
2016	56	20.83	3.69	20.09	14.69	35.71
2017	57	21.22	4.32	20.91	13.33	45.45
2018	57	21.88	3.33	21.41	16.67	33.33
2019	59	24.89	10.62	22.86	19.44	100.00
2020	59	24.38	7.36	23.18	16.33	66.67
2021	59	24.16	3.75	24.20	11.76	39.53
2022	59	24.73	4.42	24.26	10.53	50.00
Total	584	22.58	6.91	21.82	10.53	100.00
新規の認定者割合（90歳以上）（%）						
2013年	59	9.21	2.54	8.59	4.17	21.43
2014	58	8.91	1.99	8.63	4.17	14.00
2015	59	9.68	5.87	8.51	5.34	50.00
2016	57	10.57	6.57	9.20	6.00	50.00
2017	57	11.35	12.28	9.39	5.63	100.00
2018	57	10.65	4.27	9.79	6.05	33.33
2019	58	11.73	3.86	11.25	6.25	31.25
2020	57	11.19	2.77	10.77	5.26	20.00
2021	60	12.91	7.88	11.58	7.20	66.67
2022	59	13.48	5.75	12.50	8.11	50.00
Total	581	10.97	6.23	9.94	4.17	100.00

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量（65-79歳）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合（65-69歳）（%）						
2013年	33	7.76	2.47	8.15	2.08	12.33
2014	33	8.58	1.62	8.52	4.93	12.67
2015	33	8.53	2.19	8.79	4.50	14.62
2016	33	8.83	2.33	9.40	3.33	12.85
2017	32	8.64	1.88	8.93	4.76	12.96
2018	33	7.92	1.62	8.01	4.25	11.31
2019	33	6.35	1.72	6.70	2.52	9.72
2020	33	6.49	1.67	6.50	3.54	11.46
2021	32	5.84	1.82	6.04	1.50	9.35
2022	33	5.29	1.01	5.44	2.78	7.14
Total	328	7.42	2.23	7.32	1.50	14.62
新規の認定者割合（70-74歳）（%）						
2013年	33	13.26	2.51	13.45	7.20	18.33
2014	33	14.31	3.24	13.94	7.75	21.29
2015	33	13.28	2.34	13.91	8.41	17.87
2016	33	12.81	2.61	13.19	6.94	17.95
2017	32	12.75	2.30	13.04	5.56	18.42
2018	33	12.26	2.72	12.56	2.70	17.78
2019	33	12.09	2.57	12.24	5.88	20.65
2020	33	12.72	2.16	12.91	8.39	17.89
2021	33	12.78	2.21	13.51	7.24	15.90
2022	33	11.69	2.39	12.09	6.71	16.13
Total	329	12.80	2.58	13.02	2.70	21.29
新規の認定者割合（75-79歳）（%）						
2013年	33	21.24	2.89	21.70	12.96	28.18
2014	33	20.90	3.17	21.27	14.41	28.17
2015	33	20.98	2.69	20.94	15.32	27.91
2016	33	20.56	2.99	20.92	15.38	26.67
2017	32	21.08	2.96	20.66	15.17	29.55
2018	33	21.63	3.92	21.74	10.71	30.15
2019	33	21.47	2.92	20.83	16.56	28.10
2020	33	21.00	3.39	21.36	10.78	27.08
2021	33	19.39	2.84	19.51	13.89	28.13
2022	33	19.36	2.49	19.29	13.29	25.81
Total	329	20.76	3.10	20.79	10.71	30.15

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量（80歳以上）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合（80-84歳）（％）						
2013年	33	26.34	3.09	26.39	20.83	33.87
2014	33	26.32	3.94	26.64	18.44	35.71
2015	33	27.05	4.01	27.24	15.38	37.40
2016	33	27.72	3.10	27.39	19.23	33.65
2017	32	26.66	2.79	27.26	15.79	30.83
2018	33	27.30	2.12	27.33	22.62	30.91
2019	33	26.61	2.70	27.21	18.48	31.17
2020	33	26.58	3.00	26.99	15.63	32.26
2021	33	27.85	2.68	27.52	22.05	36.11
2022	33	28.45	2.81	28.29	20.71	35.19
Total	329	27.09	3.11	27.21	15.38	37.40
新規の認定者割合（85-89歳）（％）						
2013年	33	21.17	4.85	20.07	14.06	37.50
2014	33	19.72	4.07	19.54	10.71	29.79
2015	33	20.48	3.92	19.83	13.82	30.77
2016	33	20.63	4.22	19.44	12.82	36.54
2017	32	20.98	2.83	21.08	15.96	27.17
2018	33	20.25	3.24	20.28	13.51	28.96
2019	33	22.21	2.56	22.18	17.63	27.17
2020	33	22.07	3.51	21.42	12.90	30.00
2021	33	23.04	2.97	22.43	19.31	30.56
2022	33	23.63	2.50	23.37	18.79	28.64
Total	329	21.42	3.70	21.28	10.71	37.50
新規の認定者割合（90歳以上）（％）						
2013年	33	10.22	2.06	9.95	7.14	15.20
2014	33	10.16	3.11	9.24	6.33	17.86
2015	33	9.68	1.99	9.26	6.42	14.11
2016	33	9.46	2.18	9.49	5.93	15.53
2017	32	9.89	2.37	9.60	6.38	15.43
2018	33	10.64	4.09	9.54	5.51	27.03
2019	33	11.25	3.13	10.87	6.30	22.86
2020	33	11.13	3.09	11.00	6.45	18.88
2021	33	11.28	2.95	10.99	5.79	18.80
2022	33	11.58	2.99	11.28	3.23	17.86
Total	329	10.53	2.91	10.08	3.23	27.03

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量 (65-79歳)

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合 (65-69歳) (%)						
2013年	29	4.87	2.37	4.61	0.96	11.68
2014	29	5.11	1.86	4.90	1.14	10.00
2015	29	5.52	1.62	5.82	1.39	8.20
2016	30	6.21	2.06	6.28	2.00	11.43
2017	29	6.29	1.97	5.99	2.04	12.09
2018	29	5.84	1.71	5.66	1.39	9.33
2019	30	5.59	1.69	5.31	2.82	10.00
2020	28	5.14	1.73	5.15	1.35	10.56
2021	29	4.71	1.08	5.03	2.63	6.72
2022	28	4.58	1.28	4.71	2.13	6.96
Total	290	5.39	1.84	5.35	0.96	12.09
新規の認定者割合 (70-74歳) (%)						
2013年	29	8.91	2.41	8.58	4.48	15.46
2014	29	8.36	1.94	8.01	4.00	14.00
2015	29	8.36	2.27	8.41	3.08	14.73
2016	29	8.32	2.40	8.29	3.00	13.33
2017	29	7.62	1.86	7.83	3.40	12.39
2018	28	8.11	1.65	8.05	3.90	11.15
2019	29	7.70	2.09	7.86	2.63	10.41
2020	29	9.78	2.01	10.22	4.35	13.64
2021	29	9.82	2.77	10.49	3.95	16.19
2022	30	10.59	2.89	10.49	5.13	20.00
Total	290	8.77	2.42	8.74	2.63	20.00
新規の認定者割合 (75-79歳) (%)						
2013年	29	16.60	4.12	16.91	4.26	27.27
2014	29	16.40	2.88	16.71	7.94	21.14
2015	29	16.59	3.03	16.52	9.03	25.00
2016	30	15.87	3.03	15.87	9.76	22.92
2017	30	16.05	2.31	16.64	8.16	20.45
2018	30	14.19	2.90	14.76	5.19	19.97
2019	30	15.30	2.75	15.54	9.95	20.45
2020	29	15.05	2.78	14.47	8.25	20.78
2021	29	13.68	2.33	13.81	7.89	18.46
2022	29	13.24	3.39	13.83	6.37	19.13
Total	294	15.30	3.17	15.73	4.26	27.27

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量（80歳以上）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合（80-84歳）（%）						
2013年	30	29.55	5.38	28.94	19.63	50.00
2014	30	28.22	3.52	28.57	18.00	36.59
2015	30	28.00	5.46	27.81	17.86	50.00
2016	30	27.49	3.46	27.23	20.83	40.00
2017	30	25.93	3.90	26.57	13.46	32.56
2018	30	26.64	2.72	26.62	21.57	33.33
2019	30	24.77	3.95	25.18	15.07	31.28
2020	30	24.15	5.52	24.31	10.53	42.86
2021	29	24.22	3.66	23.37	17.39	36.51
2022	29	24.04	4.04	24.24	9.57	30.95
Total	298	26.32	4.60	26.56	9.57	50.00
新規の認定者割合（85-89歳）（%）						
2013年	29	27.25	3.76	26.88	19.15	37.42
2014	29	27.02	2.56	27.22	18.70	31.82
2015	30	28.64	5.80	27.89	21.58	50.00
2016	30	27.61	3.44	27.54	16.19	34.15
2017	30	28.66	5.44	26.74	23.01	50.00
2018	30	27.13	3.98	27.06	18.42	36.17
2019	30	28.41	3.92	28.90	19.64	40.38
2020	30	28.62	4.86	27.20	22.41	43.24
2021	30	29.50	5.35	27.82	21.54	50.00
2022	30	27.96	3.92	27.58	16.52	40.00
Total	298	28.09	4.42	27.47	16.19	50.00
新規の認定者割合（90歳以上）（%）						
2013年	30	14.75	7.67	13.26	4.55	50.00
2014	30	16.78	10.25	14.74	8.94	66.67
2015	29	14.38	3.80	14.75	1.61	22.50
2016	30	14.77	3.33	14.12	8.79	23.08
2017	30	15.91	4.00	15.20	7.94	28.57
2018	30	18.81	5.62	16.88	12.16	33.33
2019	30	18.48	5.30	17.11	10.00	36.78
2020	30	18.43	4.18	17.89	13.05	29.19
2021	30	19.81	7.60	18.91	4.76	50.00
2022	30	21.13	6.37	19.93	12.70	40.00
Total	299	17.34	6.48	16.30	1.61	66.67

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量 (65-79歳)

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合 (65-69歳) (%)						
2013年	22	5.32	2.21	4.90	2.68	11.69
2014	21	5.72	1.83	5.65	2.59	9.78
2015	24	5.99	2.28	6.15	2.73	10.76
2016	24	5.98	2.16	5.71	3.23	11.11
2017	26	6.44	2.70	5.91	2.08	15.79
2018	22	6.21	3.15	5.63	3.00	17.39
2019	25	5.73	2.77	5.00	3.06	16.67
2020	24	5.98	4.01	4.94	2.26	22.22
2021	23	4.57	1.77	4.07	1.83	8.00
2022	21	3.91	1.33	3.83	1.30	6.67
Total	232	5.61	2.61	5.17	1.30	22.22
新規の認定者割合 (70-74歳) (%)						
2013年	24	9.24	2.71	9.97	3.70	14.29
2014	24	7.72	2.33	7.45	4.17	12.50
2015	25	8.43	2.91	8.77	2.56	13.08
2016	25	8.64	4.00	7.69	1.89	20.00
2017	24	7.75	2.29	7.47	4.12	13.19
2018	24	8.22	2.48	8.42	3.93	13.79
2019	25	8.68	3.71	8.33	3.96	22.22
2020	26	9.82	4.44	9.83	4.23	25.00
2021	27	11.38	5.29	10.12	5.00	33.33
2022	23	8.72	2.69	9.23	3.13	14.29
Total	247	8.90	3.57	8.67	1.89	33.33
新規の認定者割合 (75-79歳) (%)						
2013年	27	15.24	3.56	15.20	7.41	21.92
2014	27	16.24	3.31	15.92	9.48	25.00
2015	27	15.17	4.25	14.99	8.33	25.00
2016	27	16.06	6.60	14.81	7.69	42.86
2017	27	14.96	4.46	14.78	4.55	23.53
2018	24	14.91	3.53	15.20	6.12	22.22
2019	25	14.61	3.64	15.15	5.56	20.00
2020	25	16.29	4.11	15.34	7.94	24.49
2021	26	13.89	4.35	14.58	4.17	22.22
2022	26	13.93	3.37	14.84	5.45	19.14
Total	261	15.14	4.24	15.04	4.17	42.86

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量（80歳以上）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合（80-84歳）（%）						
2013年	27	25.92	4.42	25.82	18.18	37.93
2014	27	28.45	8.06	27.08	13.64	58.33
2015	27	25.51	4.27	25.34	16.67	33.33
2016	27	25.39	5.39	25.44	14.15	40.00
2017	27	22.97	4.64	22.67	14.58	33.33
2018	27	26.28	6.85	25.77	14.84	50.00
2019	27	24.66	4.58	24.74	11.88	33.33
2020	27	23.78	5.60	24.18	11.11	36.00
2021	27	24.23	5.05	24.37	10.00	38.10
2022	26	23.36	6.29	23.87	9.09	40.63
Total	269	25.06	5.75	25.00	9.09	58.33
新規の認定者割合（85-89歳）（%）						
2013年	27	28.00	6.32	27.27	17.24	50.00
2014	27	27.52	5.77	26.97	14.29	41.67
2015	27	27.37	4.76	27.81	16.13	35.90
2016	26	29.29	5.42	29.02	20.00	42.45
2017	27	28.89	4.47	27.99	20.83	41.18
2018	27	28.18	5.10	27.78	17.39	43.48
2019	27	26.80	4.40	25.82	20.83	41.67
2020	27	26.47	4.89	26.76	12.00	37.50
2021	27	24.65	6.63	25.00	5.56	39.67
2022	26	29.21	6.84	27.11	20.83	45.65
Total	268	27.63	5.59	27.13	5.56	50.00
新規の認定者割合（90歳以上）（%）						
2013年	27	18.30	5.84	17.66	8.57	36.36
2014	27	16.48	4.70	16.23	8.33	28.57
2015	27	18.82	5.44	18.60	7.69	33.33
2016	26	17.68	5.48	18.39	7.41	28.57
2017	27	20.09	6.89	18.28	10.00	38.46
2018	27	19.92	6.51	20.18	4.35	33.33
2019	27	21.67	6.26	20.48	12.12	35.19
2020	27	19.88	4.54	21.10	11.11	28.64
2021	27	22.47	8.30	20.55	12.96	55.00
2022	26	22.62	8.26	20.53	14.29	50.00
Total	268	19.79	6.53	18.82	4.35	55.00

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量 (65-79歳)

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合 (65-69歳) (%)						
2013年	57	5.06	3.43	4.39	1.49	25.00
2014	58	5.13	2.25	5.08	0.91	11.11
2015	57	5.43	2.49	5.15	0.83	13.79
2016	52	5.81	2.01	6.03	1.43	9.09
2017	54	5.79	2.33	5.64	1.85	14.29
2018	50	5.23	1.95	5.38	1.49	9.09
2019	51	4.72	2.17	4.74	1.09	11.54
2020	53	4.43	2.05	4.66	0.91	12.00
2021	53	3.89	1.71	3.85	0.83	9.40
2022	54	4.27	2.82	3.80	1.10	20.00
Total	539	4.98	2.44	4.80	0.83	25.00
新規の認定者割合 (70-74歳) (%)						
2013年	57	7.11	2.93	7.89	1.09	15.63
2014	59	7.62	2.71	7.42	2.13	18.18
2015	57	7.85	2.79	8.21	1.54	15.38
2016	60	7.36	2.91	6.85	1.96	16.67
2017	57	6.86	2.82	6.91	2.04	14.29
2018	53	7.63	2.91	7.34	2.44	18.18
2019	59	7.41	2.76	6.70	1.46	16.67
2020	58	7.61	3.19	7.15	2.27	16.00
2021	58	8.92	3.14	9.00	2.22	18.18
2022	58	8.37	3.50	8.36	2.78	25.00
Total	576	7.67	3.01	7.68	1.09	25.00
新規の認定者割合 (75-79歳) (%)						
2013年	62	14.71	3.82	15.01	3.23	25.00
2014	62	14.30	3.49	14.38	6.25	23.53
2015	60	13.90	4.07	14.40	3.45	25.00
2016	60	13.54	3.99	13.48	4.08	20.97
2017	60	13.65	3.98	13.73	4.55	25.71
2018	59	13.44	4.92	13.04	4.55	36.36
2019	60	13.23	4.24	13.45	4.65	24.36
2020	60	13.70	4.02	14.17	5.00	24.24
2021	59	12.33	4.06	13.33	2.22	20.00
2022	59	12.43	3.86	11.90	2.63	20.00
Total	601	13.53	4.09	13.87	2.22	36.36

表 新規認定時の年齢階級別の認定者割合の記述統計量（80歳以上）

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規の認定者割合（80-84歳）（％）						
2013年	62	28.33	5.30	27.98	16.67	50.00
2014	63	26.02	5.81	26.67	9.52	44.44
2015	63	26.74	7.64	26.15	9.68	55.00
2016	63	26.59	5.26	25.90	14.71	42.86
2017	63	24.76	5.90	24.53	6.06	42.86
2018	60	24.31	6.54	24.38	9.09	50.00
2019	63	22.71	6.38	23.01	11.11	50.00
2020	62	21.77	5.61	22.31	8.00	40.00
2021	61	22.19	6.54	22.64	5.00	50.00
2022	60	23.48	5.01	22.73	14.71	40.00
Total	620	24.70	6.35	24.66	5.00	55.00
新規の認定者割合（85-89歳）（％）						
2013年	63	29.35	5.80	28.44	12.50	50.00
2014	62	29.46	6.76	29.69	9.09	61.90
2015	63	29.77	8.28	28.05	15.00	60.00
2016	63	29.52	5.86	29.24	18.18	55.56
2017	62	28.40	4.86	28.31	16.42	41.94
2018	61	30.41	7.77	29.19	11.11	66.67
2019	63	29.03	6.56	27.87	11.76	44.23
2020	63	27.88	7.12	27.85	6.25	57.14
2021	62	29.32	5.56	27.74	17.07	46.67
2022	61	29.11	6.70	28.07	15.00	50.00
Total	623	29.22	6.59	28.28	6.25	66.67
新規の認定者割合（90歳以上）（％）						
2013年	63	17.27	5.59	16.36	7.98	50.00
2014	63	19.05	7.35	17.16	2.33	50.00
2015	62	18.53	5.56	18.03	10.00	34.38
2016	63	19.18	6.10	18.31	8.33	37.50
2017	63	23.12	7.68	21.35	11.43	42.86
2018	59	22.50	7.40	21.62	9.09	45.45
2019	62	25.30	7.84	24.01	11.76	52.94
2020	63	26.92	10.18	25.00	14.04	80.00
2021	63	26.63	8.97	24.17	16.14	50.00
2022	62	25.27	6.73	24.22	14.29	60.00
Total	623	22.37	8.19	20.74	2.33	80.00

第4章第1節関係-平均年齢-

-08 茨城県-

表 新規認定時の平均年齢の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定時の平均年齢（歳）						
2013年	44	81.59	0.95	81.60	79.30	83.59
2014	44	81.62	0.88	81.52	79.89	83.56
2015	44	81.53	0.90	81.37	79.93	83.56
2016	44	81.49	1.01	81.46	79.76	83.70
2017	44	81.40	0.94	81.47	79.26	83.80
2018	44	81.43	0.97	81.39	79.50	84.06
2019	44	81.89	0.91	81.82	80.10	84.16
2020	44	81.75	0.92	81.64	80.04	84.54
2021	44	81.79	0.84	81.67	80.25	83.97
2022	44	81.91	0.78	81.83	80.45	84.29
Total	440	81.64	0.92	81.57	79.26	84.54

表 新規認定時の平均年齢の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定時の平均年齢（歳）						
2013年	25	81.95	1.16	81.87	80.38	85.25
2014	25	81.57	0.82	81.62	80.14	83.69
2015	25	81.83	1.14	81.72	79.64	84.19
2016	25	81.63	0.93	81.56	79.87	83.78
2017	25	81.71	0.99	81.59	80.46	83.72
2018	25	81.66	0.72	81.72	80.34	82.95
2019	25	82.13	0.96	82.01	80.22	84.53
2020	25	81.92	0.87	81.89	79.66	83.54
2021	25	82.04	0.87	81.85	80.54	83.99
2022	25	82.03	0.65	81.87	80.43	83.37
Total	250	81.85	0.93	81.80	79.64	85.25

表 新規認定時の平均年齢の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定時の平均年齢（歳）						
2013年	34	81.79	1.15	81.67	79.89	84.13
2014	34	81.78	1.27	81.88	79.08	84.21
2015	35	81.70	1.10	81.58	79.16	83.74
2016	35	82.27	1.68	82.07	80.07	86.71
2017	35	82.26	1.46	82.16	79.99	85.48
2018	35	81.83	1.33	81.51	79.93	84.35
2019	35	82.40	1.26	82.44	80.23	85.40
2020	35	82.32	1.24	82.31	79.98	85.03
2021	35	82.48	1.57	82.03	79.36	86.36
2022	35	82.45	1.41	82.30	80.46	86.19
Total	348	82.13	1.37	82.02	79.08	86.71

表 新規認定時の平均年齢の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定時の平均年齢（歳）						
2013年	60	80.07	1.22	79.96	77.87	83.21
2014	60	80.05	1.08	79.88	77.95	82.33
2015	58	80.13	1.15	79.90	77.75	82.87
2016	58	80.24	1.19	79.99	78.00	84.18
2017	56	80.32	1.12	80.12	78.41	83.06
2018	61	80.37	0.92	80.17	78.57	83.40
2019	61	80.82	0.92	80.58	78.98	84.67
2020	61	80.87	0.85	80.74	79.13	83.63
2021	61	81.03	0.65	80.93	79.75	82.87
2022	61	81.23	0.60	81.06	80.12	82.99
Total	597	80.52	1.06	80.53	77.75	84.67

表 新規認定時の平均年齢の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定時の平均年齢（歳）						
2013年	54	80.97	1.31	81.03	78.60	84.05
2014	53	80.97	1.37	80.93	78.61	84.08
2015	53	80.93	1.34	80.80	78.72	83.35
2016	52	81.17	1.34	81.21	79.17	84.09
2017	52	81.07	1.13	81.09	79.17	83.19
2018	54	81.26	1.30	81.12	79.49	84.20
2019	54	81.58	1.22	81.63	79.37	84.06
2020	54	81.53	1.11	81.45	79.92	84.40
2021	54	81.54	1.10	81.19	79.58	84.95
2022	54	81.68	0.96	81.45	79.83	83.96
Total	534	81.27	1.24	81.22	78.60	84.95

表 新規認定時の平均年齢の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定時の平均年齢（歳）						
2013年	59	80.32	0.93	80.14	79.02	84.07
2014	59	80.27	1.07	80.16	76.33	84.20
2015	61	80.51	1.66	80.17	78.83	91.00
2016	58	80.51	1.34	80.32	76.08	86.50
2017	58	80.90	2.47	80.56	79.35	98.00
2018	57	80.73	1.00	80.51	78.90	84.67
2019	59	81.40	1.37	81.10	79.93	89.00
2020	60	81.12	1.04	81.14	75.33	83.67
2021	60	81.52	1.18	81.31	79.79	88.00
2022	60	81.68	0.70	81.62	80.42	84.00
Total	591	80.90	1.43	80.77	75.33	98.00

表 新規認定時の平均年齢の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定時の平均年齢（歳）						
2013年	33	80.58	1.01	80.43	78.81	83.08
2014	33	80.30	0.96	80.18	77.97	82.35
2015	33	80.44	0.89	80.47	78.99	82.20
2016	33	80.45	0.88	80.35	79.15	82.40
2017	32	80.48	0.84	80.40	79.16	82.03
2018	33	80.62	0.89	80.41	79.20	82.68
2019	33	81.07	0.77	81.06	79.76	83.14
2020	33	81.02	0.86	80.93	79.26	82.48
2021	33	81.29	0.77	81.13	80.19	82.72
2022	33	81.48	0.76	81.45	79.61	82.86
Total	329	80.77	0.94	80.83	77.97	83.14

表 新規認定時の平均年齢の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定時の平均年齢（歳）						
2013年	30	82.44	0.97	82.29	81.26	85.00
2014	30	82.76	1.36	82.51	81.13	88.50
2015	30	82.61	1.03	82.50	81.34	86.50
2016	30	82.42	0.97	82.30	80.37	84.94
2017	30	82.73	1.05	82.59	81.39	86.00
2018	30	83.02	1.13	82.87	81.56	86.33
2019	30	83.06	0.94	83.05	81.30	85.90
2020	30	83.03	0.96	82.94	81.56	85.86
2021	30	83.29	1.28	83.00	81.86	88.00
2022	30	83.34	1.18	83.08	82.01	87.02
Total	300	82.87	1.12	82.75	80.37	88.50

表 新規認定時の平均年齢の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定時の平均年齢（歳）						
2013年	27	83.13	1.22	82.85	80.57	86.00
2014	27	82.95	0.96	82.97	81.34	85.11
2015	27	83.02	1.13	83.01	80.38	86.00
2016	27	82.90	1.36	82.88	80.60	85.50
2017	27	83.24	1.28	82.99	81.17	86.64
2018	27	83.47	1.65	83.30	79.52	87.00
2019	27	83.44	1.04	83.34	81.40	86.00
2020	27	83.14	1.01	83.13	81.00	84.67
2021	27	83.40	1.41	83.11	81.04	88.00
2022	26	84.02	1.51	83.64	82.04	88.67
Total	269	83.27	1.29	83.15	79.52	88.67

表 新規認定時の平均年齢の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定時の平均年齢（歳）						
2013年	63	83.31	1.03	83.19	80.88	85.77
2014	63	83.42	1.17	83.09	81.49	87.20
2015	63	83.42	1.26	83.26	81.10	86.76
2016	63	83.55	1.17	83.52	81.72	87.25
2017	63	83.90	1.45	83.66	80.89	87.75
2018	61	83.92	1.51	83.76	78.64	87.82
2019	63	84.29	1.38	84.05	82.23	87.88
2020	63	84.55	1.72	84.30	81.23	92.40
2021	63	84.63	1.84	84.19	82.48	92.50
2022	62	84.32	0.99	84.33	82.67	87.08
Total	627	83.93	1.45	83.73	78.64	92.50

第4章第1節関係-調整済み平均要介護度-
-08 茨城県-

表 新規認定時の調整済み平均要介護度の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定の調整済み平均要介護度						
2013年	44	1.81	0.19	1.81	1.46	2.21
2014	44	1.73	0.17	1.74	1.42	2.13
2015	44	1.70	0.13	1.69	1.44	1.98
2016	44	1.72	0.17	1.70	1.44	2.23
2017	44	1.72	0.17	1.71	1.44	2.11
2018	44	1.68	0.17	1.68	1.39	2.11
2019	44	1.65	0.15	1.62	1.39	2.01
2020	44	1.68	0.16	1.65	1.43	2.04
2021	44	1.67	0.16	1.66	1.43	2.24
2022	44	1.67	0.15	1.69	1.41	2.18
Total	440	1.70	0.17	1.69	1.39	2.24

※単位は任意の単位であり、要介護度を意味しない。

表 新規認定時の調整済み平均要介護度の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定の調整済み平均要介護度						
2013年	25	1.69	0.21	1.65	1.34	2.09
2014	25	1.64	0.20	1.59	1.33	2.07
2015	25	1.58	0.18	1.53	1.27	1.98
2016	25	1.64	0.19	1.66	1.34	2.00
2017	25	1.64	0.16	1.62	1.35	1.96
2018	25	1.61	0.18	1.56	1.39	2.00
2019	25	1.60	0.18	1.55	1.30	1.95
2020	25	1.64	0.18	1.59	1.38	2.09
2021	25	1.57	0.18	1.54	1.26	2.00
2022	25	1.58	0.15	1.56	1.32	2.01
Total	250	1.62	0.18	1.59	1.26	2.09

※単位は任意の単位であり、要介護度を意味しない。

表 新規認定時の調整済み平均要介護度の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定の調整済み平均要介護度						
2013年	34	1.57	0.22	1.53	1.16	2.13
2014	34	1.51	0.18	1.49	1.23	1.90
2015	35	1.48	0.20	1.48	0.95	1.86
2016	35	1.56	0.24	1.55	0.94	2.11
2017	35	1.52	0.20	1.51	0.97	2.16
2018	35	1.52	0.25	1.47	1.16	2.33
2019	35	1.53	0.21	1.44	1.28	2.10
2020	35	1.55	0.19	1.54	1.09	2.19
2021	35	1.57	0.18	1.51	1.24	2.28
2022	35	1.58	0.20	1.55	1.26	2.25
Total	348	1.54	0.21	1.51	0.94	2.33

※単位は任意の単位であり、要介護度を意味しない。

表 新規認定時の調整済み平均要介護度の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定の調整済み平均要介護度						
2013年	60	1.60	0.22	1.60	0.53	2.04
2014	60	1.59	0.18	1.58	0.84	2.06
2015	58	1.59	0.16	1.58	1.29	2.12
2016	58	1.63	0.18	1.64	1.28	2.15
2017	56	1.61	0.19	1.59	1.27	2.21
2018	61	1.62	0.17	1.59	1.37	2.04
2019	61	1.61	0.16	1.59	1.35	2.13
2020	61	1.65	0.15	1.65	1.30	2.18
2021	61	1.63	0.15	1.62	1.33	2.03
2022	61	1.64	0.16	1.61	1.36	2.13
Total	597	1.62	0.17	1.60	0.53	2.21

※単位は任意の単位であり、要介護度を意味しない。

表 新規認定時の調整済み平均要介護度の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定の調整済み平均要介護度						
2013年	54	1.73	0.24	1.71	1.28	2.42
2014	53	1.70	0.23	1.64	1.21	2.16
2015	53	1.66	0.23	1.61	1.20	2.16
2016	52	1.68	0.25	1.65	1.14	2.49
2017	52	1.64	0.22	1.62	1.15	2.22
2018	54	1.64	0.21	1.63	1.19	2.11
2019	54	1.64	0.22	1.62	1.15	2.09
2020	54	1.68	0.23	1.68	1.19	2.24
2021	54	1.69	0.27	1.65	1.29	2.73
2022	54	1.69	0.25	1.68	1.21	2.27
Total	534	1.68	0.24	1.65	1.14	2.73

※単位は任意の単位であり、要介護度を意味しない。

表 新規認定時の調整済み平均要介護度の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定の調整済み平均要介護度						
2013年	59	1.52	0.18	1.52	0.93	2.06
2014	59	1.50	0.19	1.49	0.90	2.10
2015	61	1.57	0.37	1.52	1.18	4.00
2016	58	1.54	0.24	1.49	1.07	2.72
2017	58	1.51	0.22	1.47	1.19	2.78
2018	57	1.46	0.22	1.43	0.53	2.28
2019	59	1.54	0.50	1.44	0.80	5.00
2020	60	1.48	0.23	1.50	0.38	2.14
2021	60	1.49	0.15	1.49	1.09	1.93
2022	60	1.48	0.19	1.46	0.91	2.24
Total	591	1.51	0.27	1.48	0.38	5.00

※単位は任意の単位であり、要介護度を意味しない。

表 新規認定時の調整済み平均要介護度の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定の調整済み平均要介護度						
2013年	33	1.60	0.20	1.59	1.23	2.19
2014	33	1.59	0.24	1.56	1.20	2.43
2015	33	1.58	0.20	1.56	1.20	2.22
2016	33	1.57	0.20	1.57	1.21	1.97
2017	32	1.56	0.17	1.58	1.23	1.96
2018	33	1.53	0.17	1.52	1.22	1.92
2019	33	1.54	0.20	1.55	1.16	2.01
2020	33	1.57	0.17	1.54	1.26	1.94
2021	33	1.52	0.14	1.51	1.26	1.77
2022	33	1.56	0.21	1.54	1.22	2.26
Total	329	1.56	0.19	1.55	1.16	2.43

※単位は任意の単位であり、要介護度を意味しない。

表 新規認定時の調整済み平均要介護度の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定の調整済み平均要介護度						
2013年	30	1.59	0.20	1.57	1.15	2.00
2014	30	1.57	0.19	1.60	1.21	2.10
2015	30	1.59	0.24	1.54	1.26	2.44
2016	30	1.56	0.18	1.53	1.24	2.09
2017	30	1.63	0.27	1.56	1.14	2.23
2018	30	1.58	0.19	1.53	1.23	1.94
2019	30	1.56	0.24	1.51	1.16	2.28
2020	30	1.52	0.24	1.56	0.71	2.14
2021	30	1.50	0.25	1.53	0.57	1.97
2022	30	1.52	0.21	1.48	1.22	2.24
Total	300	1.56	0.22	1.53	0.57	2.44

※単位は任意の単位であり、要介護度を意味しない。

表 新規認定時の調整済み平均要介護度の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定の調整済み平均要介護度						
2013年	27	1.74	0.19	1.70	1.43	2.25
2014	27	1.80	0.23	1.74	1.42	2.54
2015	27	1.82	0.30	1.77	1.07	2.51
2016	27	1.89	0.40	1.82	1.05	2.95
2017	27	1.83	0.31	1.74	1.21	2.40
2018	27	1.77	0.32	1.76	1.09	2.74
2019	27	1.81	0.45	1.75	1.14	3.53
2020	27	1.87	0.33	1.83	1.29	2.75
2021	27	1.82	0.27	1.76	1.42	2.69
2022	26	1.80	0.28	1.77	0.89	2.41
Total	269	1.82	0.31	1.76	0.89	3.53

※単位は任意の単位であり、要介護度を意味しない。

表 新規認定時の調整済み平均要介護度の記述統計量

	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値 (第2四分位点)	最小値	最大値
新規認定の調整済み平均要介護度						
2013年	63	1.55	0.23	1.57	0.71	2.06
2014	63	1.56	0.24	1.55	1.00	2.20
2015	63	1.56	0.24	1.55	0.78	2.17
2016	63	1.56	0.23	1.56	0.93	2.24
2017	63	1.59	0.23	1.56	0.95	2.10
2018	61	1.59	0.32	1.58	0.60	2.57
2019	63	1.56	0.24	1.51	1.08	2.19
2020	63	1.66	0.37	1.63	1.08	3.03
2021	63	1.61	0.30	1.57	0.77	2.28
2022	62	1.62	0.35	1.59	1.04	3.05
Total	627	1.59	0.28	1.56	0.60	3.05

※単位は任意の単位であり、要介護度を意味しない。

第4章第3節 関連

1) 合計調整済み認定率、調整済み軽度認定率、調整済み重度認定率

(1) 自治体単位で算出した合計調整済み認定率の関東信越地方平均

①区分Ⅱの推進と支援の総得点別（四分位別）

表 合計調整済み認定率（区分Ⅱの推進と支援の総得点計別）

		合計調整済み認定率（単位：％）				
		分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値 最大値
区分Ⅱの推進と支援の総得点計						
	第1四分位帯	115	17.79	1.82	17.71	13.47 24.70
	第2四分位帯	104	17.57	2.08	17.48	13.53 22.21
	第3四分位帯	121	17.19	2.20	17.32	10.85 21.53
	第4四分位帯	76	16.48	2.43	16.88	11.58 21.35
	Total	416	17.32	2.16	17.38	10.85 24.70

②包括・地域ケア会議に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 合計調整済み認定率（包括・地域ケア会議に関する推進と支援の得点合計別）

		合計調整済み認定率（単位：％）				
		分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値 最大値
推進と支援の得点計（包括・地域ケア会議）						
	第1四分位帯	115	17.79	1.82	17.71	13.47 24.70
	第2四分位帯	104	17.57	2.08	17.48	13.53 22.21
	第3四分位帯	121	17.19	2.20	17.32	10.85 21.53
	第4四分位帯	76	16.48	2.43	16.88	11.58 21.35
	Total	416	17.32	2.16	17.38	10.85 24.70

③在宅医療・介護連携に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 合計調整済み認定率（在宅医療・介護連携に関する推進と支援の得点合計別）

		合計調整済み認定率（単位：％）				
		分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値 最大値
推進と支援の得点計（在宅医療・介護連携）						
	第1四分位帯	104	16.91	2.28	16.98	10.85 24.70
	第2四分位帯	126	17.20	1.99	17.38	12.08 23.09
	第3四分位帯	89	17.77	2.14	18.06	11.84 21.53
	第4四分位帯	97	17.51	2.19	17.64	12.16 21.48
	Total	416	17.32	2.16	17.38	10.85 24.70

④認知症総合支援に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 合計調整済み認定率（認知症総合支援に関する推進と支援の得点合計別）							
		合計調整済み認定率（単位：％）					
		分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
推進と支援の得点計（認知症総合支援）							
	第1四分位帯	123	16.67	2.19	16.81	10.85	24.70
	第2四分位帯	87	17.34	1.92	17.04	13.29	23.09
	第3四分位帯	107	17.22	2.30	17.47	11.84	22.21
	第4四分位帯	99	18.22	1.87	18.22	12.93	21.35
	Total	416	17.32	2.16	17.38	10.85	24.70

⑤介護予防・日常生活支援に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 合計調整済み認定率（介護予防・日常生活支援に関する推進と支援の得点合計別）							
		合計調整済み認定率（単位：％）					
		分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
推進と支援の得点計（介護予防・日常生活支援）							
	第1四分位帯	106	17.17	2.07	17.31	10.85	24.70
	第2四分位帯	103	17.17	2.18	17.03	11.58	22.21
	第3四分位帯	105	17.54	2.20	17.57	11.84	23.09
	第4四分位帯	102	17.40	2.19	17.57	12.16	21.35
	Total	416	17.32	2.16	17.38	10.85	24.70

⑥生活支援体制整備に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 合計調整済み認定率（生活支援体制整備に関する推進と支援の得点合計別）						
推進と支援の得点計（生活支援体制整備）	分析対象数	合計調整済み認定率（単位：％）				
		平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
第1四分位帯	139	17.10	2.14	17.23	10.85	24.70
第2四分位帯	91	17.38	2.09	17.37	12.08	21.48
第3四分位帯	107	17.60	2.02	17.69	12.42	21.53
第4四分位帯	79	17.26	2.44	17.48	11.84	23.09
Total	416	17.32	2.16	17.38	10.85	24.70

(2) 自治体単位で算出した調整済み軽度認定率の関東信越地方平均

①区分Ⅱの推進と支援の総得点別（四分位別）

表 調整済み軽度認定率（区分Ⅱの推進と支援の総得点計別）

		調整済み軽度認定率（単位：％）				
		分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値 最大値
区分Ⅱの推進と支援の総得点計						
	第1四分位帯	115	11.13	1.72	10.96	6.80 19.24
	第2四分位帯	104	11.09	1.76	11.26	7.48 14.75
	第3四分位帯	121	10.86	1.90	10.97	5.66 14.99
	第4四分位帯	76	10.09	2.21	10.30	5.51 15.03
	Total	416	10.85	1.91	10.90	5.51 19.24

②包括・地域ケア会議に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 調整済み軽度認定率（包括・地域ケア会議に関する推進と支援の得点合計別）

		調整済み軽度認定率（単位：％）				
		分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値 最大値
推進と支援の得点計（包括・地域ケア会議）						
	第1四分位帯	115	11.13	1.72	10.96	6.80 19.24
	第2四分位帯	104	11.09	1.76	11.26	7.48 14.75
	第3四分位帯	121	10.86	1.90	10.97	5.66 14.99
	第4四分位帯	76	10.09	2.21	10.30	5.51 15.03
	Total	416	10.85	1.91	10.90	5.51 19.24

③在宅医療・介護連携に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 調整済み軽度認定率（在宅医療・介護連携に関する推進と支援の得点合計別）

		調整済み軽度認定率（単位：％）				
		分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値 最大値
推進と支援の得点計（在宅医療・介護連携）						
	第1四分位帯	104	10.49	1.96	10.39	5.66 19.24
	第2四分位帯	126	10.72	1.78	10.79	5.51 15.53
	第3四分位帯	89	11.27	1.94	11.34	5.86 15.03
	第4四分位帯	97	11.03	1.94	11.10	6.31 14.75
	Total	416	10.85	1.91	10.90	5.51 19.24

④認知症総合支援に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 調整済み軽度認定率（認知症総合支援に関する推進と支援の得点合計別）

		調整済み軽度認定率（単位：％）				
		分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値 最大値
推進と支援の得点計（認知症総合支援）						
	第1四分位帯	123	10.27	1.93	10.25	5.51 19.24
	第2四分位帯	87	10.82	1.61	10.76	7.26 15.53
	第3四分位帯	107	10.82	2.00	11.10	6.31 14.99
	第4四分位帯	99	11.64	1.79	11.61	5.86 15.03
	Total	416	10.85	1.91	10.90	5.51 19.24

⑤介護予防・日常生活支援に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 調整済み軽度認定率（介護予防・日常生活支援に関する推進と支援の得点合計別）						
	分析対象数	調整済み軽度認定率（単位：％）				
		平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
推進と支援の得点計（介護予防・日常生活支援）						
第1四分位帯	106	10.68	1.84	10.62	5.66	19.24
第2四分位帯	103	10.71	1.89	10.88	5.51	14.99
第3四分位帯	105	11.01	1.99	11.27	6.33	15.53
第4四分位帯	102	11.01	1.92	11.07	6.31	15.03
Total	416	10.85	1.91	10.90	5.51	19.24

⑥生活支援体制整備に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 調整済み軽度認定率（生活支援体制整備に関する推進と支援の得点合計別）							
		調整済み軽度認定率（単位：％）					
		分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
推進と支援の得点計（生活支援体制整備）							
	第1四分位帯	139	10.58	1.84	10.66	5.66	19.24
	第2四分位帯	91	10.96	1.90	11.29	5.86	14.75
	第3四分位帯	107	11.10	1.81	11.26	5.51	14.99
	第4四分位帯	79	10.87	2.15	10.97	6.33	15.53
	Total	416	10.85	1.91	10.90	5.51	19.24

(3) 自治体単位で算出した調整済み重度認定率の関東信越地方平均

①区分Ⅱの推進と支援の総得点別（四分位別）

表 調整済み重度認定率（区分Ⅱの推進と支援の総得点計別）

		調整済み重度認定率（単位：％）				
		分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値 最大値
区分Ⅱの推進と支援の総得点計						
	第1四分位帯	115	6.66	0.87	6.64	4.86 9.87
	第2四分位帯	104	6.49	0.73	6.56	4.54 9.06
	第3四分位帯	121	6.33	0.76	6.35	4.45 8.46
	第4四分位帯	76	6.39	0.89	6.27	4.63 9.54
	Total	416	6.47	0.82	6.43	4.45 9.87

②包括・地域ケア会議に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 調整済み重度認定率（包括・地域ケア会議に関する推進と支援の得点合計別）

		調整済み重度認定率（単位：％）				
		分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値 最大値
推進と支援の得点計（包括・地域ケア会議）						
	第1四分位帯	115	6.66	0.87	6.64	4.86 9.87
	第2四分位帯	104	6.49	0.73	6.56	4.54 9.06
	第3四分位帯	121	6.33	0.76	6.35	4.45 8.46
	第4四分位帯	76	6.39	0.89	6.27	4.63 9.54
	Total	416	6.47	0.82	6.43	4.45 9.87

③在宅医療・介護連携に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 調整済み重度認定率（在宅医療・介護連携に関する推進と支援の得点合計別）

		調整済み重度認定率（単位：％）				
		分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値 最大値
推進と支援の得点計（在宅医療・介護連携）						
	第1四分位帯	104	6.43	0.96	6.38	4.45 9.54
	第2四分位帯	126	6.48	0.84	6.46	4.54 9.87
	第3四分位帯	89	6.50	0.68	6.54	4.86 8.10
	第4四分位帯	97	6.47	0.73	6.46	5.02 8.39
	Total	416	6.47	0.82	6.43	4.45 9.87

④認知症総合支援に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 調整済み重度認定率（認知症総合支援に関する推進と支援の得点合計別）

		調整済み重度認定率（単位：％）				
		分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値 最大値
推進と支援の得点計（認知症総合支援）						
	第1四分位帯	123	6.39	0.98	6.34	4.45 9.87
	第2四分位帯	87	6.52	0.73	6.55	4.93 8.05
	第3四分位帯	107	6.40	0.75	6.38	4.97 9.06
	第4四分位帯	99	6.59	0.71	6.61	5.14 8.46
	Total	416	6.47	0.82	6.43	4.45 9.87

⑤介護予防・日常生活支援に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 調整済み重度認定率（介護予防・日常生活支援に関する推進と支援の得点合計別）						
	分析対象数	調整済み重度認定率（単位：％）				
		平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
推進と支援の得点計（介護予防・日常生活支援）						
第1四分位帯	106	6.49	0.95	6.42	4.45	9.87
第2四分位帯	103	6.47	0.88	6.37	4.54	9.06
第3四分位帯	105	6.53	0.71	6.50	4.64	8.39
第4四分位帯	102	6.39	0.70	6.39	4.86	8.00
Total	416	6.47	0.82	6.43	4.45	9.87

⑥生活支援体制整備に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 調整済み重度認定率（生活支援体制整備に関する推進と支援の得点合計別）							
		調整済み重度認定率（単位：％）					
		分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
推進と支援の得点計（生活支援体制整備）							
	第1四分位帯	139	6.53	0.86	6.50	4.64	9.87
	第2四分位帯	91	6.42	0.86	6.40	4.45	8.88
	第3四分位帯	107	6.50	0.79	6.56	4.86	8.46
	第4四分位帯	79	6.39	0.72	6.32	4.54	8.24
	Total	416	6.47	0.82	6.43	4.45	9.87

2) 新規で要支援要介護の認定を受けた者の平均年齢および認定率

(1) 自治体単位で算出した新規の要支援要介護認定者の平均年齢の関東信越地方平均

①区分Ⅱの推進と支援の総得点別（四分位別）

表 新規要支援・要介護認定者の平均年齢（区分Ⅱの推進と支援の総得点計別）						
新規要支援・要介護認定者の平均年齢（単位：歳）						
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
区分Ⅱの推進と支援の総得点計						
第1四分位帯	115	81.91	1.17	81.67	80.06	85.92
第2四分位帯	104	82.17	1.26	82.02	79.83	87.09
第3四分位帯	121	82.40	1.38	81.87	80.43	87.02
第4四分位帯	76	82.80	1.69	82.58	79.61	88.67
Total	416	82.28	1.39	81.92	79.61	88.67

②包括・地域ケア会議に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 新規要支援・要介護認定者の平均年齢（包括・地域ケア会議に関する推進と支援の得点合計別）						
新規要支援・要介護認定者の平均年齢（単位：歳）						
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
推進と支援の得点計（包括・地域ケア会議）						
第1四分位帯	115	81.91	1.17	81.67	80.06	85.92
第2四分位帯	104	82.17	1.26	82.02	79.83	87.09
第3四分位帯	121	82.40	1.38	81.87	80.43	87.02
第4四分位帯	76	82.80	1.69	82.58	79.61	88.67
Total	416	82.28	1.39	81.92	79.61	88.67

③在宅医療・介護連携に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 新規要支援・要介護認定者の平均年齢（在宅医療・介護連携に関する推進と支援の得点合計別）						
新規要支援・要介護認定者の平均年齢（単位：歳）						
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
推進と支援の得点計（在宅医療・介護連携）						
第1四分位帯	104	82.67	1.51	82.41	79.83	87.09
第2四分位帯	126	82.24	1.42	81.81	80.43	88.67
第3四分位帯	89	82.04	1.38	81.71	80.11	87.02
第4四分位帯	97	82.14	1.13	81.83	79.61	86.50
Total	416	82.28	1.39	81.92	79.61	88.67

④認知症総合支援に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 新規要支援・要介護認定者の平均年齢（認知症総合支援に関する推進と支援の得点合計別）						
推進と支援の得点計（認知症総合支援）	新規要支援・要介護認定者の平均年齢（単位：歳）					
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
第1四分位帯	123	82.68	1.56	82.49	79.83	88.67
第2四分位帯	87	82.32	1.42	81.95	80.11	87.09
第3四分位帯	107	82.27	1.39	81.82	80.22	87.02
第4四分位帯	99	81.76	0.90	81.62	79.61	84.92
Total	416	82.28	1.39	81.92	79.61	88.67

⑤介護予防・日常生活支援に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 新規要支援・要介護認定者の平均年齢（介護予防・日常生活支援に関する推進と支援の得点合計別）						
推進と支援の得点計（介護予防・日常生活支援）	新規要支援・要介護認定者の平均年齢（単位：歳）					
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
第1四分位帯	106	82.46	1.55	82.09	79.83	87.09
第2四分位帯	103	82.43	1.47	82.08	80.06	88.67
第3四分位帯	105	82.06	1.15	81.80	79.61	86.05
第4四分位帯	102	82.18	1.33	81.79	80.22	87.02
Total	416	82.28	1.39	81.92	79.61	88.67

⑥生活支援体制整備に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 新規要支援・要介護認定者の平均年齢（生活支援体制整備に関する推進と支援の得点合計別）						
推進と支援の得点計（生活支援体制整備）	新規要支援・要介護認定者の平均年齢（単位：歳）					
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
第1四分位帯	139	82.37	1.47	82.07	80.12	87.09
第2四分位帯	91	82.22	1.37	81.82	79.61	86.03
第3四分位帯	107	82.09	1.31	81.81	79.83	88.67
第4四分位帯	79	82.46	1.35	82.21	80.22	85.81
Total	416	82.28	1.39	81.92	79.61	88.67

- (2) 自治体単位で算出した新規の要支援1及び2認定者の認定率の関東信越地方平均
- ①区分Ⅱの推進と支援の総得点別（四分位別）

表 調整済み新規要支援1及び2の認定率（区分Ⅱの推進と支援の総得点計別）						
調整済み新規要支援・要介護認定者（要支援1及び2）（単位：％）						
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
区分Ⅱの推進と支援の総得点計						
第1四分位帯	115	35.43	8.48	35.25	10.42	63.16
第2四分位帯	104	36.81	7.83	37.30	13.85	56.47
第3四分位帯	121	36.67	8.95	37.70	12.05	51.08
第4四分位帯	76	34.61	9.52	36.44	8.29	60.00
Total	416	35.99	8.68	36.60	8.29	63.16

- ②包括・地域ケア会議に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 調整済み新規要支援1及び2の認定率（包括・地域ケア会議に関する推進と支援の得点合計別）						
調整済み新規要支援・要介護認定者（要支援1及び2）（単位：％）						
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
推進と支援の得点計（包括・地域ケア会議）						
第1四分位帯	115	35.43	8.48	35.25	10.42	63.16
第2四分位帯	104	36.81	7.83	37.30	13.85	56.47
第3四分位帯	121	36.67	8.95	37.70	12.05	51.08
第4四分位帯	76	34.61	9.52	36.44	8.29	60.00
Total	416	35.99	8.68	36.60	8.29	63.16

- ③在宅医療・介護連携に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 調整済み新規要支援1及び2の認定率（在宅医療・介護連携に関する推進と支援の得点合計別）						
調整済み新規要支援・要介護認定者（要支援1及び2）（単位：％）						
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
推進と支援の得点計（在宅医療・介護連携）						
第1四分位帯	104	35.17	9.52	35.17	13.85	63.16
第2四分位帯	126	34.99	8.23	36.00	10.42	51.61
第3四分位帯	89	37.50	7.69	37.97	8.29	52.42
第4四分位帯	97	36.77	8.99	37.33	12.05	58.83
Total	416	35.99	8.68	36.60	8.29	63.16

- ④認知症総合支援に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 調整済み新規要支援1及び2の認定率（認知症総合支援に関する推進と支援の得点合計別）						
調整済み新規要支援・要介護認定者（要支援1及び2）（単位：％）						
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
推進と支援の得点計（認知症総合支援）						
第1四分位帯	123	34.24	9.54	35.18	10.42	63.16
第2四分位帯	87	34.92	6.97	34.57	20.14	51.61
第3四分位帯	107	36.71	8.49	36.90	12.05	52.42
第4四分位帯	99	38.31	8.60	39.77	8.29	58.83
Total	416	35.99	8.68	36.60	8.29	63.16

⑤介護予防・日常生活支援に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 調整済み新規要支援 1 及び 2 の認定率（介護予防・日常生活支援に関する推進と支援の得点合計別）

調整済み新規要支援・要介護認定者（要支援1及び2）（単位：％）						
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
推進と支援の得点計（介護予防・日常生活支援）						
第1四分位帯	106	36.03	8.64	35.63	15.49	63.16
第2四分位帯	103	34.22	9.01	35.53	8.29	56.47
第3四分位帯	105	36.57	9.27	36.89	10.42	58.83
第4四分位帯	102	37.12	7.50	37.71	13.91	50.84
Total	416	35.99	8.68	36.60	8.29	63.16

⑥生活支援体制整備に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 調整済み新規要支援 1 及び 2 の認定率（生活支援体制整備に関する推進と支援の得点合計別）

調整済み新規要支援・要介護認定者（要支援1及び2）（単位：％）						
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
推進と支援の得点計（生活支援体制整備）						
第1四分位帯	139	35.49	9.08	36.00	10.42	63.16
第2四分位帯	91	36.05	8.94	36.20	8.29	56.47
第3四分位帯	107	36.72	8.01	37.79	12.82	51.39
第4四分位帯	79	35.80	8.59	36.56	12.05	51.61
Total	416	35.99	8.68	36.60	8.29	63.16

- (3) 自治体単位で算出した新規の要介護1及び2認定者の認定率の関東信越地方平均
- ①区分Ⅱの推進と支援の総得点別（四分位別）

表 調整済み新規要介護1及び2の認定率（区分Ⅱの推進と支援の総得点計別）						
調整済み新規要支援・要介護認定者（要介護1及び2）（単位：％）						
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
区分Ⅱの推進と支援の総得点計						
第1四分位帯	115	40.14	6.08	40.22	23.47	57.98
第2四分位帯	104	40.06	6.23	40.24	26.22	61.54
第3四分位帯	121	40.33	7.33	39.00	24.44	67.61
第4四分位帯	76	40.91	6.99	40.26	25.00	60.83
Total	416	40.31	6.65	39.91	23.47	67.61

- ②包括・地域ケア会議に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 調整済み新規要介護1及び2の認定率（包括・地域ケア会議に関する推進と支援の得点合計別）						
調整済み新規要支援・要介護認定者（要介護1及び2）（単位：％）						
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
推進と支援の得点計（包括・地域ケア会議）						
第1四分位帯	115	40.14	6.08	40.22	23.47	57.98
第2四分位帯	104	40.06	6.23	40.24	26.22	61.54
第3四分位帯	121	40.33	7.33	39.00	24.44	67.61
第4四分位帯	76	40.91	6.99	40.26	25.00	60.83
Total	416	40.31	6.65	39.91	23.47	67.61

- ③在宅医療・介護連携に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 調整済み新規要介護1及び2の認定率（在宅医療・介護連携に関する推進と支援の得点合計別）						
調整済み新規要支援・要介護認定者（要介護1及び2）（単位：％）						
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
推進と支援の得点計（在宅医療・介護連携）						
第1四分位帯	104	40.56	7.17	40.65	24.44	61.54
第2四分位帯	126	40.79	7.01	40.53	25.00	67.61
第3四分位帯	89	39.82	5.63	39.83	27.05	60.83
第4四分位帯	97	39.89	6.50	39.41	23.47	55.32
Total	416	40.31	6.65	39.91	23.47	67.61

- ④認知症総合支援に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 調整済み新規要介護1及び2の認定率（認知症総合支援に関する推進と支援の得点合計別）						
調整済み新規要支援・要介護認定者（要介護1及び2）（単位：％）						
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
推進と支援の得点計（認知症総合支援）						
第1四分位帯	123	41.64	7.32	41.67	24.44	67.61
第2四分位帯	87	40.72	6.37	40.76	25.00	56.12
第3四分位帯	107	39.58	6.25	39.36	27.05	61.54
第4四分位帯	99	39.11	6.19	38.54	23.47	63.04
Total	416	40.31	6.65	39.91	23.47	67.61

⑤介護予防・日常生活支援に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 調整済み新規要介護1及び2の認定率（介護予防・日常生活支援に関する推進と支援の得点合計別）

調整済み新規要支援・要介護認定者（要介護1及び2）（単位：％）						
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
推進と支援の得点計（介護予防・日常生活支援）						
第1四分位帯	106	40.39	6.86	39.64	26.32	67.61
第2四分位帯	103	41.36	7.43	40.57	24.44	63.04
第3四分位帯	105	39.62	6.65	40.70	23.47	55.32
第4四分位帯	102	39.89	5.45	39.02	25.00	54.40
Total	416	40.31	6.65	39.91	23.47	67.61

⑥生活支援体制整備に関する推進と支援の合計得点別（四分位別）

表 調整済み新規要介護1及び2の認定率（生活支援体制整備に関する推進と支援の得点合計別）

調整済み新規要支援・要介護認定者（要介護1及び2）（単位：％）						
	分析対象数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
推進と支援の得点計（生活支援体制整備）						
第1四分位帯	139	40.53	6.70	40.48	23.47	57.98
第2四分位帯	91	40.61	7.02	40.22	25.81	67.61
第3四分位帯	107	39.54	6.56	38.91	24.44	63.04
第4四分位帯	79	40.64	6.29	39.91	27.05	56.12
Total	416	40.31	6.65	39.91	23.47	67.61

地域包括ケア「見える化」システムの活用状況等についてのアンケート調査について（市区町村用）

<留意事項>

・アンケート実施期間 2024年9月20日（金）まで

・赤枠内の入力／該当する記述の赤枠に「○」選択をお願いします。

・回答終了後に、各設問の右側にある確認欄に「×」がないことを確認ください。

・事務局に送付いただく際には、EXCELファイルのまま送付ください。

1. ご回答者のご所属、お名前、連絡先についてご記入ください。

都県名	
市区町村名	
所属部署名	
回答者のお名前	
連絡先	
（電話）	
（メール）	

2. 地域包括ケア「見える化」システムの活用状況

①令和5年4月から令和6年3月までの1年間において、地域支援事業に関する現状分析や地域課題等の把握、事業内容の検討において、地域包括ケア「見える化」システムのデータを活用しましたか。

※ここでは、地域包括ケア「見える化」システムの機能のうち、現状分析、実行管理、ダッシュボード機能（取組事例、保険料の推計、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等の登録の機能を除く）について回答ください。（択一）

☐	ア 地域包括ケア「見える化」システムが何かわからない
☐	イ 地域包括ケア「見える化」システムは知っているが、活用しなかった
☐	ウ 地域包括ケア「見える化」システムを活用した

②上記①で「ウ 地域包括ケア「見える化」システムを活用した」を選択した場合、どのような場面で活用しましたか。（複数回答可）

<第9期計画の作成時>

☐	ア 地域の実態や課題等の分析（他市町村との比較含む）
☐	イ 事業内容やその指標の検討
☐	ウ 事業の実施状況・成果の把握や評価
☐	エ 関係者への説明
☐	オ 会議資料への掲載
☐	カ 介護保険事業計画への掲載
☐	キ その他（具体的に記載ください）

<事業の検討等（第9期計画の作成時を除く）>

☐	ク 地域の実態や課題等の分析（他市町村との比較含む）
☐	ケ 事業内容やその指標の検討
☐	コ 事業の実施状況・成果の把握や評価
☐	サ 財政部局や関係者への説明
☐	シ その他（具体的に記載ください）

<その他>

☐	ス 後任への業務の引継ぎ
☐	セ 新人・新任職員への説明
☐	ソ その他（具体的に記載ください）

③上記①で「ウ 地域包括ケア「見える化」システムを活用した」を選択した場合、どのような地域支援事業で活用しましたか。（複数回答可）

- ☐ ア 地域支援事業全般
- ☐ イ 一般介護予防事業
- ☐ ウ 介護予防・生活支援サービス事業
- ☐ エ 地域包括支援センター運営
- ☐ オ 在宅医療・介護連携推進事業
- ☐ カ 認知症総合支援事業
- ☐ キ 生活支援体制整備事業
- ☐ ク 地域ケア会議推進事業
- ☐ ケ 介護給付等費用適正化事業
- ☐ コ その他（具体的に記載ください）

④上記①で「ウ 地域包括ケア「見える化」システムを活用した」を選択した場合、地域包括ケア「見える化」システムについて貴庁での体制を回答ください。（択一）

- ☐ ア 地域支援事業の各担当者が自席のパソコンで 사용할 ことができる
- ☐ イ 地域支援事業の各担当者がインターネットに接続されているパソコンがある席に移動して 사용할 ことができる
- ☐ ウ 地域包括ケア「見える化」システムを使用する担当者が決まっている
- ☐ エ その他（具体的に記載ください）

⑤上記①で「ウ 地域包括ケア「見える化」システムを活用した」を選択した場合、地域包括ケア「見える化」システムをどのくらいの頻度で見えていますか。（最も使用頻度が高いと思われる方が回答ください）（択一）

- ☐ ア 1 週間に 1 回以上
- ☐ イ 1 カ月に 1 回以上
- ☐ ウ 数カ月に 1 回程度
- ☐ エ 1 年に 1 回程度
- ☐ オ 数年に 1 回程度

⑥上記①で「ウ 地域包括ケア「見える化」システムを活用した」を選択した場合、地域包括ケア「見える化」システムの活用に当たって、地域の現状や課題等の把握や、地域支援事業の検討、その実施状況や成果の把握のために、以下の機能や手引き、支援を利用されましたか。（複数回答可）

また、それが有効だったものについて、右欄に回答ください。

※選択肢についての参照※

- イ [「介護保険事業（支援）計画策定のための地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き」](#)
（平成29年6月30日厚生労働省老健局介護保険計画課）
- ウ [「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き」](#)（平成30年7月30日厚生労働省老健局介護保険計画課）
- エ [「第8期介護保険事業計画における介護予防等の「取組と目標」設定の手引き～介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の活用～」](#)（令和元年10月厚生労働省老健局介護保険計画課）
- オ [点検ツール](#)

利用した 有効だった

- ☐ ア 地域包括ケア「見える化」システムの「ダッシュボード」に掲載されている「専用フォーマット」を利用した
- ☐ イ 「介護保険事業（支援）計画策定のための地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き」（平成29年6月30日厚生労働省老健局介護保険計画課）を利用した
※上記手引きに掲載された「地域分析・検討結果記入シート」を利用している場合を含みます
- ☐ ウ 「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き」（平成30年7月30日厚生労働省老健局介護保険計画課）を利用した
※上記手引きに掲載された「取組と目標に対する自己評価シート」を利用している場合を含みます
- ☐ エ 「第8期介護保険事業計画における介護予防等の「取組と目標」設定の手引き～介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の活用～」（令和元年10月厚生労働省老健局介護保険計画課）を利用した
- ☐ オ 点検ツールを利用した
- ☐ カ 委託事業者や有識者等に、ニーズ調査等の調査結果について分析を依頼した
（国や都県の事業により支援を受けた場合を含む）
- ☐ キ 委託事業者や有識者等に、データに基づく地域の分析を依頼した
（国や都県の事業により支援を受けた場合を含む）
- ☐ ク 委託事業者や有識者等に、地域支援事業の内容について助言等の支援を依頼した
（国や都県の事業により支援を受けた場合を含む）
- ☐ ケ その他（具体的に記載ください）
- ☐ コ いずれの機能や手引き、支援も利用していない

⑦上記①で「ウ 地域包括ケア「見える化」システムを活用した」を選択した場合、地域包括ケア「見える化」システムの活用に当たって、地域の現状や課題等の把握や、地域支援事業の検討、その実施状況や成果の把握のために、以下の関係者との意見交換や議論等を行いましたか。（複数回答可）

また、それが有効だったものについて、右欄に回答ください。

行った 有効だった

- ☐ ア 役所内の関係者間で意見交換や議論等を行った
- ☐ イ 地域包括支援センター職員や生活支援コーディネーター等の職員と意見交換や議論等を行った
- ☐ ウ ケアマネジャーや介護事業所の職員、市民と意見交換や議論等を行った
- ☐ エ 審議会等で意見交換や議論等を行った
- ☐ オ 意見交換や議論等は行っていない

⑧上記①で「ウ 地域包括ケア「見える化」システムを活用した」を選択した場合、地域支援事業の実施に有益だったことを回答ください。（複数回答可）

- ☐ ア 自市区町村の特性、強み・課題等を知ることができた
- ☐ イ 事業の指標設定において参考となった
- ☐ ウ 事業を検討するきっかけとなった
- ☐ エ 事業の進捗状況やその成果を把握できた
- ☐ オ 関係者や会議の資料として活用できた
- ☐ カ その他（具体的に記載ください）
- ☐ キ 地域支援事業の実施に有益だと思ったことがない

3. 地域包括ケア「見える化」システムの活用における課題と支援

①上記2. ①で「ウ 地域包括ケア「見える化」システムを活用した」を選択した場合、貴市区町村での地域包括ケア「見える化」システムの活用における課題はありますか。

- ☐ ア 課題がある
- ☐ イ 課題がない

②上記①において「ア 課題がある」を選択した場合、具体的な課題を回答ください。（複数回答可）

- ☐ ア 庁内の環境や体制により、各事業の担当者が地域包括ケア「見える化」システムをすぐに見ることができない
- ☐ イ 操作方法がわからないところがある
- ☐ ウ データの数が多く、どこを見てよいのかわからない
- ☐ エ データを読み解くことが難しい
- ☐ オ 自分が担当する事業がどのようにデータ（成果）に結びついているのかわからない
- ☐ カ 日々の業務が忙しく、時間を取るのが難しい
- ☐ キ その他（具体的に記載ください）

③上記2. ①で「イ 地域包括ケア「見える化」システムは知っているが、活用しなかった」を選択した場合、活用していない理由を回答ください。（複数回答可）

- ☐ ア 地域包括ケア「見える化」システム以外のシステムや独自のデータを使っているため
- ☐ イ 操作方法がわからないため
- ☐ ウ データをどのように活用したらよいかわからないため
- ☐ エ 日々の業務が忙しいため
- ☐ オ その他（具体的に記載ください）

④地域包括ケア「見える化」システムの活用に向けて、あったらよいと感じる支援を回答ください。（複数回答可）

- ☐ ア 操作方法の研修
- ☐ イ データの活用方法を学ぶ研修
- ☐ ウ データを読み解いていくためのツールやマニュアル
- ☐ エ データを活用して地域分析等を支援する専門家の派遣
- ☐ オ その他（具体的に記載ください）

☐ カ 支援は必要ない

4. 地域包括ケア「見える化」システム以外のデータ活用

①地域支援事業について、内容の検討やその実施状況・成果の把握等を行う際に、地域包括ケア「見える化」システム以外には、どのようなデータを活用していますか。（複数回答可）

※選択肢についての参照※

ウ [要介護認定データを用いた地域分析ツール](#)

- ☐ ア 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査や在宅介護実態調査の結果
（地域包括ケア「見える化」システムに掲載されているものを活用する場合を除く）
- ☐ イ 在宅生活改善調査や居所変更実態調査、介護人材実態調査の結果
- ☐ ウ 要介護認定データを用いた地域分析ツール
- ☐ エ 保険者機能強化推進交付金等の評価結果
- ☐ オ 自治体独自の調査結果
- ☐ カ 自治体で保有するデータ（事業費、事業の利用件数等を含む）
- ☐ キ 国保データベース（KDB）
- ☐ ク 各種推計（人口推計、認定者数の推計等）
- ☐ ケ 介護保険「保険者シート」
- ☐ コ 都県から提供されたデータ
- ☐ サ 地域包括支援センターや事業の受託者からのヒアリング
- ☐ シ その他（具体的に記載ください）

☐ ス 地域包括ケア「見える化」システム以外のデータは活用していない

5. 地域支援事業の実施状況等を把握する指標等

①地域支援事業において、どのような指標でその実施状況や成果を把握していますか。（介護保険事業計画等に定めているものだけでなく、内部で管理しているものを含みます）（複数回答可）

- ☐ ア 施策・事業への投資資源（予算、人員等）を測る「インプット」に関する指標
- ☐ イ 施策・事業を実施したことによる結果を測る「アウトプット」に関する指標
- ☐ ウ 施策・事業が対象にもたらした変化を測る「アウトカム」に関する指標
- ☐ エ その他（具体的に記載ください）

☐ オ 地域支援事業の実施状況や成果について把握していない

※各指標の具体例※

インプットに関する指標：

・事業の決算額、地域包括支援センター数・職員数、生活支援コーディネーター数 等

アウトプットに関する指標：

・介護予防教室の開催回数・参加者数、通いの場への支援回数、多職種研修の開催回数・参加者数、地域ケア会議推進事業の開催回数・検討件数、地域包括支援センターの相談件数 等

アウトカムに関する指標：

・通いの場箇所数・高齢者の参加率、介護予防教室の参加者のうち○か月後に心身機能を維持・向上している者の割合 等

・介護サービスの利用者数・各種加算の算定者数、地域づくりへの参加意向がある高齢者の割合 等

・住民の平均寿命、健康寿命（平均自立期間）、主観的健康観・幸福感、住民のリスク者割合（運動器機能の低下、転倒等）・社会参加者の割合、自宅死の割合、要介護認定率、新規要介護認定者数・割合 等

②上記①ウを選択した場合に、指標を設けている事業を選択した上で、具体的な指標とその引用元を回答ください。

※記載例：要介護認定率・地域包括ケア「見える化」システム

☐ ア 地域支援事業全般

（具体的な指標・引用元）

☐ イ 一般介護予防事業

（具体的な指標・引用元）

☐ ウ 介護予防・生活支援サービス事業

（具体的な指標・引用元）

☐ エ 在宅医療・介護連携推進事業

（具体的な指標・引用元）

☐ オ 認知症総合支援事業

（具体的な指標・引用元）

☐ カ 生活支援体制整備事業

（具体的な指標・引用元）

☐ キ 地域包括支援センター運営

（具体的な指標・引用元）

☐ ク 地域ケア会議推進事業

（具体的な指標・引用元）

☐ ケ 介護給付等費用適正化事業

（具体的な指標・引用元）

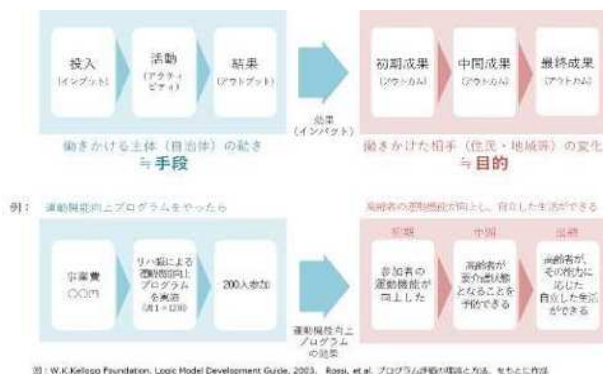
☐ コ その他

（具体的な指標・引用元）

③ロジックモデル（※）をご存じですか。

※ 16:10 ・発表、質疑応答、アンケート

ウトカム）を実現していくのかを論理的に示したものをいいます。



- ☐ ア ロジックモデルを知らない
☐ イ ロジックモデルを知っている

④貴市区町村では、ロジックモデルを活用していますか。（複数回答可）

- ☐ ア 第9期介護保険事業計画の検討・作成において活用している
☐ イ 地域支援事業の実施・検討において活用している
☐ ウ その他の場面において活用している（具体的に記載ください）
☐ エ 活用していない

6. 地域分析や対応策を検討するグループワークのモデル実施へのご協力をお願い

本事業では、市区町村単位で地域支援事業担当課や地域包括支援センター職員等に参加いただき、地域包括ケア「見える化」システムのデータ等をもとに、地域の現状や課題等を整理するとともに、その対応策を検討するグループワーク（半日×2回）のモデル実施を検討しております。 ※グループワークのイメージは下記を参照ください。
 現在、このグループワークのモデル実施にご協力いただける市区町村を募集しております。
 ご協力いただける場合には、以下の欄に「○」を付けてください。

本グループワークについては、地域のバランス等を踏まえてご協力をお願いする予定です。
 協力をお願いする場合には、冒頭で記入いただいた連絡先に連絡させていただきます（9月下旬ごろ）。
 何卒よろしくお願いいたします。

※グループワークのイメージ

目的：地域包括ケア「見える化」システムのデータ等から、地域の現状・目指すべき姿・要因等を整理・検討し、対応する施策を検討する。
 対象者：地域支援事業担当課職員、地域包括支援センター職員・生活支援コーディネーター等
 プログラム：グループワーク2回（3時間半、3時間）
 対象者数：1市町村4～20名程度（1グループは最大7人）
 <第1回>
 ○ 地域包括ケア「見える化」システムのデータを活用した分析ツールを用いて、地域包括支援センター等の現場の方を交えたワークを行うことで、地域の特性や課題を把握するとともに、その要因を分析する。 ※講師や進行は、医療経済研究機構
 <第2回>
 ○ 第1回後に、現場の方と意見交換していただき、その要因を深めていただいた上で、ロジックモデルをもとにその要因への対応策を検討する。

※イメージ

時間	内容
13:00	・地域包括ケア「見える化」システムのデータ等の活用方法とロジックモデルの考え方
13:40	・グループワークの進め方
13:50	ーグループワーク①ー ・各参加者で●●●●をテーマに、以下を付箋に書き出す ➢ ツールで気になったこと ➢ 関連するツール以外の情報（業務の実績、ケアマネや市民からの声、個別事例等）
14:10	ーグループワーク②ー ・各参加者より発表し、模造紙に付箋を貼る（1人2分まで） ・付箋について類似するものを近づけてペンで囲む等の整理をした上で、検討テーマを設定
14:30	休憩
14:40	ーグループワーク③ー ・グループワーク②をもとに、以下の項目を整理・検討 ➢ 地域の現状 ➢ 地域を目指すべき姿 ➢ なぜ目指すべき姿になっていないのか（要因） （＋余裕があれば施策の方向性も）
16:10	・発表、質疑応答、アンケート

※イメージ

時間	内容
13:00	・ロジックモデルの作成手順と練習
13:40	ーグループワーク①ー ・高齢者の地域生活をテーマにしたロジックモデルを活用した施策検討
14:30	休憩
14:40	ーグループワーク②ー ・高齢者の地域生活をテーマにしたロジックモデルを活用した施策検討
15:40	・発表、講評 ・アンケート

＜留意事項＞

- ・ アンケート実施期間 2024年9月20日（金）まで
- ・ 赤枠内の入力／該当する記述の赤枠に「○」選択をお願いします。
- ・ 回答終了後に、各設問の右側にある確認欄に「×」がないことを確認ください。
- ・ 事務局に送付いただく際には、EXCELファイルのまま送付ください。
- ・ 本調査は、市区町村における地域支援事業の実施に関する地域包括ケア「見える化」システムの活用状況等の把握を目的とするため、都県における市区町村支援に係る業務のみを対象とします（都県に関する地域分析や事業の検討等は対象外）。

都県名	
所属部署名	
回答者のお名前	
連絡先	
（電話）	
（メール）	

×

- 5

1

240

④上記①で「エ 個別支援やヒアリングの対象市区町村における地域支援事業の実施状況や課題等を把握するために活用した」を選択した場合、地域包括ケア「見える化」システムの活用の有効性について回答ください。

確認欄

☐

- ☐ ア 有効に活用できた
- ☐ イ 有効な活用が難しかった

確認欄

☐

⑤上記③か④のいずれかで「イ 有効な活用が難しかった」を選択した場合、具体的な課題を回答ください。（複数回答可）

- ☐ ア 操作方法がわからないところがある
- ☐ イ データの数が多く、どこを見てよいのかわからない
- ☐ ウ データを読み解くことが難しい
- ☐ エ 市区町村における地域支援事業の実施がデータ（成果）にどのようにつながるかわからない
- ☐ オ 日々の業務が忙しく、時間を取るのが難しい
- ☐ カ その他（具体的に記載ください）

確認欄

☐

⑥上記①で地域包括ケア「見える化」システムについて「イ 地域包括ケア「見える化」システムは知っているが、ウ又はエの業務では活用しなかった」を選択した場合、活用していない理由を回答ください。（複数回答可）

- ☐ ア 地域包括ケア「見える化」システム以外のシステムや独自のデータを使っているため
- ☐ イ 操作方法がわからないため
- ☐ ウ データをどのように活用したらよいかわからないため
- ☐ エ 日々の業務が忙しいため
- ☐ オ その他（具体的に記載ください）

3. 地域包括ケア「見える化」システム以外のデータ等の活用

確認欄

☐

①「地域支援事業について支援が必要な市区町村の把握」において、地域包括ケア「見える化」システム以外には、どのようなデータを活用していますか。（複数回答可）

※選択肢についての参照※

ウ [要介護認定データを用いた地域分析ツール](#)

- ☐ ア 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査や在宅介護実態調査の結果
（地域包括ケア「見える化」システムに掲載されているものを活用する場合を除く）
- ☐ イ 在宅生活改善調査や居所変更実態調査、介護人材実態調査の結果
- ☐ ウ 要介護認定データを用いた地域分析ツール
- ☐ エ 保険者機能強化推進交付金等の評価結果
- ☐ オ 自治体独自の調査結果
- ☐ カ 自治体で保有するデータ（事業費、事業の利用件数等を含む）
- ☐ キ 国保データベース（KDB）
- ☐ ク 各種推計（人口推計、認定者数の推計等）
- ☐ ケ 介護保険「保険者シート」
- ☐ コ 市区町村へのヒアリング
- ☐ サ その他（具体的に記載ください）

☐ シ 地域包括ケア「見える化」システム以外のデータは活用していない

確認欄

×

②「個別支援やヒアリングの対象市区町村における地域支援事業の実施状況や課題等の把握」において、地域包括ケア「見える化」システム以外には、どのようなデータを活用していますか。（複数回答可）

※選択肢についての参照※

ウ 要介護認定データを用いた地域分析ツール

- ☐ ア 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査や在宅介護実態調査の結果
（地域包括ケア「見える化」システムに掲載されているものを活用する場合を除く）
- ☐ イ 在宅生活改善調査や居所変更実態調査、介護人材実態調査の結果
- ☐ ウ 要介護認定データを用いた地域分析ツール
- ☐ エ 保険者機能強化推進交付金等の評価結果
- ☐ オ 自治体独自の調査結果
- ☐ カ 自治体で保有するデータ（事業費、事業の利用件数等を含む）
- ☐ キ 国保データベース（KDB）
- ☐ ク 各種推計（人口推計、認定者数の推計等）
- ☐ ケ 介護保険「保険者シート」
- ☐ コ 市区町村へのヒアリング
- ☐ サ その他（具体的に記載ください）

☐ シ 地域包括ケア「見える化」システム以外のデータは活用していない

4. 地域支援事業の実施状況等を把握する指標等

確認欄

×

①「地域支援事業について支援が必要な市区町村の把握」において、どのような指標で把握していますか。（複数回答可）

- ☐ ア 施策・事業への投資資源（予算、人員等）を測る「インプット」に関する指標
- ☐ イ 施策・事業を実施したことによる結果を測る「アウトプット」に関する指標
- ☐ ウ 施策・事業が対象にもたらした変化を測る「アウトカム」に関する指標
- ☐ エ その他（具体的に記載ください）

※各指標の具体例※

インプットに関する指標：

・事業の決算額、地域包括支援センター数・職員数、生活支援コーディネーター数 等

アウトプットに関する指標：

・介護予防教室の開催回数・参加者数、通いの場への支援回数、多職種研修の開催回数・参加者数、地域ケア会議推進事業の開催回数・検討件数、地域包括支援センターの相談件数 等

アウトカムに関する指標：

・通いの場箇所数・高齢者の参加率、介護予防教室の参加者のうち○か月後に心身機能を維持・向上している者の割合 等
・介護サービスの利用者数・各種加算の算定者数、地域づくりへの参加意向がある高齢者の割合 等
・住民の平均寿命、健康寿命（平均自立期間）、主観的健康観・幸福感、住民のリスク者割合（運動器機能の低下、転倒等）・社会参加者の割合、自宅死の割合、要介護認定率、新規要介護認定者数・割合 等

確認欄

×

②「個別支援やヒアリングの対象市区町村における地域支援事業の実施状況や課題等の把握」において、どのような指標で把握していますか。（複数回答可）

- ☐ ア 施策・事業への投資資源（予算、人員等）を測る「インプット」に関する指標
- ☐ イ 施策・事業を実施したことによる結果を測る「アウトプット」に関する指標
- ☐ ウ 施策・事業が対象にもたらした変化を測る「アウトカム」に関する指標
- ☐ エ その他（具体的に記載ください）

確認欄

☐

③上記①でウを選択した場合に、指標を設けている事業を選択した上で、具体的な指標とその引用元を回答ください。

※記載例：要介護認定率・地域包括ケア「見える化」システム

ア	地域支援事業全般
	(具体的な指標・引用元)
イ	一般介護予防事業
	(具体的な指標・引用元)
ウ	介護予防・生活支援サービス事業
	(具体的な指標・引用元)
エ	在宅医療・介護連携推進事業
	(具体的な指標・引用元)
オ	認知症総合支援事業
	(具体的な指標・引用元)
カ	生活支援体制整備事業
	(具体的な指標・引用元)
キ	地域包括支援センター運営
	(具体的な指標・引用元)
ク	地域ケア会議推進事業
	(具体的な指標・引用元)
ケ	介護給付等費用適正化事業
	(具体的な指標・引用元)
コ	その他
	(具体的な指標・引用元)

確認欄

☐

④上記②でウを選択した場合に、指標を設けている事業を選択した上で、具体的な指標とその引用元を回答ください。

※記載例：要介護認定率・地域包括ケア「見える化」システム

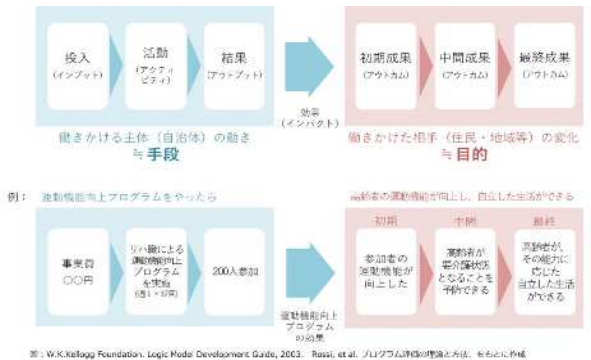
ア	地域支援事業全般
	(具体的な指標・引用元)
イ	一般介護予防事業
	(具体的な指標・引用元)
ウ	介護予防・生活支援サービス事業
	(具体的な指標・引用元)
エ	在宅医療・介護連携推進事業
	(具体的な指標・引用元)
オ	認知症総合支援事業
	(具体的な指標・引用元)
カ	生活支援体制整備事業
	(具体的な指標・引用元)
キ	地域包括支援センター運営
	(具体的な指標・引用元)
ク	地域ケア会議推進事業
	(具体的な指標・引用元)
ケ	介護給付等費用適正化事業
	(具体的な指標・引用元)
コ	その他
	(具体的な指標・引用元)

確認欄

×

⑤ロジックモデル（※）をご存じですか。

※「ロジックモデル」とは、事業がどのように目指す姿（成果：アウトカム）を実現していくのかを論理的に示したものをいいます。



- ☐ ア ロジックモデルを知らない
- ☐ イ ロジックモデルを知っている

確認欄

×

⑥貴都県ではロジックモデルを活用していますか。（複数回答可）

- ☐ ア 第9期介護保険事業支援計画の検討・作成において活用している
- ☐ イ 事業の実施・検討において活用している
- ☐ ウ その他の場面において活用している（具体的に記載ください）
- ☐ エ 活用していない

確認欄

×

⑦市区町村が実施する地域支援事業について、市区町村ごとにその現状や課題等を分析した資料（報告書等）を作成されていますか。

作成されている場合、ご提供いただくことは可能ですか。

※アを選択いただいた場合には、事務局よりご連絡させていただきます。

※本事業の調査分析に使用するものであり、ご提供いただいた資料等を公開することはありません。

- ☐ ア 提供可能
- ☐ イ 提供できない
- ☐ ウ 該当する資料を作成していない

5. 地域分析や対応策を検討するグループワークのモデル実施へのご協力のお願い

本事業では、都県の皆様を対象として、地域包括ケア「見える化」システムのデータを活用して地域分析や対応策を検討するグループワークのモデル実施を検討しております。

詳細につきましては、後日関東信越厚生局地域包括ケア推進課を通じてご案内いたしますので、

その際にはどうぞご協力のほどよろしくお願いいたします。

介護保険 分析ツール（第2.1版）

令和 6 年 8 月
医療経済研究機構

<はじめに> ※分析ツールの利用方法は、併せて保険者シートWebサイト（<https://hokenja-sheet.jp/utilize/>）をご覧ください。

- 本ツールは、介護保険事業の効果的な実施に向けて、各自治体が地域の現状・課題の分析や事業の評価等を行うためのツールとして作成したものです。

1. 分析ツールの使い方

< 2つの分析ツール >

- 本分析ツールでは、以下の2つのツールを用意しています。
 - ・ ツールⅠ：事務局で把握できるデータ（アウトカム指標が中心）のみで構成
 - ・ ツールⅡ：自治体で記入する項目も掲載
 - これは、
 - ・ 各市町村等において、その介護保険事業の実施状況を踏まえて、地域の現状・課題の分析や事業評価等を行っていくためには、ツールⅡにてその実施する事業やその状況等を記入いただくことが必要ですが※、
 - ・ 事務局で把握できるデータのみ掲載したツールⅠでも、自治体に地域の現状・課題等を考えていただくきっかけになるのではないかと考え、用意したものです。
- ※ツールⅡでは、事務局で把握できるデータに加えて、国の文書等を参考に比較的良好と思われる事業や指標の例を記載しています（橙色塗りつぶし部分）。

<分析ツールの構成>

- 分析ツールは、①全体、②最終・中間アウトカム、③～⑫の事業ごとの併せて12シートで構成しています。
- この使い方について、
 - ・ 介護保険事業全体の状況を見ていただくためには、「①全体」をご覧ください。
その際、全体の構造を理解するために、指標を非表示とすることが可能です。
（行番号の左側の上に表示される①を押すと指標を非表示にできます。戻すときには②を押します。）
 - ・ 事業や施策の目的となる、最終アウトカムや中間アウトカムに着目したい場合には「②最終・中間アウトカム」をご覧ください。
 - ・ 各事業の担当者等が各事業の実施状況やアウトカムの状況を確認したい場合には、③～⑫をご覧ください。

<分析ツールの操作方法と見方>

●分析ツールⅠ・Ⅱ共通

- 1) 「①全体」のシートで、「都道府県」「市区町村/保険者」を選択します。 ※他の自治体も選択可
- 2) 全国や都道府県の平均、前期の数値と比較可能です。
各種文書やマニュアル等をもとに整理できる項目は、
 - ・ 全国と比較し、高い場合は青、低い場合は赤で塗りつぶし。
 - ・ 前期と比較し、高い場合は青字、低い場合は赤字で記載。※基礎データ、B02（社会参加者の割合を除く）、B03の保険料月額基準額、C13は、高い場合に赤、低い場合に青。
※青は「よい」、赤は「改善が必要」ではなく、これをもとに関係者間で地域の現状・課題を話していくことが重要。
- 3) ロジックモデルの特性を活かして、関連する左右の項目や、上位の項目に影響する他の項目を見ていくと、地域分析を深めていくことができます。

●シートⅡのみ（自治体独自項目を記入できるシート）

- 4) シートⅡは、各自治体で修正・追加が可能です。記載の例も参考に、自らの自治体で実施している事業やその実施状況を記入します。
※自治体記入シートには、当該数値を引用することができる調査等を掲載しています。
※保険者シートにデータを登録していない自治体の方も、ツールⅡで直接入力できます。
セルに色を付けて関係者で議論もできます。
- 5) 自治体独自項目を記入する場合は、自治体記入シートを選択します。
※本シートにない項目は、「分析シート」にそのまま記入します。行の追加・削除等も可能です。
- 6) 自治体記入シートの都道府県、市区町村・保険者を選択します。
※「①全体」シートで選択した市区町村・保険者以外を選択している場合には、他のシートに反映されません。
- 7) 「備考」に記載されている調査等を参考に、数値を記入します。（記入している数値は例）
- 8) 分析シートの各項目に反映されます。

2. 留意点

- 各項目（特にA1「高齢者のQOL」）について、分析ツールに掲載した項目のほか、他分野（医療・保健等）の取組や、経済状況などによっても影響されることに留意ください。
- 本分析ツールでは、保険者シートにおいて各市町村等から登録いただいたデータ（データの一般公開の許可を得ていない場合には表示されません。）及び各種調査等により公開されているデータを掲載しています。
- 各指標の出典や時点は、「介護保険 分析ツール 指標リスト」を参照ください。
- 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査をもとにする指標※は、「自立+要支援」の数値を基本としつつ、「自立」のみ登録されている市町村等は「自立」の数値を掲載しています。
※主観的幸福感、主観的健康観、リスク者の割合、社会参加者の割合
- 本ツールの著作権は、「一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構」に帰属する。本ツールを利用した資料、記事、論文等には、「介護保険 分析ツール（第●版）」と出典表記ください。
本ツールは、地域の介護福祉の向上や政策展開に向けた行政、研究、教育等での利用を期待するものです。営利目的の販促物等への引用掲載を除き、どなたでもご利用できます。
本ツールの基とするデータの収集および提供には万全を期していますが、その完全性、正確性を保証するものではなく、利用者が本ツールを利用して行う一切の行為及び利用者が被った損害及び損失に対して、いかなる責任も負いません。利用者は、自らの責任において本データを利用するものとします。

<参考：分析ツールの作成>

- 本ツールを作成するにあたっては、
 - ・各自治体で実施している介護保険事業がどのように成果（目指す姿）を達成するのかを論理的・体系的に整理した上で（市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル）、
 - ・地域支援事業実施要綱等を参考にして各項目の趣旨を踏まえた指標（※）を置き、全国や都道府県の平均や、前期計画時の指標と比較することができるようにしています。
- （※）保険者シートの項目だけではなく、地域包括ケア「見える化」システムに掲載されている項目等も盛り込んだ。

市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル

- 本ロジックモデルは、市町村（保険者）において実施する一般的な介護保険事業についてまとめたものです。 ※A～Cは、都道府県等でも参考になるものと考えています。各市町村で実施している「任意事業」「独自施策（特別給付・保健福祉事業）」「一般会計による事業」は、その趣旨・内容に応じて位置づけてください。
- 各項目間の関係は、主要なもののみを記載していることに留意ください。



3. 更新

第1.01版：2023年4月25日

「C11. 住民が社会参加する多様な場がある」に、以下を追加
地域づくりへの参加意向のある高齢者の割合（％）
地域づくりへの企画・運営としての参加意向のある高齢者の割合（％）

第1.02版：2023年4月27日

「A01. 高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ、自立した暮らしを営むことができる」の
・主観的幸福感の高い高齢者割合（自立・要支援）（％）
・主観的健康観の高い高齢者割合（自立・要支援）（％）
について、修正。

第1.03版：2023年5月24日

「B02. 高齢者が、社会との関わりを持ち、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止ができる」の
・認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ a以上の者（人数）（75歳以上人口千人あたり）
のデータについて、修正。

第1.04版：2023年5月29日

「B02. 高齢者が、社会との関わりを持ち、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止ができる」の「社会参加者の割合」について、2018年と比較して高くなる場合には青字、低くなる場合には赤字にするなどの修正。

第1.05版：2023年9月22日

「E12. 生活支援体制整備事業」の生活支援コーディネーター数（第1層）数等について修正。

第2.0版：2024年3月31日

以下の項目等の見直しに加えて、データの更新を行った。

データの時点は「介護保険 分析ツール（第2版） 指標リスト」参照。

<分析ツールⅠ、Ⅱ共通>

- ・全体のシートのほか、最終・中間アウトカム、事業ごとのシートを用意した
- ・経年の比較について、「2018年」→「前期」に変更した
- ・「基礎データ」の「75歳以上人口について2025年推計との比較」を削除した
- ・「B02」の「調整済み認定率」の項目について、「調整済み軽度認定率」→「調整済み認定率（要介護1・2）」「調整済み認定率（要支援）」に分けるとともに、地域間比較と経年比較の欄を分けた
- ・「C06」の「介護保険施設」→「施設サービス」としたほか、サービスの定員数や事業所数の項目について「要支援・要介護者1人あたり」→「85歳（75歳）以上人口千人（1万人）あたり」に変更した
- ・「C06」「C09」のサービスの利用者のうち、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」「居住系サービス」「認知症対応型共同生活介護」「介護保険施設」「（看護）小規模多機能型居宅介護」について、「75歳以上人口千人あたり」→「85歳以上人口千人あたり」に変更した。

第2.1版：2024年8月10日

データの更新を行った。

E33. BDCAのイオン化:

調査済み第1号被検者1人あたり総付片数(円)	18,904	18,026	20,683		
------------------------	--------	--------	--------	--	--

2020年11月30日 (1)	6,014	6,225		
-----------------	-------	-------	--	--

