令和３年度 老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費補助金）

介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業 報告書

令和４年３月

Medical　Care　International　Others

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

本報告書の一部または全部を問わず
無断引用、転載を禁ずる。

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
Association for Health Economics Research and Social Insurance and Welfare
Institute for Health Economics and Policy

目次

Ⅰ．本事業の概要 1

１．背景 1

２．事業の目的 4

３．事業実施体制と経過 4

４．事業実施結果の概要 9

Ⅱ．保険者シート活用マニュアルの開発 13

１．　介護保険基本ロジックモデル 13

２．　介護保険基本ロジックモデルと保険者シート指標 16

３．　保険者シート活用マニュアル 17

４．　国・都道府県・保険者市町村データ比較ツール 18

Ⅲ．研修プログラムの開発 20

１．　初任者研修（保険者シート活用基本研修） 22

２．　多部署間協働研修 27

３．　都道府県意見交換会 33

Ⅳ．第８期介護保険事業計画の分析 37

１．方法 37

２．結果 39

３．考察 68

４．引用文献 71

Ⅴ．資料 73

１．　介護保険基本ロジックモデル　指標付き

２．　保険者シート指標リスト

３．　保険者シート活用マニュアル　概要編

４．　保険者シート活用マニュアル　基礎編

５．　初任者研修概要　神奈川県研修　愛媛県研修　鹿児島県研修

６．　多部署間協働研修概要　寝屋川市　須坂市

７．　都道府県意見交換会　資料

８．　保険者シートおよび研修プログラムを活用した研修の実施例

・秋田県　令和３年度介護保険事業計画進捗管理研修会

・長野県　介護保険「保険者シート」活用研修－長野県研修会－

長野県地域包括ケア体制構築状況「見える化」調査活用研修

Ⅰ．本事業の概要

１．背景

１）介護保険「保険者シート」

介護保険「保険者シート」（以下、保険者シート）は、介護保険制度の運用状況を表す基本的なデータを A4 サイズ紙裏表１枚に収載したシートである（図１）。保険者シートは、平成 26 年 12 月に発足した「大都市における地域包括ケアをつくる施策研究会」により、保険者である自治体のプロファイルが簡単に分かるものとして開発された[1)]。開発当初から項目の見直しが加えられ[2)]、具体的には、介護保険事業の決算額や介護保険料とその構造、事業実施状況、医療・介護サービス提供量・資源量、高齢者の健康・生活、地域特性が含まれている。

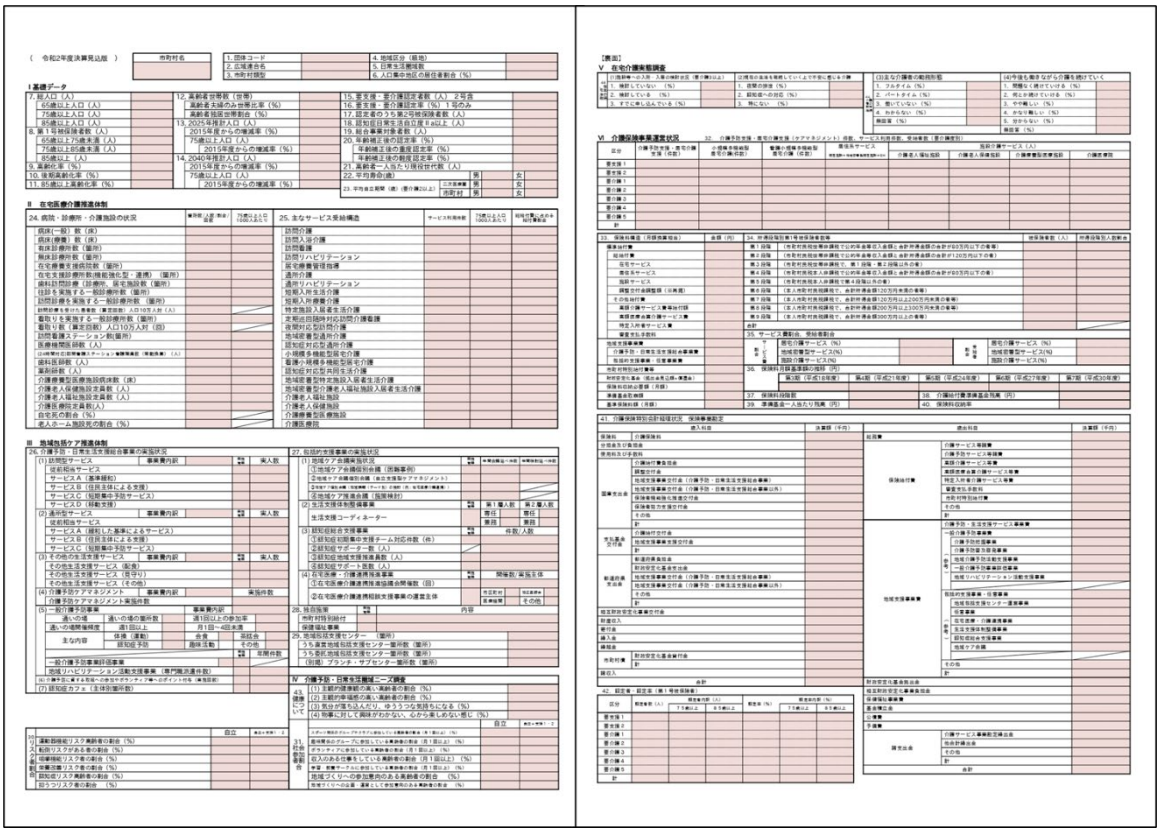


図１：介護保険「保険者シート」2020 版

保険者シートの基本コンセプト

（1）公表データから作成するものであること。
（2）既存のデータを利用して、簡単に作成できること。
（3）時系列の分析が可能であること。
（4）地域間比較が可能であること。
（5）保険者の位置が分かること。
（6）保険者の進むべき方向が分かること。

2）介護保険「保険者シート」の全国保険者への普及

保険者シートを作成する保険者・市町村は全国に広がっている。平成 28 年度から東京都多摩地域を中心に活用が始まり、平成 30 年度には全国 60 市町村で保険者シートが作成された[1)]。令和元年度より厚生労働省老人保健増進等事業として実施し、都道府県庁を通じた全国保険者・市町村への保険者シート作成依頼や、保険者シートを活用した研修会の開催と共に普及し、令和 3 年度には、727 保険者・市町村（全保険者・市町村の約 40%）が保険者シートを作成している。

普及促進のため、保険者シートのデータ収集・蓄積・出力システムを Web 上に構築し、保険者シート作成に関わる保険者・市町村の負担軽減、データベースの構築とデータの精緻化を図った（図 2）。さらに、保険者シートデータの可視化ツールやデータセットの公開を合わせて行った。これらにより、地域間比較や時系列比較が可能となり、保険者・自治体の地域マネジメントに活用の可能性が高まった。さらに、保険者・市町村のみならず、広く一般に公開し、学術研究目的での利用など多様な主体による活用とその成果の還元のための環境を整備した。

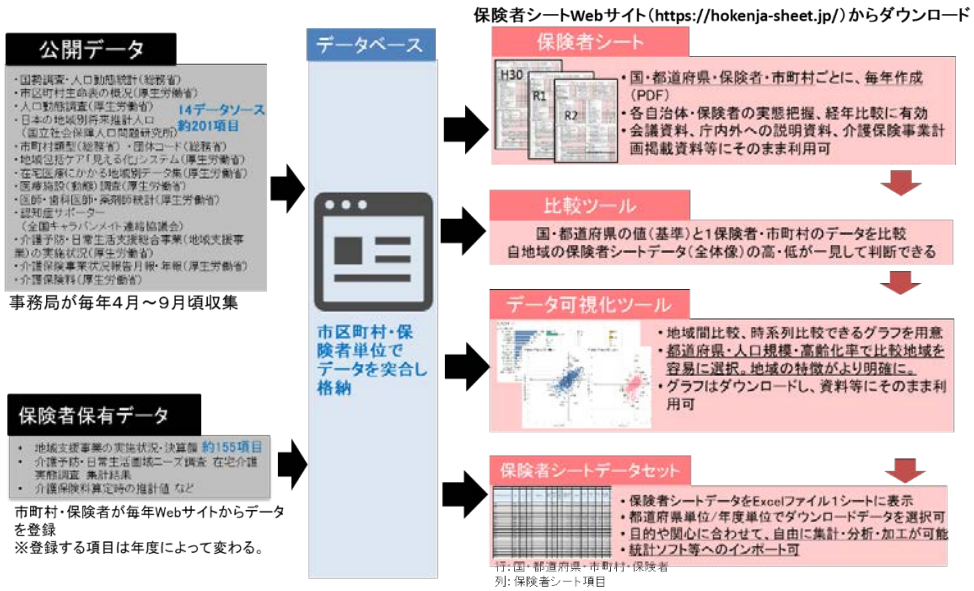


図 2 ：介護保険「保険者シート」運用システム

3）地域マネジメント、PDCA サイクルにおける現状

平成 29 年「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」によって、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCA サイクルによる取組が制度化された。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制度、地域包括ケア「見える化」システムの整備拡充などが進められている。

また、2001 年「行政機関が行う政策の評価に関する法律」が制定され、根拠に基づく政策立案（EBPM）を推進するため、PDCA サイクルによる施策展開が期待されている。

「評価」は、「データ等による事実特定（測定）」と「価値判断」によって成り立つ。政策・事業をはじめ、あらゆる社会的介入の評価体系であるプログラム評価では、評価には 5 階層あり、PDCA の各段階で価値判断が行われる。このうち評価（C）の段階では、特にインパクト評価（プログラムの実施がアウトカムに効果をもたらしたか）で価値判断が行われ、プログラムの見直し（A）が行われることが必要になる。

しかしながら、保険者や市町村においては、事業実施の実績（アウトプット）の測定が中心で、事業実施によって介護保険事業によって期待される高齢者や地域社会に現れる変化（アウトカム）に効果がもたらされたかの価値判断（インパクト評価）と、それによる事業の見直しはほとんど見られない。保険者・市町村からは、事業評価や指標設定への難しさ、データの利活用が進まない、などの声は少なくなく、アウトカムの明確化、および指標の設定とデータによる測定（事実特定）に課題があるものと考えられる。

4）地域マネジメントにおける保険者シートの活用可能性

保険者シートは、介護保険制度の全体像を把握するツールとして、基本的なデータを網羅的に収載しており、特に成果（アウトカム）に相当する指標が含まれていることから、保険者・市町村が自地域の状況を把握し、さらに PDCA サイクルによる事業展開にも活用されることが期待できる。実際に活用されるには、保険者シートと具体的活用方法などを知る活用マニュアル、体系的な保険者・自治体職員向け研修が必要となるだろう。

また、保険者シートは、介護保険事業の健全かつ円滑な運営に必要な助言及び適切な援助を担う都道府県担当者にとって、管内市町村の現状を把握するために有効であることが昨年度事業の中で示唆された。保険者シートの普及、および効果的な活用のためには、都道府県担当者にも保険者シートの活用に関して働きかけていくことが有効と考えられる。

さらに、介護保険に関わる事業が複雑化し一人の担当者が担う業務が細分化される中、効果的な PDCA サイクルによって事業を推進するには、介護保険と高齢者福祉部門内での協働が不可欠となる。保険者シートは、その特徴から、多部署間連携にむけた共通の教材として活用できる可能性がある。

２．事業の目的

本事業は、これまでの成果をふまえ、保険者シートが、介護保険運用状況の把握と、保険者・市町村の地域マネジメントに効果的に活用されるため、

１）保険者シートの効果的活用に向けた保険者の地域マネジメント実態調査
２）保険者シート活用マニュアルの作成
３）保険者シートを活用した自治体職員向け研修プログラムの開発と効果検証

を行い、介護保険における保険者機能の強化、地域マネジメント[1]の向上をはかり、地域包括ケアシステムの推進に資することを目的とした。

３．事業実施体制と経過

１）検討体制・事業実施体制

【検討委員会】

	氏名	所属
委員長	新田　國夫	医療法人社団つくし会　理事長
委員	石田　光広	稲城市　副市長
委員	石原　美和	公立大学法人 神奈川県立保健福祉大学 実践教育センター教授
委員	岩名　礼介	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社　東京本部 経済社会ユニット　政策研究事業本部 共生・社会政策部長　主任研究員
委員	柳瀬　光亮	長野県健康福祉部　介護支援課　主事
委員	篠田　浩	大垣市　健康福祉部　社会福祉課　課長
委員	辻　誠一郎	八王子市福祉部 高齢者いきいき課　主査
委員	横内　瑛	株式会社野村総合研究所コンサルティング事業本部 ヘルスケア・サービスコンサルティング部　上級コンサルタント
委員	和田　洋一	大阪府福祉部　高齢介護室　介護支援課　企画調整グループ 主査

[1] 地域包括ケア研究会では、「地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し行うことで、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組」「地域包括ケアシステム構築における 工程管理」としている。

【活用マニュアル開発ワーキンググループ】

氏名	所属
荒井　崇宏	稲城市福祉部　高齢福祉課　高齢福祉係　係長
井手　一茂	千葉大学予防医学センター　特任研究員
埴岡　健一	国際医療福祉大学大学院　教授
柳瀬　光亮	長野県健康福祉部　介護支援課　主事
和田　洋一	大阪府福祉部　高齢介護室　介護支援課　企画調整グループ　主査

【研修プログラム開発ワーキンググループ】

氏名	所属
荒井　崇宏	稲城市福祉部　高齢福祉課　高齢福祉係　係長
関　　遼樹	長野県健康福祉部　介護支援課　主事
辻　誠一郎	八王子市福祉部 高齢者いきいき課　主査
横内　瑛	株式会社野村総合研究所コンサルティング事業本部 ヘルスケア・サービスコンサルティング部　上級コンサルタント
和田　洋一	大阪府福祉部　高齢介護室　介護支援課　企画調整グループ　主査

【オブザーバー】

氏名	所属
日野　力	厚生労働省 老健局 介護保険計画課　課長
加藤　昭宏	厚生労働省 老健局 介護保険計画課　老人福祉計画官
菅野　遥奈	厚生労働省 老健局 介護保険計画課　計画係長
佐々木　亮輔	厚生労働省 老健局 介護保険計画課
伊藤　正一	公益財団法人在宅医療助成　勇美記念財団　事務局長

【事務局】

氏名	所属
辻　哲夫	医療経済研究機構　所長
田中　伸彦	医療経済研究機構　研究主幹
服部　真治	医療経済研究機構研究部　主席研究員
松本　佳子	医療経済研究機構研究部　協力研究員
相田　直樹	医療経済研究機構研究部　協力研究員
松本　小牧	医療経済研究機構研究部　協力研究員
小林　志伸	医療経済研究機構研究部　協力研究員
金澤　恵子	業務推進部健康食品等研究啓発課

峯村　芳樹	医療経済研究機構研究総務部　部長
白須　規子	医療経済研究機構研究総務部

※上記の他に医療経済研究機構研究部協力研究員１名が事務局として加わった。

2）委員会・ワーキンググループの開催

（1）検討委員会

○第１回検討委員会

日時：令和 3 年 9 月 13 日（月）　オンライン開催

内容：本年度事業概要と実施方向性の検討

議題：（1）「保険者シート」普及（データ登録率の向上）について

（2）活用マニュアル・研修プログラムの方向性について

○第２回検討委員会

日時：令和 3 年 12 月 16 日（木）　オンライン開催

内容：事業の進捗報告と研修プログラム開発の方向性について

議題：（1）介護保険「保険者シート」運用　（報告）

（2）都道府県・圏域単位研修、市町村単位研修について

（3）都道府県担当者対象研修の企画について

○第３回検討委員会

日時：令和 4 年 3 月 22 日（火）　オンライン開催

内容：今年度事業の報告とまとめ

議題：（1）介護保険「保険者シート」運用（報告）

（2）今年度の事業結果

（3）次年度以降の方向性について

（2）活用マニュアル開発ワーキング

○第１回活用マニュアル開発ワーキンググループ

日時：令和 3 年 8 月 5 日（木）　オンライン開催

内容：活用マニュアルの構成、ロジックモデルと指標の検討

○第２回活用マニュアル開発ワーキンググループ

日時：令和 3 年 9 月 7 日（火）　オンライン開催

内容：ロジックモデルと指標、可視化ツールの検討

○第 3 回活用マニュアル開発ワーキンググループ

日時：令和 3 年 10 月 4 日（月）　オンライン開催

内容：活用マニュアルの検討

（3）研修プログラム開発ワーキング

○第 1 回研修プログラム開発ワーキンググループ

日時：令和 3 年 12 月 8 日（水）　オンライン開催

内容：保険者シートを活用した研修プログラムの構成と内容の検討

○第 2 回研修プログラム開発ワーキンググループ

日時：令和 4 年 1 月 6 日（木）　オンライン開催

内容：保険者シートを活用した研修プログラムの構成と内容の検討

○第 3 回研修プログラム開発ワーキンググループ

日時：令和 4 年 3 月 16 日（水）　オンライン開催

内容：保険者シートを活用した研修プログラムの評価と見直し

3）実施経過

2021 年 6 月	事業開始　地域マネジメント実態調査研究　研究計画立案
7 月	第 8 期介護保険事業計画収集、内容分析開始
8 月	第 1 回活用マニュアル開発ワーキンググループ 　活用マニュアルの構成検討・介護保険基本ロジックモデル検討
9 月	第 2 回活用マニュアル開発ワーキンググループ 第 1 回検討委員会
10 月	第 3 回活用マニュアル開発ワーキンググループ 　活用マニュアル概要編・基礎編の検討
11 月	初任者向け保険者シート活用研修、協働研修のフィールド調整
12 月	第 1 回研修プログラム開発ワーキンググループ 　初任者向け保険者シート活用研修プログラム、協働研修プログラムの開発 第 2 回検討委員会
2022 年 1 月	第 2 回研修プログラム開発ワーキンググループ 初任者向け保険者シート活用研修の試行 　・神奈川県（1 月 7 日）　愛媛県（1 月 13 日） 保険者シートを活用した協働研修の試行 　・寝屋川市（1 月 28 日）

2 月	保険者シートを活用した協働研修の試行 ・須坂市（2 月 7 日） 初任者向け保険者市シート活用研修の試行 ・鹿児島県研修（2 月 17 日開催） 都道府県担当者研修（意見交換会）の実施（2 月 25 日） 都道府県単位データ、国データの収集とデータベース取り込み 比較ツールの開発
3 月	第 3 回研修プログラム開発ワーキンググループ 研修プログラム試行評価 第 3 回検討委員会 報告書まとめ

４．事業実施結果の概要

１）第８期介護保険事業計画にみた保険者・市町村のアウトカム指標設定状況

保険者・市町村の地域マネジメント実態を把握するため、全国 1,571 の保険者（市町村 1,531 、広域連合 40）から無作為に 200 を抽出（市町村 194、広域連合 6）し、その自治体の第 8 期介護保険事業計画から「アウトカム指標」と考えられる記述を抽出し分析を行った。

その結果、第 8 期介護保険事業計画において、介護保険制度のアウトカムに指標を設定し、目標値を記載している保険者・市町村は全体の約 38.5%にとどまり、この状況は少ないと考えることもできる。指標によっては、介護保険事業計画のアウトカム指標として適切かどうか検討が必要なものがある点に注意が必要である。

今後、保険者の規模別などでの分析を進め、保険者・市町村のニーズの詳細を検討する必要がある。アウトカム指標として、信頼性、妥当性が高く、実現可能性のある指標の設定に向けた保険者・市町村への支援や環境整備が期待される。

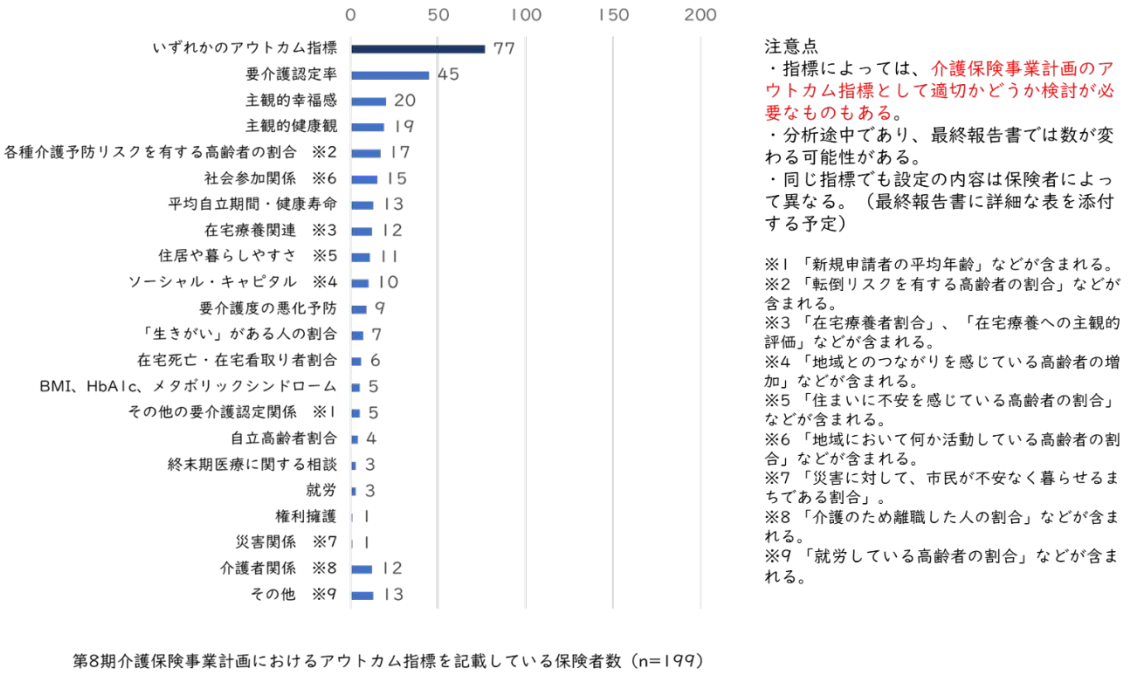


図３：第８期介護保険事業計画におけるアウトカム指標を記載している保険者

2）保険者シート活用マニュアル概要編・基礎編

自地域の介護保険運用状況を把握し、地域マネジメントに保険者シートを活用できることを目的に保険者シート活用マニュアルを作成した。

保険者シートの活用を検討するにあたり、介護保険基本ロジックモデル（論理構造）を検討し、介護保険事業の目的と全体像を可視化した上で、保険者シートに収載されている指標（データ）との関係を整理した。それを通じて、保険者シートに収載されている各データの解釈の方法と、データを見る場合の仮説（成果・事業実施・事業費の連関）を示した。

活用マニュアルは、概要編、基礎編、活用編で構成し、本事業では「介護保険の目的と全体像と保険者シートの概要の理解」を進める概要編、「自地域の位置・傾向を把握するための基本的理解」を目的とした基礎編、を作成した。

それに合わせ、国・都道府県単位のデータをデータベースに加え、国・都道府県・保険者の比較ツールを新たに開発した。

今後は介護保険基本ロジックモデルを活用し、保険者シートや他データソースのデータも含めて、分析ツールと活用編マニュアルを作成し、地域の進むべき方向への理解を促す。

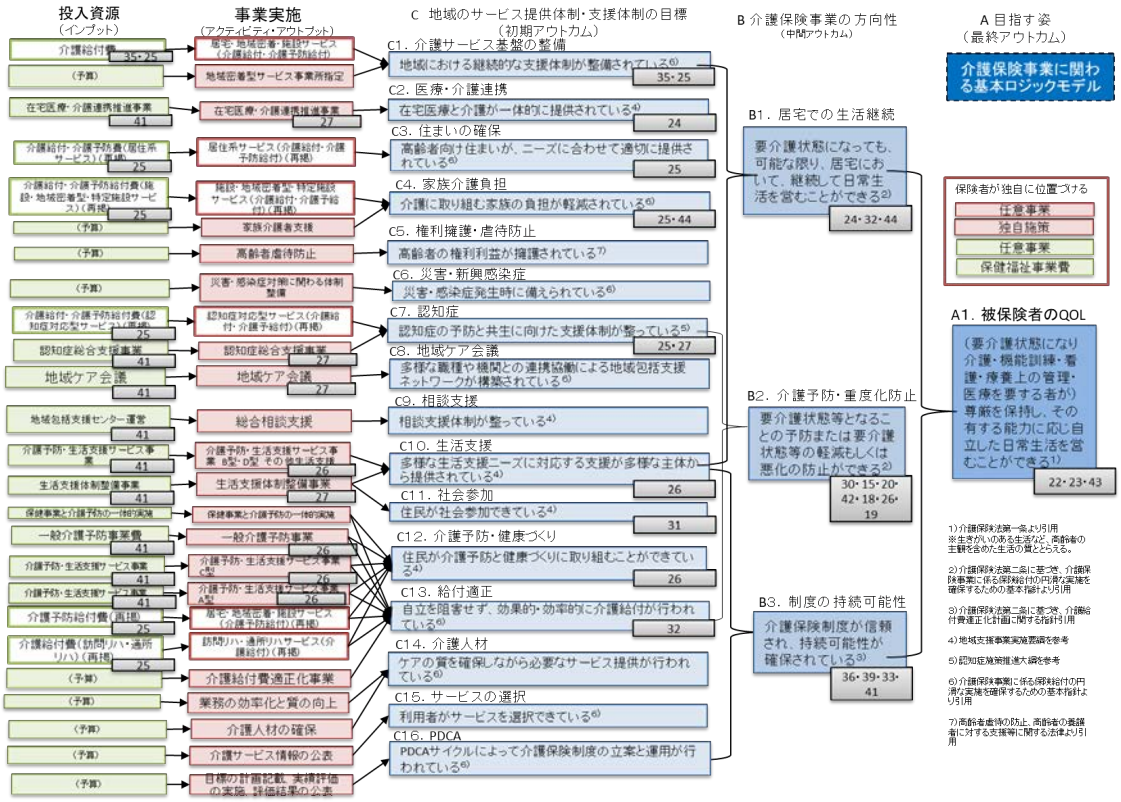


図４：介護保険基本ロジックモデルと対応する保険者シート内の指標

	狙い	マニュアル（項目）	都道府県・圏域単位 初任者	都道府県・圏域単位 アドバンス（テーマ選択）	市町村単位 他部署・係の協働
概要編	介護保険の目的と全体像と保険者シートの概要が理解できる	介護保険事業の目的と全体像	●		●
		保険者シートの目的と概要	●		●
		事業評価とPDCAサイクルによる事業展開		●	●
		保険者シートのダウンロードとツール	●		
基礎編	地域の位置・傾向が分かる ・指標の意味を理解できる ・データの基本的見方が理解できる ・地域間比較ができる ・時系列比較ができる	「被保険者のQOL」に関する指標	●	●	
		「居宅での生活継続」に関する指標	●	○	
		「介護予防・重度化防止」に関する指標	●	○	
		「制度の持続可能性」に関する指標	●	○	
活用編	地域の進むべき方向が分かる ・指標間の関連性、外部要因を考えることができる。 ・自地域の取り組む方向性を考えることができる。	「居宅での生活継続」（アウトカムからインプットまで）		○	○
		「介護予防・重度化防止」（アウトカムからインプットまで）		○	○
		「制度の持続可能性」（アウトカムからインプットまで）		○	○

●：必須　○：領域内で選択

図５：保険者シート活用マニュアルの内容と研修プログラム内容の対応

３）初任者研修（保険者シート活用基本研修）

都道府県・圏域単位で、介護保険・高齢者福祉分野の初任者（着任 1～2 年目）を主な対象にした保険者シート活用の基本研修プログラムを開発した。目的は、介護保険の目的と保険者シートの概要を理解し、データの地域間比較から自地域の位置が分かることとし、講義、演習、他市町村担当者とのグループワークから構成した。神奈川県、愛媛県、鹿児島県の 3 県でプログラムを試行した。

その結果、介護保険の目的や保険者シートの概要に関する理解は得られた一方、地域の成果への理解や保険者シートやデータ活用には十分な効果は得られなかった。

今後は、研修対象者の明確化（係長級の初任者）、グループワークのテーマの再設定を行い、より効果的なプログラムになるように見直しを行っていく。

また、都道府県庁が管内市町村への支援の一環として、全体研修を行えるように、研修運営マニュアルを作成していく。

4）多部署間協働研修

市町村単位で、介護保険・高齢者福祉分野の各担当者を対象に、各部署担当者間協働への動機づけを目的にしたプログラムを開発した。プログラムは、講義、グループワークから構成した。大阪府寝屋川市、長野県須坂市で試行した。

その結果、自地域の課題や目指す方向性の共有、他業務担当者との協働への動機づけは、ある程度前向きな効果が得られ、保険者シートの活用方法の一つとして有用であることが示唆された。一方で、データをもとにした意見交換やグループワークは、一定以上の経験年数が必要であること、時間や方法などの設定の見直しが必要であること、などが明らかになった。

次年度以降は、研修の主な対象者、意見交換やグループワークの方法を見直し、庁内で継続的に議論の場が設定できるように、都道府県担当者の関わり方も含めて検討していく。

5）都道府県研修

都道府県の介護保険事業（支援）計画担当者および地域支援事業の市町村支援を行う担当者を対象に、保険者シートについて知り保険者・市町村支援への活用を促進することを目的に、研修会（意見交換会）を開催した。

その結果、保険者シートは、都道府県庁の担当者が管内市町への保険者・市町村の現状を把握し、保険者・市町村と共有し、支援戦略を立てるために有効であることが示唆された。保険者シートの普及と精度の高いデータ収集（都道府県単位でのデータ収集）に寄与する可能性があるのみならず、都道府県担当者自身の保険者・市町村の PDCA や事業評価支援に関する議論の場として有効であり、次年度以降も継続的に実施する。

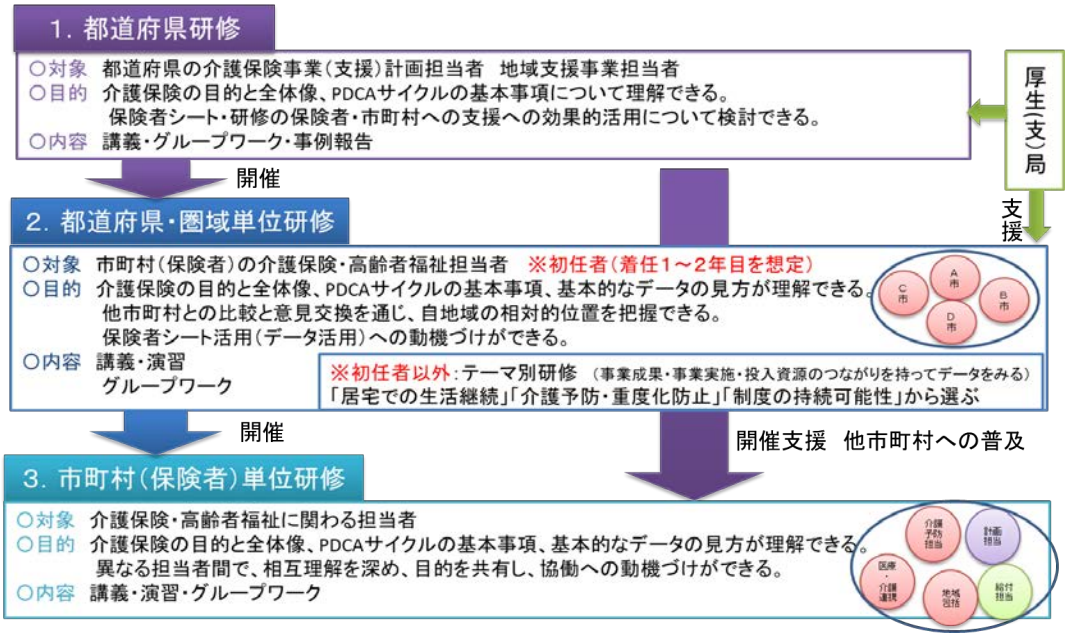


図 6：保険者シート活用研修の体系

Ⅱ．保険者シート活用マニュアルの開発

1．介護保険基本ロジックモデル

1）介護保険基本ロジックモデルの作成

保険者シートは、保険者の地域把握や地域マネジメントに、どのように活用できるのか、その活用方法を検討するため、介護保険基本ロジックモデルを作成した。具体的には、保険者シートのデータが介護保険事業の何を表し、それぞれのデータをどう関連付けて（順番で）読むと何が分かるのか、を明確にすることを目的とした。

介護保険基本ロジックモデルを作成にあたっては、以下を趣旨とした。

（1） 全保険者に共通し汎用性のある基本ロジックモデルを示す。
（2） その上で保険者シートから得られる全保険者が見るべき基本的な指標を示す。
（3） 保険者シートに限らず、基本的かつ重要な指標もあることを想定する。
（4） 活動（アクティビティ）、結果（アウトプット）、それらに近い初期アウトカムは、各保険者が地域の実情に応じて設定し、指標を考えることが望ましい。各保険者が、初期アウトカム以降は独自に設定する際に参考にできるものであること。

2）介護保険基本ロジックモデルの作成方法

介護保険基本ロジックモデルの作成にあたって、下記の文書を引用、参考にし、たたき台を作った上で、活用マニュアル開発ワーキング内で議論を行い、完成させた。

- 介護保険法
- 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律
- 老人福祉法
- 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（厚生労働省告示）
- 地域支援事業実施要項（老健局通知）
- 介護給付適正化の計画策定に関する指針（介護保険計画課長通知）
- 認知症施策推進大綱（認知症施策推進関係閣僚会議）
- 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律

3）介護保険基本ロジックモデル

下記のロジックモデルを作成した。（図 7）

最終アウトカムは、介護保険法第 1 条を引用し「（要介護状態になり介護・機能訓練・看護・療養上の管理・医療を要する者が）尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる」の 1 項目を設定した。地域における医療及び介護の総

合的な確保の促進に関する法律第 1 条を合わせて考えると、要介護者に関わらず高齢者の主観的部分も含めた健康や生活を表すため「被保険者のQOL」と見出しを付けた。

中間アウトカムは、介護保険法第２条および、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針、介護給付適正化計画策定に関する指針、を引用し、１「居宅での生活の継続」、２「介護予防・重度化防止」、３「介護保険制度の持続可能性」の３項目を設定した。

それらに紐づく初期アウトカムは、地域支援事業実施要項等を参考にし、地域のサービス・支援提供体制に関する 16 項目を設定した。

さらに、事業実施として、給付事業と地域支援事業等の主な事業 25 項目、投入資源としてそれに紐づく予算（決算）を設定した。

4）介護保険基本ロジックモデルの活用と留意点

最終アウトカム「被保険者のＱＯＬ」に関わる事項は、医療・保健・福祉、その他あらゆる分野の取組みの成果として設定されるものである。介護保険・高齢者福祉の分野のみで達成されるものではなく、また責任の所在も介護保険・高齢者福祉分野のみにはないことに注意が必要である。

最終アウトカムと中間アウトカム３項目は、どの保険者・市町村においても共通し、さらに、年度が替わってもほぼ共通のものとして妥当なものを設定した。一方、初期アウトカム、事業実施、投入資源は、基本的で主なものを示しているが、保険者の実情やその時代で解決すべき課題によって変化するものと考えられる。また、例えば在宅医療・介護連携など、各分野で詳細なロジックモデルが示されている場合もある。実際の事業評価においては、ここに示す介護保険基本ロジックモデルを大きな枠組みとして、各詳細版ロジックモデルを連結させ、整合性を図ることが望ましいと考えられる。

また、介護保険基本ロジックモデルは、介護保険事業の目的と事業の全体像をある程度論理構造をもって示すことができた。保険者・市町村の職員にとって、介護保険事業が複雑化し、一人の担当者が担う業務が細分化されたり、一人が担う業務が多岐にわたる中、介護保険事業の全体像への理解、自分の担当業務の目的や他業務との関連の理解を促すために有用と考えらえる。

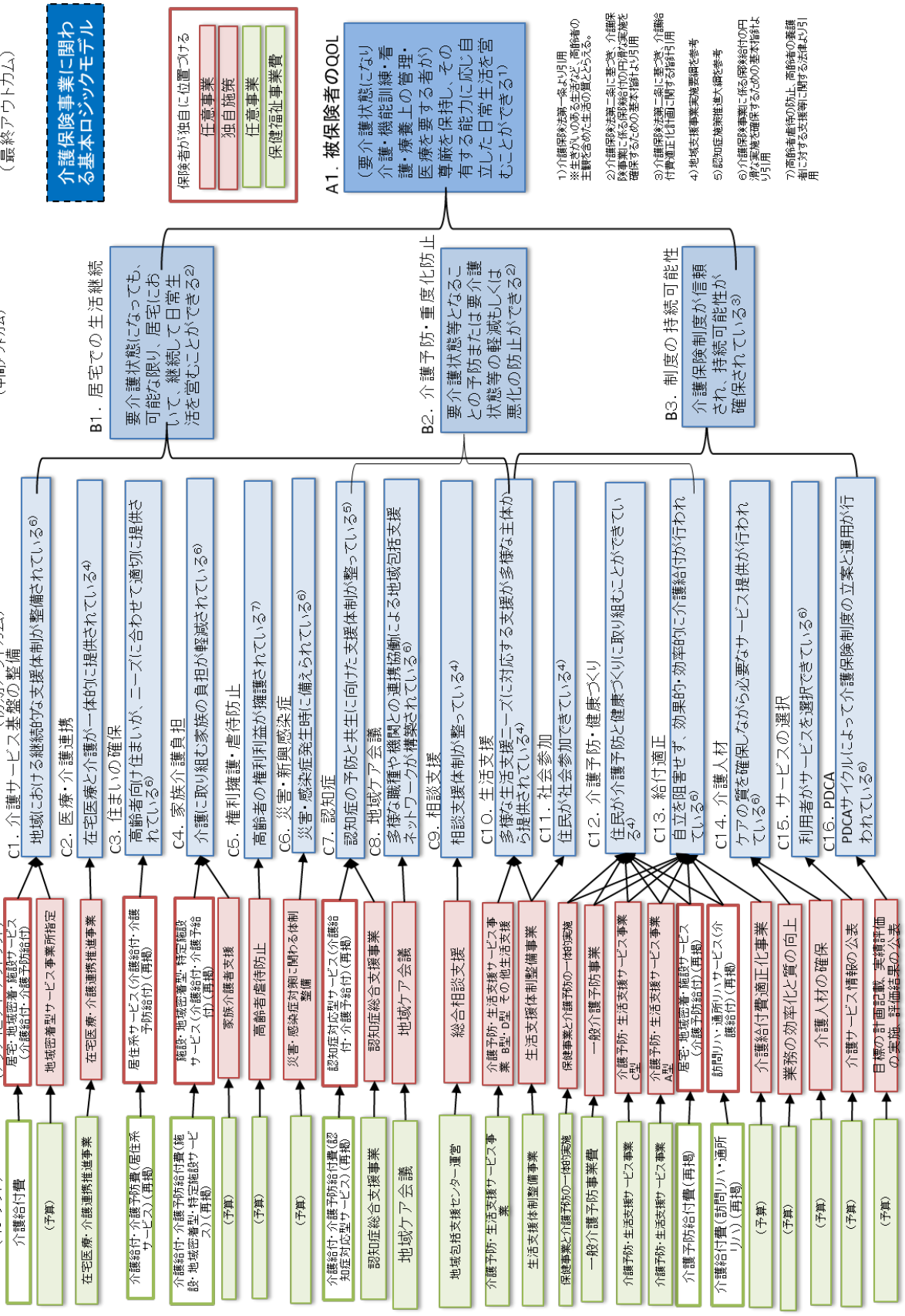


図７：介護保険基本ロジックモデル

２．　介護保険基本ロジックモデルと保険者シート指標

介護保険基本ロジックモデルをもとに、保険者シートに収載されているデータがどこに位置づくのか、詳細定義、解釈の基本的考え方、解釈時の注意点、関連する要因を整理した。

図４（再掲）の灰色部分と番号は保険者シートのデータに該当する部分を示す。整理した結果、保険者シートには、介護保険全体の中でも、最終アウトカムから投入資源までの指標が含まれていること、初期アウトカム以降は基本的な部分は含まれていることが可視化できた。

保険者シートでは把握できない部分もあった。特に初期アウトカムレベルは十分にとらえられない。また事業実施は、各保険者・市町村によって異なる可能性もあるため、基本的かつ比較可能な項目のみが含まれている。この特性を踏まえ、他データソース等で指標やデータを補完することが、PDCA サイクルによる事業展開に必要と考えられる。

介護保険基本ロジックモデルと保険者シートの具体的な指標は、資料１に示す。また、指標リストは、資料２に示す。

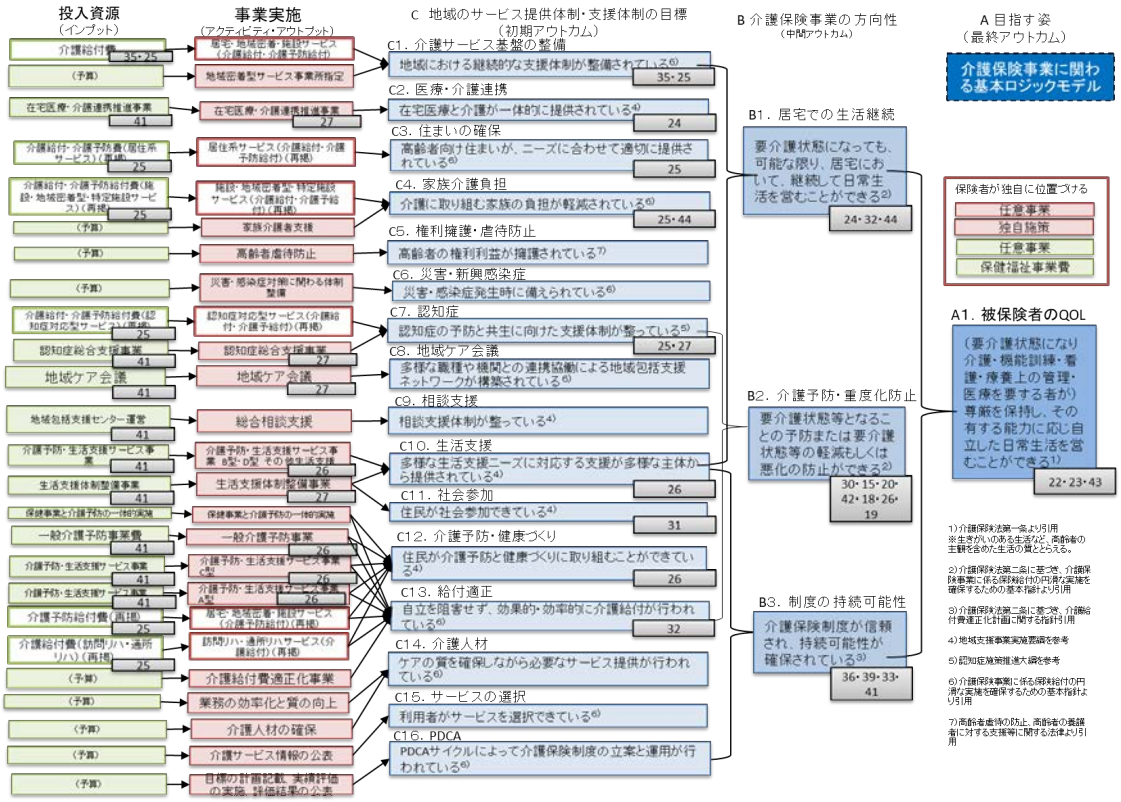


図４：介護保険基本ロジックモデルと対応する保険者シート内の指標

３．　保険者シート活用マニュアル

介護保険基本ロジックモデルと保険者シートとの対応を踏まえて、保険者シート活用マニュアルを作成した。保険者シートの基本コンセプトも踏まえ、概要編、基礎編、活用編に編成した。図５（再掲）

概要編は、介護保険の目的と全体像への理解と保険者シートの概要への理解を目的とし、保険者シートと各種ツールの利用方法、地域マネジメントに必要な事業評価と PDCA サイクルに関する基本事項を含めた。

基礎編には、保険者シートの基本コンセプトのうち、「（５）地域の位置・傾向が理解できる」、ことを目的とし、保険者シート内の主にアウトカム対する指標についての詳細定義や解釈の基本的考え方、注意点、関連する要因等の解説を含めた。また、アウトカムに関する指標の主なグラフの見方を示し、地域間比較による理解を促した。

これらは、保険者シート活用研修の研修資料としてそのまま使える内容とした。

概要編は資料３、基礎編は資料４に示す。

	狙い	マニュアル（項目）	都道府県・圏域単位 初任者	都道府県・圏域単位 アドバンス（テーマ選択）	市町村単位 他部署・係の協働
概要編	介護保険の目的と全体像と保険者シートの概要が理解できる	介護保険事業の目的と全体像	●		●
		保険者シートの目的と概要	●		●
		事業評価とPDCAサイクルによる事業展開		●	●
		保険者シートのダウンロードとツール	●		
基礎編	地域の位置・傾向が分かる ・指標の意味を理解できる ・データの基本的見方が理解できる ・地域間比較ができる ・時系列比較ができる	「被保険者のQOL」に関する指標	●	●	
		「居宅での生活継続」に関する指標	●	○	
		「介護予防・重度化防止」に関する指標	●	○	
		「制度の持続可能性」に関する指標	●	○	
活用編	地域の進むべき方向が分かる ・指標間の関連性、外部要因を考えることができる。 ・自地域の取り組む方向性を考えることができる。	「居宅での生活継続」（アウトカムからインプットまで）		○	○
		「介護予防・重度化防止」（アウトカムからインプットまで）		○	○
		「制度の持続可能性」（アウトカムからインプットまで）		○	○

●：必須　○：領域内で選択

図５：保険者シート活用マニュアルの内容と研修プログラム内容の対応

次年度以降は、「（６）地域の進むべき方向が分かる」、ことを目的に、保険者シートに加えて、地域包括ケア「見える化」システム等他データソースのデータも踏まえて、指標間の関連について仮説をもって解釈、分析するための分析ツールと、活用編マニュアルを開発する。

４．　国・都道府県・保険者市町村データ比較ツール

活用マニュアルを用いる上で、保険者シートのデータの基準値（平均値）を把握した上で、自地域の値を見ることが必要であるが、これまで簡便に比較できるツールを作成していなかった。そこで、保険者・市町村が自地域のデータと、国・都道府県のデータとの比較が簡便にできることを目的に、国・都道府県単位のデータを収集し、データベースに取り込んだ上で、国・都道府県版の保険者シート（PDF）、データセットをダウンロード可能にした。また、データの比較ツールを Web 上に構築し公開した。

図８　介護保険「保険者シート」比較ツールトップページ　https://hokenja-sheet.jp/

図 9　介護保険「保険者シート」比較ツールページ例

Ⅲ．研修プログラムの開発

保険者・市町村担当者を対象にした保険者シート活用研修プログラムは、主に初任者を対象とした基本研修と、アドバンスとなるテーマ研修、さらに、同じ市町村内の多部署間協働研修の３種と段階を想定した。今年度事業では、初任者研修（保険者シート活用基本研修）と多部署間協働研修を試行した。

また、都道府県・圏域単位の研修、市町村単位の研修の効果的な実施と普及においては、保険者・市町村を支援する立場にある都道府県担当者の役割が重要である。都道府県が都道府県・圏域単位研修を実施し、さらに市町村単位研修の実施を支援する形を想定し、都道府県担当者対象の研修会（意見交換会）を行った。

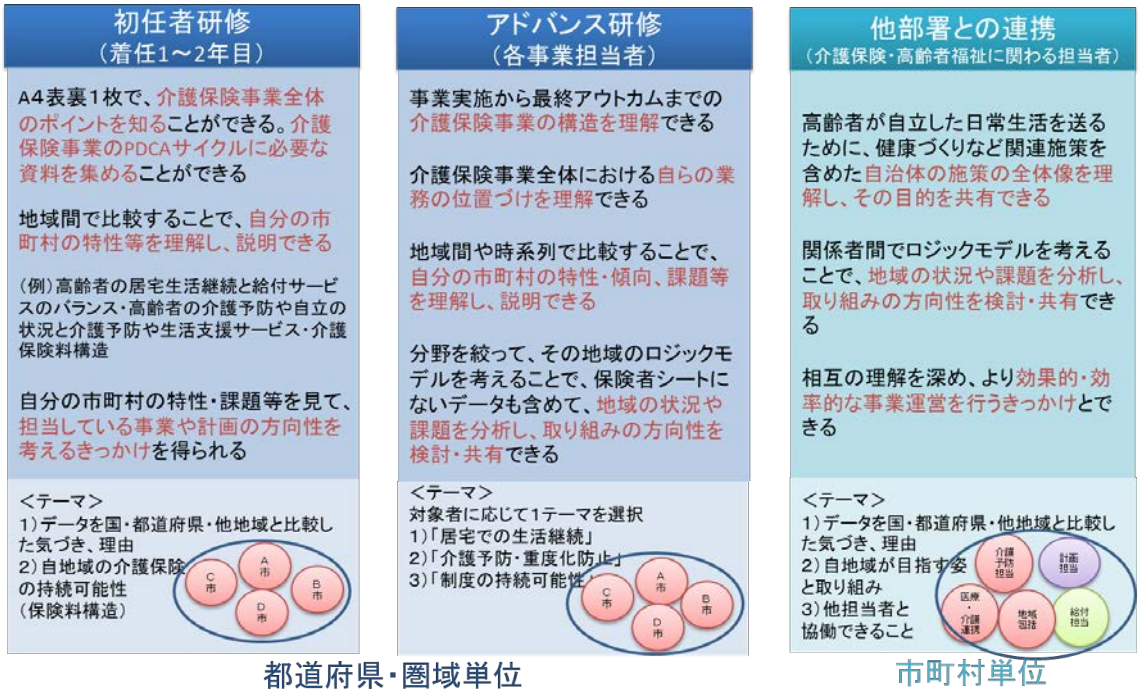


図 10　保険者・市町村担当者向け研修の目的と内容

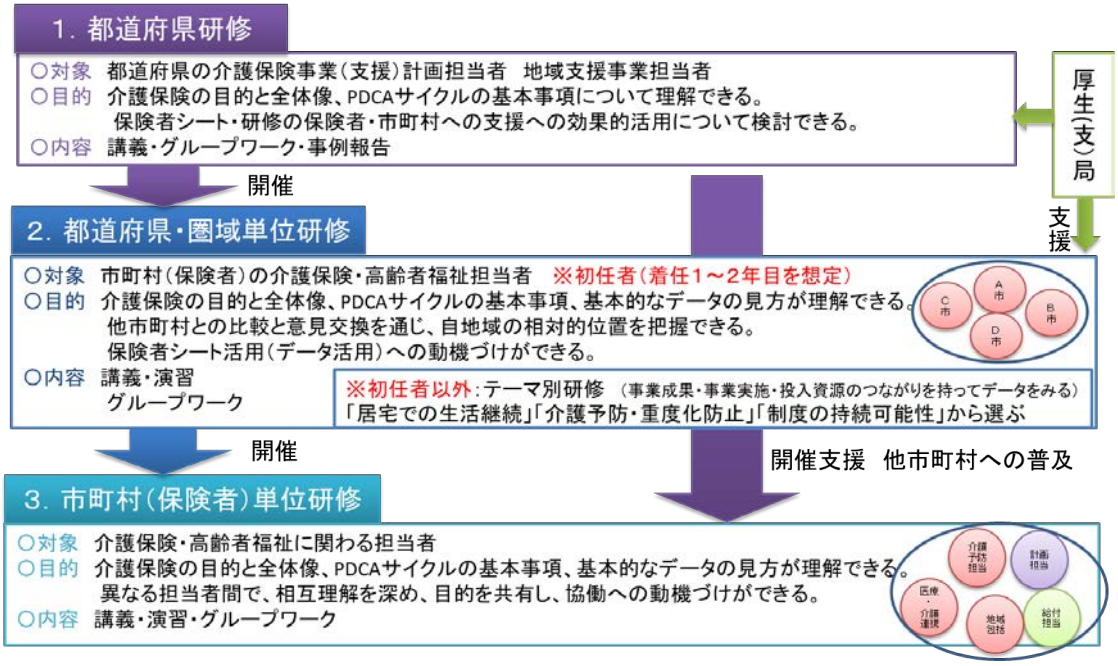


図 6：保険者シート活用研修の体系（再掲）

１．　初任者研修（保険者シート活用基本研修）

１）目的

介護保険の目的と事業の全体像、保険者シートの概要を理解すること、地域間比較を通じて自地域の相対的な位置を把握できることを目的とした。

２）対象

保険者・市町村の介護保険事業計画の策定・調整に関わる担当者、および、介護保険に関わる業務の担当者で主に初任者（１～２年目)、とした。

３）プログラム

平日午後開催　合計 210 分

	開始時間		内容	所要時間
	13:00～		参加受付・zoom 接続確認	
1	13:30～		はじめに	5
2	13:35～	講義	介護保険の全体像と介護保険「保険者シート」の概要	50
3	14:25～	講義・演習	介護保険「保険者シート」を活用した地域の現状把握 （講義 40 分+演習 20 分）	60
	15:25～	休憩		5
4	15:30～	意見交換1	データから見た地域の特徴	20
5	15:50～	意見交換2	自地域の介護保険の信頼と持続可能性について	40
6	16:30～	意見交換 3	グループ意見交換での気づき	10
7	16:40～	全体共有		20
8	16:55～	まとめ	総括	5
	17:00	閉会		

演習：保険者シートの主なデータ（成果指標）について保険者シートおよびグラフからワークシートに転記し、国・都道府県・自地域・関心のある地域と比較した特徴を記載。

意見交換１：テーマ「全国・都道府県・他地域と比較した位置とその理由として考えられること。日頃の業務での体感との違い」

意見交換２（神奈川県研修)：テーマ「介護予防・重度化防止の状況に影響していると考えられる主な要因と理由」「自身が担当している業務が介護予防・重度化防止にどう影響しているか」

意見交換２（愛媛県・鹿児島県研修)：テーマ「介護保険料の基準額、準備基金残高、保険料構造の特徴」「介護保険制度が信頼され、持続可能性が確保されるには何ができるか」

意見交換３：テーマ「演習や意見交換での気づきや感想」

4）プログラム試行と結果

（1） プログラムの試行

全てオンライン形式で実施した。

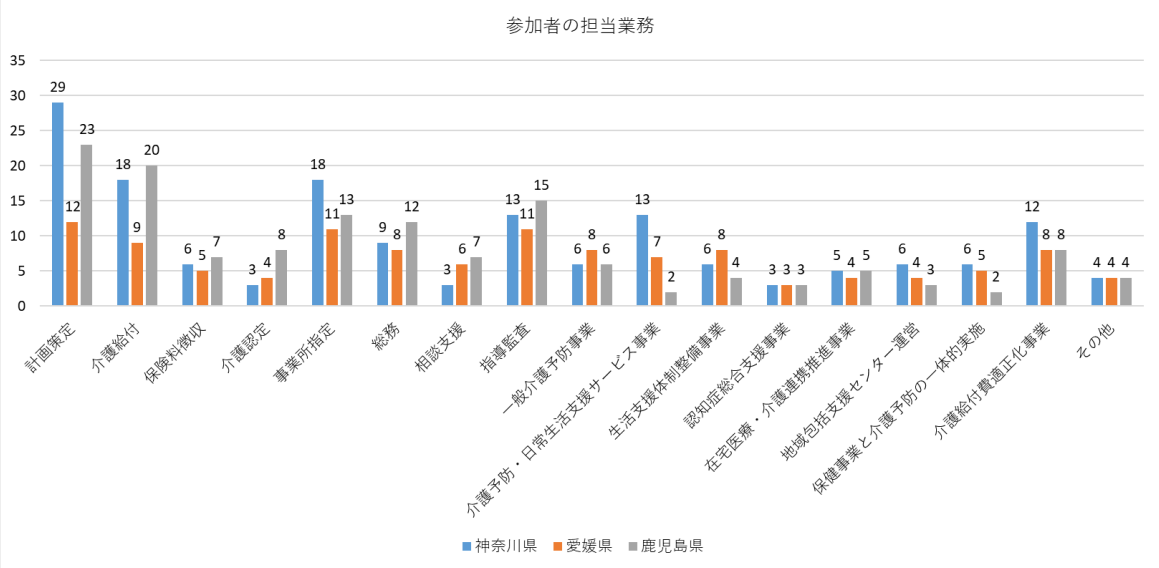
・2022 年 1 月 7 日（金）13 時 30 分～17 時　神奈川県研修　45 名参加
神奈川福祉子ども未来局福祉部高齢福祉課と共催

・2022 年 1 月 13 日（木）13 時 30 分～16 時 30 分　愛媛県研修　36 名参加
愛媛県保健福祉部生きがい推進局長寿介護課と共催

・2022 年 2 月 17 日（木）13 時 30 分～17 時　鹿児島県研修　37 名参加
鹿児島県くらし保健福祉部高齢者生き生き推進課と共催

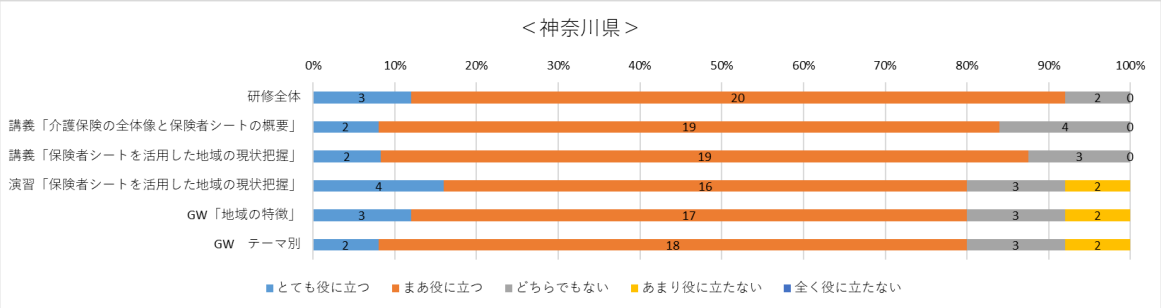
（2） 受講後アンケートの結果

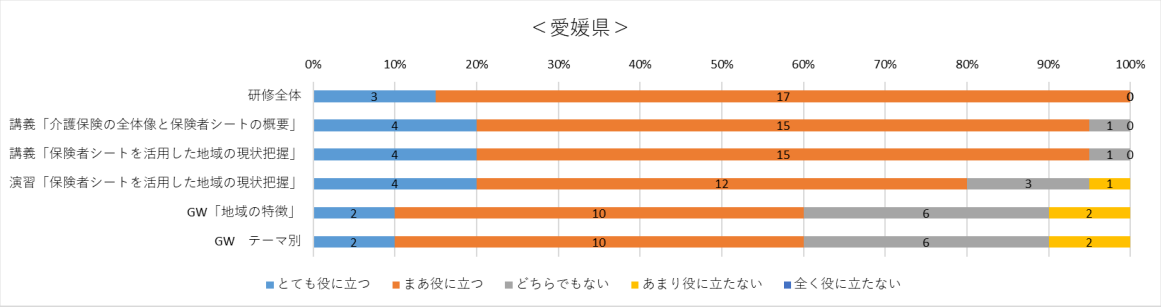
各研修会の参加者全員を対象に、受講前と受講後およそ 1 か月後にアンケート調査を行った。受講後およそ 1 か月後調査の回収率は、神奈川県 55.6%（25 人）、愛媛県 55.6%（20 人）、鹿児島県 94.5%（35 人）であった。

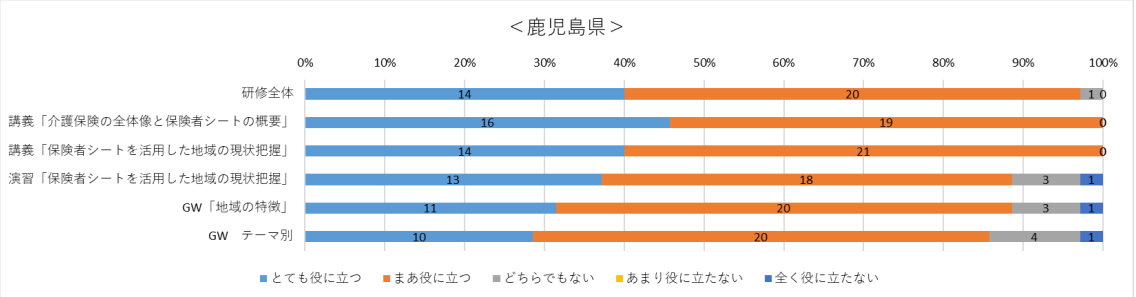


（3） 研修内容への満足度

研修全体の満足度は、いずれの研修も数名を除き「役に立つ」の回答であり、満足度はおおむね良好であった。講義の満足度は高かった一方、演習、グループワーク（意見交換）では、「役に立たない」の回答が見られた。神奈川県の場合、参加者の担当業務によっては業務外である「介護予防・重度化防止」に関する状況や取組みを把握しておらず意見交換ができない、愛媛県と鹿児島県の場合は「介護保険制度の持続可能性」について具体的に理解できず意見交換できない、という意見があり、満足度の低さの原因と考えられる。

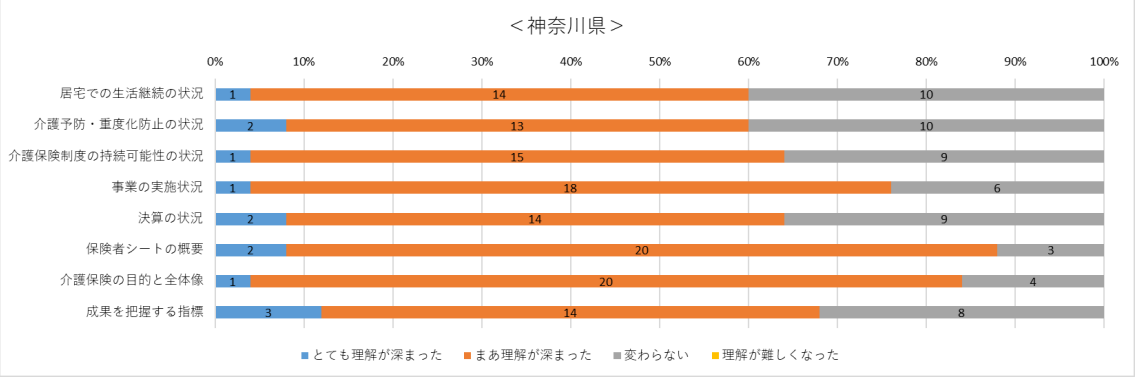


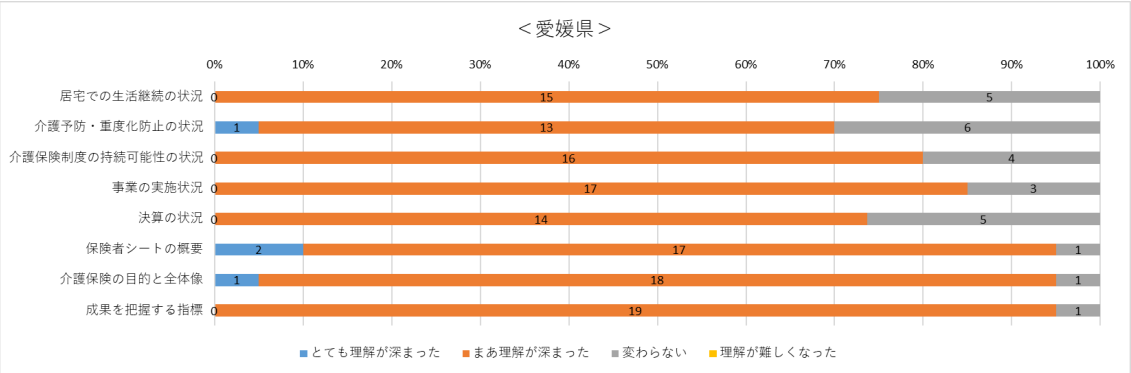


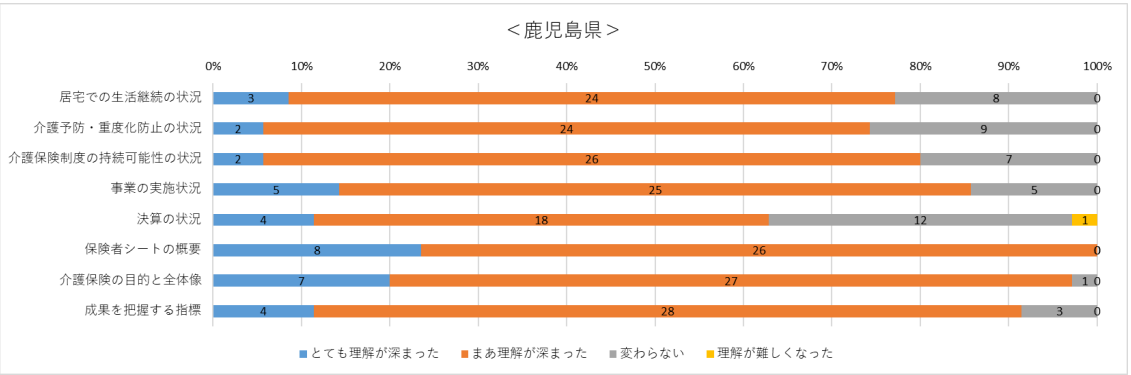


（3） 研修内容の理解

保険者シートの概要、介護保険の目的と全体像の講義に由来するものに関しては理解が得られた。その一方、データから把握する地域の状況把握については理解が深まったとの回答は比較的少なかった。決算の状況については、研修の中で触れていないので、妥当な結果と考えられる。

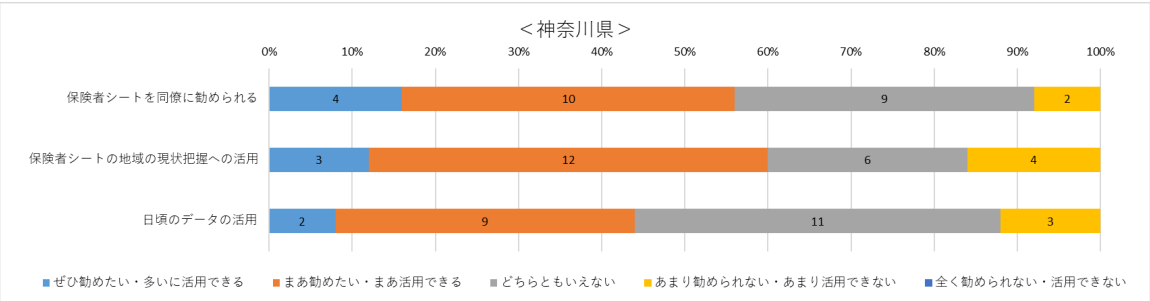


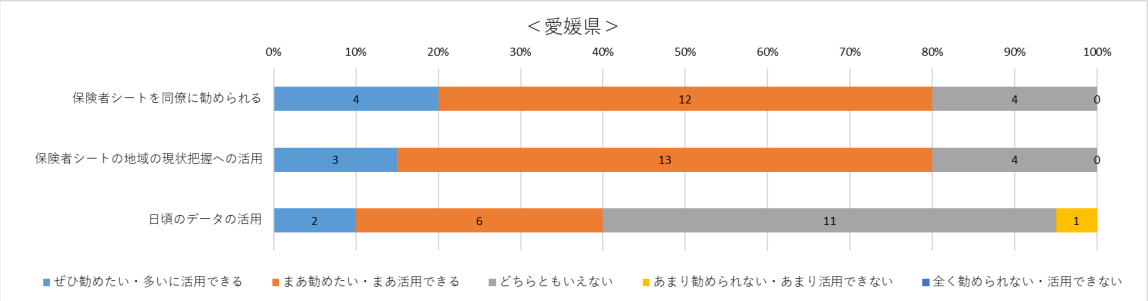


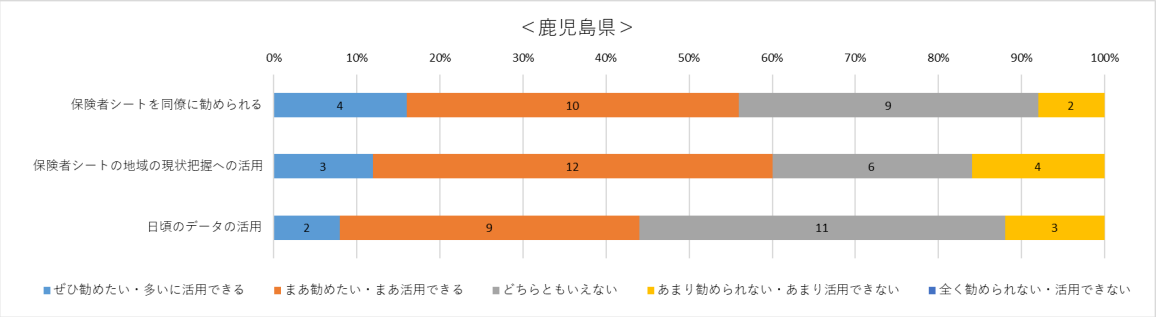


（4）研修後の保険者シートおよびデータの活用

保険者シートの活用については、愛媛県では 80%、神奈川県と鹿児島県では 60%弱であった。「あまり活用できない」との回答も数名あり、研修内容の見直しが必要と考えられる。保険者シートに関わらずデータの活用については、肯定的な回答は半数以下だが、この点に関しては研修の中では扱っていないので妥当な結果と考えられる。







5）見直しの方向性

研修受講後のアンケートでは、講義・演習に関する評価は良好で内容の理解も深まっている一方、グループワークによる地域の現状把握と位置の把握への理解や保険者シートの活用への効果には課題が残った。保険者シートやデータを地域マネジメントに活用していくためには、研修内で保険者シートの有用性を認識できることへの効果を高める必要がある。

見直しの方向性としては、まず、研修の受講対象の焦点化があげられる。対象者の職位は特定せず、介護保険・高齢福祉分野の初任者、としていた。しかし、保険者・行政職員としての経験年数が少ない者の場合、データと日頃の業務や自身以外の業務を関連付けや発言が難しく、グループワークの進行が難しかった。よって、課・係内でデータを活用し施策を立ち上げる立場、課・係内にデータ活用を普及できる立場にある係長級（介護保険係長や、調整担当課長補佐など）の初任者をメインの対象者とする。ただし、他の職位の参加者を拒むものではない。

担当業務は、広く介護保険・高齢者福祉に関わる担当者とし、あらゆる業務に関わる基礎研修と位置付ける内容とする。これによって、庁内で複数人が研修内容を共有できる状況を作り、研修後の保険者シート活用の環境作りや、長期的な普及効果が期待できる。

次に、グループワークのテーマにおいた「介護保険制度の持続可能性」について、グループワークで発言が難しいとの感想が見られた。具体的なテーマに見直しを行っていく。

また、都道府県庁が管内市町村への支援の一環として活用できるよう、研修運営マニュアルを作成し普及していく。

２．　多部署間協働研修

１）目的

介護保険・高齢者福祉の担当者が、保険者シートから地域の現状を知ることを通じて、地域の課題や目的を共有し、相互に役割を理解する上で、多部署間の協働に向けた動機付けを目的とした。

２）対象

一つの市町村の、介護保険・高齢者福祉に関わる各担当者１名ずつ、計５～6 名とした。介護保険事業計画、介護給付関係、地域支援事業、など多部署から参加を依頼した。図 11 の保険者シートを活用して協働が期待される範囲のうち、今回の研修では①の範囲を対象とした。

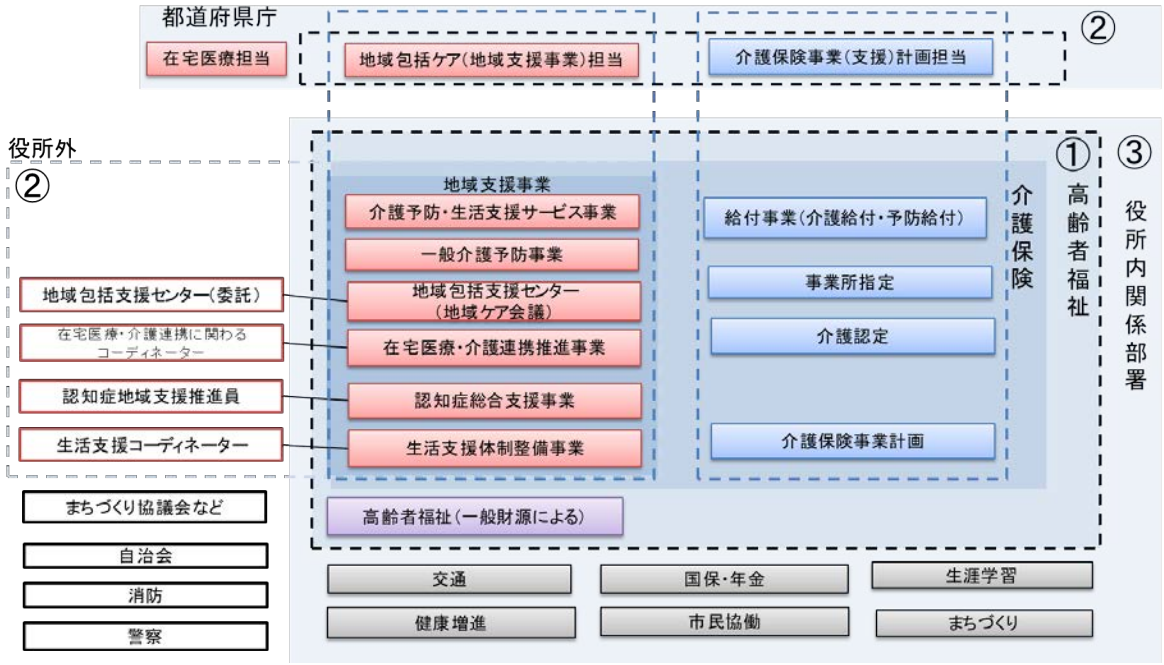


図 11　保険者シートを活用して協働が期待される役所内外の範囲

3）プログラム

平日 3 時間程度で、講義と意見交換（グループワーク）で構成した。

	開始時間		内容	所要時間
1	13:30～		はじめに	5
2	13:35～	講義	介護保険の全体像と介護保険「保険者シート」の概要	40
3	14:15～	意見交換	介護保険「保険者シート」からみた〇〇市の現状と目指す姿について （話題提供 20 分、意見交換 30 分）	50
4	15:05～	演習	ロジックモデルの練習	10
5	15:15～	グループワーク	介護保険の信頼と持続可能性を実現するためのアウトカム設定	40
6	15:55～	グループワーク	介護保険の信頼と持続可能性を実現するための取組みの明確化	30
7	16:25～	まとめ	グループ意見交換での気づきや取組みについて全体共有	10
	16:35	閉会		

4）研修プログラムの試行と結果

（1）プログラムの試行

オンライン形式で実施した。

・大阪府寝屋川市　1 月 28 日（金）9 時 30 分～21 時

寝屋川市高齢福祉部高齢介護室　係長・副係長 7 名

給付担当・保険料担当・認定担当・施設整備担当・計画担当・地域支援偉業担当

・長野県須坂市　2 月 10 日（木）13 時 30 分～16 時 30 分

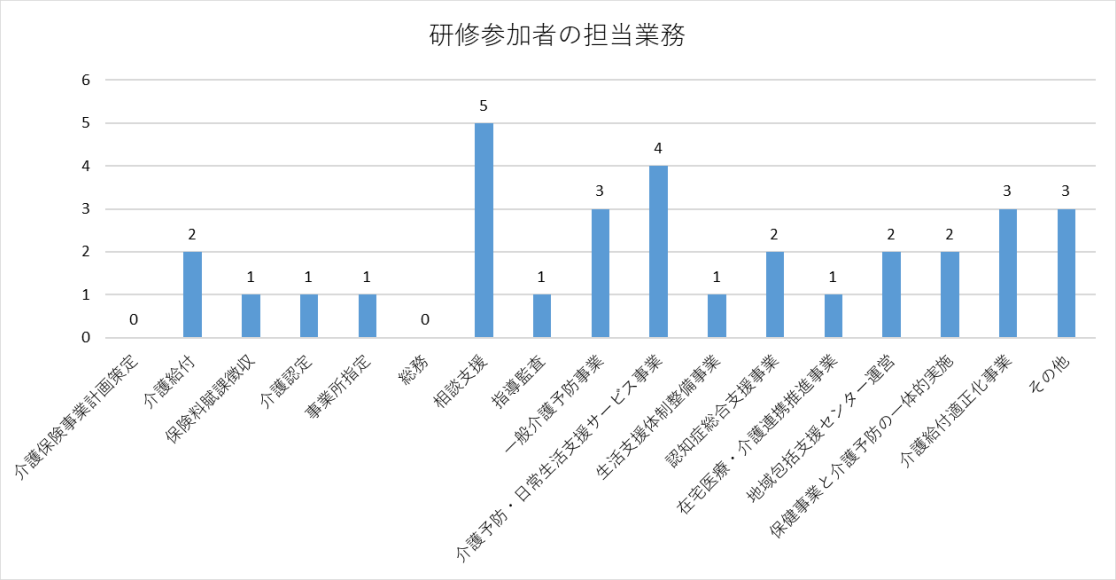
主任主事・主査 6 名

高齢者福祉課　高齢者福祉係　介護保険係

地域包括支援センター　地域支援係　介護予防係

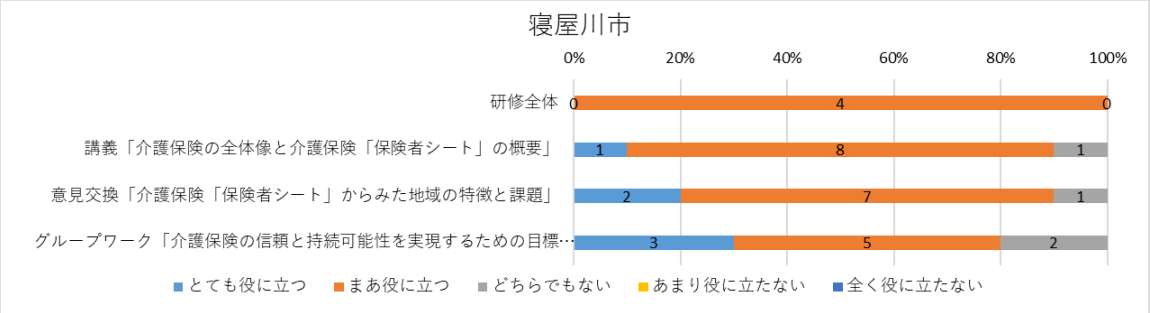
（2）受講後アンケートの結果

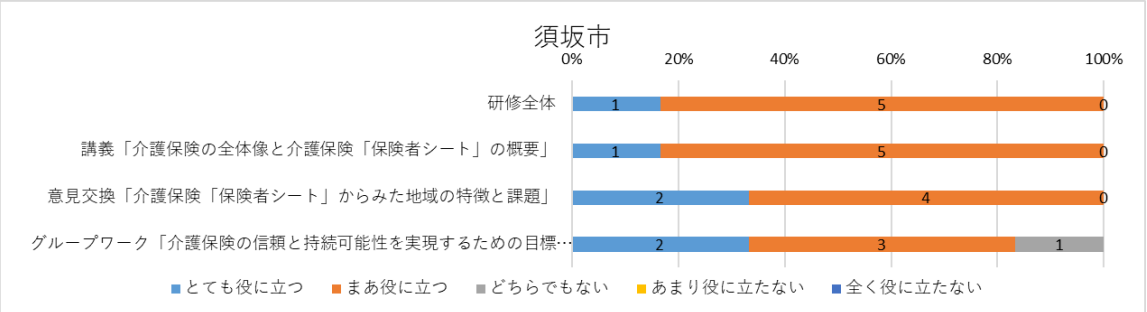
研修参加者に、研修受講後にアンケート調査を実施した。寝屋川市 4 名、須坂市 6 名の回答を得た。



（３） 研修の満足度

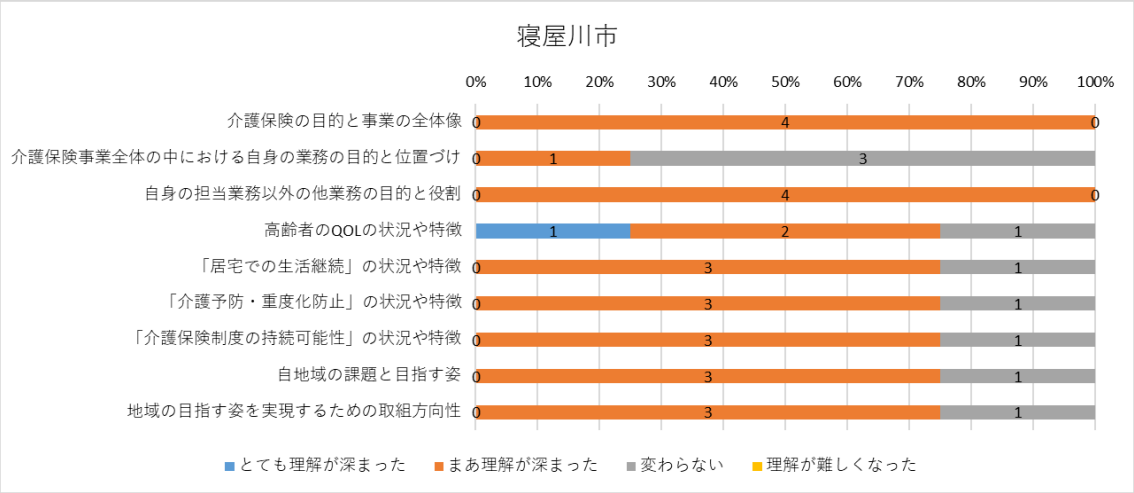
研修全体ではおおむね役に立つ内容であった。

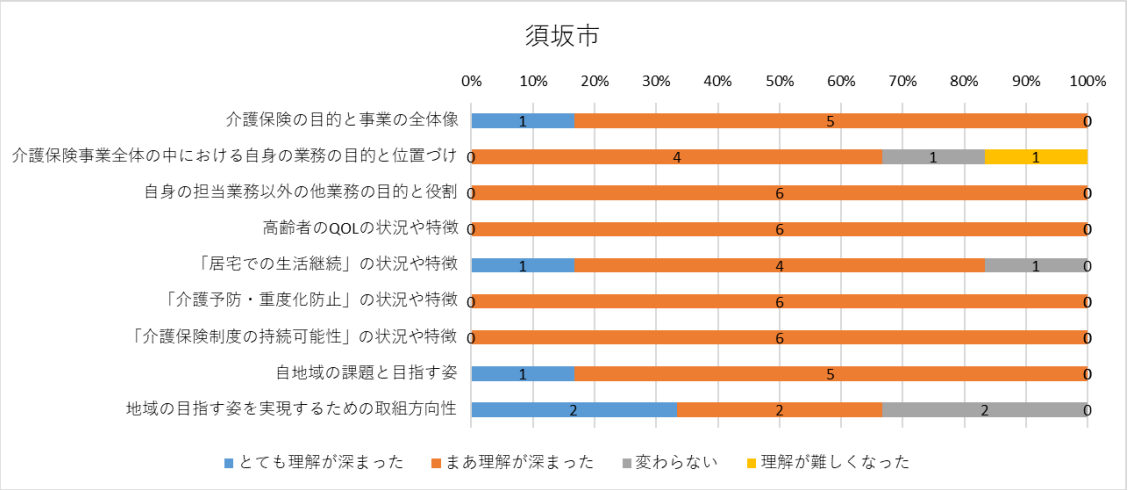




（４） 研修会の内容の理解

おおむね理解は深まっているが、介護保険事業全体の中における自身の業務の目的と位置付け、については、理解が深まらなかった。

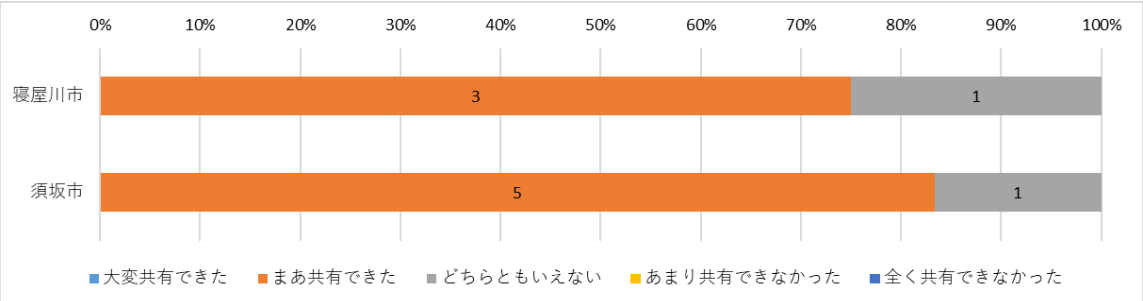




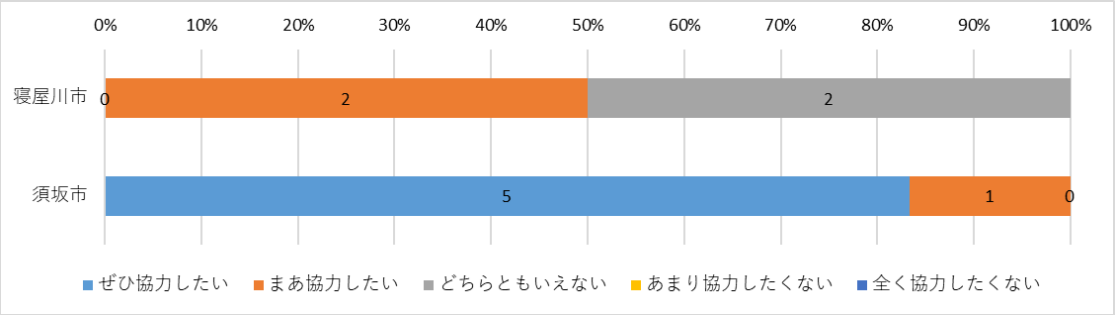
（５） 他担当者との協働について

他担者との協働や議論することへの認識は前向きに変化した。

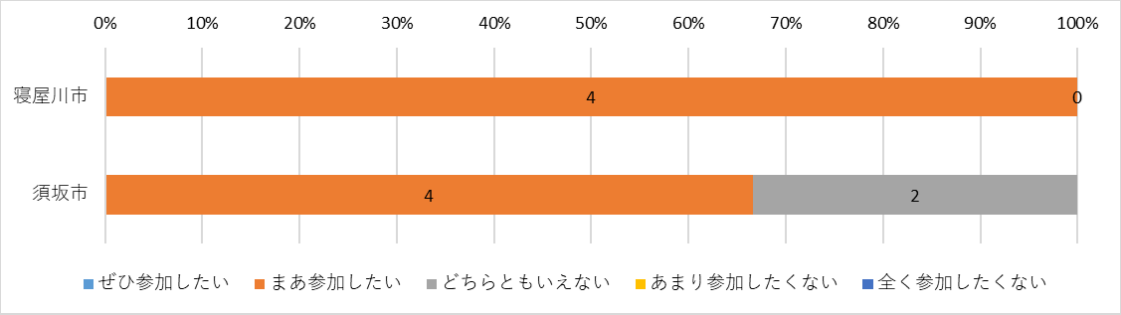
①他担当者との自地域の課題や目指す方向の共有



②他担当者との協働



③ 異なる業務担当者との議論の場



（6）研修内容について意見（自由記載）

- 現在の当課の業務の実態として、自分の仕事は理解してるが、となりの係が何をしているかは知らないといったところがあり、地域の目指す姿に向かって事業を行い、介護保険の持続可能性を高めるためには他の係との情報共有や意見交換が大切であり、当課一丸となる必要がある今、このような機会を今後も持つことの重要性を改めて感じた。
- 事前に資料を拝見できれば、より充実した研修になった。
- 趣旨は面白い研修会であったが、準備期間が短く中身としては薄いものになってしまった。
- 保険者シートや須坂市のデータの見方（研修の前半）は知らないこともありとても興味深く、勉強になりました。介護保険制度について「持続可能性が確保されている」という言葉自体あまり聞き慣れず、その意味を理解するまでにも時間を要してしまい、研修の時間内にロジックモデルで須坂市の目標を考えることは難しかった。普段からそういった視点をもつことが大切だと思いました。
- 介護保険という全体像のなか、各担当業務を通じながらも、目指す姿、目標は同じであることを再認識した。そこを目指すために、各業務では何を目指していくのかというロジックシンキングによる自業務の確認も、行いたいと感じた。
- 市の全体像を把握する上でも、保険者シートを日々の業務に活かしていきたい。

・ 事前データを分析する時間がなく、研修に参加する前に見ておくことで自分なりの意見を何か持てて参加できれば良かった。日常業務をこなすことに追われているので、今回のような、他業務を理解したり保険者としての役割を確認したりする時間が貴重でしたし、定期的に行うことができればいいのではないか。
・ 保険者シートは数値で検証できるので、地域の状況を把握するにとてもよい。今回の研修では、短時間でたくさんの内容後ご説明いただき、若干パニックになってしまい、その上で、いろいろ考えなければならない事があり、ついていけなかった。

5）見直しの方向性

保険者シートは、異なる担当者間で地域の現状と課題について共通認識を持つうえで、有効であることが示唆された。

研修内容が多く、研修内容についていけない、という感想も多く、研修内容を協働に向けた互いの理解と目的の共有に焦点化したものに見直す。

また、データをもとにした意見交換やグループワークは、一定以上の経験年数が必要であり、全体を俯瞰し、データを活用する立場にある係長級を主な対象とする。一方で、課長級のグループワークも同時に行い、係長級と課長級のグループ意見交換の内容を共有していく方法も有効ではないか。

異なる担当者間での議論は有効であるものの、１度の短時間では十分な成果は得られない。庁内で継続して実施する方法に見直し、都道府県庁がファシリテーターとして関われる方策も同時に検討する。

今年度はオンライン形式で実施したが、同じ庁内で継続的に実施していくこと、互いの役割の理解を深め、本音で話し合う土壌づくりが必要であることから、基本的には対面形式で実施するものとしてプログラムを開発し、試行する。

３．　都道府県意見交換会

１）目的

介護保険の保険者・市町村の効果的な地域マネジメントをするため、保険者・市町村の支援を行う立場の都道府県担当者が、保険者シートについて知り、保険者・市町村支援の在り方と保険者シートの活用について意見交換を行うことを目的とした。

また、都道府県担当者の意見交換を通じて、保険者シートの活用可能性を検討することとした。

２）対象

保険者の介護保険事業計画策定、および、地域支援事業を含む介護保険事業の市町村・保険者支援を実施する都道府県担当者

３）プログラム

2022 年 2 月 25 日開催

	開始時間	項目・内容	講師など	所要時間
	13:00～	zoom 接続確認開始		30
	13:30	オリエンテーション		5
1	13:35～	開会挨拶	日本在宅ケアアライアンス 会長　新田　國夫	5
2	13:40～	【講義】介護保険におけるPDCAサイクルについて ・PDCA サイクルの推進に関する制度 ・PDCAサイクルの活用による計画の進捗管理	厚生労働省老健局介護保険計画課 菅野　遥奈	15
3	13:55～	【講演】介護保険「保険者シート」 ～趣旨と開発経緯～	稲城市　副市長 石田光広	40
	14:35～	休憩		5
4	14:40～	【報告】介護保険「保険者シート」の活用方法開発 ・介護保険「保険者シート」と介護保険基本ロジックモデル ・介護保険「保険者シート」を活用したツール・研修 ・データ登録・整備状況	医療経済研究機構 服部真治	30
5	15:10～	【報告】保険者・市町村支援における介護保険「保険者シート」活用可能性 （1）第 8 期介護保険事業計画における指標設定状況調査の結果 （2）大阪府における「保険者シート」の市町村計画支援への活用 （3）地域包括ケアの指標設定と進捗評価への活用可能性	医療経済研究機構 大阪府福祉部高齢介護室介護支援課 長野県健康福祉部介護支援課	30
	15:40	休憩		5

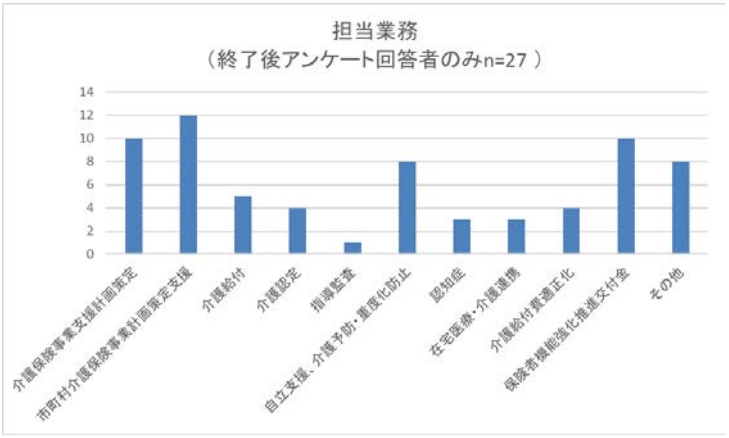
6	15:45～	【意見交換】 保険者・市町村の、データを活用した地域の実態把握、PDCA サイクルによる計画の進捗管理について、どのような課題があるのか、どのような支援が可能か、保険者シートの活用可能性等について、意見交換を行う。	1）小グループで情報交換、意見交換 2）全体意見交換	60
7	16:45～	総括		10
8	16:55～	閉会挨拶	医療経済研究機構 辻哲夫	5
	17:00	終了　事務局連絡・案内		

4）結果

（1）参加者

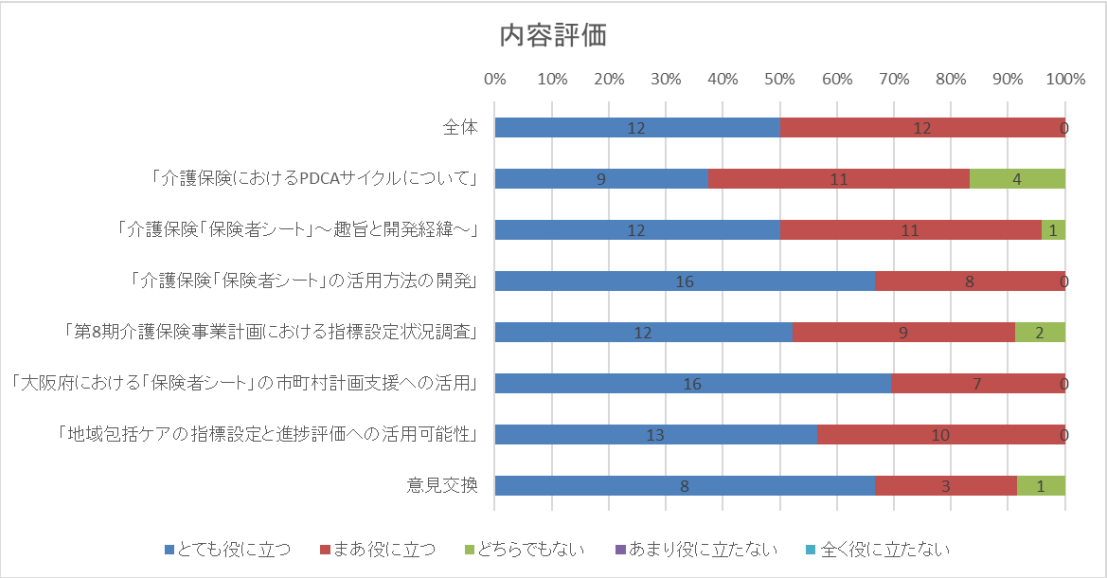
都道府県の参加者は、26 府県 46 名であった。そのうち、講義のみに参加した都道府県の参加者は、15 府県、26 名であった。後日動画視聴を希望したのは 2 県であった。

地方厚生（支）局地域包括ケア推進課の傍聴を依頼し、6 厚生（支）局 14 名の参加があった。



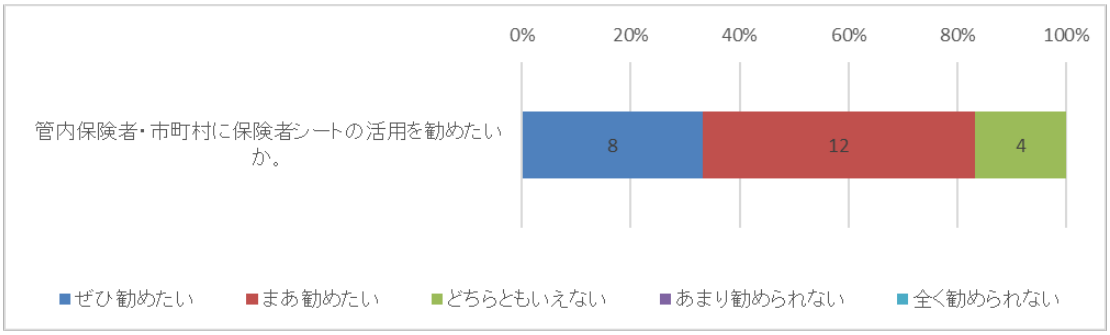
（2）内容評価

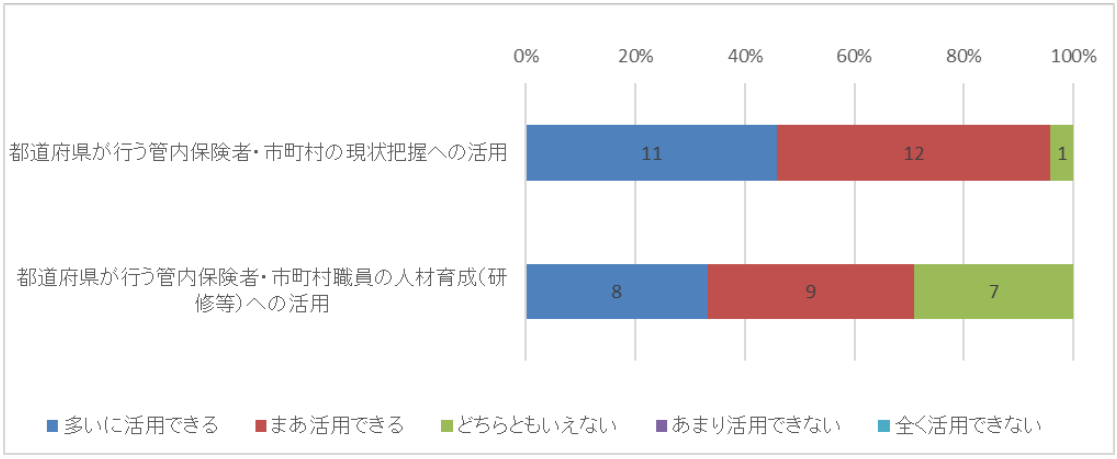
内容の評価はおおむね良好であった。



（３）保険者シートの活用

都道府県が管内保険者・市町村の現状把握を行う場合に保険者シートが活用できる、という回答が高かった。





（4）保険者シートの活用について主な意見（自由記載）

- 保険者シートは、市町村のデータをあちこちで集めていたことが、1枚でわかることがありがたい。
- 市町村の現状把握などの事前準備がスキルや時間的に厳しい状況なので、保険者シートに加えて可視化ツールがあることで把握がさらに容易となり、県の出先機関との情報共有もしやすくなると感じた。
- ロジックモデルによる適切な指標設定は、計画の進捗管理に非常に有用。
- 保険者シートの6つのコンセプトの内、(6)保険者の進むべき方向が分かること、に期待している。都道府県担当者は保険者シートを入力・閲覧する機会がなく、実際の使用感がわからない。都道府県担当者向けのレクの機会があればよい。
- 厚労省介護保険計画課が H30.7.30 に作成した「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き」P17 の「地域分析検討結果記入シート」を活用して保険者研修を実施している。できるだけ長く同じツールを使って分析を続けたいが、ツールが増えると混乱する。
- 厚生労働省の地域包括ケア「見える化」システムとの棲み分けがどうなるのか。

5）今後の方向性

都道府県研修（意見交換会）は、保険者シートおよび研修プログラムの普及に寄与する可能性があるのみならず、都道府県担当者自身の保険者・市町村の PDCA や事業評価支援に関する議論の場として意義があった。今後も継続して開催していく。

また、保険者シートは、都道府県担当者自身が、管内の保険者・市町村の現状を把握し、保険者・市町村と現状を共有し、支援戦略を立てる際に活用できることが示唆された。

保険者シートの普及には、地域包括ケア「見える化」システムや、既存の地域分析ツールとの活用方法の整理を進める必要がある。

Ⅳ．第 8 期介護保険事業計画の分析

１．方法

１）用語の定義 definition of terms

・介護保険事業計画：介護保険法第 117 条により定められている、各介護保険保険者（市区町村、広域連合）が策定する計画のこと。3 年を 1 期として策定し、基本指針に即したものとすることが求められている。

・介護者：介護を受ける必要がある者に対して、何らかの形で介護を提供する者のうち、介護保険サービスの従事者として介護を行う者以外を指す。いわゆる家族介護者などが含まれる

・アウトカム指標：介護保険事業計画の実施によりもたらされる長期的な帰結のうち、数値目標として設定されているもの。特定の事業の効果を測定するための指標 (例　認知症予防教室の満足度や転倒予防教室実施後の握力など) は対象外とした。また、介護事業者や介護事業就業者を対象とした指標も「アウトカム指標」として含めることができるとも考えられるが、今回の分析対象からは除外した。

なお、アウトカム評価については考察で述べるように様々な定義がある。本定義はあくまで本研究における定義である。誤解を産まないよう、以下の記述では全て「アウトカム指標」というように「　　」を付けて表現する。

２）研究デザイン research design

無作為抽出した介護保険事業計画の内容分析を行った。

３）調査対象およびデータ収集 data collection

調査対象としたのは市区町村もしくは広域連合が策定した第 8 期 (2021 年度～2023 年度) 介護保険事業計画である。全国 1,571 の保険者 (市町村 1,531 、広域連合 40) から無作為に 200 を抽出し、その介護保険事業計画を収集した。なお、保険者の抽出割合は以下の通りとなった。

表 1　分析対象の抽出割合（n=200）

	母数	抽出数	抽出数/母数
政令市	20	4	0.200
中核市	59	8	0.136
特例市	23	3	0.130
特別区	23	5	0.217
一般市 150 千人以上	54	5	0.093

般市 100～150 千人	99	16	0.162
一般市 50～100 千人	235	29	0.123
一般市 50 千人未満	242	26	0.107
町村 20 千人以上	122	18	0.148
町村 15～20 千人	100	10	0.100
町村 10～15 千人	124	14	0.113
町村 5～10 千人	214	20	0.093
町村 5 千人未満	216	35	0.162
広域連合・組合	40	7	0.175
	1,571	200	0.127

4）分析 analysis

本研究では、内容分析 (Krippendorff, 2004) やシステマティックレビュー (The Cochrane Collaborations, 2022) の方法を参考に、介護保険事業計画の分析を行った。その手順は以下の通りである。

（1） 研究者 2 名（S.O. and T. S.）が各保険者の介護保険事業計画を読み、「アウトカム指標」と考えられる記述を抽出した。この抽出はお互いの抽出結果を知らない状態でそれぞれ別個に行った。

（2）抽出結果を照合し、結果の異同があれば、研究者 2 名（S.O. and T. S.）が相談して決定した。

（3）抽出された「アウトカム指標」について、似たような内容を一つにまとめてカテゴリー化した。カテゴリー化は主に 1 名の研究者（S. O.）が実施し、その妥当性 validity について、別の研究者 2 名（Y. M. and T. S.）と議論をした上で、カテゴリーを決定した。

なお、カテゴリー化に際して使用した用語のうち、定義が必要と思われたものについては、結果の記述において定義を付した。

5）統計解析 statistical analysis

分析結果に基づき、標本集団にしめる割合を求めた。ランダムサンプリングを行った 200 の保険者のうち、199 の保険者の計画を分析できたことから、ある程度 95%信頼区間を求める前提は満たされていると考え、Clopper and Pearson (1934) の方法を用いて母比率の 95%信頼区間を求めた。Clopper and Pearson は 「十分に大きい集団から無作為に抽出された randomly drawn from a very large population」データで、それが二項分布する場合について議論している。信頼区間の算出には、R version 4.1.2 を用いた。

２．結果

今回分析対象とした 199 保険者のうち、介護保険事業計画の中で何らかの「アウトカム指標」を設定していたのは 77 保険者 (38.7%, 95%信頼区間 [31.9-45.8%]) であった。

１）要介護認定を活用した「アウトカム指標」

要介護認定を活用した「アウトカム指標」としては、以下の指標が抽出された。

・65 歳以上の新規認定者数
・要支援認定者
・要介護認定率
・要介護度の悪化予防
・その他の要介護認定関係

65 歳以上の新規認定者数、要支援認定者数を「アウトカム指標」として設定していたのは、それぞれ 1 保険者 (0.5%, 95%信頼区間 [0.01-2.8%]) であった。

表 2　65 歳以上の新規認定者数を「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
北海道羅臼町	65 歳以上新規認定者数 (介護予防・日常生活支援総合事業)	不明	56 人 2023 年度

表 3　要支援認定者数を「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
秋田県小坂町	要支援認定者	22 人 2020 年 9 月末	22 人以下 2023 年度

要介護認定率を「アウトカム指標」に設定していた保険者は 45 保険者 (22.6%, 95%信頼区間 [17.0-29.1%]) であった。

年齢について

対象を第 1 号被保険者に限定している保険者が多い一方で、前期高齢者 (65 歳～74 歳) のみ、あるいは後期高齢者 (75 歳以上) のみに限定して設定している保険者、年齢階級別に目標値を設定している保険者もあった。

要介護度について

要支援者と要介護者に分けて設定している保険者や、要介護 1 以上、要介護 2 以上、要

介護 3 以上、要介護 2 以下、要介護 1 以下、要支援 2 以下のように一定の要介護度で分けて「アウトカム指標」を設定している保険者もあった。

また、単純な認定率ではなく、調整済認定率を使用している保険者や、認定率に加えて、新規認定者発生率を目標に設定する保険者、認定原因別に目標を設定する保険者もあり、認定されていない人の割合を目標値と設定する保険者もあった。

目標値について要介護認定者 (もしくは要支援認定者) ベースでみると、現状値よりもやや高くなった値を目標とする保険者、「維持」を目標とする保険者、低下した状態を目標とする保険者に分かれていた。

表 4　要介護認定率を「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
北海道網走市	調整済み重度認定率 第 1 号被保険者における要介護 3 以上の割合	5.5% 2020 年度	5.5%以下 2023 年度
北海道猿払村	要介護認定率	19.6 % 2020 年度	20.0% 2023 年度
北海道羅臼町	要介護認定率 [式] 65 歳以上/認定者数※1	14.4% 2020 年度	14.8% 2023 年度
宮城県松島町	調整済認定率	16.4% 2020 年度	維持 2023 年度
宮城県女川町	要介護認定率 [出典] KDB 国保データベース	0.4% 2019 年度	0.4%～0.3% 2023 年度
秋田県小坂町	要介護認定率	14.8% 2020 年 9 月末	15.0% 2023 年度
山形県川西町	第 1 号被保険者	18.3%	17.9%以内 2023 年度
群馬県藤岡市	要介護認定率	16.8% 2020 年度	17.2%以内 2023 年度
群馬県吉岡町	前期高齢者	3.92% 2019 年度	3.7% 2023 年度
埼玉県吉川市	65 歳以上人口に対する要介護認定者の割合	13.4% 2020 年度	14.5% 2023 年度
千葉県袖ケ浦市	要介護認定率	14.0% 2019 年度	16.3% 2023 年度
千葉県香取市	後期高齢者のうち、要介護 1 以上の認定	21.6%	21.2%

	者が占める割合 (各年度 9 月末の数字)	2020 年度	2023 年度
千葉県香取市	後期高齢者のうち、要介護 3 以上の認定者が占める割合 (各年度 9 月末の数字)	10.7% 2020 年度	10.4% 2023 年度
東京都墨田区	調整済み認定率　要介護2以下 (軽度) の割合　調整済み認定率とは、第 1 号被保険者の性・年齢構成の影響を除外した認定率 [出典] 主管課データ	12.3%	減少させる
東京都墨田区	調整済み認定率　要介護3以上 (重度) の割合　調整済み認定率とは、第 1 号被保険者の性・年齢構成の影響を除外した認定率 [出典] 主管課データ	7.0%	維持あるいは減少
山梨県上野原市	調整済み重度認定率 [出典] 地域包括ケア「見える化」システム	5.6% 2020 年 3 月末	減少させる
長野県長野市	要介護ではない高齢者の割合	86.8% 2020 年度	87.1% 2023 年度
長野県長野市	脳卒中を発症したことによる要介護認定を受けている人の割合 (国民健康保険加入者　40～74 歳)	9.9% (脳出血) 26.2% (脳梗塞) 2019 年度	減少 減少 2023 年度
長野県松川町	介護認定率の維持	15.3% 2020 年度	15.0% 2023 年度
静岡県伊東市	第 1 号被保険者のうち、要介護認定を受けていない高齢者の割合	84.1% 2019 年	84.0% 2023 年度
岐阜県八百津町	75 歳以上の要介護 3～5 認定率 [式] 要介護 3～5 の認定者数÷75 歳以上の人口×100	14.1% 2019 年度	14.1%以下
愛知県東三河広域連合	要介護等認定率が 50%を超える年齢階級	89 歳 (54.1%) 2019 年度	延伸 2023 年度
三重県明和町	要介護 (支援) 認定率	20.0% 2019 年度	23.2% 2040 年度
滋賀県野洲市	要介護認定率 (全体)	17.5 % 2019 年度	18.5% 2023 年度
滋賀県野洲市	要介護認定率　要支援１～要介護２	11.3% 2019 年度	12.0% 2023 年度
滋賀県野洲市	要介護認定率　要介護３～要介護５	5.7%	6.0%

		2019 年度	2023 年度
滋賀県高島市	要支援・要介護認定率 (第 1 号被保険者)	19.6% 2019 年度	20.3% 2023 年度
大阪府堺市	前期高齢者の要支援認定率 [出典] 厚生労働省介護保健事業状況報告	2.83% 2019 年度	2.50% 2023 年度
大阪府松原市	65 歳以上の者のうち、介護認定なしの占める割合	79.6% 2019 年度	80% 2023 年度
大阪府摂津市	年齢階級別要介護認定率 [式] 各年齢の要介護 (要支援) 認定者数÷各年齢の被保険者数	65～74 歳 5.2% 75～84 歳 21.1% 85 歳以上 62.1% 2019 年度	65～74 歳 5.2% 75～84 歳 21.1% 85 歳以上 62.1% 2023 年度
兵庫県猪名川町	要介護等認定率	16.3% 2020 年度見込み	16.9% 2023 年度
鳥取県倉吉市	要介護・要支援認定となった市民の年齢調整済み割合　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	15.4% 2019 年度	15.0% 2023 年度
鳥取県倉吉市	要介護 2 以上となった市民の割合【%】年齢調整済み　※年齢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	7.7% 2019 年度	7.5% 2023 年度
島根県浜田市	要支援・要介護認定率	22.7% 2020 年 3 月	22.0% 2023 年度
広島県呉市	要介護・要支援認定率 (65 歳～74 歳)	3.7% 2019 年度末	3.7% 2023 年度
広島県北広島町	75～84 歳の人の要介護 1～5 認定率 [式] 75～84 歳要介護 1～5 認定者数／75～84 歳人口 [出典] 介護保険事業状況報告、住民基本台帳人口	7.8%	現状維持 2023 年度
広島県世羅町	要支援・要介護認定率 (第 1 号被保険者)	21.6% 2019 年 9 月末	21.6% 2023 年 9 月末
広島県世羅町	要支援 1・2 及び要介護 1 の認定率 (第 1 号被保険者)	8.6% 2020 年 9 月末	8.6% 2023 年 9 月末
山口県周防大島	後期高齢者の要介護認定率の維持	34.2%	36.0%

町		2020 年 9 月末	2023 年度
愛媛県宇和島市	介護認定率	20.3% 2019 年度	20.0% 2023 年度
福岡県北九州市	前期高齢者 (65～74 歳) の要介護認定率	5.6% 2019 年度	減少 2023 年度
福岡県大野城市	認定率 [出典] 厚生労働省　地域包括ケア「見える化」システム	34.3% 2020 年 10 月 1 日	34.5% 2025 年 10 月 1 日
福岡県朝倉市	第1号被保険者新規要介護 (要支援) 認定者発生率　各年度末現在の第 1 号被保険者数に占める新規認定者数の割合	3.81% 2020 年度	4.0% 2023 年度
福岡県朝倉市	第 1 号被保険者要介護 (要支援) 認定率 隔年 9 月末現在の高齢者数に占める要介護 (要支援) 認定者数の割合	17.9% 2020 年度	18.0% 2023 年度
福岡県みやま市	1 号被保険者新規要介護 (要支援) 認定者発生率	-	4.0%未満 2023 年度
福岡県みやま市	1 号被保険者要介護 (要支援) 認定率	-	18% 2023 年度
福岡県大川市	第1号被保険者新規要介護 (要支援) 認定者発生数	-	450
福岡県大川市	第 1 号被保険者要介護 (要支援) 認定率	-	18.3%
福岡県苅田町	前期高齢者で介護認定を受けずに生活している高齢者の割合	96.4% 2019 年度	98.1% 2023 年度
長崎県大村市	要介護 3 以上の認定者の割合 [出典] 地域包括ケア「見える化」システム	30.8% 2020 年	30.8% 2023 年
熊本県合志市	1 号被保険者新規要介護 (要支援) 認定者発生率	-	3.3%未満 2023 年度
熊本県合志市	1 号被保険者要介護 (要支援) 認定率	-	18.7%未満 2023 年度
熊本県五木村	1 号被保険者新規要介護 (要支援) 認定者発生率	-	10%以下 2023 年度
熊本県五木村	1 号被保険者要介護 (要支援) 認定率	-	19.4% 2023 年度
鹿児島県志布志市	要介護認定率	18.5% 2019 年度	17.9% 2023 年度
鹿児島県龍郷町	要介護認定者数	324 人	317 人

		2020 年度	2023 年度
鹿児島県龍郷町	要介護認定率	15.9% 2020 年度	15.2% 2023 年度
沖縄県竹富町	要介護 1～5　認定率 [式] 65 歳以上の要介護・要支援認定者数÷第 1 号被保険者数 (65 歳以上) [出典] 介護保険事業状況報告	19.8%	現状維持 2023 年度

※1　恐らく「認定者数/65 歳以上」のことと思われる。

※2　低下分のことを指していると思われる。

要介護度の悪化予防

要介護度の悪化予防を「アウトカム指標」とする保険者は、8 保険者 (4.0%, 95%信頼区間 [1.8-7.8%]) であった。指標の設定方法としては、1) 要介護度の維持、低下者の割合を目標とする場合、2) 要介護度が上昇した者の割合を目標とする場合があり、1) は維持もしくは増加を 2) は減少を目標としていた。なお、1) 要介護度の維持、低下者の割合を目標とする場合は、要支援者に限定して目標を設定する保険者もあった。

表 5　要介護度の悪化予防を「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
北海道比布町	認定者数に対して要介護度が 1 段階以上悪化した者の割合	不明	31%以内
茨城県筑西市	1 年間のうちで要支援 1・2 の状態が維持又は改善された人の割合	51.0% 2020 年度	52.5% 2023 年度
静岡県菊川市	要支援認定者が軽度化及び維持した者の割合	71.0% 2019 年度	72.0% 2023 年度
岐阜県飛騨市	要介護 1 以下→要介護 2 以上 (定期の更新申請)	50 2019 年度	軽減
岐阜県飛騨市	要介護 1 以下→要介護 2 以上 (状態悪化等で変更申請)	129 2019 年度	軽減
愛知県飛島村	総合事業対象者の維持・改善率 [式] (改善者＋現状維持者数) ／総合事業対象者数	100% 2019 年度	100% 2023 年度
愛知県飛島村	介護度維持・改善率 [式] 介護度維持・改善者数／年度内更新・区分変更者数 (要介護者)	64% 2019 年度	65% 2023 年度
愛知県飛島村	介護度維持・改善率 [式] 介護度維持・改善者数／年度内更新・区分変更者数	53.6% 2019 年度	55% 2023 年度

	(要支援者)		
広島県広島市	年齢階層別要介護・要支援認定率の対前年度比減	-	-
大分県杵築市	要介護区分の悪化度 (前年比)	95.6% 2019 年度	97% 2023 年度
大分県杵築市	要介護区分の改善度 (前年比)	81.4% 2019 年度	100% 2023 年度
宮崎県宮崎市	要支援認定更新時の維持・軽度化割合 当該年度に認定有効期間満了を迎える要支援 1、2 の者のうち、介護認定審査会の二次判定結果が維持または軽度化した者の割合 [出典] 宮崎市実績	62.6% 2019 年度	67.5% 2023 年度

その他の要介護認定関係

3 保険者が新規に要介護認定された人の平均年齢を指標としていた。また、介護度別の平均年齢を指標としている保険者もあった。いずれも平均年齢を維持するか、上げることを目標としていた。

また、新規申請で要介護 2 以上となる人の人数を減らすことや、要介護・要支援認定者の中で要支援者が占める割合、要介護 3 以上が占める割合のように、分母を要介護・要支援認定者全体とするような指標を設定している保険者もあった。

表 6　その他の要介護認定関係を「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
神奈川県相模原市	要介護・要支援認定の新規申請者の平均年齢	78.8 歳 2019 年度	79.1 歳 2023 年度
岐阜県飛騨市	新規申請で要介護 2 以上	94 2019 年度	軽減
愛知県飛島村	初認定平均年齢 (第 1 号被保険者) [式] 初認定時の年齢／新規認定者数	83.9 歳 2019 年度	84 歳 2023 年度
大阪府摂津市	介護度別の平均年齢	要支援 1　80.7 歳 要支援 2　80.9 歳 要介護 1　82.3 歳 要介護 2　83.1 歳 要介護 3　82.9 歳 要介護 4　84.3 歳 要介護 5　84.4 歳 2019 年度	要支援 1　80.7 歳 要支援 2　80.9 歳 要介護 1　82.3 歳 要介護 2　83.1 歳 要介護 3　82.9 歳 要介護 4　84.3 歳 要介護 5　84.4 歳 2023 年度

徳島県徳島市	新規要介護等認定者の平均年齢 [出典] 介護保険総合データベース	80.6 歳 2018 年	上げる 2023 年度
福岡県大野城市	要介護・要支援認定者のうち、要支援 1・2 の割合 (推計) [出典] 厚生労働省地域包括ケア「見える化」システム	34.3% 2020 年 10 月 1 日	36%以上 2025 年 10 月 1 日

2）健康寿命・平均自立期間

健康寿命、もしくは平均自立期間を目標としていたのは 13 保険者 (6.5%, 95%信頼区間 [3.5-10.9%]) であった。なお、健康寿命と平均自立期間は類似の概念として捉えられる場合もあるが、いずれも複数の算出方法があるため、ここでは各計画の表記通りに記載した。目標値はいずれも現状値よりも延伸する形となっていた。ただし、その延伸幅は数ヶ月分とする保険者から、1 年分以上を目標とする保険者まであった。

表 7　健康寿命・平均自立期間を「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
北海道鷹栖町	平均自立期間 要介護 2 以上	男性 79.5 歳 女性 84.3 歳 2020 年度	向上
青森県蓬田村	平均自立期間 要支援・要介護	男性 76.6 歳 女性 80.1 歳 2020 年度	男性 78.3 歳 女性 81.1 歳 2023 年度
宮城県松島町	健康寿命	男性 80.62 歳 女性 86.04 歳 2020 年度	男性 82 歳 女性 87 歳 2023 年度
宮城県女川町	健康寿命	男性 2.0 年 (延伸分) 女性 2.5 年 (延伸分) 2019 年度	男性 2.2 年以上 (延伸分) 女性 2.7 年以上 (延伸分) 2022 年度
東京都足立区	健康寿命	男性 77.49 歳 女性 82.31 歳	男性 78.90 歳 女性 83.30 歳
長野県長野市	日常生活動作が自立している期間の平均　国の「健康寿命の在り方に関する有識者研究会報告書」を参考に設定	男性 81.49 年 女性 84.43 年 2019 年度	平均自立期間の増加
滋賀県高島市	健康寿命	男性 80.52 年 女性 84.74 年	延伸 2023 年

		2015 年	
大阪府堺市	健康寿命 [出典] 厚生労働科学研究報告書	男性 71.46 年 女性 73.60 年 2016 年	男性 73.20 年 女性 76.20 年 2023 年度
大阪府摂津市	健康寿命 (日常生活動作が自立している期間) の延伸 [出典] 大阪府提供	男性 79.3 年 女性 83.5 年 2019 年度	男性 80.3 年 女性 84.6 年 2023 年度
鳥取県鳥取市	健康寿命 (65 歳以上の平均自立期間) 当該年度の日常生活動作が自立している (要介護 2 未満) 期間の平均	女性 20.76 年 男性 17.55 年 2019 年度	女性 20.96 年 男性 17.87 年 2023 年度
島根県浜田市	65 歳の健康寿命 (平均自立期間)	男性 16.90 年 女性 20.01 年	男性 18.69 年 女性 21.06 年 2023 年度島根県目標値
長崎県上五島町	健康寿命	男性 78.2 歳 女性 83.4 歳 2019 年	男性 79.6 歳 女性 84.0 歳 2023 年
大分県杵築市	平均自立期間 要介護 2 以上	男性 79.9 年 女性 83.9 年 2019 年度	男性 81.1 年 女性 85.1 年 2023 年度
大分県杵築市	平均自立期間 要支援・要介護	男性 79.0 年 女性 82.0 年 2019 年度	男性 80.2 年 女性 83.2 年 2023 年度

3）自立高齢者割合

健康寿命や平均自立期間だけではなく、自立している高齢者の割合を目標とする保険者は、4 保険者 (2.0%, 95%信頼区間 [0.6-5.1%]) であった。いずれも目標値は現状値よりも上昇させる形で設定されていた。ただし、「自立」の定義は保険者により異なっていた。「総合事業対象者・要支援・要介護認定を受けていない」と定義する保険者もあれば、「手段的自立度が 5 点以上」と定義する保険者もあった。

表 8　自立高齢者割合を「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
愛知県飛島村	自立高齢者率 (総合事業対象者・要支援・要介護認定者でない人の割合)	84.9% 2019 年度	85% 2023 年度

	[式] 自立者数／第 1 号被保険者数		
愛知県飛島村	自立後期高齢者率 (75 歳以上で総合事業対象者・要支援・要介護認定者でない人の割合) [式] 自立者数／75 歳以上の第 1 号被保険者数	72.3% 2019 年度	75% 2023 年度
徳島県徳島市	手段的自立度が 5 点の割合 [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	82.4% 2019 年度	上げる 2023 年度
福岡県苅田町	自立高齢者の割合	83.5% 2019 年度	82.8% 2023 年度
大分県杵築市	74 歳以下認知症高齢者日常生活自立度 I 以下の割合	40.6% 2019 年度	43.0% 2023 年度
大分県杵築市	認知症高齢者日常生活自立度 III 以上の割合	36.4% 2019 年度	32.0% 2023 年度

4）要介護リスクの低下

要介護リスクの低下を目標とする保険者は 17 保険者 (8.5%, 95%信頼区間 [5.1-13.3%]) であった。要介護リスクとしては以下のような点が目標とされていた。要介護リスクを高める内容に関してはその割合の低下が目標となっており、歯の数のように、逆向きの関連を有する内容に関しては、その割合の上昇が目標となっていた。

・運動習慣
・運動機能の低下
・転倒
・閉じこもり
・抑うつ
・認知機能の低下
・咀嚼機能の低下
・歯の数
・フレイル

表 9　要介護リスクの低下を「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
宮城県女川町	運動機能の低下リスク	14.5% 2019 年度	12.5%以下 2022 年度
宮城県女川町	転倒リスク	26.9% 2019 年度	25.0%以下 2022 年度
宮城県女川町	閉じこもりリスク	30.2%	29.0%以下

		2019 年度	2022 年度
宮城県女川町	認知機能の低下リスク	33.6% 2019 年度	33.0%以下 2022 年度
宮城県女川町	咀嚼機能の低下リスク	32.3% 2019 年度	30.0%以下 2022 年度
東京都足立区	閉じこもり傾向のある高齢者の割合 (外出が週 1 回以下)	11.5%	10.0%
神奈川県藤沢市	外出頻度 (週 3 日以上の外出する割合) [出典] 藤沢市高齢者の保健・福祉に関する調査	81.9% 2019 年度	83%
山梨県富士河口湖町	15 分続けて歩いている高齢者の割合　「できるし、している」人 (できるけどしていない人の割合を減らす)	-	80%以上
愛知県豊山町	フレイル	15.0% 2019 年度	15.0% 2023 年度
愛知県豊山町	閉じこもりかつフレイル	1.6% 2019 年度	2.0% 2023 年度
愛知県豊山町	口腔状態のハイリスクかつフレイル	4.5% 2019 年度	4.0% 2023 年度
愛知県豊山町	うつのハイリスクかつフレイル	11.4% 2019 年度	11.0% 2023 年度
愛知県豊山町	生きがいも趣味もないフレイル	3.0% 2019 年度	2.0% 2023 年度
愛知県豊山町	転倒率	26.6% 2019 年度	25.0% 2023 年度
愛知県豊山町	運動障害	4.1% 2019 年度	4.0% 2023 年度
愛知県豊山町	運動障害かつ介助要	3.0% 2019 年度	3.0% 2023 年度
愛知県豊山町	1 人で外出できない人	6.3% 2019 年度	5.0% 2023 年度
愛知県豊山町	15 分以上の歩行が不能	8.8% 2019 年度	7.0% 2023 年度
愛知県豊山町	80 歳以上で残歯 20 本以上	37.9% 2019 年度	38.0% 2023 年度
愛知県豊山町	一緒に食事する人がおらず体重減少	8.5% 2019 年度	7.0% 2023 年度

奈良県御杖村	運動器機能リスク高齢者【全体の割合】	16.1% 2020 年度	14.0% 2023 年度
奈良県御杖村	転倒リスク高齢者【全体の割合】	34.1% 2020 年度	30.0% 2023 年度
奈良県御杖村	咀嚼機能リスク高齢者の割合【全体の割合】	24.5% 2020 年度	21.0% 2023 年度
奈良県御杖村	認知機能リスク高齢者の割合【全体の割合】	48.7% 2020 年度	45.0% 2023 年度
奈良県三宅町	運動器の機能低下リスク非該当高齢者の割合	83.6%	83.6% 2023 年度
奈良県三宅町	閉じこもりリスク非該当高齢者の割合	82.0%	85.0% 2023 年度
広島県広島市	各種健康リスク (※) がない高齢者の割合の対前年度比増　※低栄養、運動機能低下、口腔機能低下、社会参加低下 (閉じこもり傾向)	-	-
鳥取県南部箕蚊屋広域連合	運動器の機能低下のリスク該当者数 [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	26.1% 2019 年度	25.0%以下 2023 年度
鳥取県南部箕蚊屋広域連合	認知機能低下のリスク該当者数 [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	48.9% 2019 年度	48.0%以下 2023 年度
広島県呉市	生活習慣病重症化予防支援対象者の大きな合併症 (※) の未発症維持率　※脳梗塞・心筋梗塞・突発的な透析導入・下肢切断・失明等	-	95.0% 2023 年度
広島県三次市	生活機能全般低下リスク保有者の割合 [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	21.6% 2020 年	20.5% 2023 年
広島県三次市	運動器機能低下リスク保有者の割合 [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	31.5% 2020 年	33.0% 2023 年
広島県三次市	転倒リスク保有者の割合 [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	34.8% 2020 年	33.0% 2023 年
広島県三次市	認知機能低下リスク保有者の割合 [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	56.7% 2020 年	54.0% 2023 年
徳島県徳島市	閉じこもりのリスク [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	17.8% 2019 年度	16.0% 2023 年度
香川県琴平町	口腔機能低下リスク高齢者【全体の割合】 [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	28.7% 2019 年度	25.0% 2022 年度
香川県琴平町	認知症リスク高齢者【全体の割合】 [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	48.1% 2019 年度	45.0% 2022 年度

福岡県大川市	週 2 回以上のセルフケア実施者の割合		+10% 2022 年度
福岡県大川市	フレイル該当者の割合		-10% 2022 年度
福岡県苅田町	介護予防に取り組む高齢者の割合	6.1% 2019 年度	8.7% 2023 年度
長崎県上五島町	運動器のリスク保有者割合	18.7% 2019 年	16.7% 2023 年
長崎県上五島町	閉じこもり傾向のある高齢者の割合	23.0% 2019 年	21.0% 2023 年
大分県杵築市	転倒リスク	36.7% 2019 年度	33.5% 2022 年度
大分県杵築市	うつリスク	35.1% 2019 年度	32.0% 2022 年度
大分県杵築市	閉じこもりリスク	23.1% 2019 年度	20.0% 2022 年度
大分県杵築市	運動習慣がない	27.3% 2019 年度	24.0% 2022 年度

5）生活習慣病関係

メタボリックシンドロームや肥満といった生活習慣病あるいはそのリスクを高める状態である住民の割合を目標とする保険者もあった。具体的には以下のような項目が目標とされていた。いずれも該当する人の割合が少なくなるような目標値が設定されていた。

・メタボリックシンドローム　1 保険者 (0.5%, 95%信頼区間 [0.01-2.8%])
・肥満 (Body Mass Index で指定)　1 保険者 (0.5%, 95%信頼区間 [0.01-2.8%])
・やせ (Body Mass Index で指定)　2 保険者 (1.0%, 95%信頼区間 [0.1-3.6%])
・耐糖能 (HbA1c)　2 保険者 (1.0%, 95%信頼区間 [0.1-3.6%])

表 10　生活習慣病関係を「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
宮城県加美町	メタボ該当者及び予備群 (ママ) の割合	35.9%	34.0% 2023 年度
宮城県加美町	肥満者の割合 (Body Mass Index 25 以上)	35.5% 2019 年度	34.5% 2023 年度
東京都足立区	Body Mass Index が 20.0 以下 (やせ、低栄養傾向) の	16.9%	16.0%

	高齢者の割合		
山梨県富士河口湖町	糖尿病予備軍の 1 年後の HbA1c 値が、改善及び維持者	-	50%
愛知県豊山町	やせ (Body Mass Index < 18.5)	8.5% 2019 年度	8.0% 2023 年度
長崎県上五島町	血糖コントロール不良者 (HbA1C7.0 以上の未治療者)	国保 20.3% 後期 16.2% 2019 年	国保 18.8% 後期 14.7% 2023 年

6）在宅療養

在宅療養関係の「アウトカム指標」を設定する保険者は 12 保険者 (6.0%, 95%信頼区間 [3.2-10.3%]) であった。大きくは、実際に在宅療養をしている人の割合 (「在宅療養率」) 、在宅療養ができると考える人 (あるいはその逆に不安な人) の割合、在宅療養を希望している人の割合に分けられた。いずれも割合が上昇することを目標としており、数ポイント上昇するような目標設定とする保険者が多かった。

表 11　在宅療養関係の指標を「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
東京都新宿区	「自宅での療養が実現可能だと思う」と回答した割合 [出典] 一般高齢者調査	12.8% 2019 年度	20.0% 2023 年度
東京都墨田区	介護サービスを利用していない理由について、「利用したいサービスが利用できない、身近にない」と回答している人の割合　介護サービスの提供体制が充実し、介護サービスを必要に応じて利用できる環境が整備できているかを測ります。 [出典] 墨田区在宅介護実態調査	4.7% (第 7 期)	減少させる 2023 年度
東京都墨田区	在宅療養を受けることが「実現可能だと思う」と回答している人の割合 [出典] 墨田区在宅介護実態調査	31.2% (第 7 期)	35.0% (第 8 期)
長野県松本市	要支援・要介護高齢者の在宅療養率	87.1% 2020 年度末見込み	増加 2023 年度
静岡県三島市	自宅で人生の最期まで生活できると考えている人の割合	19.4% 2019 年度	21.0% 2023 年度

	[出典] 高齢者実態調査結果		
静岡県三島市	介護サービス利用者における在宅比率	82.6% 2019 年度	83.5% 2023 年度
愛知県飛島村	在宅維持率　1 年後在宅者数／在宅の要支援・要介護認定者数	91.2% 2019 年度	92% 2023 年度
岡山県倉敷市	最期まで自宅で療養が可能と思える人の割合 [出典] ニーズ調査	7.0% 2019 年度	9.0%以上 2022 年度
広島県呉市	介護が必要となったときも自宅で暮らしたい人の割合 [出典] 呉市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	58.9% 2019 年度末	62.0% 2023 年度
徳島県徳島市	「自宅で人生の最期を迎えられる体制が整っている」と回答する高齢者の割合 [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	26.0% 2019 年度	28.6% 2023 年度
福岡県北九州市	認知症になっても、自宅で生活を続けられるか不安と考える高齢者の割合 (一般高齢者)	43.2% 2019 年度	減少 2023 年度
福岡県苅田町	介護保険利用者で在宅生活している高齢者の割合	59.9% 2019 年度	63.9% 2023 年度
長崎県大村市	「大村市は人生の最期を安心して迎えられるまち」と思う人の割合 [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	39.9% 2020 年	42.0% 2023 年
大分県杵築市	住民の在宅療養希望率	22.9% 2019 年度	24.0% 2022 年度
大分県杵築市	要介護者の在宅療養率	57.4% 2020 年度見込み	58.0% 2023 年度
大分県杵築市	終末期在宅療養希望率	64.6% 2019 年度	67.0% 2022 年度

7）在宅死亡数・割合や在宅看取り数・割合

在宅死亡数・割合や在宅看取り数・割合を「アウトカム指標」として設定している保険者は 6 保険者 (3.0%, 95%信頼区間 [1.1-6.4%]) であった。いずれも数・割合が向上することを目標としていた。

表 12　在宅死亡数・割合や在宅看取り数・割合を「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
長野県長野市	在宅等での看取り率　自宅死は全国・県ともに横ばいで推移　老人ホーム死は増加傾向。老人ホームでの看取り対応施設を増やす。	10.9% (自宅) 11.7% (老人ホーム) 2018 年度	11.0% (自宅) 13.3% (老人ホーム) 2023 年度
大阪府交野市	自宅での死亡者数割合	14.2% 2019 年度	15.0% 2023 年度
広島県広島市	自宅等の在宅で最期まで暮らした人の割合の対前年度比増 [出典] 厚生労働省人口動態調査	-	対前年度比増
長崎県上五島町	在宅等死亡割合	26.7% 2019 年	27.7% 2023 年
大分県杵築市	在宅での死亡率	7.4% 2016 年	8.0% 2023 年度
鹿児島県志布志市	看取り数 (レセプト件数)	238 2019 年度	300 2023 年度

8）終末期医療に関する相談

終末期医療に関連した「アウトカム指標」を設定する保険者もあった。今回抽出された保険者はいずれも終末期医療について話し合ったことがある、という内容を目標としており、その割合が上昇することが目標となっていた。

表 13　終末期医療に関する相談の指標を「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
東京都墨田区	人生の最終段階に受けたい医療やケアについて周囲と話し合っている人の割合　厚労省の『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』(ACP) に基づくもので、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要とされています。 [出典] 令和元年度墨田区在宅介護実態調査	64.9%	68.0%
大阪府摂津市	人生の最終段階における医療・療養につい	31.6%	39.5%

	て「話し合っている」と答えた人の割合 [出典] ニーズ調査	2020 年 1 月	2023 年度
徳島県徳島市	「自身が終末期になった時にどうしたいかを誰かと話し合ったことがある」と回答する高齢者の割合 [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	38.8% 2019 年度	42.7% 2023 年度

9）住居や暮らしやすさ

住居や暮らしやすさに関する「アウトカム指標」としては以下のようなものがあった。

・住まいあるいは生活全体に対する不安
・高齢者に配慮した環境や保健・医療・福祉の充実度
・住まいの希望、選択
・住み続けたいと思うかどうか
・移動に関する困りごとがないこと

「住まいあるいは生活全体に対する不安」は減少、その他の「アウトカム指標」については増加を目標としていた。

表 14　住居や地域の暮らしやすさを「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
東京都墨田区	自宅・施設など将来の生活場所について選択し、希望する人の割合　将来の生活場所について選択し、希望を有している人の割合が増加しているかを測ることで、施設整備や施設の周知などが効果的になされているかを検証します。 [出典] 墨田区介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	76.8%	83.2%
東京都墨田区	地域で問題だと感じていることについて、「高齢者に配慮した住まいや住環境が不十分なこと」と回答している人の割合 [出典] 墨田区介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	9.8%	8.8%
東京都足立区	今後の生活について、住まいに不安を感じている高齢者の割合 [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズに関する調査・高齢者単身世帯実態調査	8.8%	7.0%
東京都足立区	今後の生活について、住まいに不安を感じている高齢者の割合 [出典] 高齢者単身世帯実態調査・要介護認定者に関する	12.2%	11.2%

	実態調査		
神奈川県藤沢市	日常生活の中で不安や不自由を感じない割合 (全くない・ほとんどない) [出典] 藤沢市高齢者の保健・福祉に関する調査	49.5% 2019 年度	50%
神奈川県藤沢市	保健・医療・福祉・健康などの生活環境が整った暮らしやすさ [出典] 藤沢市市民意識調査	76.6% 2019 年度	78%
長野県長野市	高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられる環境が整っていると思う市民の割合　現状値よりも 5 ポイント以上の上昇を目指す [出典] 長野市総合計画のアンケート指標、市民の実践状況に関する質問の結果	45.1% 2020 年度	5 ポイント以上上昇 2023 年度
奈良県三宅町	三宅町に「住み続けたい」と回答	72.8%	77.0% 2023 年度
鳥取県倉吉市	高齢期も安心して暮らせるまちと思う市民の割合【%】 [出典] 倉吉市民意識調査 (調査対象者：20 歳以上市民) 下段 (　) 内は 65 歳以上のみ	74.4% (79.3%) 2019 年度	75.0% (79.8%) 2023 年度
広島県呉市	今後の暮らしで「住む場所や家のこと」が心配・不安と答えた人の割合 ［出典］呉市高齢者施策等に関するアンケート調査	8.5% 2019 年度末	8.0% 2023 年度
広島県北広島町	高齢になっても自宅での生活を安心して継続できる地域だと思う人 (「思う」＋「どちらかというと思う」と回答した高齢者) [出典] ニーズ調査	50.1%	増やす 2023 年度
徳島県徳島市	老後も安心して生活できると感じる市民の割合 [出典] 市民満足度調査	38.5% 2019 年度	45.3% 2023 年度
福岡県北九州市	移動に関して、「特に困っていることはない」とする高齢者の割合 (一般高齢者)	57.2% 2019 年度	増加 2023 年度
熊本県合志市	住み慣れた地域で生活できていると感じる市民の割合		74.1%以上 2023 年度

10）災害

災害に関しては「災害に対して、市民が不安なく暮らせるまちであると回答した割合」という目標を設定している保険者があった。

表 15　災害に対する不安を「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
神奈川県藤沢市	災害に対して、市民が不安なく暮らせるまちである割合 [出典] 藤沢市市民意識調査	53.5%	60%

11）ソーシャル・キャピタル

ソーシャル・キャピタルとは Ichiro Kawachi & Lisa F. Berkman (2014) によると “resources that are accessed by individuals as a result of their membership of a network or a group” (p291) であり、『社会疫学 (上) 』では「ネットワークやグループの一員で或る結果として個人がアクセスできる資源」と訳されている (高木 大資, 中村 早希, 小林 由美子, 山口 美輪, 訳, 2017) 。また、近藤 (2020) の『ソーシャル・キャピタルと健康・福祉』では、「ネットワークや集団の成員である結果として個人によって利用される資源」と訳している。このソーシャル・キャピタルに分類できるような「アウトカム指標」を設定している保険者は 10 保険者 (5.0%, 95%信頼区間 [2.4-9.0%]) であった。

・地域とのつながりを感じている住民の割合
・地域の支え合いとして自分にできることがあると感じている住民の割合
・助け合うことができる人がいると感じている住民の割合
・福祉が充実し、住民が守られていると感じる住民の割合

いずれも割合が増加することが目的とされていた。

また、・地域の中で受けたい手助けがあるが「どこに (誰に) 頼めばいいのかわからない」と回答している人の割合　を「アウトカム指標」と設定している自治体もあった。

表 16　ソーシャル・キャピタルを「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
宮城県松島町	地域とのつながりを感じている高齢者の増加（「よく感じる」と回答した人の割合） [出典] 松島町健康と生活に関するアンケート調査	25.3% 2019 年度	30% 2023 年度
東京都新宿区	地域のつながり（住民同士の助け合い・支え合いなど）を実感している高齢者の割合 [出典] 一般高齢者調査	52.0% 2019 年度	60.0% 2023 年度
東京都墨田区	地域の支え合いとして自分自身ができることがあると回答している人の割合 [出典] 墨田区介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	64.9% 2019 年度	67.0% （第 8 期）
東京都墨田区	地域の中で受けたい手助けがあるが「どこに（誰に）	29.4%	24.0%

	頼めばいいのかわからない」と回答している人の割合 [出典] 墨田区介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	2019 年度	（第 8 期）
東京都足立区	地域とのつながりがある高齢者の割合	48.0%	50.5%
神奈川県藤沢市	ボランティアなどの活動が積極的に行われている [出典] 藤沢市市民意識調査	41.2% 2019 年度	45%
神奈川県藤沢市	福祉が充実し子供から高齢者まで守られていると感じる割合 [出典] 藤沢市市民意識調査	47.3%	50%
静岡県三島市	近所に助け合うことができる人がいると答えた人の割合（70 歳以上） [出典] 市民意識調査結果	83.0% 2019 年度	90.0% 2023 年度
広島県北広島町	地域における支え合いを感じている人（「感じることができる」＋「どちらかといえば感じることができる」と回答した高齢者） [出典] ニーズ調査	66.3%	増やす 2023 年度
福岡県北九州市	「何か困ったときに助け合える人」が近所にいる人の割合（一般高齢者）	30.3% 2019 年度	増加 2023 年度
鹿児島県鹿屋市	地域につながりがあると感じる高齢者の割合 [出典] 一般高齢者調査	60.6% 2019 年度	68%以上 2023 年度
沖縄県竹富町	心配事や愚痴を聞いてくれる人（「そのような人はいない」と回答した高齢者） [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	7.0%	減らす 2023 年度

12）社会参加

社会参加をしているかどうかを「アウトカム指標」として設定している保険者は、15 保険者 (7.5%, 95%信頼区間 [4.3-12.1%]) であった。

いずれの場合も社会参加している住民が増加することが目標となっていたが、何を以て社会参加をしているとみなすか、については以下のような違いがあった。

・地域活動への参加
・自ら「社会参加している」と思っているかどうか
・外出回数
・通いの場への参加

また、その根拠となるデータについても、「高齢者実態調査」、「市民意識調査」、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」と異なっていた。

表 17　社会参加関係の指標を「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
神奈川県相模原市	社会参加を行う高齢者の割合 [出典] 高齢者等実態調査	69% 2019 年度	72% 2022 年度
神奈川県藤沢市	地域活動への参加 [出典] 藤沢市高齢者の保健・福祉に関する調査	29.4% 2019 年度	40%
長野県長野市	社会参加している 60 歳以上の市民の割合　高齢社会対策大綱 (平成 30 年 2 月 16 日閣議決定) 「社会的な活動を行っている高齢者の割合」の数値目標と本市の実績値を基に算出	81.4% 2020 年度	84.0% 2023 年度
静岡県三島市	社会参加をしている人の割合 [出典] 高齢者実態調査結果	71.8% 2019 年度	72.4% 2023 年度
鳥取県倉吉市	地域において何か活動している高齢者の割合 [出典] 倉吉市民意識調査 (調査対象者：65 歳以上市民)	28.9% 2019 年度	30% 2023 年度
岡山県倉敷市	自らが社会参加していると思っている高齢者の割合	30.3% 2019 年度	58.0% 2023 年度
香川県琴平町	外出回数が減っているか【「減っていない」の割合】 [出典] ニーズ調査	39.6% 2019 年度	43.0% 2022 年度
香川県琴平町	住民主体の通いの場に参加する高齢者の割合【通いの場の参加者実人数／高齢者人口】	2.9% 2019 年度	8.0% 2022 年度
福岡県北九州市	過去 1 年間に地域活動等に「参加したことがある」と答えた高齢者の割合 (一般高齢者)	30.4% 2019 年度	増加 2023 年度
福岡県みやま市	週 1 回以上社会参加者割合 [出典] 日常生活圏域ニーズ調査	-	+10% 2022 年度
福岡県みやま市	週 1 回以上通いの場の参加者割合	-	1.5% 2023 年度
福岡県大川市	週 1 回以上社会参加者割合		+10% 2022 年度
福岡県大川市	週 1 回以上通いの場の参加者割合		4% 2023 年度
福岡県苅田町	社会参加している高齢者の割合	33.8% 2019 年度	37.9% 2023 年度
熊本県合志市	週 1 回以上社会参加者割合	46.4% 2020 年 3 月	50%以上 2022 年度
熊本県合志市	週 1 回以上通いの場の参加者割合	-	8%

			2023 年度
熊本県五木村	週 1 回以上社会参加者割合	-	+10% 2023 年度
熊本県五木村	週 1 回以上通いの場の参加者割合	-	13% 2023 年度
鹿児島県鹿屋市	住民主体の通いの場に参加する高齢者数 (うち 1 回 1 時間の運動を週 1 回以上実施する集いの場の参加者数)	3,761 人 (1,142 人) 2019 年度	5,000 人 (2,000 人) 2023 年度
鹿児島県志布志市	通いの場の参加率	10.6% 2019 年度	10.7% 2023 年度

13）主観的健康状態 self-rated health status

主観的健康状態、調査対象者が主観的に健康状態を評価したものであり、中山 (1992)「健康観には、Self-rated health (SRH), Subjective health, Perceived health などと呼ばれているものが含まれている。これらは、自分自身の健康状態の主観的評価ではあるが、伝統的な健康指標である死亡率や有病率だけでは表現できない状態をあらわす健康指標として注目され、検討がなされてきている」。「主観的健康感」と記されることもあれば、「主観的健康観」と記されることもある。これに分類されるような「アウトカム指標」を設定している保険者は 19 保険者 (9.5%, 95%信頼区間 [5.8-14.5%]) であった。いずれの保険者も特定の調査で健康かどうかを尋ねる質問に対してどのように回答したかをもって定義しており、その割合が増加することを目標としていた。その調査は保険者によって、「高齢者実態調査」、「市民意識調査」、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」と異なっていた。

表 18　主観的健康状態を「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
山梨県富士河口湖町	主観的健康感の高い高齢者の割合　「とてもよい」「まあよい」と回答した人	-	85%以上
長野県須坂市	元気な高齢者の割合	83.8% 2019 年度	83.8% 2023 年度
静岡県三島市	健康状態がよいと答えた人の割合 [出典] 高齢者実態調査結果	81.1% 2019 年度	83.0% 2023 年度
愛知県豊山町	全般的健康感の不良	18.9%[※1] 2019 年度	20.0% 2023 年度
奈良県御杖村	自分自身の健康状態【「とてもよい＋まあよい」の割合】	77.1% 2020 年度	80.0% 2023 年度

奈良県三宅町	主観的な健康観の高い高齢者の割合	74.4%	78.0% 2023 年度
鳥取県倉吉市	主観的健康観の高い市民の割合【%】 [出典] 倉吉市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 (調査対象者：要介護・支援認定を受けていない 65 歳以上被保険者)	78.1% 2019 年度	80.0% 2023 年度
岡山県倉敷市	健康状態を「とてもよい」又は「まあよい」と自覚している人の割合 [出典] ニーズ調査	78.1% 2019 年度	80%以上 2022 年度
広島県呉市	健康であると感じている人の割合 [出典] 呉市市民意識調査	71.8% 2019 年度末	77.0% 2023 年度
広島県三次市	元気高齢者の割合	75.7% 2019 年度末	76.2% 2024 年 9 月末
広島県北広島町	健康だと感じている人 (「とてもよい」＋「まあよい」と回答した高齢者) [出典] ニーズ調査	82.2%	増やす 2023 年度
徳島県徳島市	主観的健康観が「とてもよい」＋「まあよい」の割合 [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	71.7% 2019 年度	上げる 2023 年度
香川県琴平町	自分自身の健康状態【「とてもよい」＋「まあよい」の割合】 [出典] ニーズ調査	76.0% 2019 年度	80.0% 2022 年度
福岡県みやま市	主観的健康観の高い者の割合 [出典] 日常生活圏域ニーズ調査	-	+10% 2022 年度
福岡県大川市	主観的健康観の高い者の割合	-	+10% 2022 年度
熊本県合志市	主観的健康観の高い者の割合	72.4% 2020 年 3 月	75%以上 2022 年
熊本県五木村	主観的健康観の高い人の割合	-	+10% 2023 年度
大分県杵築市	主観的健康感が高い	73.6% 2019 年度	76.0% 2022 年度
沖縄県竹富町	健康だと感じている人 (主観的健康感：「とてもよい」＋「まあよい」と回答した高齢者 [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	67.3%	増やす 2023 年度

14）主観的幸福感

主観的幸福感とは Diener et al. (1999) によると “Subjective well-being is a broad category of phenomena that includes people's emotional responses, domain satisfactions, and global judgments of life satisfaction.” である。これに分類されるような「アウトカム指標」を設定している保険者は 20 保険者 (10.1%, 95%信頼区間 [6.2-15.1%]) であった。いずれの保険者も特定の調査で幸福かどうかを尋ねる質問に対してどのように回答したかをもって定義しており、その割合が増加することを目標としていた。根拠となる調査は保険者によって、「高齢者実態調査」、「市民意識調査」、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」と異なっていた。

表 19　主観的幸福感を「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
宮城県女川町	高齢者が感じる幸福感 [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	7.16 点 2019 年度	7.5 点以上 次回調査時点
東京都足立区	現在の幸福度を 7 点以上 (10 点満点) とした高齢者の割合 [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	61.0%	62.7%
東京都足立区	今後の生活について、不安を感じている高齢者の割合	62.1%	59.1%
東京都足立区	現在の幸福度を 7 点以上 (10 点満点) とした高齢者の割合 [出典] 要介護認定者に関する実態調査	28.4%	31.4%
東京都日野市	幸福度　令和元年度に日野市が実施した、自立、要支援の方に対して、国が定める「日常生活圏域ニーズ調査」の幸福度に関する質問 (「第 4 期日野市高齢者福祉総合計画策定に向けた基礎調査報告書 自立問 17、要支援問 15」) の回答結果をまとめたもの 「とても不幸」が 0 点、「とても幸せ」が 10 点で、1 点ずつの刻みで回答できるようになっています。満点が 10 点で、本項目を回答した人の平均となっている	6.34 2019 年度	7.00
神奈川県藤沢市	主体的幸福感 (非常に健康である・健康である) [出典] 藤沢市高齢者の保健・福祉に関する調査	78.2%	80%
山梨県富士河口湖	主観的幸福感の高い高齢者の割合　7 点以上の	-	80%以上

町	人		
愛知県豊山町	主観的幸福感の平均	7.1 2019 年度	7.5 2023 年度
愛知県豊山町	主観的幸福感が低値 (4 点以下)	8.0% 2019 年度	6.0% 2023 年度
滋賀県高島市	現在の幸せ度が「幸せ (10 点中 8 点以上) 」と感じる人の割合 [出典] ニーズ調査	44.9% 2019 年度	46% 2023 年度
大阪府摂津市	主観的幸福感の平均点数 [出典] ニーズ調査	7.0 点 2020 年 1 月	7.5 点 2023 年度
奈良県御杖村	自分がどの程度幸せか【「高得点」 (点数 8～10 点) の割合】	53.5% 2020 年度	58.0% 2023 年度
奈良県三宅町	主観的幸福感について「幸せ」と回答	56.8%	60.0% 2023 年度
鳥取県倉吉市	主観的幸福観の高い市民の割合【%】 [出典] 倉吉市介護予防･日常生活圏域ニーズ調査 調査対象者：要介護･支援認定を受けていない 65 歳以上被保険者	44.8% 2019 年度	50.0% 2023 年度
広島県呉市	主観的幸福感 (8 点～10 点) [出典] 呉市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	43.5% 2019 年度末	47.0% 2023 年度
広島県北広島町	幸せだと感じている人 (幸福度の点数が 8 点以上の高齢者) [出典] ニーズ調査	45.2%	増やす 2023 年度
香川県琴平町	自分がどの程度幸せか【「高得点」 (点数 8～10 点) の割合】 [出典] ニーズ調査	46.8% 2019 年度	50.0% 2022 年度
福岡県みやま市	主観的幸福感の高い者の割合 [出典] 日常生活圏域ニーズ調査	-	+10% 2022 年度
福岡県大川市	主観的幸福感の高い者の割合		+10% 2022 年度
熊本県合志市	主観的幸福感の高い者の割合	52.0% 2020 年 3 月	55%以上 2022 年
熊本県五木村	主観的幸福感の高い人の割合	-	+10% 2023 年度
大分県杵築市	主観的幸福感が高い	48.1% 2019 年度	50.0% 2022 年度

沖縄県竹富町	幸せだと感じている人 (主観的幸福度：幸福度の点数が 8 点以上の高齢者) [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	41.5%	増やす 2023 年度

15)「生きがい」関係

「生きがい」を感じている住民の割合を「アウトカム指標」として設定している保険者は、7 保険者 (3.5%, 95%信頼区間 [1.4-7.1%) であった。いずれの保険者もその割合が増加することを目標としていた。根拠となる調査は保険者によって、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」、「要介護認定者に対する実態調査」などと異なっていた。中には「総合計画の進行管理に係る市民アンケート」を利用している保険者もあった。

表 20　「生きがい」を「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
東京都足立区	生きがいが「ある」高齢者の割合 [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズに関する調査	55.0%	58.0%
東京都足立区	生きがいが「ある」高齢者の割合 [出典] 要介護認定者に関する実態調査	35.6%	36.0%
神奈川県相模原市	生きがいがあると感じている高齢者の割合 [出典] 市総合計画の進行管理に係る市民アンケート	77.5% 2019 年度	78.7% 2023 年度
滋賀県高島市	生きがいがあると答えた人の割合 [出典] ニーズ調査	52.4% 2019 年度	53% 2023 年度
大阪府摂津市	生きがいについて「ある」と答えた人の割合 [出典] ニーズ調査	50.9% 2020 年 1 月	55.0% 2023 年度
広島県呉市	毎日の生活について「生きがいあり」と答えた人の割合 [出典] 呉市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	53.2% 2019 年度末	54.5% 2023 年度
熊本県合志市	生きがいがあると感じる市民の割合	-	75.5%以上 2023 年度
沖縄県竹富町	生きがいがある人 (「生きがいあり」と回答した高齢者) [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	63.0%	増やす 2023 年度

16）就労

被保険者、特に第 1 号被保険者 (高齢者) の就労を「アウトカム指標」に設定している保険者は、3 保険者 (1.5%, 95%信頼区間 [0.3-4.3%) であった。具体的には「就労している高齢者」とする保険者もあれば、「収入のある仕事」をしていると定義する場合もあった。い

ずれもこうした住民の割合が増加することを目標としていた。

表 21　就労に関する指標を「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
広島県呉市	収入のある仕事をしている高齢者 [出典] 呉市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	16.5% 2019 年度末	18.0% 2023 年度
徳島県徳島市	収入のある仕事をしている高齢者の割合 [出典] 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	27.7% 2019 年度	30.5% 2023 年度
福岡県北九州市	就労している高齢者の割合 (一般高齢者)	29.8% 2019 年度	増加 2023 年度

17）介護者

介護をする側、介護者に視点を当てた「アウトカム指標」を設定している保険者は、12 保険者 (6.0%, 95%信頼区間 [3.2-10.3%) であった。その内容としては以下のようなものであった。

・介護者自身の主観的健康状態
・介護者の負担感
・介護を不安と感じるかどうか
・介護を理由とした転職、離職

主観的健康状態については健康と感じる人の割合が高くなることを目標としており、負担感、不安感、介護を利用とした転職・離職については、割合が低くなることを目標としていた。

表 22　介護者に関する指標を「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
東京都足立区	自身が健康と感じる主介護者の割合 (「とても健康」「まあ健康」の割合)	52.9%	55.9%
長野県長野市	介護・介助者が認知症状への対応に不安を感じる割合 認知症の人数は増加していくが、認知症疾患医療センターなど医療面の充実と、チームオレンジなど地域の支え合いの充実により減少を目指す。	24.8% 2020 年度	減少 2023 年度
大阪府摂津市	家族や親族の中で、調査対象者の介護を理由に、過去 1 年の間に仕事を辞めたり転職したりした人がいるという割合 [出典] 在宅介護実態調査	11.8% 2020 年 1 月	10.0% 2023 年度

大阪府交野市	『仕事と介護の両立は難しい』と回答した人の割合 「続けていくのは、やや難しい」または「続けていくのは、かなり難しい」と回答した割合の合算 [出典] 在宅介護実態調査	19.1% 2019 年度	16.1% 2023 年度
奈良県三宅町	介護離職の割合	4.8%	3.0% 2023 年度
岡山県倉敷市	家族に対して、必要な介護サービスが受けられていると思っている人の割合	79.8% 2020 年度	81.1% 2022 年度
広島県呉市	就労継続できると回答した介護者の割合 [出典] 呉市在宅介護実態調査	63.6% 2019 年度末	65.0% 2023 年度
広島県北広島町	過去 1 年間に、介護のために退職した主な介護者 [出典] 在宅介護実態調査	5.3%	0% 2023 年度
広島県北広島町	現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者が不安に感じる介護等がないと回答した割合 [出典] 在宅介護実態調査	10.6%	増やす 2023 年度
徳島県徳島市	過去 1 年間に介護のために主な介護者が仕事を辞めた割合 [出典] 在宅介護実態調査	4.8% 2019 年度	下げる 2023 年度
香川県琴平町	介護者が不安に感じる介護【「認知症状への対応」の割合】 [出典] 在宅介護実態調査	31.7% 2019 年度	28.0% 2022 年度
香川県琴平町	介護離職の低減【「主な介護者が仕事を辞めた＋主な介護者が転職した」の割合】 [出典] 在宅介護実態調査	8.5% 2019 年度	6.0% 2022 年度
福岡県北九州市	家族の介護について「負担である」と考える人の割合 (在宅高齢者の介護)	40.5% 2019 年度	減少 2023 年度
沖縄県竹富町	過去 1 年間に、介護のために退職した主な介護者 [出典] 在宅介護実態調査	4.8%	減らす 2023 年度
沖縄県竹富町	現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者が不安に感じる介護等がないと回答した割合 [出典] 在宅介護実態調査	4.8%	増やす 2023 年度

18）権利擁護

権利擁護に関する「アウトカム指標」を設定しているのは 1 保険者 (0.5%, 95%信頼区間 [0.01-2.8%) であった。

表 23　権利擁護に関する指標を「アウトカム指標」としていた例

保険者	内容	現状値	目標値
福岡県北九州市	虐待や財産をねらった詐欺など高齢者の権利を侵害するものに対する不安が「ない」とする高齢者の割合 (一般高齢者)	45.5% 2019 年度	増加 2023 年度

19）その他

これまでにカテゴリー化したもの以外のアウトカム指標を設定している保険者は 3 保険者であった。

表 24　その他の「アウトカム指標」

保険者	内容	現状値	目標値
愛知県豊山町	要支援・要介護認定をうけていない方で介護・介助が必要な人	12.1% 2019 年度	12.0% 2023 年度
愛知県豊山町	誰かの介護・介助が必要なのに要支援・要介護認定を受けていない	15.0% 2019 年度	15.0% 2023 年度
岡山県倉敷市	尊厳が守られた介護サービスが提供されていると思っている人の割合	82.4% 2020 年度	83.2% 2023 年度
広島県呉市	地域包括ケアシステムの完成度 [出典] 広島県地域包括ケアシステム評価指標	49.8% 2019 年度末	55.0% 2023 年度

３．考察

１）「アウトカム指標」の定義

本研究では、「アウトカム指標」を「介護保険事業計画の実施によりもたらされる長期的な帰結のうち、数値目標として設定されているもの」と定義して分析した。源（2020b）は「アウトカム評価」について以下のように説明しており、本研究の操作的定義はこの定義を参考にしている。

「アウトカム評価」は，プログラムの介入後に期待されるターゲット集団や社会に現れる変化の状態をとらえるもので、介入との帰属性を問い純粋な効果（純効果：net effects）を検証する「インパクト評価」とは厳密には異なる。時系列でアウトカムの変化を把握する「アウトカムモニタリング」や、業績測定（もしくは実績測定：Performance Measurement）の手法により，予め設定された指標群を使い変化をとらえていく方法と親和性がある。（p34）

しかし、このような概念については政策評価の研究者によって表現が異なる。たとえばUnited States Agency for International Development（USAID）が開発したとされる logical framework approach では同種の効果を「goal」（Fushimi, 2018; Practical Concepts Incorporated, 1979)と呼んでいる。また、分野によって異なる意味をもつこともある。たとえば、Avedis Donabedian（1919-2000）は医療の質を評価するために、structure、process、outcome という枠組みを提唱した（Donabedian, 1980）。この“outcome”について、東（2007）は「本書では、『結果』という言葉は、医療によって患者にもたらされた現在とその後の間の健康変化を意味する。健康のやや広い定義に倣って、私は通常の身体的生理的面に加えて社会的心理的な機能も考慮に入れようと思う。また、別の方向の拡張になるが、患者の姿勢（満足を含む)、患者が得た健康関連知識、そして、健康関連の行動の変化も加えたい。これら全ては現在の健康の構成要素、または未来の健康に寄与するものと考えられる。」と訳している（東, 訳, 2007; p88）。このように医療の評価における「アウトカム」とは、あくまで医療もしくはその周辺サービスによって患者自身に起こる変化を捉えるものである。以上のように「アウトカム」、「アウトカム指標」という用語自体の学術的な定義が定まっているわけではないことに注意が必要である。

２）「アウトカム指標」以外の指標

本研究では、操作的に定義した「アウトカム指標」に当てはまらない指標は分析対象に含めていない。仮に、保険者が「アウトカム指標」や「成果指標」として介護保険事業計画に記していたとしても、それが本研究における操作的定義に合致しない限りは除外されているということである。しかし、政策評価とは様々な段階の指標を組み合わせて評価が行われるものである（源, 2020a）。本研究において「アウトカム指標」としなかった指標であって

も、「アウトカム指標」と同等か、場合によってはそれ以上に大きな役割を果たすことがあることは強調しておきたい。

3）「アウトカム指標」の設定状況

あくまで本研究の操作的定義によるものではあるが、「アウトカム指標」を設定していたのは分析対象とした 199 保険者のうち、77 保険者（38.7%）であった。介護保険事業計画の位置づけ、その計画における「アウトカム指標」の重要性を考えると、この状況は少ないと考えることもできる。ただし、保険者の状況によって必要な「アウトカム指標」は異なることに注意が必要である。ある保険者が「他の保険者が設定しているから」という理由で「アウトカム指標」を設定すると、却って介護保険事業計画の価値、理念を損ないかねない。あくまで各保険者の状況にあわせて適切な「アウトカム指標」が選択される必要がある。その過程においては、「アウトカム指標」の設定自体が困難であると判断されることも考えられる。

4）「アウトカム指標」の測定方法や根拠の記述について

指標が記載されていたとしても、その測定方法や典拠、設定の根拠が記されていないケースも多くあった。「アウトカム指標」を策定する場合は、これらの情報についても明確にしておくことが求められる。介護保険事業計画を策定した関係者の間では共有されていると思われるが、計画に関わる人びと（利用者、家族、サービス提供事業者、保険者）とも共有する必要があるのではないだろうか。ただし、介護保険事業計画に詳細に記載するとなると冗長となる可能性もある。測定方法について別途詳細に記した資料やウェブサイトを（すぐに参照できるような形で）引用することなども検討する価値があると思われる。

なお、「アウトカム指標」を設定する場合、平均値や中央値のような特定の代表値のみを指標とするのではなく、その分布、すなわち対象集団における格差についても視野に入れる必要があることを強調しておきたい。介護保険制度や総合事業のように、対象集団全体に対して働き掛けるような政策、すなわちポピュレーションアプローチは、対象集団の健康や QOL を向上させる一方で、格差を拡大させる危険性も有しているからである。モントリオール大学（University of Montreal）の Frohlich & Potvin （2008）は、社会経済的に低い状態にある人びとはポピュレーションアプローチに反応しにくい傾向があるため、ただポピュレーションアプローチを採っただけでは健康の社会格差（health inequality）を広げる可能性があると指摘している。欧州疾病予防コントロールセンター（European Centre for Disease Prevention and Control）の Semenza（2010）も同様のことが感染症疾患において生じる可能性を指摘している。格差を視野に入れた目標設定においては、より綿密に対象集団の状態を知った上で、適切な目標を検討していく必要がある。

5）「アウトカム指標」の妥当性

「妥当性 validity」とは DeVellis (2016) によると尺度が測りたいものを適切に測れているかどうかを表すものである。古谷野（1992）は「測定された指標の値（測定値）が概念を適切に表している程度」と説明し、その背景には、「本当に測定したいのは概念であるのに、調査によって実際に測定されるのが指標の方であるにすぎない」という考え方があることを指摘している。この観点は介護保険事業計画の「アウトカム指標」を考える上でも重要であり、設定した「アウトカム指標」が測定したい概念を適切に表しているかどうかに留意する必要がある。たとえば、在宅療養の質を測定する目的で、在宅死亡数・割合や在宅看取り数・割合などが設定されていたが、在宅死亡数については、「孤独死などが含まれる問題点がある」という指摘もある（岩手県医療審議会, 2017）。こうした指標が本当に在宅療養の質を反映した指標であるかどうかには更なる議論が必要である。また、要介護認定率についても、対象集団全体の状態を測定する上で有益かもしれないが、介護保険制度の趣旨は「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」であり、要介護認定率が向上することが対象集団にとって必ずしも悪いこととは言い切れない面もある。制度の趣旨を踏まえると、要介護認定率のみを「アウトカム指標」と設定するのではなく、主観的な評価指標を含め、他の指標と組み合わせるとともに、地域内の格差についても精査していく必要があるのではないだろうか。

6）「アウトカム指標」の信頼性

「信頼性 reliability」とは、DeVellis (2016) によると、ある尺度の得点が、測定する変数の「真の」状態を表しているかどうか、であり、実際に即していうと、その尺度の得点が測定する変数自体の変化によって変化する度合いがどの程度かを示すものである。古谷野 (1992) は「測定値（の分散）に占める真値（の分散）の割合を測定の信頼性といい、信頼性の程度を表す係数を信頼性係数という。測定の適切さが妥当性であったのに対して、信頼性は測定の正確さの程度である」と説明している。今回抽出された「アウトカム指標」の中で考えると、主観的幸福感や主観的健康状態などは測定の信頼性について常に疑義が付される指標である。「生きがい」についても何をもって「生きがい」とみなすのかは個々人によって大きく異なることが想定される。また、同じ人が同じ質問を受けたとしても、回答時点が異なれば回答が大きくずれる可能性が考えられる。また、一般的にサービスの給付を行う主体がそのサービスの評価のための調査を行う場合、調査結果には回答者の様々な思惑が入り交じる。こうした主観的な指標の重要性自体については論を俟たないが、様々な測定方法を視野にいれながら、できる限り中立性の高い主体が調査を行うなどの工夫を検討し、

各保険者にとって最適な測定方法を採用する必要がある。一方で、政策評価においては必ずしも外部視点からの評価が gold standard となるわけではないことにも注意が必要である。源（2020a）は、内部評価と外部評価の関係性について以下のように記している。

評価がプログラムの改善を目的とした形成的評価の場合、事業担当者や現場の実践家による内部評価が適していることが多い。なぜならば、実施プロセスの現場の状況を一番よく知っているのは内部関係者であるからだ。内部評価はともすると客観性に欠けるという批判もあるが、本人たちの評価への関与がある方が自分たちの関心ごとが評価過程に反映されて、その結果出てきた評価情報を受け入れられやすい。他方で総括的評価は、成果があるか否かを把握するインパクト評価を中心とした評価であり専門家による外部評価が適しているといわれる。（p27）

また、「アウトカム指標」を設定するにあたって信頼性、妥当性の高い指標設定が重要ではあるが、それと同様に重要なのが実現可能性である。信頼性、妥当性の非常に高い指標であっても、データを収集することが行政、および介護現場にとって過大な負担となることは避ける必要がある。できる限り routinely collected data（RCD）を用いることを検討しつつ、それでは不十分と考えられる場合に、データを追加収集する枠組みを検討していくことが肝要である。

４．引用文献

C. J. Clopper, E. S. Pearson. (1934) The use of confidence or fiducial limits illustrated in the case of the binomial. Biometrika 26(4): 404-413.

Robert F. DeVellis. (2016) Scale Development: Theory and Applications. 4th edition. Thousand Oaks: Sage Publication.

Ed Diener, Eunkook M. Suh, Richard E. Lucas, Heidi L. Smith. (1999) Subjective well-being: Three decades of progress. Psychological Bulletin 125(2): 276-302.

Avedis Donabedian. (1980) The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press.

Avedis Donabedian. (2007) 第 3 章　評価のための基本的な方法：構造，過程，結果. 医療の質の定義と評価方法. 東尚弘，訳. 東京：健康医療評価研究機構; 84-143.

Katherine L. Frohlich, Louise Potvin. (2008) Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. Am J Public Health 98(2):216-221.

Katsutoshi Fushimi. (2018) The Puzzle of the Universal Utilization of the Logical Framework Approach: An Explanation using the Sociological New Institutional Perspective. JICA

Literature Review No. 14. https://www.jica.go.jp/jica-ri/publication/litreview/post_14.html
Julian Higgins, James Thomas, Jacqueline Chandler, Miranda Cumpston, Tianjing Li, Matthew Page, Vivian Welch. (2022) Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. version 6.3 https://training.cochrane.org/handbook/current
Ichiro Kawachi, Lisa F. Berkman. (2014) Chapter 8. Social capital, social cohesion, and health. Sociel Epidemiology 2nd edition. Oxford University Press, 290-319.
Klaus Krippendorff. (2004) Content Analysis: an Introduction to Its Methodology. 2nd edition. Thousand Oaks: Sage Publications.
Practical Concepts Incorporated (PCI) (1979) The Logical Framework: a Manager's Guide to a Scientific Approach to Design & Evaluation.
J C Semenza. (2010) Strategies to intervene on social determinants of infectious diseases. Eurosurveillance 15(27):32-39.
岩手県医療審議会医療計画部会資料. (2017) 在宅医療の体制.
イチロー・カワチ, リサ・F・バークマン (2017) 第 8 章　ソーシャル・キャピタルと健康. 社会疫学 (上). 高尾 総司, 藤原 武男, 近藤 尚己, 監訳. 高木 大資, 中村 早希, 小林 由美子, 山口 美輪, 訳. 東京：大修館書店, p339-383.
古谷野 亘. (1992) V 測定と尺度化の技術. 東京大学医学部保健社会学教室, 編. 保健・医療・看護調査ハンドブック. 東京：東京大学出版会, 51-62.
近藤 克則 (2020) 序章　ソーシャル・キャピタルの登場と批判. ソーシャル・キャピタルと健康・福祉. 近藤 克則, 編. 京都：ミネルヴァ書房, 1-11.
中山 和弘. (1992) 4-1 健康感・健康観. 東京大学医学部保健社会学教室, 編. 保健・医療・看護調査ハンドブック. 東京：東京大学出版会, 89.
源 由理子 (2020a) 第 1 章　「プログラム評価」とは. プログラム評価ハンドブック：社会課題解決に向けた評価方法の基礎・応用. 山谷 清志, 監修. 源 由理子, 大島 巌, 編. 京都：晃洋書房; 19-30.
源 由理子. (2020b) 第 2 章　評価の 5 階層とプログラムセオリー. プログラム評価ハンドブック. 山谷 清志, 監修. 源 由理子, 大島 巌, 編. 京都：晃洋書房, p31-49.

Ⅴ．資料

1．　介護保険基本ロジックモデル　指標付き…… 75

2．　保険者シート指標リスト…… 77

3．　保険者シート活用マニュアル　概要編…… 81

4．　保険者シート活用マニュアル　基礎編……103

5．　初任者研修概要　神奈川県研修　愛媛県研修　鹿児島県研修……109

6．　多部署間協働研修概要　寝屋川市　須坂市……113

7．　都道府県意見交換会　資料……117

8．　保険者シートおよび研修プログラムを活用した研修の実施例……175

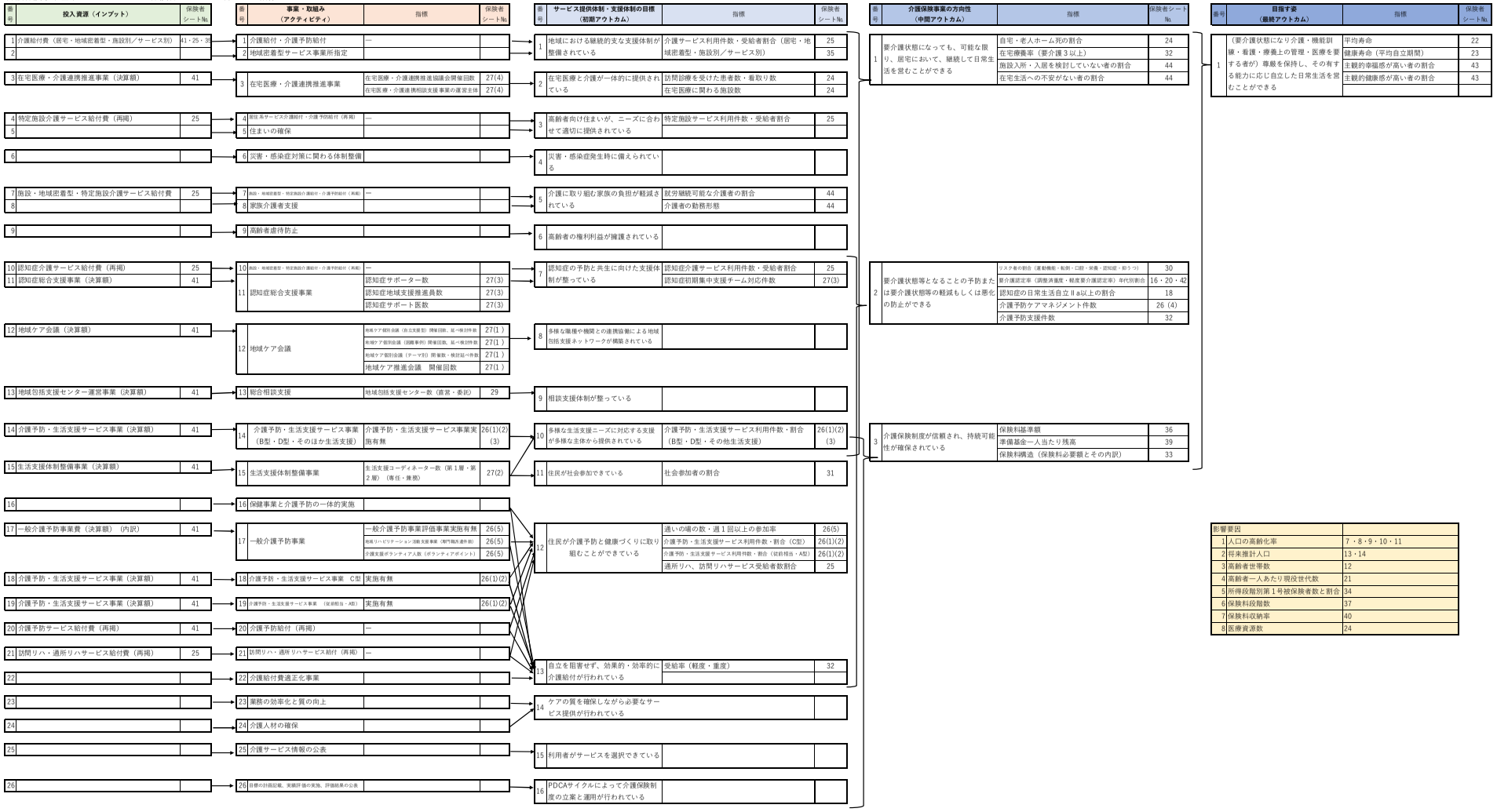
・秋田県　令和３年度介護保険事業計画進捗管理研修会

・長野県　介護保険「保険者シート」活用研修－長野県研修会－

長野県地域包括ケア体制構築状況「見える化」調査活用研修

１．介護保険基本ロジックモデル　指標付き

介護保険事業基本ロジックモデルと保険者シートから得られる指標　220330ver.



２．保険者シート指標リスト

保険者シート指標リスト220330ver.

連番		分野	No.	指標名	詳細定義	基本的な考え方（その指標から何が言えるのか）	解釈時の注意事項	影響する要因として見る事項	保険者シートNo.	出典	SPO分類
1	最終アウトカム	被保険者のQOL	1	平均寿命	平均寿命　男性・女性	**男性・女性ともに平均寿命が高いほど良好な状態。**			Ⅰ．基礎データ　22	平成27年市区町村別生命表の概況｜厚生労働省	O
2			2	健康寿命　二次医療圏別	要介護２以上になるまでの平均期間　男性・女性　二次医療圏別	男性・女性ともに平均自立期間が高いほど良好な状態を表す。　平均寿命と健康寿命ともに長く、かつ、乖離が少ないほど良好。	要介護認定をもとにしているため、地域のサービス提供状況に左右される。二次医療圏単位の値で市町村単位ではない。		Ⅰ．基礎データ　23	KDBシステム	O
3			3	健康寿命　市町村	要介護２以上になるまでの平均期間　男性・女性　市町村別	男性・女性ともに平均自立期間が高いほど良好な状態を表す。　平均寿命と健康寿命ともに長く、かつ、乖離が少ないほど良好。	要介護認定をもとにしているため、地域のサービス提供状況に左右される。小規模自治体は計算の信頼性が低い、もしくは計算されない場合がある。二次医療圏		Ⅰ．基礎データ　23	KDBシステム	O
4			4	主観的幸福感が高い者の割合	「現在どの程度幸せですか」に8点以上を回答した者の割合	QOLの主観的部分を測定。割合が高いほどQOLが良好。	自立・要支援の者のみの回答で、要介護者の回答が含まれないことに注意。	社会参加している人ほど高く、年齢が高いほど高いことが知られている。	Ⅳ．介護予防・日常生活圏域ニーズ調査　43.健康について	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	O
5			5	主観的健康感が高い者の割合	「現在の健康状態」に「とてもよい」「まあ良い」を回答した者の割合	健康関連QOLの主観的部分を測定。割合が高いほど健康状態が良好。	自立・要支援の者のみの回答で、要介護者の回答が含まれないことに注意。死亡への予測力を持つ指標。		Ⅳ．介護予防・日常生活圏域ニーズ調査　43.健康について	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	O
6	中間アウトカム１	居宅での在宅継続	1	自宅・老人ホーム死の割合	自宅死の割合、老人ホーム死の割合	自宅・老人ホームでの死亡割合が高いほど医療施設ではない暮らしの場で最期を過ごした。	自宅死には異状死が一定数含まれるため、自宅で看取られた数とは言えない。小規模自治体は複数年を見		Ⅱ．在宅医療介護推進体制　24	在宅医療に係る地域別データ集（人口動態統計）	O
7			2	在宅療養率（要介護３以上）	要介護３以上の認定者数のうち、介護予防支援・居宅介護支援利用者、小規模多機・看護多機能、居住系サービス受給者の割合。	割合が高いほど、施設利用が可能な要介護３になっても居宅で過ごすことができている。	３月１か月分の算定で、季節変動などが考慮できていない。	医療資源（病床）数、施設数が多いほど低い可能性がある。	Ⅵ　介護保険事業運営状況	介護保険事業状況報告（月報）3月分	P
8			3	施設入所・入居を検討していない者の割合	施設等への入所・入居の検討状況（要介護３以上）で「検討していない」を回答した者の割合	割合が高いほど、介護度が重くなっても在宅生活を継続できている。	家族の回答で本人の回答ではない。		Ⅴ　在宅介護実態調査	在宅介護実態調査	O
9			4	在宅生活への不安がない者の割合	「現在の生活を継続していく上で不安に感じる介護」に「特にない」を回答した者の割合	割合が高いほど、不安なく在宅生活を送ることができている。	家族の回答で本人の回答ではない。		Ⅴ　在宅介護実態調査	在宅介護実態調査	O
10	中間アウトカム２	介護予防・重度化防止	1	リスク者の割合（運動機能・転倒・口腔・栄養・認知症・抑うつ）	それぞれの項目に「はい」と回答したものの割合。「抑うつ」は、2項目のうち１項目以上該当した者の割合。	割合が低いほど、高齢者の健康状態が良好。	自立・要支援の者のみの回答であることに注意。市町村によって調査対象や集計方法が異なる場合がある。		Ⅳ．介護予防・日常生活圏域ニーズ調査　30.リスク者の割合	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	O
11			2	要介護認定率（調整済重度・軽度要介護認定率）年代別割合　軽度認定率は経年比較で見ていく。	年齢構成調整済重度（要介護３以上）認定率、年齢構成調整済軽度（要介護２以下）認定率。	年齢構成による影響を調整した上で、地域間比較、時系列比較ができる。重度認定率が高いほど介護ば必要な高齢者が多い。	軽度認定率は高齢者の身体状況よりも地域の介護予防サービス提供体制などに影響される。重度認定率が高すぎる、少なすぎる場合に、サービスが必要な人に必要なサービスが提供されているか解釈に注意を要する	高齢単身世帯割合が高いほど、要介護認定率は高い。	Ⅰ．基礎データ　15　20	地域包括ケアみえる化システム	O
12			2	要介護認定率　年代別割合	65歳以上、75歳以上　85歳以上別要介護者数と要介護認定率と要介護度内訳	どの年代から認定率が高くなり、要介護度の内訳はどこが多いのか観察する。年代が上がっても認定率が低く、重度の要介護度が少ないほど、介護を受けずに生活できている。			42　認定者・認定率（第１号被保険者）	介護保険事業状況報告（月報）3月分	O
13			3	認知症高齢者の日常生活自立Ⅱａ以上の割合	介護認定調査時の認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱａ以上の者が被保険者に占める割合	割合が低いほど、認知症で介護が必要な人が少ない。			Ⅰ．基礎データ　18	保険者入力	O
14			4	介護予防ケアマネジメント件数	75歳以上1000人あたり介護予防ケアマネジメント実施件数	割合が低いほど、介護予防サービスを受けている高齢者が少ない。	地域の介護予防サービス提供体制の影響を受ける。介護予防サービスが必要な人に提供できている、とも解釈できる。		Ⅲ．地域包括ケア推進体制　26、介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況	介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況に関する調査結果の実施状況	P
15			5	介護予防支援件数	75歳以上1000人あたり介護予防支援件数	割合が低いほど、介護予防サービスを受けている高齢者が少ない			Ⅵ　介護保険事業運営状況	介護保険事業状況報告（月報）3月分	P
16	中間アウトカム３	制度の持続可能性	1	保険料基準額の推移	第３期から第８期までの保険料基準額の推移。	保険料基準額が安く、増加が抑えられている方が、持続可能性が想定できる。	高齢化率や自地域の目指す給付に対して適切に設定さているかどうかで見ることが重要。	受給者数が多く、一人当たり給付月額が高いほど、保険料基準額は高い。	Ⅵ　介護保険事業運営状況　36　保険料月額基準額の推移	厚生労働省	―
17			2	準備基金一人当たり残高	被保険者一人あたりの介護給付準備基金残高	将来に取り崩せる額を確保している保険者、確保していない保険者、崩している保険者など、保険者の運用状況を把握する。	自治体によっては余剰分は基金として保有せず住民に還元する方針の場合もあるので、解釈には注意を要する。	介護保険事業状況報告（年報）の繰越金の推移。	Ⅵ　介護保険事業運営状況　39　準備基金一人当たり残高	保険者入力	―
18			4	保険料構造（保険料必要額と内訳）	保険料必要額（月額換算）と標準給付費、地域支援事業費の値と構成割合	標準給付費が低いほど給付が抑えられ、地域支援事業費が高いほど事業に取り組まれている。	保険料基準額を構成する内訳で、高すぎる、低すぎる場合に偏りがないのか注意が必要。	実績値（決算額）とも合わせてみる。	Ⅵ　介護保険事業運営状況　33　保険料構造	見える化システム	―
19	初期アウトカム１	介護サービス基盤の整備	1	介護サービス利用件数・受給者割合・給付費割合（居宅・地域密着型・施設別）	介護サービス受給者に占める居宅サービス・地域密着型サービス、施設サービス受給者の割合	３区分別のサービス利用のバランスや傾向を把握する。要介護高齢者数の増加が見込まれる地域で施設整備の増加が見込めない場合は、居宅サービス、地域密着型サービスの割合に着目する。		介護事業所数、介護保険施設数。	Ⅵ　介護保険事業運営状況　35　サービス費割合、受給者割合	介護保険事業実施状況報告（月報）３月分	P
20			2	介護サービス利用件数・受給者割合・給付費割合（サービス別）	75歳以上人口1000人あたり各介護給付サービス受給者	サービス別受給者のバランスや傾向により、提供量の多すぎる少なすぎるサービスを把握する。施設整備の増加が見込めない場合は、訪問系サービス、地域密着型サービスの割合に着目する。		介護事業所数、介護保険施設数。	Ⅱ．在宅医療介護推進体制　25主なサービス受給構造	介護保険事業実施状況報告（月報）３月分	P
21			3	介護サービス受給者割合（サービス・要介護度別）	給付サービスごと、要介護度別の受給者割合	各サービスがどの要介護度の者が利用しているのかそのバランスや傾向を把握する。		介護事業所数、介護保険施設数。	Ⅵ　介護保険事業運営状況　32介護予防支援・居宅介護支援件数、サービス利用件数、受給者数（要介護度別）	介護保険事業実施状況報告（月報）３月分	P
22	初期アウトカム２	在宅医療・介護連携	1	訪問診療を受けた患者数・看取り数	人口10万人あたり在宅患者訪問診療料・死亡診断加算の算定件数	訪問診療を受けた患者数、看取り数が多いほど、地域の在宅医療提供体制が整っている。	地域によっては在宅患者訪問診療料ではなく往診料を算定して訪問していることもある。人口10万人あたりの割合のため、高齢化の影響は考慮されていない。NDB由来のデータのため小規模市町村でマスキングさ	医療資源数	Ⅱ．在宅医療介護推進体制　24	見える化システム（医療計画データブック、NDB）	P
23			2	在宅医療に関わる施設数	75歳以上人口1000人あたり在宅療養支援病院・診療所数、歯科訪問診療所数、往診・訪問診療を実施する診療所数、訪問看護ステーション数、24時間対応訪問看護ステーション看護師数	資源数が多いほど、地域の在宅医療提供体制が整っている。	施設数であり、地域のサービス提供量や需要量を示していない。	医療資源数	Ⅱ．在宅医療介護推進体制　24	在宅医療に係る地域別データ集（医療施設調査）	S

24	初期アウトカム3	住まいの確保	1	特定施設サービス利用件数・受給者割合	75歳以上人口1000人あたり特定施設入居者生活介護サービス受給者割合	特定施設入居者生活介護の受給者割合で整備量が多すぎる、少なすぎる場合を把握する。	特定施設のみの利用件数・受給者割合で、他高齢者の住まいは反映していない。	特定施設以外の高齢者の住まいの整備状況	II、在宅医療介護推進体制　25主なサービス受給構造	介護保険事業実施状況報告（月報）３月分	P
25	初期アウトカム5	家族介護者支援	1	就労継続可能な介護者の割合	「今後も働きながら介護を続けていく」に「問題なく続けていける」「何とか続けていける」と回答した者の割合	家族が勤務できているほど、介護の過負担なく、仕事と介護が両立できている。			Ⅴ　在宅介護実態調査	在宅介護実態調査	O
26			2	介護者の勤務形態	「主な介護者の勤務形態」で「フルタイム」「パートタイム」と回答した者の割合	家族が勤務できているほど、介護の過負担なく、仕事と介護が両立できている。			Ⅴ　在宅介護実態調査	在宅介護実態調査	O
27	初期アウトカム7	認知症対応体制	1	認知症対応介護サービス利用件数・受給者割合	75歳以上人口1000人あたり認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護の利用件数	受給者割合により、認知症対応型サービス提供量の多すぎる、少なすぎる状況を把握する。		認知症高齢者の日常生活自立Ⅱa以上の割合	II、在宅医療介護推進体制　25主なサービス受給構造	介護保険事業実施状況報告（月報）３月分	P
28			2	認知症初期集中支援チーム対応件数	75歳以上人口1000人あたり認知症初期集中支援チーム対応件数	対応件数が多いほど、地域の認知症への早期対応可能になっている。対応件数の多すぎる、少なすぎる状況を把握する。		認知症高齢者の日常生活自立Ⅱa以上の割合、認知症総合支援事業の実施状況と合わせて見る。	III、地域包括ケア推進体制　27、包括的支援事業の実施状況	保険者入力	P
29	初期アウトカム10	多様な主体による生活支援体制	1	介護予防・生活支援サービス利用件数・割合（訪問・通所B型、訪問D型、その他サービス）	75歳以上人口1000人あたり介護予防・日常生活支援サービス訪問B型・D型、通所B型　その他　利用件数	介護予防・日常生活支援サービスの中でもB型、D型、その他サービスの件数や割合が高いほど、多様な主体から生活支援提供体制が整っている。			III、地域包括ケア推進体制　26、介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況	介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況に関する調査結果	P
30	初期アウトカム11	社会参加	1	社会参加者の割合	スポーツの会、趣味のサークル、ボランティア、学習教養サークル、収入のある仕事、参加している・実施しいる者の割合	各割合が高いほど、社会参加ができている。	その他の社会参加は把握できない。回答に要介護者が含まれない。		IV、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	O
31	初期アウトカム12	健康づくり・介護予防	1	通いの場の数	介護予防に資する住民主体の通いの場の個所数	数が多いほど、介護予防に資する通いの場の整備が進んでいる。	住民主体ではないものも地域には存在し、住民の社会参加全体をとらえきれない。	ニーズ調査の必須項目である「地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行っ	III、地域包括ケア推進体制　26、介護予防・日常生活支援総合事業	介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況に関する調査結果	P
32			2	通いの場週１回以上の参加率	75歳以上人口に占める週１回以上開催する通いの場の参加実人数	参加率が高いほど、介護予防に取組む高齢者が多い。	住民主体ではないものも地域には存在し、住民の社会参加全体をとらえきれない。		III、地域包括ケア推進体制　26、介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況	介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況に関する調査結果	P
33			3	介護予防・生活支援サービス利用件数・割合（C型）	75歳以上人口1000人あたり介護予防・日常生活支援サービス訪問・通所C型　利用件数	提供割合が高いほど、介護予防に向けた専門職による短期集中支援を受けられている。			III、地域包括ケア推進体制　26、介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況	介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況に関する調査結果	P
34			4	介護予防・生活支援サービス利用件数・割合（A型・従前相当）	75歳以上人口1000人あたり介護予防・日常生活支援サービス訪問・通所A型・訪問・通所従前相当　利用件数	提供量が多いほど、総合事業対象者への介護予防に向けたサービスが提供されている。			III、地域包括ケア推進体制　26、介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況	介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況に関する調査結果	P
35			5	通所リハ、訪問リハ介護サービス利用件数・受給者割合	75歳以上人口1000人あたり訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション受給者割合	受給者割合により、提供量の多すぎる、少なすぎる状況を把握する。	要介護者の重度化防止に向けたリハに着目。	介護予防給付の受給者割合	II、在宅医療介護推進体制　25主なサービス受給構造	介護保険事業実施状況報告（月報）３月分	P
36	初期アウトカム13	給付適正	1	受給率（重度・軽度）	重度（要介護３以上）と軽度（要介護２以下）別、要介護認定者に占めるサービス受給者の割合	受給率が高いほど、介護サービスが必要な人に要介護認定が行われている。	自費で介護サービスを利用している、家族介護により介護が行われている、医療施設に入院している、が考えられるため解釈には注意を要する。1ヶ月分の算定から計算のため、季節変動は考慮できていない。		II、在宅医療介護推進体制　25主なサービス受給構造	介護保険事業実施状況報告（月報）３月分	P
37	事業実施3	在宅医療・介護連携	1	在宅医療・介護連携推進協議会開催回数	在宅医療・介護連携推進事業などによる協議会の年間開催回数	在宅医療・介護連携推進事業の事業実施実績			III、地域包括ケア推進体制　27、包括的支援事業の実施状況	保険者入力	Output
38			2	在宅医療・介護連携相談支援事業の運営主体	在宅医療・介護連携推進事業などによる専門職相談支援事業の運営主体	在宅医療・介護連携推進事業の事業実施実績			III、地域包括ケア推進体制　27、包括的支援事業の実施状況	保険者入力	Output
39	事業実施11	認知症総合支援事業	1	認知症サポーター数	認知症サポーター人数	認知症総合支援事業の事業実績			III、地域包括ケア推進体制　27、包括的支援事業の実施状況		Output
40			2	認知症地域支援推進員数	認知症地域支援推進員数	認知症総合支援事業の事業実績			III、地域包括ケア推進体制　27、包括的支援事業の実施状況	保険者入力	Output
41			3	認知症サポート医数	認知症サポート医の資格を持っている医師の人数	認知症総合支援事業の事業実績			III、地域包括ケア推進体制　27、包括的支援事業の実施状況	保険者入力	Output
42			4	認知症カフェ個所数	認知症カフェの個所数	認知症総合支援事業の事業実績			III、地域包括ケア推進体制　26、介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況	保険者入力	Output
43	事業実施12	地域ケア会議	1	地域ケア介護個別会議（困難事例）年間会議延べ件数、年間検討延べ件数	地域ケア介護個別会議（困難事例）年間会議延べ件数、年間検討延べ件数	地域ケア会議の実施実績			III、地域包括ケア推進体制　27、包括的支援事業の実施状況	保険者入力	Output
44			2	地域ケア介護個別会議（自立支援型ケアマネジメント）年間会議延べ件数、年間検討延べ件数	地域ケア介護個別会議（自立支援型ケアマネジメント）年間会議延べ件数、年間検討延べ件数	地域ケア会議の実施実績			III、地域包括ケア推進体制　27、包括的支援事業の実施状況	保険者入力	Output
45			3	地域ケア介護個別会議（地域課題の検討）年間会議延べ件数、年間検討延べ件数	地域ケア介護個別会議（地域課題の検討）年間会議延べ件数、年間検討延べ件数	地域ケア会議の実施実績			III、地域包括ケア推進体制　27、包括的支援事業の実施状況	保険者入力	Output
46			4	地域ケア推進会議（施策検討）年間会議延べ件数、年間検討延べ件数	地域ケア推進会議（施策検討）年間会議延べ件数、年間検討延べ件数	地域ケア会議の実施実績			III、地域包括ケア推進体制　27、包括的支援事業の実施状況	保険者入力	Output
47	事業実施13	総合相談支援	1	地域包括支援センター個所数（直営・委託）	地域包括支援センター個所数（直営・委託）人口10万人あたり	総合相談支援の実施体制			III、地域包括ケア推進体制　27、包括的支援事業の実施状況	保険者入力	Output
48	事業実施14	介護予防・生活支援サービス事業	1	介護予防・生活支援サービス実施有無（B型・D型・その他支援）	介護予防・生活支援サービス実施有無（B型・D型・その他支援）	介護予防・生活支援サービス事業の実施実績			III、地域包括ケア推進体制　27、包括的支援事業の実施状況	保険者入力	Output
49	事業実施15	生活支援体制整備事業	1	生活支援コーディネーター数（第１層・第２層）（専任・兼務）	生活支援コーディネーター数（第１層・第２層）（専任・兼務）	生活支援体制整備事業実施実績			III、地域包括ケア推進体制　27、包括的支援事業の実施状況	保険者入力	Output
50	事業実施17	一般介護予防事業	1	一般介護予防事業評価事業　実施有無	一般介護予防事業評価事業　実施有無	一般介護予防事業の実施実績			III、地域包括ケア推進体制　26、介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況	保険者入力	Output
51			2	地域リハビリテーション活動支援事業（専門職派遣件数）	地域リハビリテーション活動支援事業（専門職派遣件数）	一般介護予防事業の実施実績			III、地域包括ケア推進体制　26、介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況	介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況に関する調査結果	Output

52			3	介護支援ボランティア（ボランティアポイント）人数	介護支援ボランティア（ボランティアポイント）人数	一般介護予防事業の実施実績			III、地域包括ケア推進体制　26、介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況	保険者入力	Output
53	事業実施18	介護予防・生活支援サービス事業	1	介護予防・生活支援サービス実施有無（C型）	介護予防・生活支援サービス実施有無（C型）	介護予防・生活支援サービス事業の実施実績			III、地域包括ケア推進体制　26、介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況	介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況に関する調査結果	Output
54	事業実施19	介護予防・生活支援サービス事業	1	介護予防・生活支援サービス実施有無（A型・従前相当）	介護予防・生活支援サービス実施有無（A型・従前相当）	介護予防・生活支援サービス事業の実施実績			III、地域包括ケア推進体制　26、介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況	介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況に関する調査結果	Output
55	インプット１	介護保険給付費	1	保険給付費（再掲）	保険給付費	決算額のうち、保険給付費額とその内訳の占める割合や経年的な伸びを確認する。割合・伸びが低廉に抑えられている方が望ましい。		一人当たり給付費（年齢調整のもの）	VI　介護保険事業運営状況　41 介護保険特別会計経理状況　保険事業勘定	介護保険事業実施状況報告（年報）	Input
56			2	介護給付費割合（居宅・地域密着型・施設）（再掲）	介護給付費割合（居宅・地域密着型・施設）	３区分別のバランスを把握する。要介護高齢者数の増加が見込まれる地域で施設整備の増加が見込めない場合は、居宅サービス、地域密着型サービスの割合を高いことに注目する。			VI　介護保険事業運営状況　35 サービス費割合、受給者割合	介護保険事業実施状況報告（年報）	Input
57			3	サービス別給付費（再掲）	総給付費に占める各サービスの給付費の割合	サービスごとのバランスを把握し、多い（多すぎる）、少ない（少なすぎる）を把握する。訪問系サービス、地域密着型サービスの給付費の割合が高い方が望ましい。			II　在宅医療介護推進体制　25 主なサービス受給構造	介護保険事業実施状況報告（年報）	Input
58	インプット3	在宅医療・介護連携	1	在宅医療・介護連携推進事業（決算額）	在宅医療・介護連携推進事業（決算額）	決算額のうち、在宅医療・介護連携推進事業の額と、地域支援事業、包括的支援事業に占める割合を把握する。			VI　介護保険事業運営状況　41 介護保険特別会計経理状況　保険事業勘定	介護保険事業実施状況報告（年報）	Input
59	インプット4	住まい	1	特定施設介護サービス給付費（再掲）	総給付費に占める特定施設介護サービスの給付費の割合	サービスごとのバランスを把握し、多い（多すぎる）、少ない（少なすぎる）を把握する。特定施設介護サービスの給付費の割合が高いほど資源投入されている。	特定施設以外の住まいについては把握できない。	他の住まいに関する取組みと事業費。	II　在宅医療介護推進体制　25 主なサービス受給構造	介護保険事業実施状況報告（年報）	Input
60	インプット7	家族介護者支援	1	施設・地域密着型・特定施設介護サービス給付費（再掲）	総給付費に占める施設・地域密着型・特定施設介護サービス給付費（再掲）	サービスごとのバランスを把握し、多い（多すぎる）、少ない（少なすぎる）を把握する。介護サービスの給付費の割合が高いほど家族支援に資源投入されている。	給付以外の取組みについては把握できない。	他の取組みについて、任意事業費や保険福祉事業費等を確認する。	II　在宅医療介護推進体制　25 主なサービス受給構造	介護保険事業実施状況報告（年報）	Input
61	インプット10	認知症総合支援事業	1	認知症介護サービス給付費（再掲）	総給付費に占める認知症介護サービス給付費（再掲）	サービスごとのバランスを把握し、多い（多すぎる）、少ない（少なすぎる）を把握する。介護サービスの給付費の割合が高いほど認知症への給付に資源投入されている。	給付以外の取組みについては把握できない。		II　在宅医療介護推進体制　25 主なサービス受給構造	介護保険事業実施状況報告（年報）	Input
62	インプット11	認知症総合支援事業	1	認知症総合支援事業（決算額）	認知症総合支援事業（決算額）	決算額のうち、認知症総合支援事業の額と、地域支援事業、包括的支援事業に占める割合を把握する。		他の取組みについて、任意事業費や保険福祉事業費等を確認する。	VI　介護保険事業運営状況　41 介護保険特別会計経理状況　保険事業勘定	介護保険事業実施状況報告（年報）	Input
63	インプット12	地域ケア会議	1	地域ケア会議（決算額）	地域ケア会議（決算額）	決算額のうち、地域ケア会議の額と、地域支援事業、包括的支援事業に占める割合を把握する。		他の取組みについて、任意事業費や保険福祉事業費等を確認する。	VI　介護保険事業運営状況　41 介護保険特別会計経理状況　保険事業勘定	介護保険事業実施状況報告（年報）	Input
64	インプット13	地域包括支援センター	1	地域包括支援センター運営事業（決算額）	地域包括支援センター運営事業（決算額）	決算額のうち、地域包括支援センターへの運営の額と、地域支援事業、包括的支援事業に占める割合を把握する。		他の取組みについて、任意事業費や保険福祉事業費等を確認する。	VI　介護保険事業運営状況　41 介護保険特別会計経理状況　保険事業勘定	介護保険事業実施状況報告（年報）	Input
65	インプット14	介護予防・生活支援サービス	1	介護予防・生活支援サービス事業（決算額）	総給付費に占める介護予防・生活支援サービス事業（決算額）	決算額のうち、介護予防・生活支援サービス事業の額と、地域支援事業に占める割合を把握する。			VI　介護保険事業運営状況　41 介護保険特別会計経理状況　保険事業勘定	介護保険事業実施状況報告（年報）	Input
66	インプット15	生活支援体制整備事業	1	生活支援体制整備事業（決算額）	総給付費に占める生活支援体制整備事業（決算額）	決算額のうち、生活支援体制整備事業の額と、地域支援事業、包括的支援事業に占める割合を把握する。			VI　介護保険事業運営状況　41 介護保険特別会計経理状況　保険事業勘定	介護保険事業実施状況報告（年報）	Input
67	インプット17	一般介護予防事業	1	一般介護予防事業費（決算額）（内訳）	総給付費に占める一般介護予防事業費（決算額）と内訳	決算額のうち、一般介護予防事業の額と、地域支援事業に占める割合を把握する。			VI　介護保険事業運営状況　41 介護保険特別会計経理状況　保険事業勘定	介護保険事業実施状況報告（年報）	Input
68	インプット21	訪問リハ・通所リハ	1	訪問リハ・通所リハサービス給付費（再掲）	総給付費に占める訪問リハ・通所リハサービス給付費（再掲）	サービスごとのバランスを把握し、多い（多すぎる）、少ない（少なすぎる）を把握する。介護サービスの給付費の割合が高いほど介護予防への給付に資源投入されている。			II　在宅医療介護推進体制　25 主なサービス受給構造	介護保険事業実施状況報告（年報）	Input
69	基本データ		1	人口の高齢化率	高齢化率・75歳以上高齢化率・85歳以上高齢化率	地域の高齢化率、介護需要の現状を把握する。			I　基礎データ　7　8　9　10　11		－
70	基本データ		1	将来推計人口	2025年将来推計人口、2040年将来推計人口	総人口の増減率と75歳以上人口の増減率で、将来に向けた介護需要増減と資源増減の特徴を把握する。			I　基礎データ　13　14		－
71	基本データ		1	高齢者世帯数	高齢者世帯数・高齢夫婦のみ世帯割合、高齢者独居世帯割合	高齢夫婦のみ世帯、高齢者独居世帯割合が高いほど、介護ニーズが高い。			I　基礎データ　12		－
72	基本データ		1	高齢者一人あたり現役世代数	高齢者一人あたり現役世代数	少ないほど、現役世代の負担が大きい。			I　基礎データ　21		－
73	基本データ		1	所得段階別第１号被保険者数と割合	所得段階別第１号被保険者数と割合	被保険者の所得（経済状況）。			VI　介護保険事業運営状況　34所得段階別第１号被保険者数	介護保険事業実施状況報告（年報）	－
74	基本データ		1	保険料段階数	保険料段階数	段階数が多いほど、所得が高い住民が多い。			VI　介護保険事業運営状況　37保険料段階数	保険者入力	－
75	基本データ		1	保険料収納率	保険料収納率	高いほど保険料の納付が見込める			VI　介護保険事業運営状況　40保険料収納率	保険者入力	－
76	基本データ		1	医療資源数	病床（一般）数　病床（療養）数　有床診療所数　無床診療所数　医療機関医師数　歯科医師数　薬剤師数	医療資源数の多寡によって、在宅医療の提供体制や、高齢者の療養場所に影響を及ぼす。	医療施設は二次医療圏ごとに整備されるため、二次医療圏も確認する。		II、在宅医療介護推進体制　24	医療施設調査　医師・歯科医師・薬剤師調査	－

３．　保険者シート活用マニュアル　概要編

介護保険「保険者シート」活用マニュアル
概要編

2022.3.31版

「令和3年度　老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」により作成しました。

活用マニュアル概要編の目的

介護保険「保険者シート」を、地域の実態把握や地域マネジメントに活用するために必要な、基本事項を理解することです。

具体的には、下記を目的にしています。

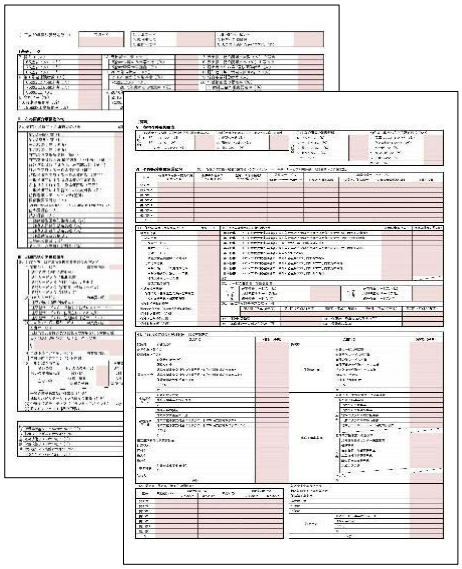
1. 介護保険「保険者シートの概要」を知る
2. 介護保険の目的と全体像を知る
3. PDCAサイクルと事業評価の基本事項を知る
4. 介護保険「保険者シート」の作成と活用できるツールを知る

本マニュアルの構成

1. 介護保険「保険者シート」とは
2. 介護保険の目的と全体像　－介護保険基本ロジックモデル－
3. 介護保険基本ロジックモデルと介護保険「保険者シート」
4. 地域マネジメント　－PDCAサイクルと事業評価の基本事項－
5. 介護保険「保険者シート」の作成と活用できるツール

1. 介護保険「保険者シート」とは

介護保険「保険者シート」とは



- A4版1枚裏表に、介護保険事業に関わる基本データを収載し、保険者の介護保険事業運用状況の全体像が簡便に把握できるシート。
- 既存の保険者が保有するデータと、公開データを利用して毎年作成している。
- 平成27年に「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」（座長：新田國夫）において開発され、首都圏を中心とした自治体から活用がはじまり、医療・看護・介護の課題分析と、地域包括ケア政策への提言を行うため、検討と普及が重ねられた。
- 令和元年度からは、収載する指標の見直し、データの精緻化とデータベース化、活用マニュアルの開発、研修プログラムの開発を行い、全国保険者への普及や、データの一般公開を行っている。（一部、厚生労働省老人保健健康増進等事業として実施。）

※ 詳細は介護保険「保険者シート」ホームページ https://hokenja-sheet.jp/about/

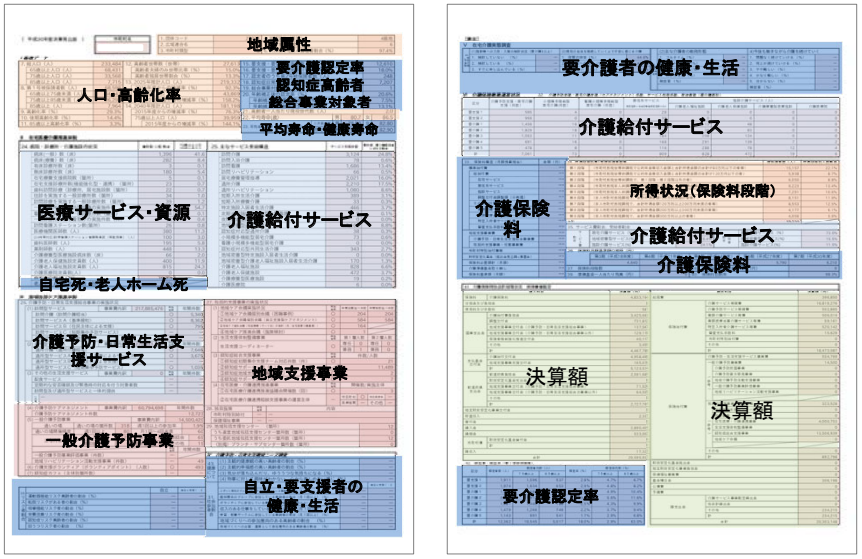
介護保険「保険者シート」の基本コンセプト

介護保険「保険者シート」は下記をコンセプトとして開発されました。

（1）公表データから作成するものであること。
（2）既存のデータを利用して、簡単に作成できること。
（3）時系列の分析が可能であること。
（4）地域間比較が可能であること。
（5）保険者の位置が分かること。
（6）保険者の進むべき方向が分かること。

※出典：大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会（2018）介護保険「保険者シート」（平成27年度版）調査報告書
http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/link/201711daitoshi_hokenjya

介護保険「保険者シート」の構成

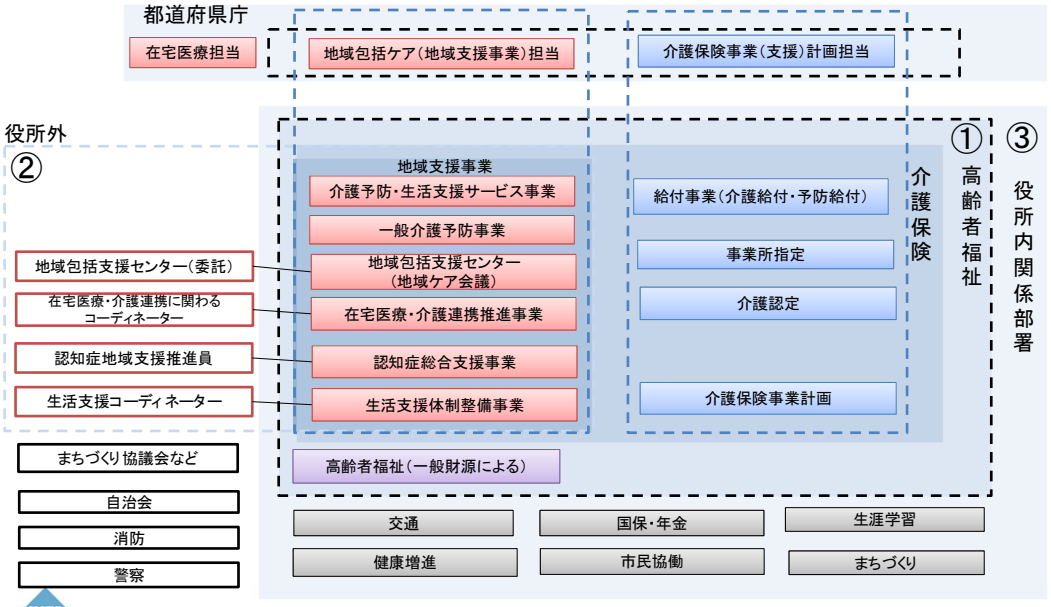


事業成果・介護保険料 | サービス量・資源 | 事業実施 | 事業費 | 地域特性

介護保険「保険者シート」で何ができるのか

自治体の課題	保険者シートを使うことで
介護保険事業が複雑化し（総合事業、医療介護連携、生活支援等）、一人の担当者が担う業務が細分化されている	**介護保険事業全体のポイント**をつかみ、説明することができる
介護保険の目的や、各事業が何のために実施しているのか、事業間の関連がわからない。	介護保険事業全体の構造（ロジックモデル）を理解し、**自分の事業の位置づけ**等を知ることができる
市町村ごとの特性を踏まえた事業の実施	地域間比較により、**自らの市町村の特性・課題**を理解できる
介護保険事業のPDCAサイクル、適正な評価の実施	PDCAサイクルに必要な数字を集めることができる 介護保険事業全体の構造（ロジックモデル）を理解し、**適切な指標**を考えることができる 介護保険事業のポイントとなる項目を時系列比較することにより、**事業実施の効果**を把握することができる
今後、地域の高齢化、人口減少等を踏まえた取組の方向性が不明	各地域において不足している取組や、地域の実情に応じて**今後必要な取組**を把握することができる
健康づくりや地域づくり、地域福祉、地域共生、住宅施策、医療施策など、様々な隣接分野があり、連携した取組が必要	**部署間連携の題材**として、目的を共有するとともに、相互の理解を深め、より効果的・効率的な事業運営を行うきっかけとできる

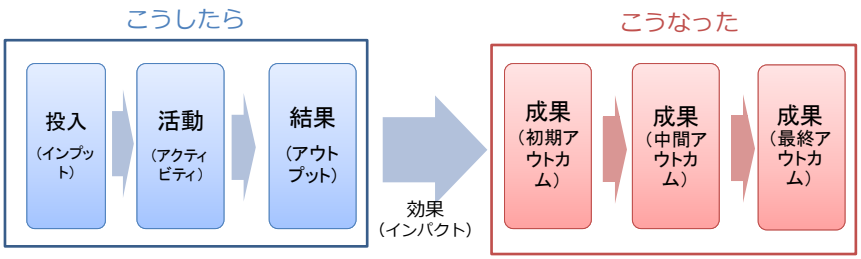
介護保険「保険者シート」を活用して様々部署や関係者と協働できる



2. 介護保険の目的と全体像
―介護保険基本ロジックモデル―

介護保険の全体像をロジックモデルで表す

ロジックモデル：投入・活動・結果・成果の論理構造図



働きかける主体に起こること≒手段

＝介護保険事業として保険者・自治体が実施すること

働きかけた相手に起こること≒目的

＝地域のサービス・支援体制や地域住民に起こること

図：W.K.Kellogg Foundation. Logic Model Development Guide, 2003、 Rossi, et al. プログラム評価の理論と方法、をもとに作成

介護保険の目的

介護保険法
第一章　総則
（目的）
第一条　この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が**尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる**よう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

介護保険で最終的に目指す姿＝尊厳（＝本人の主観的な部分も含む）と自立した日常生活

出典：介護保険法

介護保険の方向性

介護保険法
(介護保険)
第二条　介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」という。)に関し、必要な**保険給付を行う**ものとする。

①介護予防と重度化防止

2　前項の保険給付は、**要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資する**よう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3　第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、**適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供される**よう配慮して行われなければならない。

②適切なサービス

4　第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、**可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと**ができるように配慮されなければならない。

③居宅における日常生活

出典:介護保険法

介護保険事業として実施すること

- ・保険給付
  - ・介護給付
  - ・予防給付

介護給付	予防給付	
居宅介護サービス費	介護予防サービス費	介護保険のサービス費の支給は、代理受領方式で現物給付化されている
地域密着型介護サービス費	地域密着型介護予防サービス費	
施設介護サービス費	－	
居宅介護サービス計画費(ケアマネ)	介護予防サービス計画費(ケアマネ)	
特定入所者介護サービス費(補足給付)	特定入所者介護予防サービス費(補足給付)	
居宅介護福祉用具購入費	介護予防福祉用具購入費	左の給付は、償還払いが原則 (一部の自治体で、福祉用具購入費、住宅改修費、施設の高額介護(予防)サービス費は、受領委任方式が行われている。)
居宅介護住宅改修費	介護予防住宅改修費	
高額介護サービス費	高額介護予防サービス費	
高額医療合算介護サービス費	高額医療合算介護予防サービス費	

  - ・市町村特別給付
    (条例で定めて行うことができる市町村の独自給付、財源は1号保険料)
- ・地域支援事業
  - ・介護予防・日常生活支援総合事業
    - ・介護予防・生活支援サービス事業
      (訪問型サービス、通所型サービス、介護予防支援事業等)
    - ・一般介護予防事業
  - ・包括的支援事業
  - ・任意事業
- ・保健福祉事業
  (市町村の独自事業、財源は1号保険料)

出典:厚生労働省資料

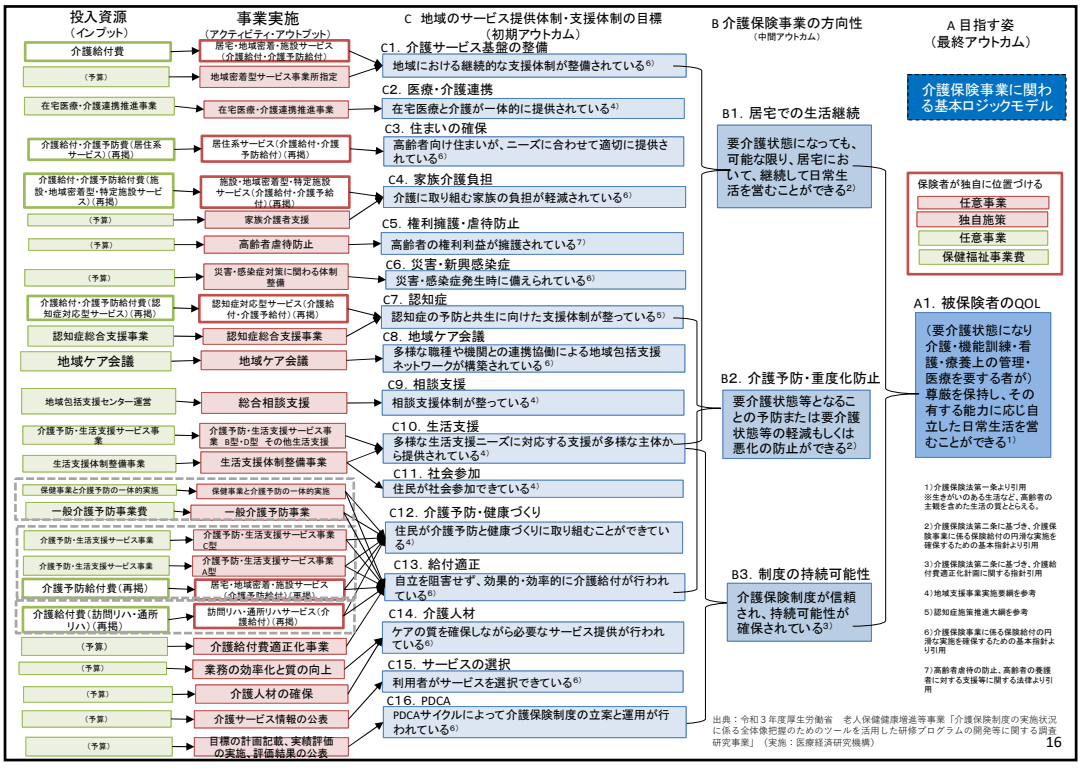
保険給付と地域支援事業の違い

【給付】

- 事業者　自由参入（指定）
- 基準　国が決める
- 単価　国が決める
- 量　限度額内で利用者が決定
- 財政　決算主義

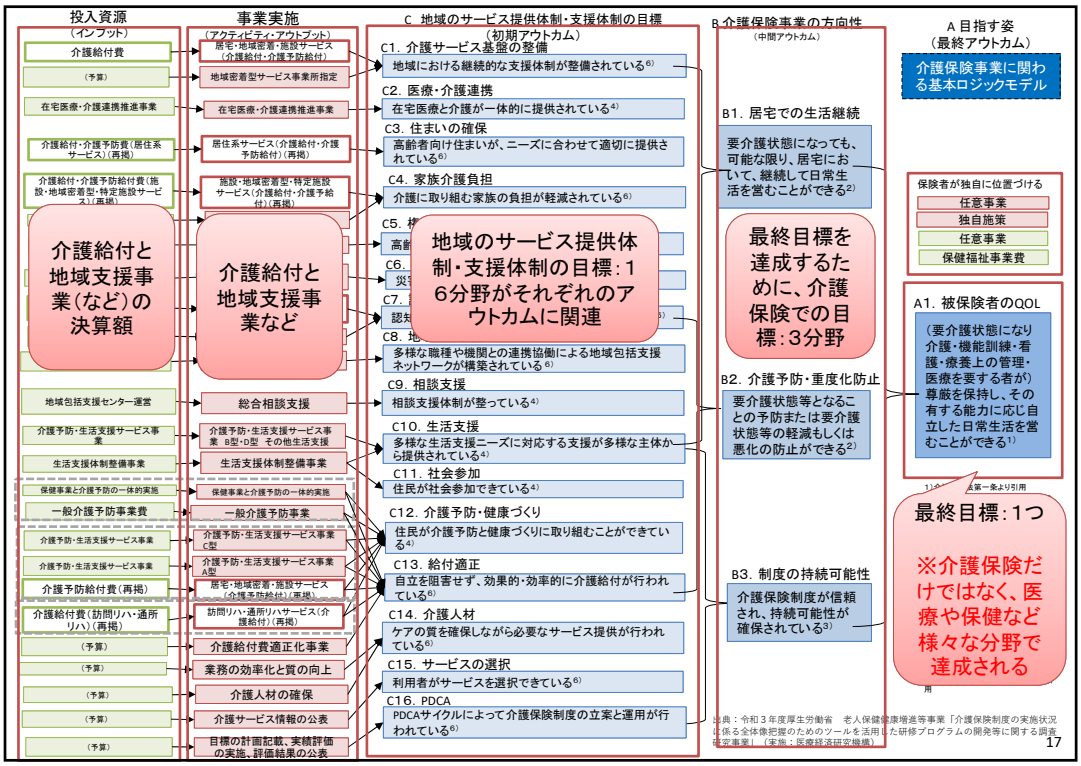
【地域支援事業】

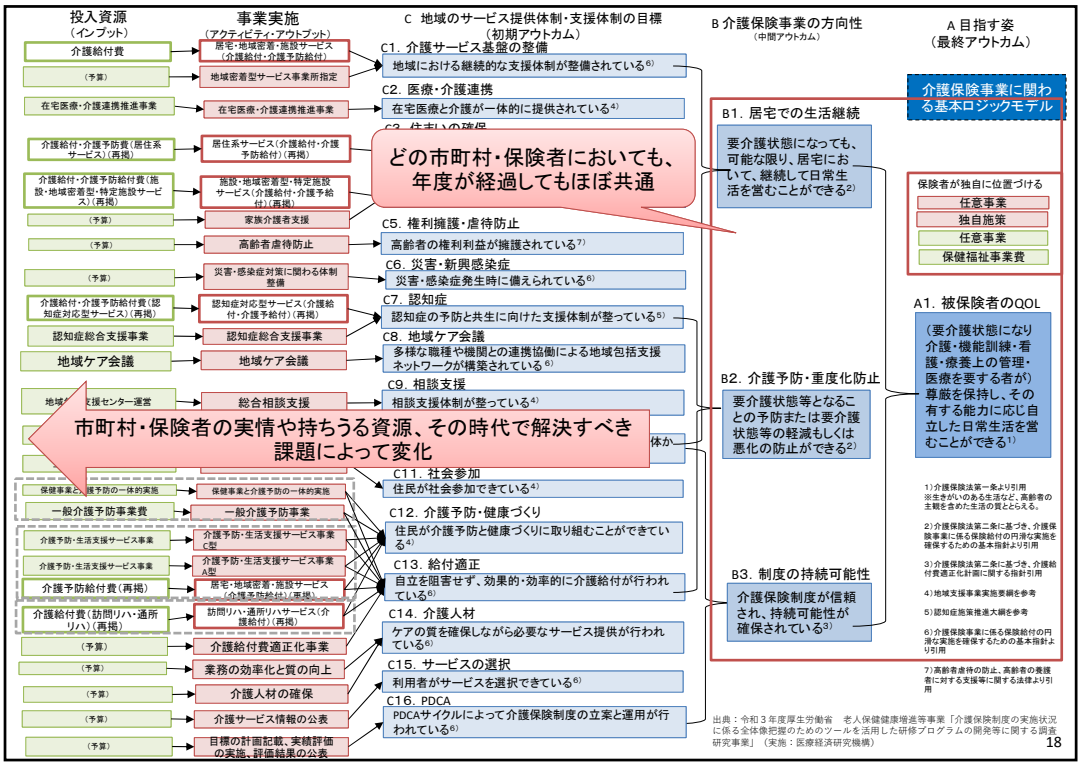
- 事業者　直営、委託、補助
- 基準　市町村が決める
- 単価　市町村が決める
- 量　市町村が決める
- 財政　予算主義

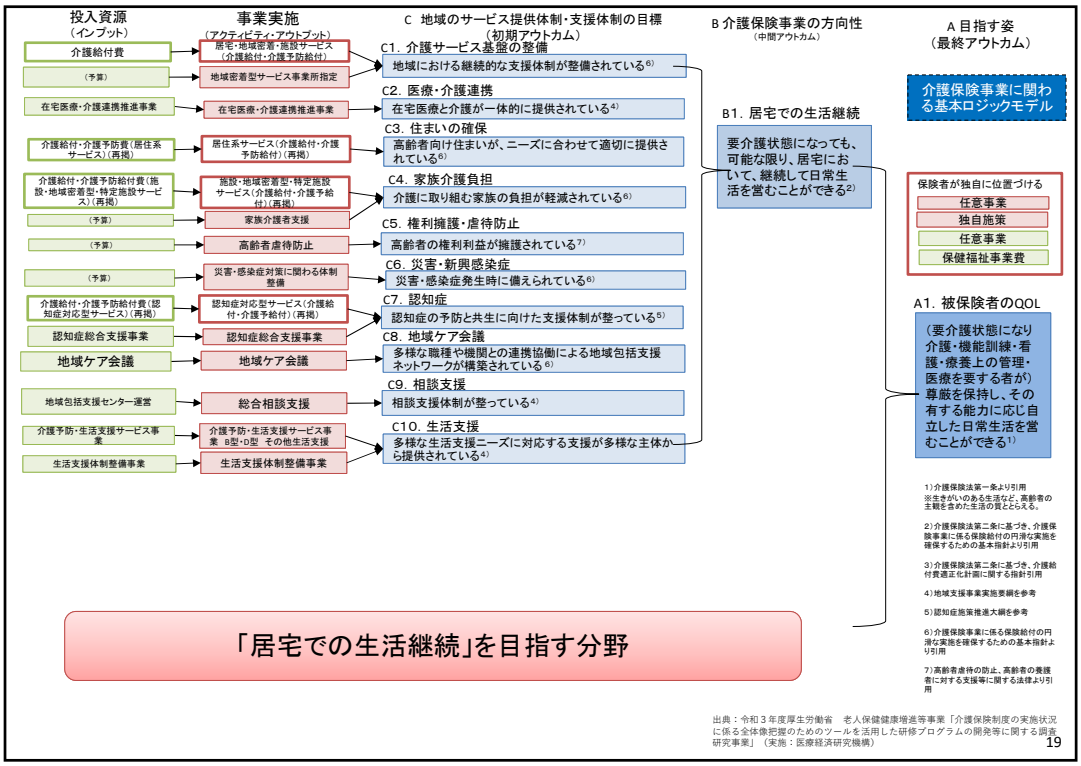


出典：令和３年度厚生労働省　老人保健健康増進等事業「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」（実施：医療経済研究機構）

16

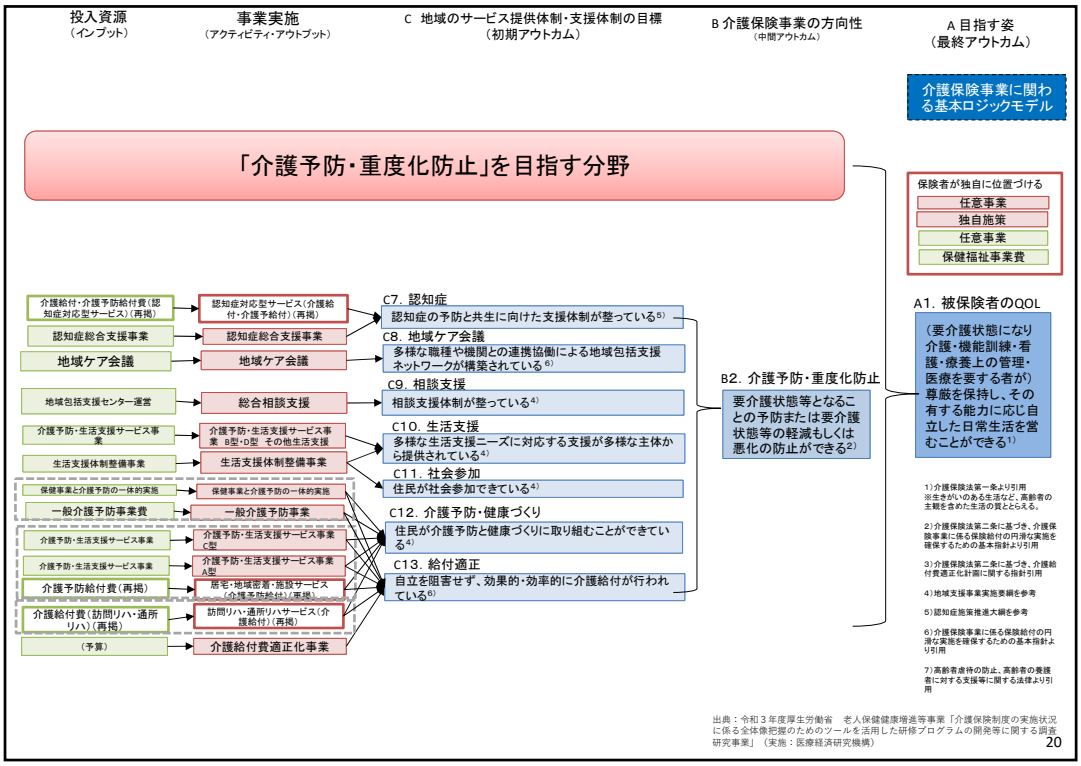

投入資源
（インプット）
介護給付費
（予算）
在宅医療・介護連携推進事業
介護給付・介護予防費（居住系サービス）（再掲）
介護給付・介護予防給付費（施設・地域密着型・特定施設サービス）（再掲）
介護給付と地域支援事業（など）の決算額
地域包括支援センター運営
介護予防・生活支援サービス事業
生活支援体制整備事業
保健事業と介護予防の一体的実施
一般介護予防事業費
介護予防・生活支援サービス事業
介護予防・生活支援サービス事業
介護予防給付費（再掲）
介護給付費（訪問リハ・通所リハ）（再掲）
（予算）
（予算）
（予算）
（予算）
（予算）
事業実施
（アクティビティ・アウトプット）
居宅・地域密着・施設サービス（介護給付・介護予防給付）
地域密着型サービス事業所指定
在宅医療・介護連携推進事業
居住系サービス（介護給付・介護予防給付）（再掲）
施設・地域密着型・特定施設サービス（介護給付・介護予防給付）（再掲）
介護給付と地域支援事業など
総合相談支援
介護予防・生活支援サービス事業　B型・D型　その他生活支援
生活支援体制整備事業
保健事業と介護予防の一体的実施
一般介護予防事業
介護予防・生活支援サービス事業C型
介護予防・生活支援サービス事業A型
居宅・地域密着・施設サービス（介護予防給付）（再掲）
訪問リハ・通所リハサービス（介護給付）（再掲）
介護給付費適正化事業
業務の効率化と質の向上
介護人材の確保
介護サービス情報の公表
目標の計画記載、実績評価の実施、評価結果の公表
C　地域のサービス提供体制・支援体制の目標
（初期アウトカム）
C1. 介護サービス基盤の整備
地域における継続的な支援体制が整備されている6)
C2. 医療・介護連携
在宅医療と介護が一体的に提供されている4)
C3. 住まいの確保
高齢者向け住まいが、ニーズに合わせて適切に提供されている6)
C4. 家族介護負担
介護に取り組む家族の負担が軽減されている6)
C5. 権
高齢
C6.
災害
C7.
認知
C8. 地
多様な職種や機関との連携協働による地域包括支援ネットワークが構築されている6)
C9. 相談支援
相談支援体制が整っている4)
C10. 生活支援
多様な生活支援ニーズに対応する支援が多様な主体から提供されている4)
C11. 社会参加
住民が社会参加できている4)
C12. 介護予防・健康づくり
住民が介護予防と健康づくりに取り組むことができている4)
C13. 給付適正
自立を阻害せず、効果的・効率的に介護給付が行われている6)
C14. 介護人材
ケアの質を確保しながら必要なサービス提供が行われている6)
C15. サービスの選択
利用者がサービスを選択できている6)
C16. PDCA
PDCAサイクルによって介護保険制度の立案と運用が行われている6)
地域のサービス提供体制・支援体制の目標：16分野がそれぞれのアウトカムに関連
B 介護保険事業の方向性
（中間アウトカム）
B1. 居宅での生活継続
要介護状態になっても、可能な限り、居宅において、継続して日常生活を営むことができる2)
最終目標を達成するために、介護保険での目標：3分野
B2. 介護予防・重度化防止
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2)
B3. 制度の持続可能性
介護保険制度が信頼され、持続可能性が確保されている3)
A 目指す姿
（最終アウトカム）
介護保険事業に関わる基本ロジックモデル
保険者が独自に位置づける
任意事業
独自施策
任意事業
保健福祉事業費
A1. 被保険者のQOL
（要介護状態になり介護・機能訓練・看護・療養上の管理・医療を要する者が）尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる1)
1）介護保険法第一条より引用
最終目標：1つ
※介護保険だけではなく、医療や保健など様々な分野で達成される
出典：令和３年度厚生労働省　老人保健健康増進等事業「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」（実施：医療経済研究機構）
17


投入資源
（インプット）
介護給付費
（予算）
在宅医療・介護連携推進事業
介護給付・介護予防費（居住系サービス）（再掲）
介護給付・介護予防給付費（施設・地域密着型・特定施設サービス）（再掲）
（予算）
（予算）
介護給付・介護予防給付費（認知症対応型サービス）（再掲）
認知症総合支援事業
地域ケア会議
保健事業と介護予防の一体的実施
一般介護予防事業費
介護予防・生活支援サービス事業
介護予防・生活支援サービス事業
介護予防給付費（再掲）
介護給付費（訪問リハ・通所リハ）（再掲）
（予算）
（予算）
（予算）
（予算）
（予算）
事業実施
（アクティビティ・アウトプット）
居宅・地域密着・施設サービス（介護給付・介護予防給付）
地域密着型サービス事業所指定
在宅医療・介護連携推進事業
居住系サービス（介護給付・介護予防給付）（再掲）
施設・地域密着型・特定施設サービス（介護給付・介護予防給付）（再掲）
家族介護者支援
高齢者虐待防止
災害・感染症対策に関わる体制整備
認知症対応型サービス（介護給付・介護予防給付）（再掲）
認知症総合支援事業
地域ケア会議
総合相談支援
保健事業と介護予防の一体的実施
一般介護予防事業
介護予防・生活支援サービス事業C型
介護予防・生活支援サービス事業A型
居宅・地域密着・施設サービス（介護予防給付）（再掲）
訪問リハ・通所リハサービス（介護給付）（再掲）
介護給付費適正化事業
業務の効率化と質の向上
介護人材の確保
介護サービス情報の公表
目標の計画記載、実績評価の実施、評価結果の公表
どの市町村・保険者においても、年度が経過してもほぼ共通
市町村・保険者の実情や持ちうる資源、その時代で解決すべき課題によって変化
C　地域のサービス提供体制・支援体制の目標
（初期アウトカム）
C1. 介護サービス基盤の整備
地域における継続的な支援体制が整備されている6)
C2. 医療・介護連携
在宅医療と介護が一体的に提供されている4)
C5. 権利擁護・虐待防止
高齢者の権利利益が擁護されている7)
C6. 災害・新興感染症
災害・感染症発生時に備えられている6)
C7. 認知症
認知症の予防と共生に向けた支援体制が整っている5)
C8. 地域ケア会議
多様な職種や機関との連携協働による地域包括支援ネットワークが構築されている6)
C9. 相談支援
相談支援体制が整っている4)
C11. 社会参加
住民が社会参加できている4)
C12. 介護予防・健康づくり
住民が介護予防と健康づくりに取り組むことができている4)
C13. 給付適正
自立を阻害せず、効果的・効率的に介護給付が行われている6)
C14. 介護人材
ケアの質を確保しながら必要なサービス提供が行われている6)
C15. サービスの選択
利用者がサービスを選択できている6)
C16. PDCA
PDCAサイクルによって介護保険制度の立案と運用が行われている6)
B 介護保険事業の方向性
（中間アウトカム）
B1. 居宅での生活継続
要介護状態になっても、可能な限り、居宅において、継続して日常生活を営むことができる2)
B2. 介護予防・重度化防止
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2)
B3. 制度の持続可能性
介護保険制度が信頼され、持続可能性が確保されている3)
A 目指す姿
（最終アウトカム）
介護保険事業に関わる基本ロジックモデル
保険者が独自に位置づける
任意事業
独自施策
任意事業
保健福祉事業費
A1. 被保険者のQOL
（要介護状態になり介護・機能訓練・看護・療養上の管理・医療を要する者が）尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる1)
1）介護保険法第一条より引用
※生きがいのある生活など、高齢者の主観を含めた生活の質とらえる。
2）介護保険法第二条に基づき、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針より引用
3）介護保険法第三条に基づき、介護給付費適正化計画に関する指針引用
4）地域支援事業実施要綱を参考
5）認知症施策推進大綱を参考
6）介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針より引用
7）高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律より引用
出典：令和３年度厚生労働省　老人保健健康増進等事業「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」（実施：医療経済研究機構）
18



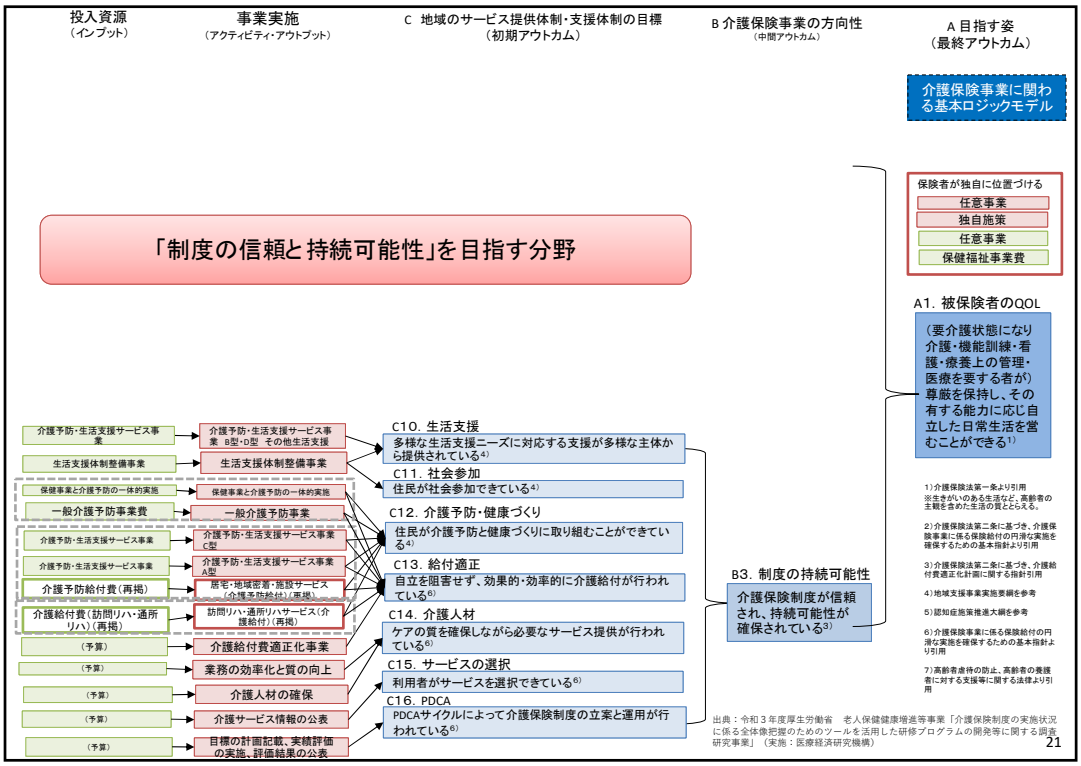
出典：令和３年度厚生労働省　老人保健健康増進等事業「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」（実施：医療経済研究機構）

19



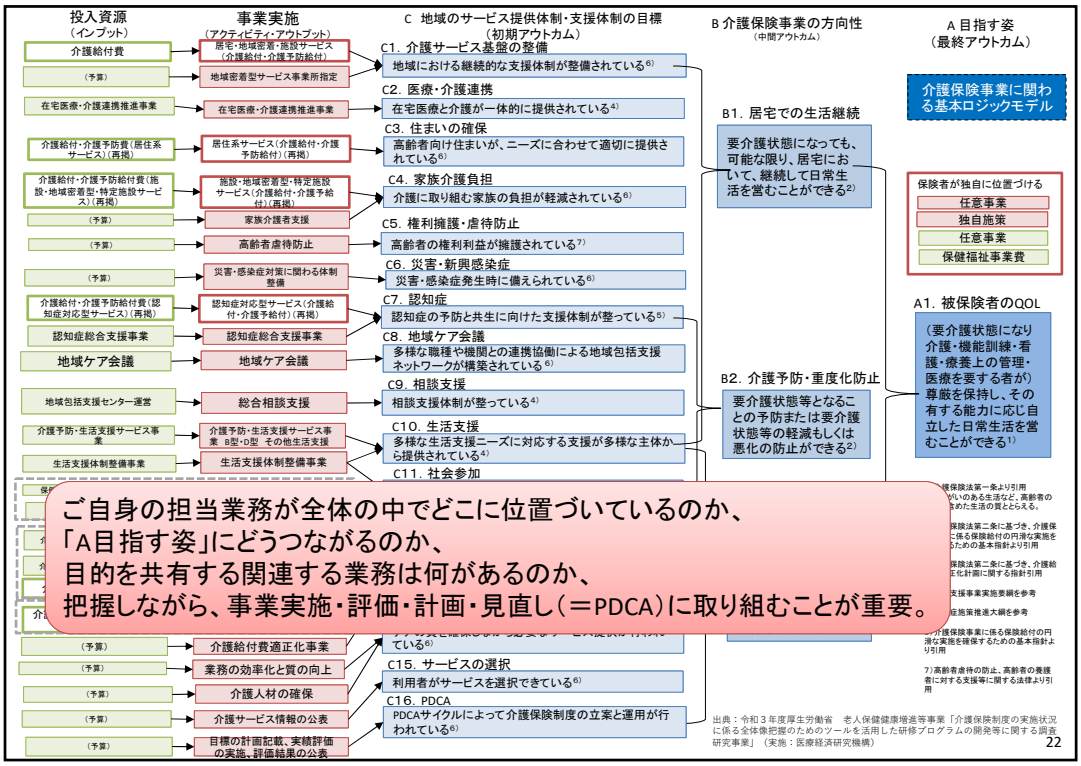
出典：令和３年度厚生労働省　老人保健健康増進等事業「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」（実施：医療経済研究機構）

20



出典：令和３年度厚生労働省　老人保健健康増進等事業「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」（実施：医療経済研究機構）

21



出典：令和３年度厚生労働省　老人保健健康増進等事業「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」（実施：医療経済研究機構）

22

3. 介護保険基本ロジックモデルと介護保険「保険者シート」

指標＝成果を測定するモノサシ

アウトカム（成果）測るための物差し

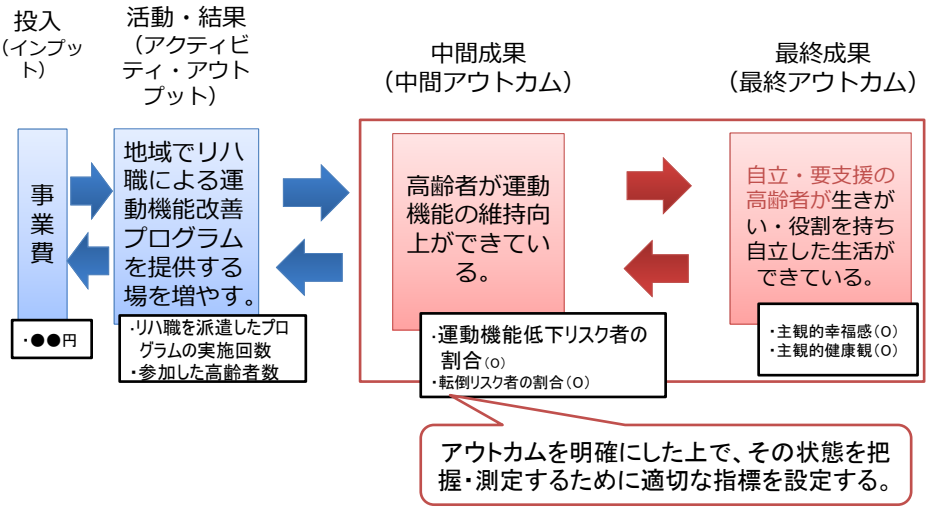
1）アウトカム指標（成果指標）＝O（Outcome）
住民の健康状態や、患者の状態を測る指標

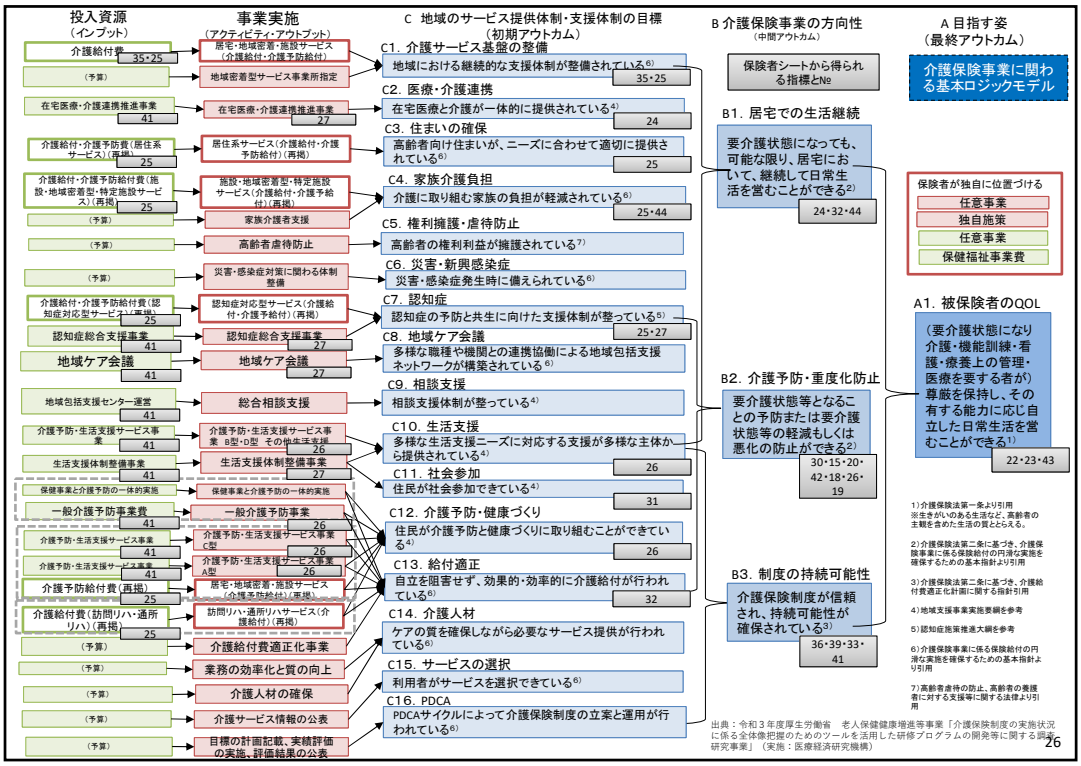
2）プロセス指標（過程指標）　＝P（Process）
実際にサービスを提供する主体の活動や、
他機関との連携体制を測る指標

3）ストラクチャー指標（構造指標）＝S（Structure）
医療サービスを提供する物的資源、人的資源、
および組織体制、外部環境、対象となる母集団を
測る指標

注：定義は、厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（医政地発0331第3号　2017年3月31日）

成果を測定するモノサシ＝指標の例





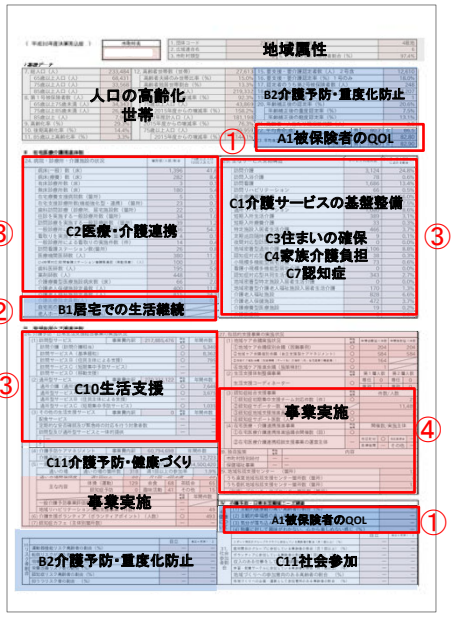
介護保険基本ロジックモデルと介護保険「保険者シート」

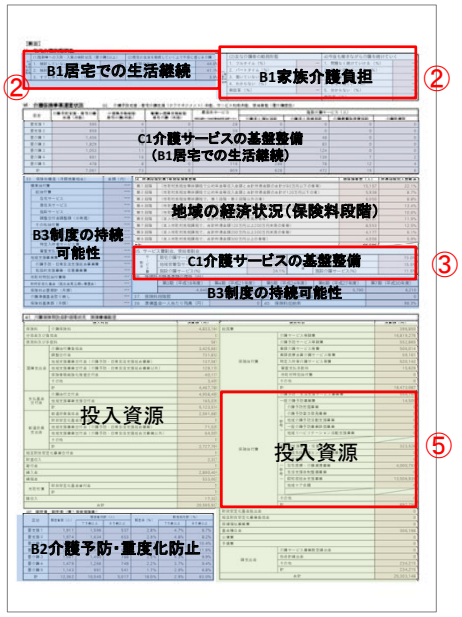
1. 介護保険「保険者シート」は、介護保険の「成果」を測る指標から、事業実施、投入資源まで、介護保険基本ロジックモデルの全体にわたり、基本的な指標が網羅的に収載されている。
   → ・介護保険「保険者シート」1枚で、ほぼ全体像が把握できる。
   ・投入資源、事業実施、成果の関連を検討（事業評価）できる。

2. 特に、どの保険者・市町村でも、年度が経過しても共通する、「最終アウトカム」「中間アウトカム」の指標が収載されている。
   → ・地域間比較や時系列比較ができる。
   ・事業評価において重要な「成果」が把握できる。

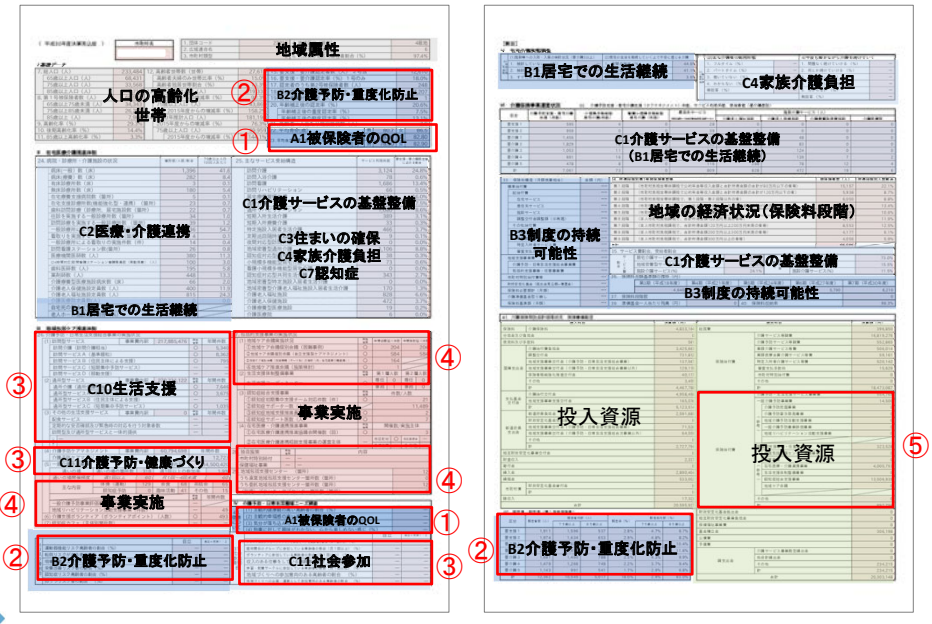
3. 保険料構造や決算額など財政部分の指標が収載されている。

「居宅での生活継続」に関わる指標とデータを見る順序

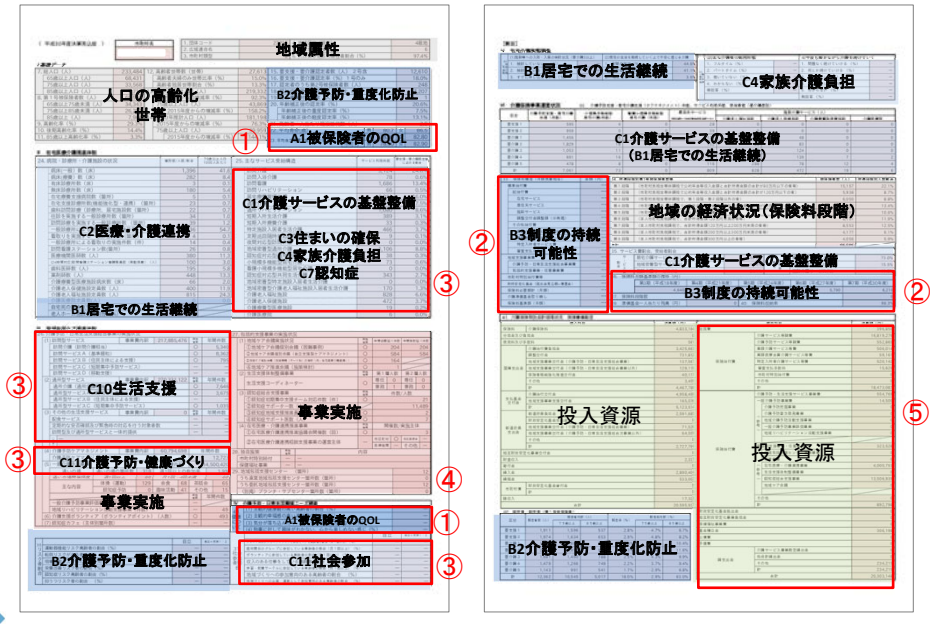




「介護予防・重度化防止」に関わる指標とデータを見る順序

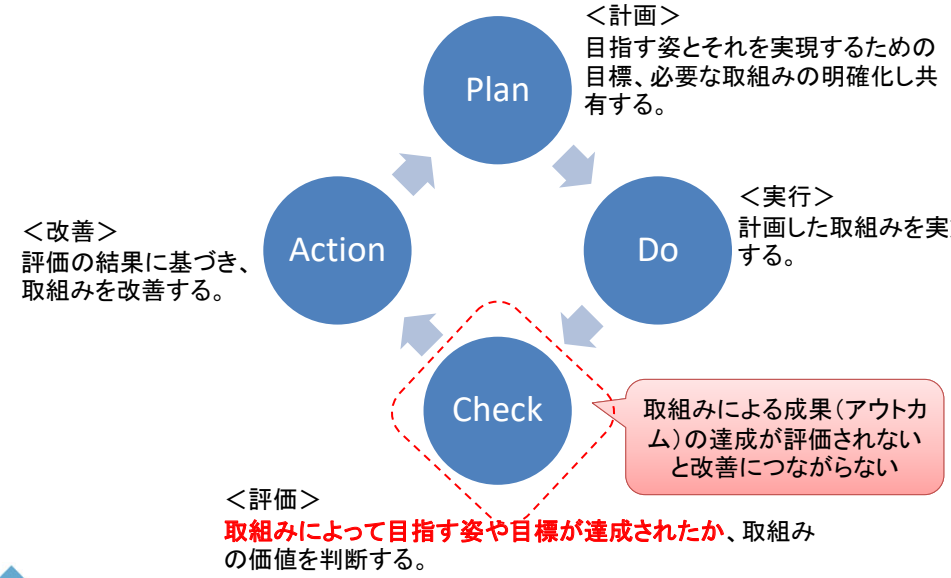


「制度の持続可能性」に関わる指標とデータを見る順序



4. PDCAサイクルと事業評価の基本事項

PDCAサイクルは「C＝評価」がカギ



事業評価（プログラム評価）

評価の階層性

1．セオリー評価（整合性評価）
目的・目標に対して整合性のある施策が立案されているか

2．プロセス評価（実行評価）
計画された施策が計画どおりに実行されたか

3．インパクト評価（効果評価）
実行された施策は効果をもらしたか

4．コスト・パフォーマンス評価（費用対効果評価）
投入された資源は効果に見合っていたか

事業評価には階層性がある。
→インパクト評価を実施するには、ロジックモデルによって、セオリー評価を実施する。

インパクト評価をPDCAサイクルのCで実施する

図：W.K.Kellogg Foundation. Logic Model Development Guide, 2003、 Rossi, et al. プログラム評価の理論と方法、をもとに作成

事業評価の例

投入（インプット）	活動・結果（アクティビティ・アウトプット）	中間成果（中間アウトカム）	最終成果（最終アウトカム）
事業費	地域でリハ職による運動機能改善プログラムを提供する場を増やす。	高齢者が運動機能の維持向上ができている。	自立・要支援の高齢者が生きがい・役割を持ち自立した生活ができている。

①成果（目的・目標）を達成するために妥当な取組みだったか？（セオリー評価）

②計画通りに実行したか？（プロセス評価）

アウトカムに指標を設定して測定し、事業実施との関連を評価する

③効果はあったか？（インパクト評価）

④効果は費用に見合っていたか？（コストパフォーマンス評価）

図：地域医療計画評価ネットワーク「評価・改訂マニュアル」の図をもとに作成
https://sites.google.com/view/rhplanet/%E3%83%9B%E3%83%BC%E3%83%A0?authuser=0

5. 介護保険「保険者シート」の作成と活用できるツール

介護保険「保険者シート」の作成とツール

保険者シートWebサイト（https://hokenja-sheet.jp/）からダウンロード

公開データ

・国勢調査・人口動態統計（総務省）
・市区町村生命表の概況（厚生労働省）
・人口動態調査（厚生労働省）
・日本の地域別将来推計人口（国立社会保障人口問題研究所）
・市町村類型（総務省）・団体コード（総務省）
・地域包括ケア「見える化」システム（厚生労働省）
・在宅医療にかかる地域別データ集（厚生労働省）
・医療施設（動態）調査（厚生労働省）
・医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）
・認知症サポーター（全国キャラバンメイト連絡協議会）
・介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（厚生労働省）
・介護保険事業状況報告月報・年報（厚生労働省）
・介護保険料（厚生労働省）

14データソース 約201項目

事務局が毎年4月～9月頃収集

保険者保有データ

- 地域支援事業の実施状況・決算額 約155項目
- 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 在宅介護実態調査 集計結果
- 介護保険料算定時の推計値 など

市町村・保険者が毎年Webサイトからデータを登録

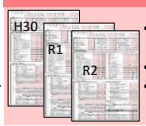
「見える化」システムからのデータを取り込むことで155項目→最少96項目に

※登録する項目は年度によって変わります

データベース

市区町村・保険者単位でデータを突合し格納

保険者シート

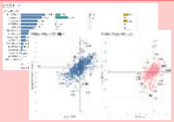


・国・都道府県・保険者・市町村ごとに、毎年作成（PDF）
・各自治体・保険者の実態把握、経年比較に有効
・会議資料、庁内外への説明資料、介護保険事業計画掲載資料等にそのまま利用可

比較ツール

国・都道府県の値（基準）と1保険者・市町村のデータを比較
自地域の保険者シート データ（全体像）の高・低が一見して判断できる

データ可視化ツール



・地域間比較、時系列比較できるグラフを用意
・都道府県・人口規模・高齢化率で比較地域を容易に選択。地域の特徴がより明確に。
・グラフはダウンロードし、資料等にそのまま利用可

保険者シートデータセット

・保険者シートデータをExcelファイル1シートに表示
・都道府県単位/年度単位でダウンロードデータを選択可
・目的や関心に合わせて、自由に集計・分析・加工が可能
・統計ソフト等へのインポート可

行：国・都道府県・市町村・保険者
列：保険者シート項目

主に研究者向け

保険者シートホームページ

URL： https://hokenja-sheet.jp/

介護保険「保険者シート」

介護保険「保険者シート」データの公開範囲

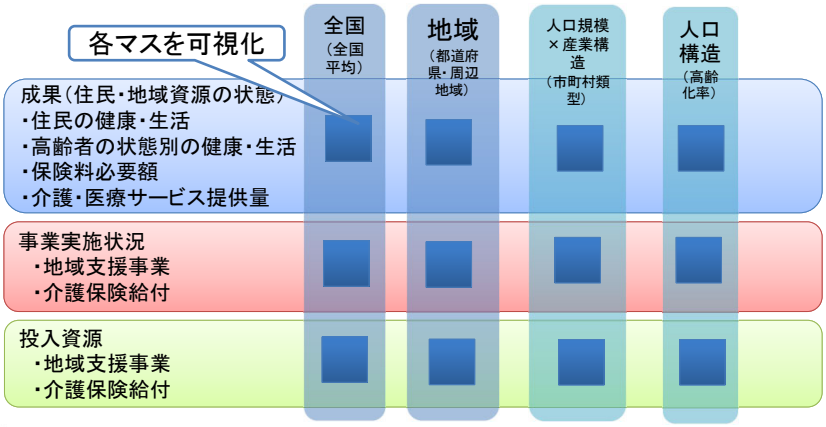
出力対象	保険者が登録するデータ						事務局が公開データから登録するデータ
	自団体のデータ			他団体のデータ			
データ公開範囲	公開	国・都道府県・他市町村のみ	非公開	公開	国・都道府県・他市町村のみ	非公開	
市区町村・広域連合アカウント	○	○	○	○	○	×	○
国・都道府県アカウント				○	○	×	○
一般アカウント				○	×	×	○

○：出力される　×：出力されない

下記の場合はデータが空欄
- 公開データで、データセットダウンロード時点で未公開の場合。
- 保険者入力のデータで、保険者がデータを登録していない、もしくは、登録を完了してない場合。
- 保険者入力のデータで、保険者がデータ公開範囲を「公開」以外に設定している場合。
- 保険者入力のデータで、回答不要、非該当の場合。

可視化ツールの地域間比較

- 保険者（市町村）が、
  ・全国（＝全国平均）、都道府県（＝都道府県平均）
  ・地域（＝同じ都道府県内や周辺地域）
  ・同じ条件の地域（人口構造の特徴、財政的特徴、人口規模×産業構造、人口密度）
  と比較した時の、相対的な位置や特徴が分かる



可視化ツールで比較する地域を選択する

データセットのダウンロード

利用するにはアカウント登録が必要です

URL：　https://hokenja-sheet.jp/

介護保険「保険者シート」

４．　保険者シート活用マニュアル　基礎編

介護保険「保険者シート」活用マニュアル
基礎編

2022.3.31版

「令和3年度　老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」により作成しました。

活用マニュアル基礎編の目的

介護保険「保険者シート」を、地域の実態把握や地域マネジメントに活用するために、介護保険「保険者シート」に収載されている指標の基本的な見方について解説するものです。

各指標で下記を示しています。

1. 分野（介護保険基本ロジックモデルでの場所）
2. 保険者シート掲載場所と項目№
3. 指標で把握しようとしているアウトカム
4. 指標の詳細定義、集計方法
5. 指標に影響を及ぼす主な要因
6. 指標を見る場合の注意事項

平均寿命・健康寿命（平均自立期間）

保険者シート№22　№23

分野：被保険者のQOL
「（要介護状態になり介護・機能訓練・看護・療養上の管理・医療を要する者が）尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる」の状態を把握する指標
※平均寿命・健康寿命が高いほど、平均寿命と健康寿命の差が小さいほど、住民の健康は良好

- 健康寿命＝日常生活動作が自立している：要介護２以上になるまでの平均期間

＜影響を及ぼす要因＞
①　保健・医療・福祉の取組み
→介護保険分野、高齢者分野に限らず、あらゆる施策・事業の長期的な成果として設定されている。
②　健康の地域格差、生活習慣、社会文化的背景
→例：脳卒中の罹患・死亡率の地域差、生活習慣
③　医療・介護サービスの提供体制
→例：地域住民の自立の程度

＜注意事項＞
・健康寿命は、小規模自治体での計算は信頼性が低い。もしくは、計算されない場合がある。
→二次医療圏単位での計算結果を用いる。

主観的幸福感・主観的健康感が高い者の割合

保険者シート№43

分野：被保険者のQOL（生活の質）
「（要介護状態になり介護・機能訓練・看護・療養上の管理・医療を要する者が）尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる」の状態を把握する指標
※主観的幸福感・主観的健康感が高い者の割合が高い方が、生活の質（の主観的側面）が良好。
※生活の質は、客観的状態に加えて主観的な側面も合わせてみる。

- 主観的幸福感：「現在どの程度幸せですか」に0～10点中、8点以上を回答した者の割合
  生活の質の主観的側面を測定。
- 主観的健康感：「現在の健康状態」に「とてもよい」「まあ良い」を回答した者の割合」
  健康関連の生活の質の主観的側面を測定。
  高いほど死亡率が低いことが知られている。
- 病気や障害の有無に関わらない生活の質を把握

＜影響する要因＞
①　保健・医療・福祉の取組み
→介護保険分野、高齢者分野に限らず、あらゆる施策・事業の長期的な成果として設定される。
②　身体的、精神的、社会的健康状態
＜注意事項＞
・自立・要支援の者のみの回答で、要介護者の回答が含まれていない。

自宅死・老人ホーム死の割合

保険者シート№24

分野：居宅での生活継続
「要介護状態になっても、可能な限り、居宅において、継続して日常生活を営むことができる」の状態を把握する指標
※割合が高いほど、医療施設ではない「暮らしの場」で人生の最終段階を過ごした人の割合がある程度把握できる

＜影響する要因＞
① 医療資源、介護資源、サービス提供体制
② 地理的要因、文化的要因

＜注意事項＞
- 「自宅死」には、異状死も一定数含まれる。「自宅で看取られた人数」を示していない。
  →時系列で推移を確認する
- 小規模自治体は１死亡によって割合が大きく変動する。
  →時系列の推移、数年の平均値で傾向を確認する
- 老人ホームに居住系サービスでの死亡が含まれる場合がある
- 死亡した１時点の「場所」を示す
  ※死亡した場所に関わらず、「死亡する前にどれだけ長く暮らしの場で生活を続けられたか」は把握できない。

在宅療養率（要介護３以上の居所別サービス利用者数）

保険者シート№32

分野：居宅での生活継続
「要介護状態になっても、可能な限り、居宅において、継続して日常生活を営むことができる」の状態を把握する指標
※「自宅」「小規模多機能＋看護小規模多機能」「居住系」の割合が高いほど、医療施設や施設サービス以外の居宅サービスで高齢者を支えられている。

- 要介護認定者数と各サービス受給者数から割合を集計
- 介護老人福祉施設への入所が可能になる要介護3以上に着目して集計している
- 「介護サービス利用なし」は、家族が支えている場合、入院などで医療保険を使っている場合、自費で介護サービスを利用している場合が考えられる。

＜影響する要因＞
① 医療資源、介護資源、サービス提供体制
  →在宅に関わるサービス提供量や資源がある程度必要になる
② 地理的要因、文化的要因
③ 家族の介護負担
  →自宅が多いほど家族の介護負担は高くなる

＜注意事項＞
- 同じ月にサービスを変更した場合は複数回カウントされているため、サービス受給者数が要介護認定者数を上回っている場合がある。その場合、「介護サービス利用無し」を0とした。
- 各年３月分の算定のため季節変動は考慮できていない。

リスク者の割合

保険者シート№30

分野：介護予防・重度化防止
「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予防ができる」の状態を把握する指標
※割合が低いほど介護リスクのある高齢者が少ない

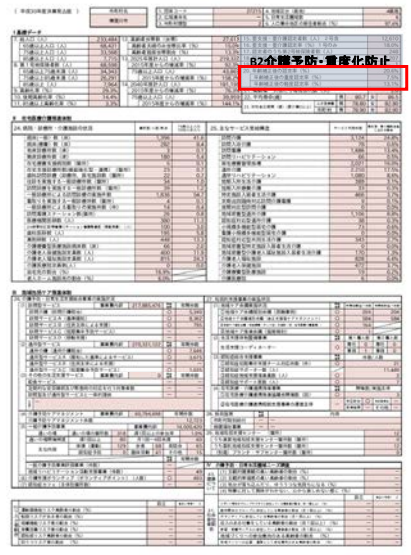
- 「運動機能低下」「転倒」「口腔」「栄養」「認知症」「抑うつ」それぞれについて、該当すると回答した者の割合
- どのリスクを持った者が地域に多いのか把握できる

＜影響する要因＞
① 地域の高齢化率
② 介護予防や健康づくりの取組み

＜注意事項＞
- 自立・要支援のみの回答。（日常生活圏域ニーズ調査）
- 自治体によって、調査対象や方法が異なる場合がある

要介護認定率（年齢補正後の重度認定率・軽度認定率）

保険者シート№20



分野：介護予防・重度化防止
「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予防ができる」の状態を把握する指標
※低いほど介護が必要な高齢者が少ない

- 年齢補正後認定率：地域の年齢構成（高齢化率）が同じ場合の地域の要介護認定率
  ⇒地域間比較、時系列比較ができる
- 重度認定率：要介護３・４・５
- 軽度認定率：要支援と要介護１・２

＜影響する要因＞
① 地域のサービス提供体制（資源量）
→サービス提供体制が充実しているほど高くなる傾向。※特に軽度認定率は介護予防サービス提供体制や、介護予防に関わる事業実施状況に影響を受ける。
→重度認定率に注目する。
→軽度認定率は時系列で推移を把握する。

②高齢者世帯の状況
→高齢者単身世帯が多いほど、認定率が高くなる傾向にある。

③その自治体の認定業務

保険料基準額・保険料必要額・保険料構造

保険者シート№33

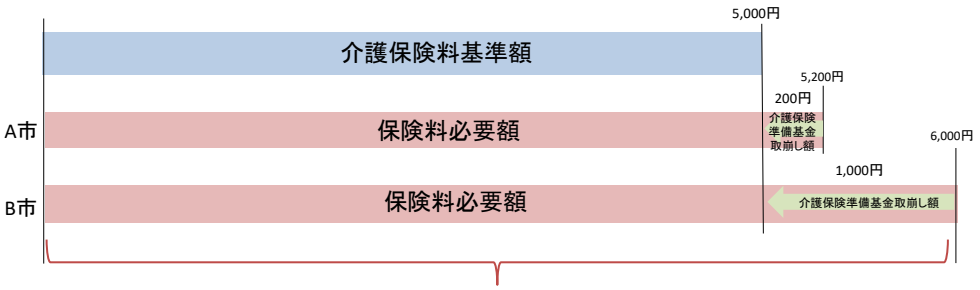
分野：制度の持続可能性
「介護保険制度が信頼され、持続可能性が確保されている」の状態を把握する指標
※人口高齢化や、地域の給付の在り方に対して適切に設定されているか確認する

- 保険料基準額＝保険料必要額＋基金残高取り崩し額
- 保険料構造は、標準給付費に対して、地域支援事業費（中でも包括的支援事業・任意事業）に費やされる割合に着目する。

＜影響する要因＞
- 受給者数、一人当たり給付月額が高いと、保険料必要額も高い。
- 保険料段階別被保険者の割合で、段階数が低い者の割合が多いほど、一人当たりの保険料必要額は高くなる。

＜注意事項＞
- 決算額（実績値）と合わせて確認する
- 準備基金は、保険者によっては余剰分を積み立てず被保険者に還元する方針の場合もある。

介護保険基準額と保険料必要額



実績に基づいた「介護給付費」「予防給付費」「地域支援事業費」等の今後3年の見込み額が、後期高齢化率や所得水準の地域差を一律の基準による「調整交付金」で調整され算出される。

- 「介護保険料基準額」は、「保険料必要額」が「介護保険準備基金取崩し額」によって調整される。
- 「介護保険準備基金取崩し額」は保険者の任意で設定できる。

→「介護保険料基準額」が同額の地域でも、実際に介護保険運用に必要な額は異なる

→地域の介護保険事業運用状況は「保険料必要額」で比較する。

５．　初任者研修概要　神奈川県研修　愛媛県研修　鹿児島県研修

令和 3 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費補助金）

「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」

介護保険「保険者シート」を活用した地域の介護保険現状把握のための研修会

―神奈川県研修会―

◆概要

目的	介護保険の保険者および市町村の効果的な地域マネジメント・事業マネジメントを推進するため、介護保険「保険者シート」を用いたデータ活用の講義・演習・意見交換を行う。
主催	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 神奈川県　福祉子どもみらい局　福祉部　高齢福祉課
日時	2022 年　1 月　7 日　（金）13:30～17:00　（13:00～接続開始）
開催方法	オンライン開催（zoom 利用）　ミーティング ID: 829 5534 1885　パスコード: 652190
参加対象	神奈川県内の保険者・市町村で 1. 保険者・市町村の介護保険事業計画の策定・調整に関わるご担当者 2. 介護保険に関わる業務（事業）の担当者で、主に初任者・新任者（1～2年目）の方
オブザーバー	この研修は令和 3 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業の一環として実施しますので、調査研究事業の検討委員会メンバー、厚生労働省担当者がオブザーバーとして出席いたします。あらかじめご了承ください。
その他	●研修プログラムの評価・改善のため、研修会前と後にアンケートにご協力をお願いいたします。 ●ご参加いただく前に、介護保険「保険者シート」ホームページから、H30・R1 保険者シート（PDF）をダウンロードの上、ご参加ください。詳細は別紙「ダウンロード手順」をご覧ください。

◆プログラム　※進行によって開始時間・内容・担当が変更になる可能性があります。

	開始時間		内容	担当など	所要時間
	13:00～		参加受付・zoom 接続確認		30
1	13:30～	開会	はじめに		5
2	13:35～	講義	介護保険の全体像と介護保険「保険者シート」の概要	医療経済研究機構　服部真治	40
3	14:15～	講義・演習	介護保険「保険者シート」を活用した地域の現状把握　（講義 20 分+演習 30 分）	医療経済研究機構　松本佳子	50
	15:05～	休憩			10
4	15:15～	意見交換1	データから見た地域の特徴について	グループに分かれて意見交換	30
5	15:45～	意見交換2	地域の「介護予防・重度化防止」について	グループに分かれて意見交換	40
6	16:25～	意見交換 3	グループ意見交換での気づき	グループに分かれて意見交換	10
7	16:35～	全体共有		参加者全員	15
8	16:50～	まとめ	総括	神奈川県立保健福祉大学　実践教育センター長　教授　石原美和 医療経済研究機構　服部真治	5
	17:00	閉会			

厚生労働省　令和 3 年度老人保健健康増進等事業

「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」

介護保険「保険者シート」活用研修 ―愛媛県研修会―
愛媛県　令和 3 年度市町地域課題分析能力強化研修会

◆概要

目的	介護保険の保険者および市町村の効果的な地域マネジメント・事業マネジメントを推進するため、「制度の持続可能性」をテーマに、介護保険「保険者シート」を用いたデータ活用の講義・演習・意見交換を行う。
主催	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 愛媛県保健福祉部生きがい推進局長寿介護課
日時	2022 年　1月 13 日（木）　13:30～16:30　（13:00～接続開始）
開催方法	オンライン開催（zoom 利用）　ミーティング ID: 842 8584 7733　パスコード: 920558
参加対象	愛媛県の介護保険の保険者・市町村で 1. 保険者・市町村の介護保険事業計画の策定・調整に関わるご担当者 2. 介護保険に関わる業務（事業）の担当者で、主に初任者・新任者（1～2年目）の方
オブザーバー	この研修は、厚生労働省令和 3 年度老人保健健康増進等事業「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」として行われていますので、調査研究事業の検討委員会メンバー、厚生労働省担当者がオブザーバーとして参加いたします。あらかじめご了承ください。
その他	●研修プログラムの評価・改善のため、研修会前と後にアンケートのご協力をお願いいたします。 ●ご参加いただく前に、介護保険「保険者シート」ホームページから、R1保険者シート（PDF）を、ご自身の地域と、比較したい他の地域、計 2 地域をダウンロードの上、ご参加ください。 詳細は別紙「ダウンロード手順書」をご覧ください。

◆プログラム　※進行によって開始時間・内容が変更になる可能性があります。

	開始時間		内容	担当など	所要時間
	13:00～		参加受付・zoom 接続確認		30
1	13:30～	開会	あいさつ		5
2	13:35～	講義1	介護保険の目的と介護保険「保険者シート」の概要	医療経済研究機構　服部真治	40
3	14:15～	講義・演習	介護保険「保険者シート」を活用した地域の現状把握（講義 20 分＋演習 30 分）	医療経済研究機構　松本佳子	50
	15:05～	休憩			10
4	15:15～	意見交換1	データからみた地域の特徴について	グループに分かれて意見交換	20
5	15:35～	意見交換2	地域の「制度の持続可能性」について	グループに分かれて意見交換	30
6	16:05～	意見交換 3	グループ意見交換での気づき	グループに分かれて意見交換	10
7	16:15～	全体共有		参加者全員	10
8	16:25～	まとめ	総括	参加者全員	5
	16:30	閉会			

令和 3 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費補助金）

「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」

介護保険「保険者シート」を活用した地域の介護保険現状把握のための研修会

―鹿児島県研修会―

◆概要

目的	介護保険の保険者および市町村の効果的な地域マネジメント・事業マネジメントを推進するため、介護保険「保険者シート」を用いたデータ活用の講義・演習・意見交換を行う。
主催	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 鹿児島県くらし保健福祉部高齢者生き生き推進課
日時	2022 年　2 月　17 日　（木）　13:30～17:00　（13:00～接続開始）
開催方法	オンライン開催（zoom 利用）　ミーティング ID: 835 3892 5658　パスコード: 845235
参加対象	鹿児島県内の保険者・市町村で 1. 保険者・市町村の介護保険事業計画の策定・調整に関わるご担当者 2. 介護保険に関わる業務（事業）の担当者で、主に初任者・新任者の方
オブザーバー	この研修は令和 3 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業の一環として実施しますので、調査研究事業の検討委員会メンバー、厚生労働省担当者がオブザーバーとして出席いたします。あらかじめご了承ください。
その他	●研修プログラムの評価・改善のため、研修会前と後にアンケートのご協力をお願いいたします。 ●ご参加いただく前に、介護保険「保険者シート」ホームページから、R1保険者シート（PDF）を、ご自身の地域と、比較したい他の地域（県内外は問いません）、計 2 地域をダウンロードの上、ご参加ください。詳細は別紙「ダウンロード手順書」をご覧ください。（※保険者シートにデータ登録をされていない場合でも、公開データのみによって作成されダウンロードできる形になっています。）

◆プログラム　※進行によって開始時間・内容・担当が変更になる可能性があります。

	開始時間		内容	担当など	所要時間
	13:00～		参加受付・zoom 接続確認		30
1	13:30～		はじめに		5
2	13:35～	講義	介護保険の全体像と介護保険「保険者シート」の概要	医療経済研究機構　服部真治	40
3	14:15～	講義・演習	介護保険「保険者シート」を活用した地域の現状把握　（講義 30 分+演習 20 分）	医療経済研究機構　松本佳子	50
	15:05～	休憩			10
4	15:15～	意見交換1	データから見た地域の特徴	グループに分かれて意見交換	30
5	15:45～	意見交換2	自地域の介護保険の信頼と持続可能性について	グループに分かれて意見交換	40
6	16:25～	意見交換 3	グループ意見交換での気づき	グループに分かれて意見交換	10
7	16:35～	全体共有		参加者全員	20
8	16:55～	まとめ	総括		5
	17:00	閉会			

６．　多部署間協働研修概要　寝屋川市　須坂市

令和 3 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費補助金）

「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」

介護保険「保険者シート」を活用した介護保険担当者の協働に向けた研修会

―寝屋川市―

◆概要

目的	介護保険の保険者および市町村の効果的な地域マネジメント・事業マネジメントを推進するため、介護保険「保険者シート」から現状を把握し、介護保険・高齢者福祉担当者間の協働を図る。
日時	2022 年　1 月　28 日　（金）　9:30～12:00
開催方法	オンライン開催（zoom 利用） ミーティング ID: 878 0807 7607　　パスコード: 440655
参加対象	寝屋川市の保険者・市町村の介護保険事業計画の策定・調整、地域支援事業等、介護保険事業や高齢者福祉に関わるご担当者
オブザーバー	この研修は令和 3 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業の一環として実施しますので、調査研究事業の検討委員会メンバー、厚生労働省担当者がオブザーバーとして出席いたします。あらかじめご了承ください。
その他	●研修プログラムの評価・改善のため、研修会前と後にアンケートにご協力をお願いいたします。 ●ご参加いただく前に、介護保険「保険者シート」とデータグラフ集をご覧ください。また演習ワークシートに可能な範囲でご記入いただけると、グループワークが大変スムーズです。

◆プログラム　※進行によって開始時間・内容・担当が変更になる可能性があります。

	開始時間		内容	担当など	所要時間
1	9:30～		はじめに　自己紹介		
2	9:30～	講義	介護保険の全体像と介護保険「保険者シート」の概要	医療経済研究機構　服部真治	30
3	10:00～	意見交換	介護保険「保険者シート」からみた、寝屋川市の特徴と課題	参加者全員	40
4	10:40～	演習	ロジックモデル		10
5	10:50～	グループワーク	介護保険の信頼と持続可能性を実現するための目標（アウトカム）の明確化	グループで意見交換	30
6	11:20～	グループワーク	介護保険の信頼と持続可能性を実現するための取組み	グループで意見交換	30
7	11:50～	全体共有	グループ意見交換での気づきや取組みについて全体共有	参加者全員	10
	12:00	閉会			

令和 3 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費補助金）

「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」

介護保険「保険者シート」を活用した介護保険担当者の協働に向けた研修会

―須坂市―

◆概要

目的	介護保険の保険者および市町村の効果的な地域マネジメントを推進するため、介護保険・高齢者福祉担当者間で、介護保険「保険者シート」から現状を把握し、協働を図る。
日時	2022 年　2 月　10 日　（木）　13:30～16:35
開催方法	オンライン開催（zoom 利用）　ミーティング ID: 843 0886 7481　パスコード: 785261
参加対象	須坂市の保険者・市町村の介護保険事業計画の策定・調整、地域支援事業等、介護保険事業や高齢者福祉に関わるご担当者
オブザーバー	この研修は令和 3 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業の一環として実施しますので、調査研究事業の検討委員会メンバー、厚生労働省担当者がオブザーバーとして出席いたします。あらかじめご了承ください。
その他	●研修プログラムの評価・改善のため、研修会前と後にアンケートにご協力をお願いいたします。 ●ご参加いただく前に、介護保険「保険者シート」とデータ集をご覧ください。また演習ワークシートに可能な範囲でご記入いただけると、グループワークが大変スムーズです。

◆プログラム　※進行によって開始時間・内容・担当が変更になる可能性があります。

	開始時間		内容	担当など	所要時間
1	13:30～		はじめに		5
2	13:35～	講義	介護保険の全体像と介護保険「保険者シート」の概要	医療経済研究機構　服部真治	40
3	14:15～	意見交換	介護保険「保険者シート」からみた須坂市の現状と目指す姿について （話題提供 20 分、意見交換 30 分）	参加者全員	50
4	15:05～	演習	ロジックモデルの練習		10
5	15:15～	グループワーク	介護保険の信頼と持続可能性を実現するためのアウトカム設定	グループで意見交換	40
6	15:55～	グループワーク	介護保険の信頼と持続可能性を実現するための取組みの明確化	グループで意見交換	30
7	16:25～	まとめ	グループ意見交換での気づきや取組みについて全体共有	参加者全員	10
	16:35	閉会			

７．都道府県意見交換会　資料

令和 3 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費補助金）

「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」

介護保険「保険者シート」を活用した効果的な地域マネジメントに向けた市町村・保険者支援に関する都道府県担当者意見交換会 概要

◆概要

目的	介護保険保険者および市町村の効果的な地域マネジメントを推進するため、都道府県による支援の在り方と介護保険「保険者シート」の効果的な活用について意見交換を行う。
主催	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
日時	2022 年　2 月　25 日　13:30～17:00　（13:00～接続開始）
開催方法	オンライン開催（zoom 利用）　ミーティング ID: 897 0181 9097　パスコード: 335264
対象	保険者の介護保険事業計画策定、および、地域支援事業を含む介護保険事業の市町村・保険者支援を実施する都道府県担当者
オブザーバー	・厚生労働省地方厚生（支）局地域包括ケア推進課 ・令和 3 年度老人保健健康増進等事業「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」検討委員
参加申し込み	2月22日（火）までに、申し込み専用サイト https://ihep225.com/に登録ください。

◆プログラム　※開始時間・内容は変更になる可能性があります。

	開始時間	項目・内容	講師など	所要時間
	13:00～	zoom 接続確認開始		30
	13:30	オリエンテーション		5
1	13:35～	開会挨拶	日本在宅ケアアライアンス 会長　新田　國夫	5
2	13:40～	【講義】介護保険におけるPDCAサイクルについて ・PDCA サイクルの推進に関する制度 ・PDCAサイクルの活用による計画の進捗管理	厚生労働省老健局介護保険計画課 菅野　遥奈	15
3	13:55～	【講演】介護保険「保険者シート」 ～趣旨と開発経緯～	稲城市　副市長　石田光広	40
	14:35～	休憩		5
4	14:40～	【報告】介護保険「保険者シート」の活用方法開発 ・介護保険「保険者シート」と介護保険基本ロジックモデル ・介護保険「保険者シート」を活用したツール・研修 ・データ登録・整備状況	医療経済研究機構　服部真治	30
5	15:10～	【報告】保険者・市町村支援における介護保険「保険者シート」活用可能性 （1）第 8 期介護保険事業計画における指標設定状況調査の結果 （2）大阪府における「保険者シート」の市町村計画支援への活用 （3）地域包括ケアの指標設定と進捗評価への活用可能性	医療経済研究機構 大阪府福祉部高齢介護室介護支援課 長野県健康福祉部介護支援課	30
	15:40	休憩		5
6	15:45～	【意見交換】 保険者・市町村の、データを活用した地域の実態把握、PDCA サイクルによる計画の進捗管理について、どのような課題があるのか、どのような支援が可能か、保険者シートの活用可能性等について、意見交換を行う。	1）小グループで情報交換、意見交換 2）全体意見交換	60
7	16:45～	総括		10
8	16:55～	閉会挨拶	医療経済研究機構　辻哲夫	5
	17:00	終了　事務局連絡・案内		

介護保険「保険者シート」
～趣旨と開発経緯～

【内容】
1　介護保険を活用した地域づくり戦略の考え方
2　市町村における地域づくりの要点
3　自治体職員に必要な能力
4　保険者シート
　　～趣旨と開発経緯・コンセプト等・活用例・今後の期待～
5　都道府県に期待すること

令和4年2月25日

稲城市副市長　石田光広

1

1　介護保険を活用した地域づくりの戦略の考え方

○国は、社会保障制度として介護保険制度を創設した。
→ 介護保険制度づくりや適正な運営が目的となる。
（適正化・持続可能性・運営基準・介護報酬・・・・・・・）
→ 保険者を市町村としていることから、全国一律の基準を設けつつ、地域の実情により、実施することを想定している。

○自治体は、市民が地域で安心して暮らし続けられる地域づくりを目指す。
→ 介護保険制度は、道具として活用するものであって、介護保険自体が目的とはならない。
→ 地域の人材、資源により、地域の高齢者を支える仕組みである。
→ 「地域間比較」と「時系列比較」で分析することが基本である。
→ 地域を時間軸で評価し、それぞれの地域に応じた対策を検討すべき。

（稲城市）

2

よく耳にする意見

①わがまちは先進地域と違って行政風土が劣っている。
②よく目にする好事例は、わがまちには適用できない理由が多い。
③推奨施策の趣旨は理解できるが、わがまちでは効果が期待できない。
④わがまちは、他の市町村とは事情が違う。きっと上手くいかない。
⑤自分はわがまちの課題を十分に把握できていないので、施策に自信が持てない。
⑥介護保険の部署は複数に跨っており、事業の全体像を把握できていない。
⑦部署ごとに異なる方針があり、保険者として統一した目標となっていない。
⑧忙しくて地域課題解決への施策実施まで事務が追いつかない。

（稲城市）

3

２　市町村における地域づくりの要点

１　10年後の地域の姿を想像すること。
２　地域に出て、そこに暮らす市民を見て、課題を見つけること。
３　地域に出て、そこにある地域資源を見つけること。
４　そこにあるものを使うこと（活用すること）。
５　地域づくりは住民参加がポイント。その理由を伝えることが重要。
６　役所がすべて担うのではなく、地域住民に役割を設定すること。
７　事業計画は道しるべ。市町村職員が汗をかいて策定すること。
８　必ず反対がある。この反対意見を大事にすること。

（稲城市）

4

３　自治体職員に必要な能力

制度の理念を理解したうえで、これらを活用し、
自治体の本来の目的を達成することが重要である。

【求められる能力】

１　地域の状況を把握する能力
２　課題を見抜く能力
３　事業の効果を評価する能力
４　プレゼンテーション能力

（稲城市）　5

４　保険者シート（趣旨と開発経緯）

【現状の課題】
課題１　これまでは保険者の全体像を簡易に示す適当な資料がない。
課題２　これまでは共通の指標がないため、地域間比較、時系列分析の基準がない。
課題３　地域包括ケアシステムの構築を進めるためには、保険者機能の強化が求められており、介護保険の運営状況（地域診断）の評価が不可欠である。

【開発のねらい】
上記の課題に対応し、保険者共通で簡易なツールを開発することが必要であると判断。
→　「保険者シート」の開発
※「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」
（事務局：公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団）

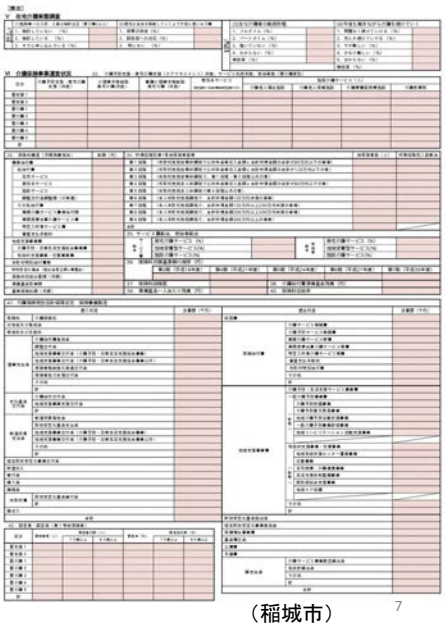
【想定する活用方法】
○保険者自らが「保険者シート」を記入（作成）し、公表し、説明すること。
○国の地域包括ケア「見える化」システムの利用に併せて、「保険者シート」活用すること。
○「保険者シート」の理解・活用を進めるためには、グループワークが有効である。
○「保険者シート」が保険者（市町村）に普及し、多くの活用事例が蓄積され、各地で地域包括ケアシステムの構築が進むことを期待する。

（稲城市）　6

保険者シートの全体イメージ（表・裏）

（表）

（裏）



（稲城市）

7

保険者シートの基本コンセプト等

⑴　公表データから作成するものであること。
⑵　データを利用して、簡単に作成できること。
⑶　時系列の分析が可能とすること。
⑷　地域間比較が可能とすること。
⑸　保険者の位置が分かること。
⑹　保険者の進むべき方向が分かること。

※Ａ４サイズ・裏表記載、１保険者で１枚。
※様々な分析が想定されており、地域に応じた施策の立案が期待。
※保険者、都道府県、国・研究機関・民間・事業所・ＮＰＯ等での活用。

（稲城市）

8

稲城市での活用例

1．介護保険料額決定に際しての各種説明資料
2．介護保険事業計画への掲載
3．市議会議員への説明資料（決算委員会への手元資料）
4．役所関係部署（財務当局ほか）への説明資料
5．市ホームページへの掲載公表（毎年度）
6．視察対応の際の稲城市介護保険状況説明資料ほか

（稲城市）

9

今後期待されること

1．市町村内での「保険者シート」の利活用

2．データ入力した「保険者シート」の公表

3．「保険者シート」を集めたデータブックの作成・活用

4．市民、利用者、医師会、研究者、事業者、行政等における「保険者シート」を活用した各種分析評価等の普及

（稲城市）

10

５　都道府県に期待すること
～市町村への支援のお願い～

１　保険者シートの作成について、技術的な助言をお願いしたい。

２　保険者シートの公表について、市町村を支援して欲しい。
（同時に、都道府県HPでの公表も行って欲しい。（データブックとして））

３　わがまちの状況を保険者シートを使って分析し、説明するための研修

４　複数の保険者シート比較し、地域課題を読み解くための研修

５　経年で保険者シートを作成し、時系列変化を読み解くための研修

【留意】
※　市町村を指導するのではなく、求めに応じて支援して欲しい。
※　保険者シートによる比較は、市町村の良し悪し（序列化）ではない。
※　データやグラフを並べて市町村を序列化しないこと。

（稲城市）　11

市町村職員に伝えて欲しいこと

１　何と言っても、担当する仕事を好きになること。
２　状況等に対する分析能力を身につけること。
３　必要とされるスピード感を身につけること。
４　制度は道具に過ぎないのであって、どう活用するかの観点からものごとを判断すること。
５　制度を補完する自治体独自の施策の可能性を探ること。
６　自治体職員の仕事の目的は地域住民のためであることを常に意識すること。
７　施策に対する説明責任と結果責任を果たすこと。

（稲城市）　12

介護保険における
PDCAサイクルについて

令和４年２月
厚生労働省老健局介護保険計画課

本日の内容

○　介護保険事業（支援）計画について

○　地域包括ケア「見える化」システム等を
　活用した地域分析について

○　計画の進捗管理について

○　令和3年度　関連事業の紹介

○介護保険事業（支援）計画について

2

介護保険事業（支援）計画について

○　保険給付の円滑な実施のため、３年間を１期とする介護保険事業（支援）計画を策定している。

国の基本指針（法第116条、８期指針：令和３年１月厚生労働省告示第29号）

○ 介護保険法第116条第１項に基づき、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に規定する総合確保方針に即して、国が介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針を定める

※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

市町村介護保険事業計画（法第117条）

○ 区域（日常生活圏域）の設定
○ 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み（区域毎）
○ 各年度における必要定員総数（区域毎）
※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
○ 各年度における地域支援事業の量の見込み
○ 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標　○ その他の事項

保険料の設定等

○保険料の設定
○市町村長は、地域密着型の施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定をしないことができる。

都道府県介護保険事業支援計画（法第118条）

○ 区域（老人福祉圏域）の設定
○ 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み（区域毎）
○ 各年度における必要定員総数（区域毎）
※介護保険施設、介護専用型特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
※混合型特定施設に係る必要定員総数を設定することもできる（任意）
○ 市町村が行う介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標　○ その他の事項

基盤整備

○都道府県知事は、介護保険施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定等をしないことができる。

3

第8期　介護保険事業（支援）計画　基本指針の構成

前文

第一　サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

一　地域包括ケアシステムの基本的理念

1　自立支援、介護予防・重度化防止の推進　　2　介護給付等対象サービスの充実・強化　　3　在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備
4　日常生活を支援する体制の整備　　5　高齢者の住まいの安定的な確保

二　二千二十五年及び二千四十年を見据えた目標　　三　医療計画との整合性の確保　　四　地域包括ケアシステムの構築を進める地域づくりと地域ケア会議・生活支援体制整備の推進
五　地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業　　六　介護に取り組む家族等への支援の充実　　七　認知症施策の推進
八　高齢者虐待の防止等　　九　介護サービス情報の公表　　十　効果的・効率的な介護給付の推進　　十一　都道府県による市町村支援並びに都道府県・市町村間及び市町村相互間の連携
十二　介護保険制度の立案及び運用に関するPDCAサイクルの推進　　十三　保険者機能強化推進交付金等の活用　　十四　災害・感染症対策に係る体制整備

第二　市町村介護保険事業計画の作成に関する事項

一　市町村介護保険事業計画の作成に関する基本的事項

1　基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
2　要介護者等地域の実態の把握　3　市町村介護保険事業計画の作成のための体制の整備
4　二千二十五年度及び二千四十年度の推計並びに第八期の目標
5　目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表　6　日常生活圏域の設定
7　他の計画との関係　8　その他

二　市町村介護保険事業計画の基本的記載事項

1　日常生活圏域
2　各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
3　各年度における地域支援事業の量の見込み
4　被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止への取組及び目標設定

三　市町村介護保険事業計画の任意記載事項

1　地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項
（一）在宅医療・介護連携の推進　（二）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
（三）生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進　（四）地域ケア会議の推進
（五）高齢者の居住安定に係る施策との連携
2　各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策
3　各年度における地域支援事業に要する費用の額及びその見込量の確保のための方策
4　地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業に関する事項
5　介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業等に関する事項
6　認知症施策の推進
7　特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数
8　地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービスの情報公表に関する事項
9　市町村独自事業に関する事項　10　療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項
11　災害に対する備えの検討　12　感染症に対する備えの検討

第三　都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項

一　都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する基本的事項

1　基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等　2　要介護者等の実態の把握　3　都道府県介護保険事業支援計画の作成のための体制の整備　4　市町村への支援　5　二千二十五年度及び二千四十年度の推計並びに第八期の目標
6　目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表　7　老人福祉圏域の設定
8　他の計画との関係　9　その他

二　都道府県介護保険事業支援計画の基本的記載事項

1　老人福祉圏域　2　各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
3　市町村が行う被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付の適正化への取組への支援に関する取組及び目標設定
4　老人福祉圏域を単位とする広域的調整
5　市町村介護保険事業計画との整合性の確保

三　都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項

1　地域包括ケアシステム構築のための支援に関する事項
（一）在宅医療・介護連携の推進　（二）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
（三）生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進　（四）地域ケア会議の推進
（五）介護予防の推進　（六）高齢者の居住安定に係る施策との連携
2　介護給付等対象サービスを提供するための施設における生活環境の改善を図るための事業に関する事項
3　地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業に関する事項
4　介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業に関する事項
5　認知症施策の推進
6　特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数
7　介護サービス情報の公表に関する事項
8　療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項
9　災害に対する備えの検討　10　感染症に対する備えの検討

第四　指針の見直し

別表　1

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント

平成29年5月26日成立、6月2日公布

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

Ⅰ　地域包括ケアシステムの深化・推進

1　自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化
- 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
- 財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）
- 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2　医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

①「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設
※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、６年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3　地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）
- 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

Ⅱ　介護保険制度の持続可能性の確保

4　２割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を３割とする。（介護保険法）

5　介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※　平成30年４月１日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年８月１日施行）　5　5

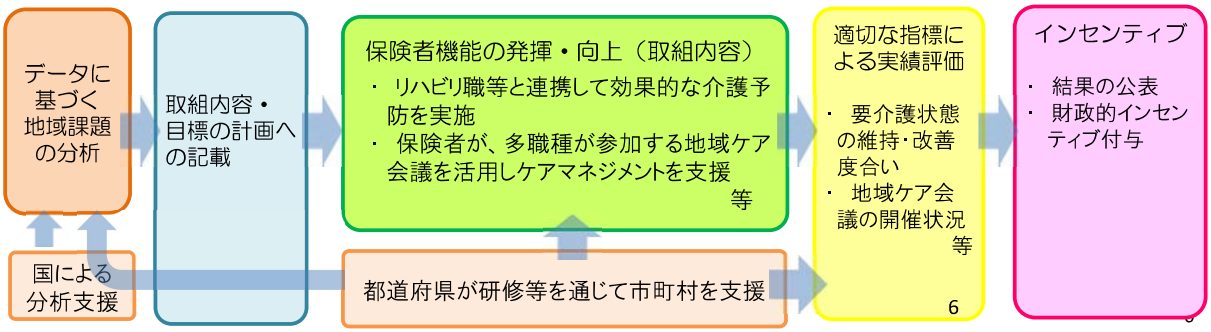
保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進

平成29年法改正による見直し内容　～ 保険者機能の抜本強化 ～

○ 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。

○ 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、
① データに基づく課題分析と対応（取組内容・目標の介護保険事業（支援）計画への記載）
② 適切な指標による実績評価
③ インセンティブの付与
を法律により制度化。

※主な法律事項
・介護保険事業（支援）計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
・介護保険事業（支援）計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
・都道府県による市町村支援の規定の整備
・介護保険事業（支援）計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
・財政的インセンティブの付与の規定の整備



6

介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（抜粋）

第一　サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項
十一　都道府県による市町村支援並びに都道府県・市町村間及び市町村相互間の連携
（略）
　平成二十九年の法改正では、市町村の保険者機能の強化を図るとともに、国と都道府県による重層的な支援を行うため、都道府県による市町村支援を法律上に位置付け、明確にしたところである。また、この一環として、市町村や都道府県の自立支援、重度化防止等に関する取組を評価指標の達成状況に応じて支援する交付金として保険者機能強化推進交付金を創設し、さらに、令和二年度からは、介護保険保険者努力支援交付金を創設してその拡充を図ったところである。都道府県が市町村を支援するに当たっては、これらの交付金の管内市町村に係る評価結果を活用し、小規模市町村をはじめ、市町村の取組状況を踏まえたきめ細かい支援を行い、地域全体の底上げを図っていくことが重要である。
（略）

十二　介護保険制度の立案及び運用に関するＰＤＣＡサイクルの推進
　高齢者の自立支援や重度化防止の取組を推進するためには、ＰＤＣＡサイクルを活用して市町村の保険者機能及び都道府県の保険者支援の機能を強化していくことが重要である。このため、平成二十九年の法改正により、市町村及び都道府県が、地域課題を分析し、地域の実情に則して、高齢者の自立支援や重度化防止の取組に関する目標を計画に記載するとともに、目標に対する実績評価を行うこと及び評価結果を公表するよう努めることが定められた。あわせて、当該実績評価については、市町村は都道府県に結果を報告するとともに、都道府県は管内市町村に係る評価結果と併せて厚生労働大臣に結果を報告することとされた。
厚生労働省（地方厚生（支）局を含む。）においては、こうした仕組みも活用し、報告された市町村及び都道府県における実績評価や、保険者機能強化推進交付金等の評価結果も含む地方公共団体の取組状況の分析や好事例の横展開、データを有効活用するための環境整備を行うなど、ＰＤＣＡサイクルを通じて、より効果的な市町村及び都道府県に対する支援策等を検討し、所要の措置を講ずることとする。
　都道府県においては、市町村における高齢者の自立支援や重度化防止の取組の地域差について、要因分析を行い、支援を確実に行うことが必要であり、市町村が目指すべきこと、取り組むべきことを示すとともに、小規模自治体をはじめ、市町村へのきめ細かい支援を行うことが重要である。

7

7

介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（抜粋）

第二　市町村介護保険事業計画の作成に関する事項
一　市町村介護保険事業計画の作成に関する基本的事項
１　基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
　今後、大都市やその周辺都市、地方都市、中山間地域等、地域によって高齢化の状況及びそれに伴う介護需要も異なってくることが想定されるため、各市町村においては、**それぞれの地域が目指すべき方向性を明確にし、地域の特性を活かした地域包括ケアシステムを深化・推進**していくことが求められている。（略）
　具体的には、保険者である市町村においては、**①それぞれの地域の実態把握・課題分析を行い、②当該実態把握・課題分析を踏まえ、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成し、③この計画に基づき、地域の介護資源の発掘や基盤整備、多職種連携の推進、効率的なサービス提供も含め、自立支援や介護予防に向けた様々な取組を推進して、④これらの様々な取組の実績を評価した上で、計画について必要な見直しを行う**、という取組を繰り返し行い、保険者機能を強化していくことが重要である。
　また、この目標及び施策を地域の実情に即した実効性のある内容のものとするためには、定期的に施策の実施状況や目標の達成状況に関する調査、分析及び評価を行い、その結果について公表し、地域住民等を含めて周知していくことが重要である。

第三　都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項
一　都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する基本的事項
１ 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
　介護保険制度の基本的理念や介護報酬の内容及び広域的な調整を行う役割を踏まえるとともに、都道府県における地域的条件や管内市町村が目指す地域包括ケアシステム構築のための地域づくりの方向性を勘案して、第一の趣旨に沿った基本理念を定め、達成しようとする目的及び市町村への支援内容やそのための支援体制が明確にされた都道府県介護保険事業支援計画を作成することが重要である。
　このため、都道府県は、それぞれの地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを深化・推進していくとともに、効率的な介護給付等対象サービスの提供により介護保険制度の持続可能性を確保していくため、各都道府県が都道府県介護保険事業支援計画の策定に当たって、**要介護認定や一人当たりの介護給付等状況、施設サービスと居宅サービスの割合その他の市町村の介護保険事業の実態を他の都道府県と比較しつつ分析を行い、都道府県の実態把握や課題分析を踏まえ**、取り組むべき地域課題の解決に向けた目標及び施策を都道府県介護保険事業支援計画に示すとともに、**都道府県関係部局、市町村、地域の関係者と共有していくことが重要である**。
　また、この目標及び施策を地域の実情に即した実効性のある内容のものとするためには、定期的に施策の実施状況や目標の達成状況に関する調査、分析及び評価を行い、その結果について公表し、地域住民等を含めた関係者へ周知していくことが重要である。

8

○地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析について

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

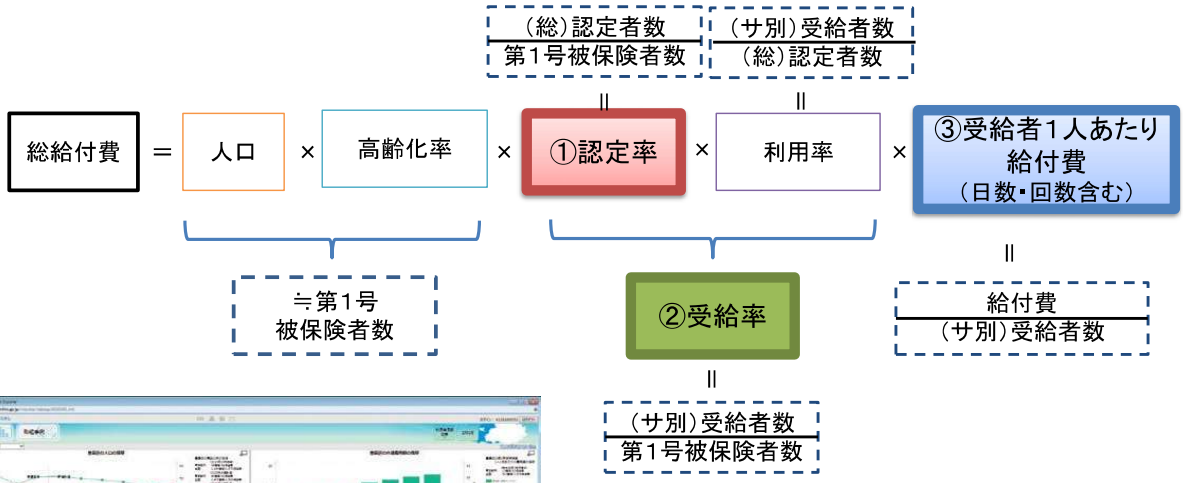
厚生労働省老健局介護保険計画課

URL:https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000169786.html

10

「見える化」システムを活用した給付分析のイメージ（地域分析の手引きp4）

給付費と「見える化」システムの3指標との関係



11

① 要介護認定率を全国平均等と比較し、その要因・背景を考えてみる（p10～15）

要因分析（チェックリスト）	仮説の確認方法	対応の例（抜粋）
① 要介護認定のプロセス		
A) 認定調査項目の選択率について、全国平均と比べて差が大きくないか	要介護認定適正化事業の業務分析データ内 「Ⅱ調査項目データ」	調査方法や判断基準にばらつきがあるならば、認定調査員への研修等を実施する。
B) 重度（軽度）変更率について、全国平均と比べて差が大きくないか	要介護認定適正化事業の業務分析データ内 「Ⅲ審査判定データ（変更率）」	平均との乖離が大きい合議体があれば、介護認定審査会にアドバイザーを派遣する。
② 地域の高齢者の状況		
A) 高齢独居高齢者、高齢夫婦世帯の割合が他の地域と比べて高くないか	「見える化」システムA7-a、b （国勢調査結果） 在宅介護実態調査結果（世帯）	（将来に備えて） ・介護予防に関する取組の推進 ・生活支援サービスの充実 ・住民互助による地域コミュニティの構築
B) 身体機能、認知機能が低下している高齢者の割合が他の地域と比べて高くないか	「見える化」システムE5、7 （ニーズ調査結果） 在宅介護実態調査結果（認知症生活自立度）（認定データ）	・介護予防に関する取組の推進 ・認知症への早期対応 ・特定健診・保健指導の推進 ・社会参加の場の整備
C) 要介護認定率に比べて、介護保険サービスの受給率が低くないか	受給率の算出 （受給者数/要介護認定者数）	・介護する家族への支援を強化 ・利用者ニーズとサービス提供にギャップが生じていないか等を検討
③ 地域住民に対する周知		
介護保険の理念を住民に説明できていないのではないか	近年の説明実績等	住民との対話の充実

12

（参考）令和4年度保険者機能強化推進交付金等評価指標（市町村分）

Ⅰ PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築	
評価目的	①「見える化システム」などのデータを活用した当該地域の介護保険事業の特徴把握を評価。
指標	ア 地域包括ケア「見える化」システムを活用している イ 保険者全体の特徴を把握している ウ 日常生活圏域別の特徴を把握している エ 特徴について住民や関係者に公表している
留意点（一部）	**・一人当たり給付費（費用額）（年齢等調整済み）** **・要介護認定率（年齢等調整済み）** **・在宅サービスと施設サービスのバランス** ・その他のデータ等に基づき、全国平均、近隣保険者その他の数値との比較や経年変化の分析を行いつつ、当該地域の特徴の把握と要因分析を行っているものが対象。
時点	2021 年度（予定）実施の状況を評価

13

（参考）令和４年度保険者機能強化推進交付金等評価指標（都道府県分）

Ⅰ 管内の市町村の介護保険事業に係るデータ分析等を踏まえた地域課題・地域差の把握と支援計画	
評価目的	①データによる地域分析による課題把握や地域差（管内市町村間の年齢調整後一人当たり給付費の差。以下同じ）の改善に向けた市町村別支援のPDCAを評価。
指標	ア 地域課題や地域差の分析を基に、市町村と対応策について検討する機会・場を設けている イ 市町村別に、地域課題や地域差に対する支援方策を策定している（支援対象は抽出した市町村で良い） ウ 対応策に基づき、保険者による地域課題に対する対応、地域差の改善、介護保険事業計画の進捗管理を支援（研修事業、アドバイザー派遣等）している エ 助言・支援により地域差が改善されている オ 地域差の改善状況を基に、各市町村に支援結果と改善が必要な場合はその改善内容を伝えるプロセスを有している
留意点（一部）	○ ア～オの評価に当たっては、以下のことを前提条件とする。 **・一人当たり給付費（費用額）（年齢等調整済み。以下同じ）** **・要介護認定率（年齢調整済み）** **・在宅サービスと施設サービスのバランス** ・その他のデータ等に基づき、地域差（管内市町村間の一人当たり給付費の差。以下同じ）の要因分析を行っていること、また、全国平均その他の数値との比較や経年変化の分析を行いつつ、当該地域の特徴の把握と要因分析を行っていること。その際、単にデータを共有するだけでなく、データを用いた分析を行っていること。 ・地域分析を基に各市町村における課題を把握していること。 ・保険者の介護保険事業計画等を把握していること。
時点	2021 年度（予定）実施の状況を評価 エについては、2019 年度の一人当たり給付費、オについては、2022 年度予定の場合も可

14

○ 計画の進捗管理について

15

介護保険事業（支援）計画の進捗管理のための手引き

厚生労働省老健局介護保険計画課

URL:https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000138653_00001.html

16

進捗管理すべき指標（数値）（進捗管理の手引きp10）

（1）サービス見込量の計画値

- 認定者数、各サービスの利用人数、日数・回数、平均単価

（2）「取組と目標」に掲げた数値

- 制度改正により、計画への必須記載事項へ
- 自立支援、重度化防止、介護予防

（3）保険者機能強化推進交付金の算定指標

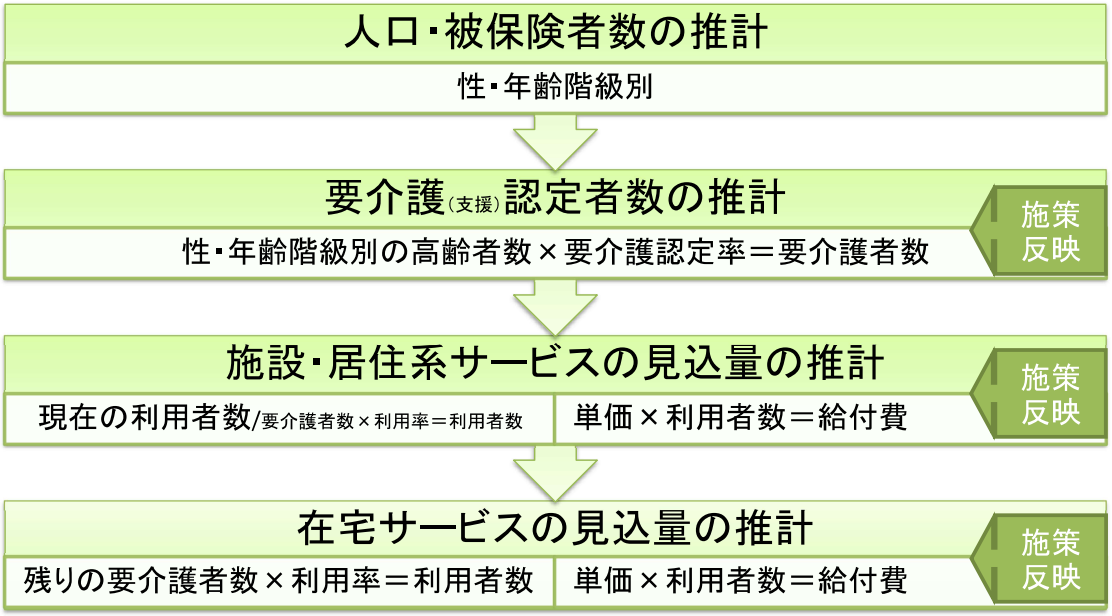
- 制度改正により導入
- 平成30年度から開始
- 令和2年度に介護保険保険者努力支援交付金を創設

17

（1）サービス見込量の計画値

18

サービス見込量の推計の手順



19

（参考）令和４年度保険者機能強化推進交付金等評価指標（市町村分）

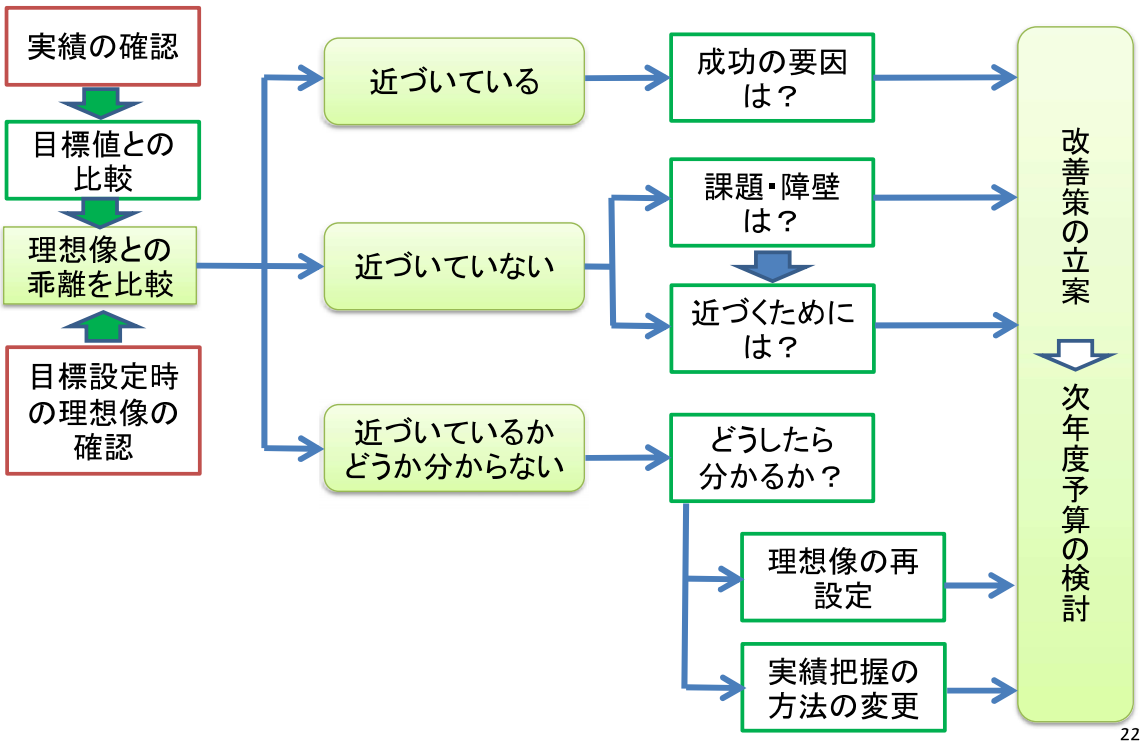
Ⅰ PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築	
評価目的	②給付実績の計画値と実績値との乖離状況の要因分析やそれに基づくサービス提供体制の改善を評価。
指標	ア 定期的にモニタリング（点検）を行っている イ 計画値と実績値との乖離状況の要因を分析している ウ モニタリング・考察結果を運営協議会等で公表している エ 結果を基に、サービス提供体制の見直しを行っている
留意点	○ 計画値と実績値との乖離状況とその要因を考察しているものを対象とし、単に認定者数、受給者数、サービス種類別の利用者数、給付実績等の数値を把握したにすぎないものは非該当とする。 ○ アについて、モニタリングは最低でも年に1回は行うものとする。 ○ イの要因分析とはロジックツリーや地域分析・検討結果記入シートなどを用いて計画値と実績値の乖離について考察を深めるための分析である。 ○ ウの公表方法は会議での資料配付や自治体ホームページへの掲載などを想定。 ○「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き」参照。 ○ 今後、要介護度別認定率の過去のトレンドについて分析するとともに、他の保険者のトレンドとも比較して、乖離がある場合には要因分析を行うこと等を求めることを検討している。
時点	2020 年度実績を評価

20

（２）「取組と目標」に掲げた数値

21

「取組と目標」の進捗管理のイメージ（進捗管理の手引きp35）



22

（参考）令和4年度保険者機能強化推進交付金等 評価指標（市町村分）

Ⅰ PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築	
評価目的	③自立支援、重度化防止等に資する施策の目標及び施策の進捗管理、目標未達成時の見直し等のPDCAを評価。
指標	ア 年に1回以上、実績を踏まえた進捗管理を行っている イ 年に1回以上、評価を行っている ウ 改善・見直し等の取組を実施している エ 進捗管理の結果をホームページ等で公開している
留意点	介護保険事業計画に目標を明記している場合を評価の前提条件とする。 〇 自立支援、介護予防、重度化防止、介護給付の適正化に関する取組及びその目標について、前年度における実施状況（当年度の見込みも可）を把握し、進捗状況として未達成の場合には改善策や理由の提示・目標の見直し等を行うことを評価。 〇「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き」参照。 〇 設定した目標及び重点施策の内容は評価しない。
時点	2021 年度（予定）実施の状況を評価

23

（参考）令和4年度保険者機能強化推進交付金等 評価指標（市町村分）

Ⅰ PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築	
評価目的	④当該地域の介護保険事業の特徴を他の地域と比較して分析の上、介護給付の適正化の方策の策定、実施、改善等のPDCAを評価。
指標	ア 当該地域の介護保険事業の特徴を他の地域と比較・分析し、方策を策定している イ 策定した方策に沿って実施している ウ 方策の改善・見直し等を行うプロセスがある エ 方策の改善・見直し等の取組結果を公表する機会がある
留意点	○介護給付の適正化の方策については、既に第8期計画に盛り込んでいるものも含む。 ○ エの公表は会議での資料配付や自治体ホームページへの掲載などを想定している。
時点	第8期計画又はその他の方策に、2020 年度の適正化に係る内容を盛り込んでいるものが対象

24

（参考）令和4年度保険者機能強化推進交付金等 評価指標（都道府県分）

Ⅰ 管内の市町村の介護保険事業に係るデータ分析等を踏まえた地域課題・地域差の把握と支援計画	
評価目的	②管内の保険者が行っている自立支援・重度化防止等に係る市町村の取組状況の把握、支援、改善のPDCAを評価。
指標	ア 有識者を交えた検討会等で各保険者の課題を踏まえて支援方策を検討している イ 各保険者の取組状況・課題・支援方策を管内保険者へ横展開するなど、保険者に共有している ウ 支援方策を基に、管内の保険者における課題に対する対応策について支援を実施している エ【市町村該当状況調査】市町村の達成率（Ⅰ③） オ エの評価結果を基に、各保険者に支援結果と改善が必要な場合はその結果を伝えるプロセスを有している
留意点	○ ア～オの評価に当たっては、管内全保険者の「自立支援・重度化防止等に係る取組状況を把握していることが前提条件となる。 ○ アについて検討会は①と同じものでも良い。 ○ 評価の対象となる支援の内容について、財政的・人的支援に限定するものではなく、広く捉えて差し支えない。なお、具体的な取組例としては、適宜の助言、共通する課題を持った市町村を集めた研修会の開催や個別の支援などが考えられる。 ○ オについては、アウトプットとして、「支援結果」と「改善が必要な場合は改善内容」を市町村と共有するプロセスを有していることを想定（次年度行う支援方策の検討時に共有を予定している場合も可）
時点	2021 年度（予定）実施の状況を評価、オについては、2022 年度予定の場合も可

25

出現頻度が高かった6つの記載内容の課題のパターン

パターン1:「取組」の上位目標(理想像)が明確でない

パターン2:「現状と課題」と「取組」が関連していない

パターン3:「取組」と「目標」が関連していない

パターン4:プロセス指標のみで自己評価を行っている

パターン5:自己評価のために適切なデータが取得できていない

パターン6:自己評価結果が次年度の取組の改善等に活かすことができない

平成30年度老人保健健康増進等事業
地域包括ケアの推進に必要な自治体のPDCAサイクルに関する調査研究事業報告書(株式会社 三菱総合研究所)を参照。
https://www.mri.co.jp/project_related/roujinhoken/index.html

(3)保険者機能強化推進交付金の算定指標

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【一部推進枠】

令和４年度概算要求額（令和３年度予算額）：400億円(400億円)

400億円の内訳
・保険者機能強化推進交付金　：200億円（一部推進枠）
・介護保険保険者努力支援交付金：200億円（社会保障の充実分）

趣　旨

○ 平成29年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組を制度化
○ この一環として、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組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保険者機能強化推進交付金を創設
○ 令和2年度においては、公的保険制度における介護予防の位置付けを高めるため、保険者機能強化推進交付金に加え、介護保険保険者努力支援交付金（社会保障の充実分）を創設し、介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価することにより配分基準のメリハリ付けを強化

概　要

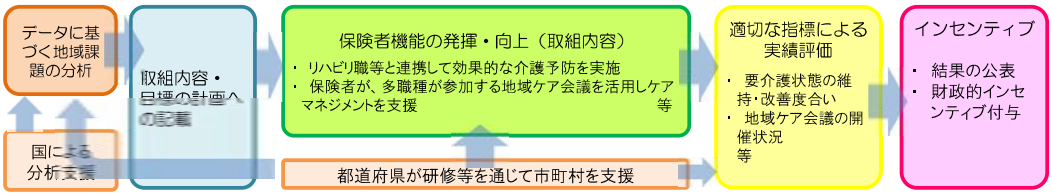
各市町村が行う自立支援・重度化防止の取組及び都道府県が行う市町村に対する取組の支援に対し、それぞれ評価指標の達成状況（評価指標の総合得点）に応じて、交付金を交付する。

【主な指標】
① PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化
② ケアマネジメントの質の向上
③ 多職種連携による地域ケア会議の活性化
④ 介護予防の推進
⑤ 介護給付適正化事業の推進
⑥ 要介護状態の維持・改善の度合い

＜市町村分＞
1 配分　介護保険保険者努力支援交付金200億円のうち190億円程度
保険者機能強化推進交付金200億円のうち190億円程度
2 交付対象　市町村（特別区、広域連合及び一部事務組合を含む。）
3 活用方法　国、都道府県、市町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当
なお、交付金は、高齢者の市町村の自立支援・重度化防止等に向けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、各保険者は、交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な取組を進めていくことが重要。

＜都道府県分＞
1 配分　介護保険保険者努力支援交付金200億円のうち10億円程度
保険者機能強化推進交付金200億円のうち10億円程度
2 交付対象　都道府県
3 活用方法　高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業（市町村に対する研修事業や、リハビリ専門職等の派遣事業等）の事業費に充当。

＜参考＞平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



28

令和４年度保険者機能強化推進交付金等の評価指標等の見直し（概要）

● 学識経験者、市町村及び都道府県の職員等から構成される検証委員会を設置し、**令和４年度に向けた評価指標の見直し等**を以下の視点で検証
　➢ 市町村等の様々な**取組達成状況を評価できる指標**となっているか
　➢ 評価指標による自己評価や財政的インセンティブが自治体で効果的に活用され、**PDCA サイクルによる改善**が期待できるか

○ 達成状況を把握するための評価指標の設定

検証結果 項目の変更、曖昧な表現等で、経年的な達成状況の把握が困難

- 評価目的等を精査したうえで、曖昧な表現等を改め文言整理を行う
- 政策的な観点を含めて評価指標を吟味し、取組過程の進捗や取組の深度、幅を測れるように階層化を図る
- 取組状況の適切な評価、更なる取組の推進に向けた配点の検討
- 第８期介護保険事業計画の基本指針との関係性を明確化

○ 地域の実情に対する配慮

検証結果 評価結果には人口規模による差があり、小規模市町村で顕著

- 評価目的に沿って、保険者が自地域に必要な取組を行っている場合に評価できるようする等、一定の配慮を行う

○ 自己評価の実効性・該当性の担保

検証結果 自己評価者によって判断基準に差がみられ、第三者が客観性を担保する体制構築も実態を踏まえれば困難

- 評価方法の平準化に向けたマニュアル策定等

○ 市町村支援の進捗把握と、市町村評価との連動による質の向上

検証結果 現行指標は、市町村支援の成果を測るには不十分

- 市町村支援の実効性を高めるために、都道府県の自己評価を通じて、市町村の取組結果が向上するような仕組みを検討
- 都道府県と市町村がともにより良い方向に進めていくための目標設定と共有が重要。双方の評価指標との連動性を持たせるなどの検討

○ 保険者機能におけるアウトカム指標の設定

検証結果 現状ではアウトカム項目との相関はみられない
（未整理の現行指標、データ取得の限界等が検証精度に影響）

- アウトカムの設定及び必要なデータ収集を行い、アウトカムに直結する指標設定が必要
- まずは、評価指標の精緻化を図る
- 両交付金それぞれの目標を整理し、その目標に資するプロセスやストラクチャーを明らかにし、評価指標に反映することが必要

○ 交付金の活用方策

検証結果 新規・拡充事業への交付金活用の低さは、交付金の活用事例の横展開が十分でないことが一因

- 一般公表等で活用事例を広く展開

【保険者機能を評価する意義】
◆ 各自治体は、自らの資源の多寡やその有用性を分析し、自分たちの地域に即した地域包括ケアシステムを独自に検討し、構築することが必要
◆ 市町村は限られた財源や人的・物的資源の中で、優先順位をもって取組を推進していく、地域マネジメント能力が求められる
◆ 自立支援・重度化防止等の取組など、地域包括ケアシステム構築に向けて適切な介護サービスが提供できているか、地域差縮減の観点による評価も含めて、地域マネジメントによる地域包括ケアシステムの深化が着実に進むよう、保険者として果たすべき機能を評価する仕組みが重要

29

（参考）令和4年度保険者機能強化推進交付金等評価指標（都道府県分）

Ⅰ 管内の市町村の介護保険事業に係るデータ分析等を踏まえた地域課題・地域差の把握と支援計画	
評価目的	③保険者機能強化推進交付金の評価結果を用いた市町村の取組状況の把握や、財政的インセンティブの活用も含めた支援、改善のPDCAを評価。
指標	ア 過年度の評価結果を比較・課題分析し、市町村に対して情報提供している イ 市町村支援に係る都道府県の目標を市町村とともに検討する機会・場を設けている ウ 市町村別の支援方策（支援対象は抽出した市町村で良い）で、支援について目標と取組内容の設定をしている エ 市町村別の支援方策に基づいて支援を実施している オ【市町村該当状況調査】都道府県が策定する支援方策を当該支援対象市町村が把握している
留意点	○ アについては、県内市町村間での比較・課題分析し情報提供を行うことでも差し支えないが、他都道府県市町村とも比較・課題分析し情報提供を行う方が望ましい。 ○ イ、ウについては、アによる他都道府県との比較・課題分析から、各市町村の状況を把握した上で、支援対象の市町村を選定し、対象市町村との個別の調整を踏まえて支援の目標と取組内容を検討・設定していくプロセスを想定。 ○ エの支援については、ア～ウの過程を経て支援を実施している場合に評価する。なお、取組例としては、評価結果が低調であるなど取組が進んでいない市町村に対し、ヒアリングを行い助言・提案を行うなど、個別での具体的支援を実施している場合などが考えられる。 ○ オについては、都道府県の策定した支援方策の内容が共有されていることを、当該支援対象となっている市町村が評価するもの。
時点	2021 年度（予定）実施の状況を評価

30

○令和3年度　関連事業の紹介

31

令和3年度　老人保健健康増進等事業

老人保健健康増進等事業とは・・・

高齢者の介護、介護予防、生活支援、老人保健及び健康増進等に関わる先駆的、試行的な事業に対して補助を行い、老人保健福祉サービスの一層の充実や介護保険制度の基盤の安定化に資することを目的とする補助金事業です。

（1）自治体におけるPDCAサイクルの推進に関する調査研究事業

（2）介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業

32

（1）自治体におけるPDCAサイクルの推進に関する調査研究事業

事業目的

高齢化が進展する中において、保険者機能を強化する必要があり、そのためには、保険者においてPDCAサイクルを定着させることが重要となる。

厚生労働省では、これまで、「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」、「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き」の普及などを行ってきたが、保険者が更に取り組みやすくする必要がある。

本事業は、**PDCAサイクル定着の好事例を収集・周知**することを目的として実施する。

33

ありがとうございました。

34

令和3年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費補助金）
「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」
介護保険「保険者シート」を活用した効果的な地域マネジメントに向けた
市町村・保険者支援に関する都道府県担当者意見交換会

介護保険「保険者シート」の活用方法開発

2022年2月25日

医療経済研究機構

本日の構成

1. 介護保険「保険者シート」と介護保険基本ロジックモデル
2. 介護保険「保険者シート」を活用したツール・研修
3. データ登録・整備状況

1. 介護保険「保険者シート」と介護保険基本ロジックモデル

この事業の着眼点

保険者シートの基本コンセプト※

（1）公表データから作成するものであること。
（2）既存のデータを利用して、簡単に作成できること。
（3）時系列の分析が可能であること。
（4）地域間比較が可能であること。
（5）保険者の位置が分かること。
（6）保険者の進むべき方向が分かること。

この2点について、自治体・保険者の担当者が実務に活用できるよう、データ整備を行うとともに、マニュアルおよび研修プログラムを開発する。

※出典：大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会（2018）介護保険「保険者シート」（平成27年度版）調査報告書
http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/link/201711daitoshi_hokenjya

目指す姿（ありたい状態）・現状・課題のイメージ

目指す姿:山頂
現 状 :今いるところ
課 題 :山頂と今いるところの差(高さ、距離)
解決策:山頂までたどり着くためのルート(道すじ)、方法(徒歩、山登りの道具、車、ヘリコプター等)

令和 2 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の推進に向けた 研修カリキュラムの開発に関する調査研究事業 報告書・わがまちの総合事業・生活支援体制整備事業を立ち止まって考える 地域づくりの実践に向けた道しるべ」令和 3 年（2021 年）3 月 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

保険者シートの構成

事業成果・介護保険料 | サービス量・資源 | 事業実施 | 事業費 | 地域特性

介護保険「保険者シート」をどう見るのか

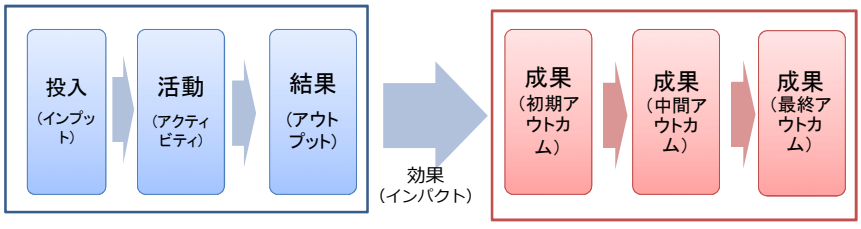
- それぞれの指標は、何を把握するためのものなのか？どう解釈するのか？
- どういう順序で指標を見るのか？
- どの指標とどの指標の関連を見ることで、何が分かるのか？
- 保険者シート内のデータで何が分かり、何が把握できないのか？

ロジックモデル（投入～成果の論理構造図）を活用し、介護保険基本ロジックモデルを作成。

⇒保険者シート内の指標（データ）の構造を見える化する

ロジックモデル

ロジックモデル：投入・活動・結果・成果の論理構造図



働きかける主体に起こること≒手段

働きかけた相手に起こること≒目的

図：W.K.Kellogg Foundation. Logic Model Development Guide, 2003、 Rossi, et al. プログラム評価の理論と方法、をもとに作成

介護保険基本ロジックモデルの趣旨

保険者シートの活用を促進し、保険者の地域把握や地域マネジメントに寄与するため、

1. **全保険者に共通し、汎用性のある基本的ロジックモデル**を示す。

2. その上で**保険者シートから得られる指標＝全保険者が見るべき基本的な指標を示す**。
ただし、最終アウトカムや中間アウトカムに相当する指標は、他多くの関連要因がある（解釈やデータの使い方に注意する）ことについて、説明する。

3. 保険者シートからは得られない、基本的かつ重要な指標もあげる。
保険者シートは介護保険事業の全体像のうち、どこが把握でき、どこが把握できないのか、明確にする。

4. **活動（アクティビティ）結果（アウトプット）、それらに近い初期アウトカムは、各保険者自身が地域の実情に応じて関連性や指標を考える**ことが望ましい。

⇒これを支援できる、保険者シートの活用マニュアルや研修を開発する。

最終成果（アウトカム）：介護保険の目的

介護保険法
第一章　総則
（目的）
第一条　この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が**尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる**よう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

介護保険で最終的に目指す姿＝尊厳（＝本人の主観的な部分も含む）と自立した日常生活

出典：介護保険法

中間成果（アウトカム）：介護保険事業の方向性

介護保険法
（介護保険）
第二条　介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な**保険給付を行う**ものとする。

①介護予防と重度化防止

2　前項の保険給付は、**要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資する**よう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

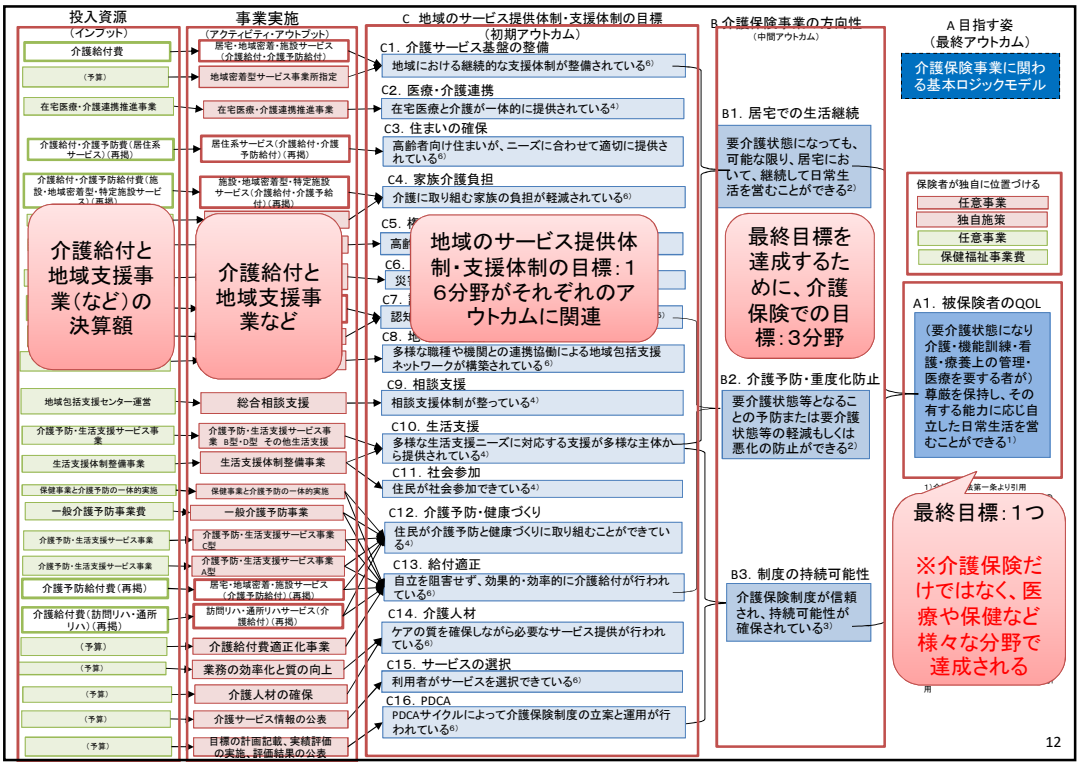
3　第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、**適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供される**よう配慮して行われなければならない。

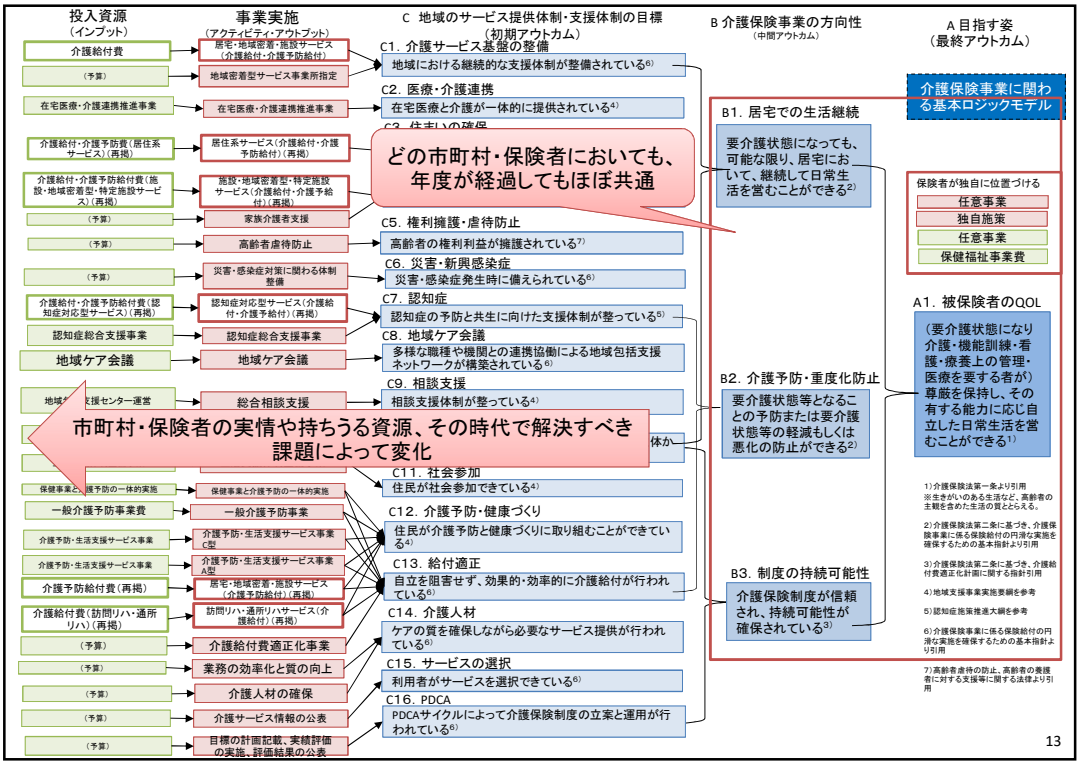
②適切なサービス

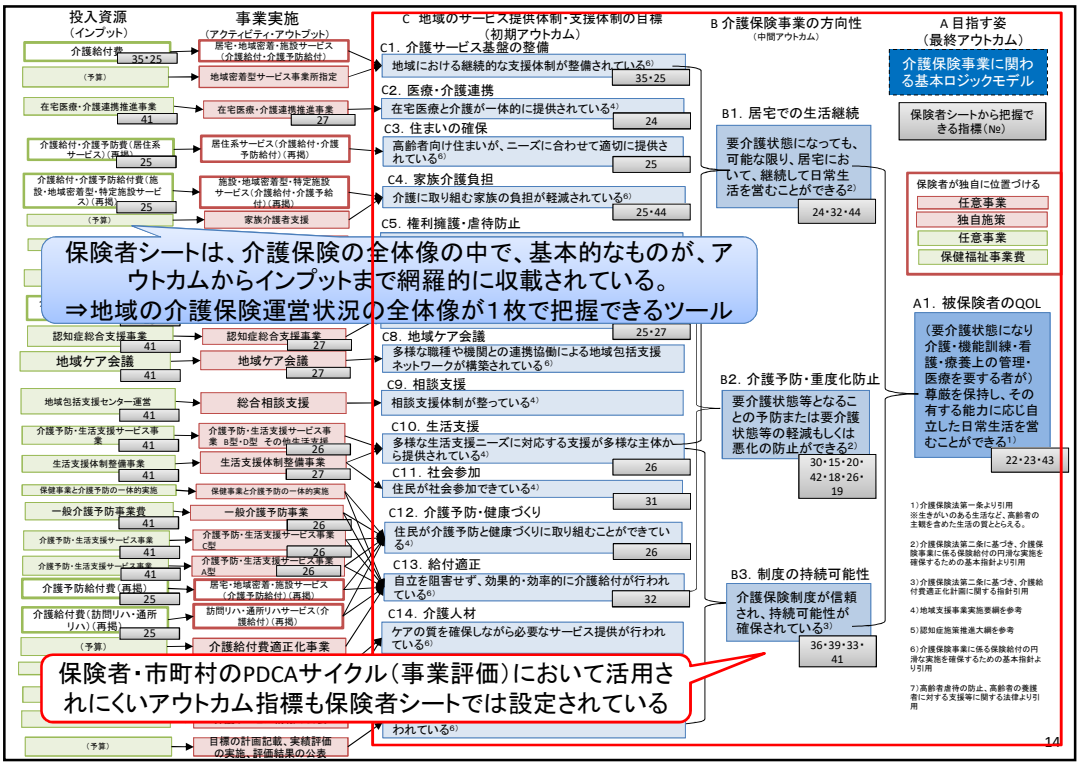
4　第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、**可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと**ができるように配慮されなければならない。

③居宅における日常生活

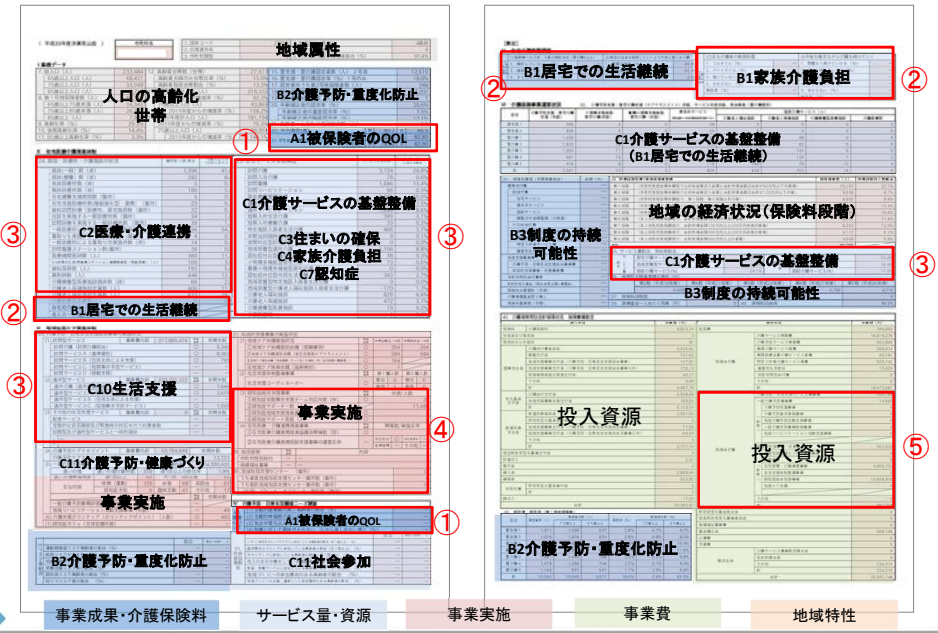
出典：介護保険法




投入資源
（インプット）
事業実施
（アクティビティ・アウトプット）
C 地域のサービス提供体制・支援体制の目標
（初期アウトカム）
B 介護保険事業の方向性
（中間アウトカム）
A 目指す姿
（最終アウトカム）
介護給付費
（予算）
在宅医療・介護連携推進事業
介護給付・介護予防費（居住系サービス）（再掲）
介護給付・介護予防給付費（施設・地域密着型・特定施設サービス）（再掲）
（予算）
（予算）
（予算）
介護給付・介護予防給付費（認知症対応型サービス）（再掲）
認知症総合支援事業
地域ケア会議
保健事業と介護予防の一体的実施
一般介護予防事業費
介護予防・生活支援サービス事業
介護予防・生活支援サービス事業
介護予防給付費（再掲）
介護給付費（訪問リハ・通所リハ）（再掲）
（予算）
（予算）
（予算）
（予算）
（予算）
居宅・地域密着・施設サービス（介護給付・介護予防給付）
地域密着型サービス事業所指定
在宅医療・介護連携推進事業
居住系サービス（介護給付・介護予防給付）（再掲）
施設・地域密着型・特定施設サービス（介護給付・介護予防給付）（再掲）
家族介護者支援
高齢者虐待防止
災害・感染症対策に関わる体制整備
認知症対応型サービス（介護給付・介護予防給付）（再掲）
認知症総合支援事業
地域ケア会議
総合相談支援
保健事業と介護予防の一体的実施
一般介護予防事業
介護予防・生活支援サービス事業 C型
介護予防・生活支援サービス事業 A型
居宅・地域密着・施設サービス（介護予防給付）（再掲）
訪問リハ・通所リハサービス（介護給付）（再掲）
介護給付費適正化事業
業務の効率化と質の向上
介護人材の確保
介護サービス情報の公表
目標の計画記載、実績評価の実施、評価結果の公表
C1. 介護サービス基盤の整備
地域における継続的な支援体制が整備されている6)
C2. 医療・介護連携
在宅医療と介護が一体的に提供されている4)
C5. 権利擁護・虐待防止
高齢者の権利利益が擁護されている7)
C6. 災害・新興感染症
災害・感染症発生時に備えられている6)
C7. 認知症
認知症の予防と共生に向けた支援体制が整っている5)
C8. 地域ケア会議
多様な職種や機関との連携協働による地域包括支援ネットワークが構築されている6)
C9. 相談支援
相談支援体制が整っている4)
C11. 社会参加
住民が社会参加できている4)
C12. 介護予防・健康づくり
住民が介護予防と健康づくりに取り組むことができている4)
C13. 給付適正
自立を阻害せず、効果的・効率的に介護給付が行われている6)
C14. 介護人材
ケアの質を確保しながら必要なサービス提供が行われている6)
C15. サービスの選択
利用者がサービスを選択できている6)
C16. PDCA
PDCAサイクルによって介護保険制度の立案と運用が行われている6)
どの市町村・保険者においても、年度が経過してもほぼ共通
市町村・保険者の実情や持ちうる資源、その時代で解決すべき課題によって変化
B1. 居宅での生活継続
要介護状態になっても、可能な限り、居宅において、継続して日常生活を営むことができる2)
B2. 介護予防・重度化防止
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2)
B3. 制度の持続可能性
介護保険制度が信頼され、持続可能性が確保されている3)
介護保険事業に関わる基本ロジックモデル
保険者が独自に位置づける
任意事業
独自施策
任意事業
保健福祉事業費
A1. 被保険者のQOL
（要介護状態になり介護・機能訓練・看護・療養上の管理・医療を要する者が）尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる1)
1）介護保険法第一条より引用
※生きがいのある生活など、高齢者の主観を含めた生活の質ととらえる。
2）介護保険法第二条に基づき、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針より引用
3）介護保険法第二条に基づき、介護給付費適正化計画に関する指針引用
4）地域支援事業実施要綱を参考
5）認知症施策推進大綱を参考
6）介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針より引用
7）高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律より引用
13


投入資源
（インプット）
事業実施
（アクティビティ・アウトプット）
C 地域のサービス提供体制・支援体制の目標
（初期アウトカム）
B 介護保険事業の方向性
（中間アウトカム）
A 目指す姿
（最終アウトカム）
介護給付費 35・25
（予算）
在宅医療・介護連携推進事業 41
介護給付・介護予防費（居住系サービス）（再掲） 25
介護給付・介護予防給付費（施設・地域密着型・特定施設サービス）（再掲） 25
（予算）
（予算）
（予算）
介護給付・介護予防給付費（認知症対応型サービス）（再掲）
認知症総合支援事業 41
地域ケア会議 41
保健事業と介護予防の一体的実施
一般介護予防事業費 41
介護予防・生活支援サービス事業 41
介護予防・生活支援サービス事業 41
介護予防給付費（再掲） 25
介護給付費（訪問リハ・通所リハ）（再掲） 25
（予算）
（予算）
（予算）
（予算）
（予算）
居宅・地域密着・施設サービス（介護給付・介護予防給付）
地域密着型サービス事業所指定
在宅医療・介護連携推進事業 27
居住系サービス（介護給付・介護予防給付）（再掲）
施設・地域密着型・特定施設サービス（介護給付・介護予防給付）（再掲）
家族介護者支援
認知症総合支援事業 27
地域ケア会議 27
総合相談支援
介護予防・生活支援サービス事業 B型・D型 その他生活支援 26
生活支援体制整備事業 27
保健事業と介護予防の一体的実施
一般介護予防事業 26
介護予防・生活支援サービス事業 C型 26
介護予防・生活支援サービス事業 A型 26
居宅・地域密着・施設サービス（介護予防給付）（再掲）
訪問リハ・通所リハサービス（介護給付）（再掲）
介護給付費適正化事業
目標の計画記載、実績評価の実施、評価結果の公表
C1. 介護サービス基盤の整備
地域における継続的な支援体制が整備されている6) 35・25
C2. 医療・介護連携
在宅医療と介護が一体的に提供されている4) 24
C3. 住まいの確保
高齢者向け住まいが、ニーズに合わせて適切に提供されている6) 25
C4. 家族介護負担
介護に取り組む家族の負担が軽減されている6) 25・44
C8. 地域ケア会議 25・27
多様な職種や機関との連携協働による地域包括支援ネットワークが構築されている6)
C9. 相談支援
相談支援体制が整っている4)
C10. 生活支援
多様な生活支援ニーズに対応する支援が多様な主体から提供されている4) 26
C11. 社会参加
住民が社会参加できている4) 31
C12. 介護予防・健康づくり
住民が介護予防と健康づくりに取り組むことができている4) 26
C13. 給付適正
自立を阻害せず、効果的・効率的に介護給付が行われている6) 32
C14. 介護人材
ケアの質を確保しながら必要なサービス提供が行われている6)
われている6)
保険者シートは、介護保険の全体像の中で、基本的なものが、アウトカムからインプットまで網羅的に収載されている。
⇒地域の介護保険運営状況の全体像が1枚で把握できるツール
保険者・市町村のPDCAサイクル（事業評価）において活用されにくいアウトカム指標も保険者シートでは設定されている
B1. 居宅での生活継続
要介護状態になっても、可能な限り、居宅において、継続して日常生活を営むことができる2) 24・32・44
B2. 介護予防・重度化防止
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2) 30・15・20・42・18・26・19
B3. 制度の持続可能性
介護保険制度が信頼され、持続可能性が確保されている3) 36・39・33・41
介護保険事業に関わる基本ロジックモデル
保険者シートから把握できる指標（№）
保険者が独自に位置づける
任意事業
独自施策
任意事業
保健福祉事業費
A1. 被保険者のQOL
（要介護状態になり介護・機能訓練・看護・療養上の管理・医療を要する者が）尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる1) 22・23・43
1）介護保険法第一条より引用
※生きがいのある生活など、高齢者の主観を含めた生活の質ととらえる。
2）介護保険法第二条に基づき、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針より引用
3）介護保険法第二条に基づき、介護給付費適正化計画に関する指針引用
4）地域支援事業実施要綱を参考
5）認知症施策推進大綱を参考
6）介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針より引用
7）高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律より引用
14

保険者シートの構成とデータを見る順序（例：居宅での生活継続）



2. 介護保険「保険者シート」を活用したツール・研修

保険者シートで何ができるのか

自治体の課題	保険者シートを使うことで
介護保険事業が複雑化し（総合事業、医療介護連携、生活支援等）、一人の担当者が担う業務が細分化されている	**介護保険事業全体のポイント**をつかみ、説明することができる
介護保険の目的や、各事業が何のために実施しているのか、事業間の関連がわからない。	介護保険事業全体の構造（ロジックモデル）を理解し、**自分の事業の位置づけ**等を知ることができる
市町村ごとの特性を踏まえた事業の実施	地域間比較により、**自らの市町村の特性・課題**を理解できる
介護保険事業のPDCAサイクル、適正な評価の実施	PDCAサイクルに必要な数字を集めることができる 介護保険事業全体の構造（ロジックモデル）を理解し、**適切な指標**を考えることができる 介護保険事業のポイントとなる項目を時系列比較することにより、**事業実施の効果**を把握することができる
今後、地域の高齢化、人口減少等を踏まえた取組の方向性が不明	各地域において不足している取組や、地域の実情に応じて**今後必要な取組**を把握することができる
健康づくりや地域づくり、地域福祉、地域共生、住宅施策、医療施策など、様々な隣接分野があり、連携した取組が必要	**部署間連携の題材**として、目的を共有するとともに、相互の理解を深め、より効果的・効率的な事業運営を行うきっかけとできる

保険者シートの作成過程とツール

保険者シートWebサイト（https://hokenja-sheet.jp/）からダウンロード

公開データ

・国勢調査・人口動態統計（総務省）
・市区町村生命表の概況（厚生労働省）
・人口動態調査（厚生労働省）
・日本の地域別将来推計人口（国立社会保障人口問題研究所）
・市町村類型（総務省）・団体コード（総務省）
・地域包括ケア「見える化」システム（厚生労働省）
・在宅医療にかかる地域別データ集（厚生労働省）
・医療施設（動態）調査（厚生労働省）
・医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）
・認知症サポーター（全国キャラバンメイト連絡協議会）
・介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（厚生労働省）
・介護保険事業状況報告月報・年報（厚生労働省）
・介護保険料（厚生労働省）

14データソース 約201項目

事務局が毎年４月～９月頃収集

保険者保有データ

- 地域支援事業の実施状況・決算額 約155項目
- 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 在宅介護実態調査 集計結果
- 介護保険料算定時の推計値 など

市町村・保険者が毎年Webサイトからデータを登録

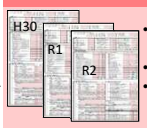
「見える化」システムからのデータを取り込むことで155項目→最少96項目に

※登録する項目は年度によって変わります

データベース

市区町村・保険者単位でデータを突合し格納

保険者シート New



・国・都道府県・保険者・市町村ごとに、毎年作成（PDF）
・各自治体・保険者の実態把握、経年比較に有効
・会議資料、庁内外への説明資料、介護保険事業計画掲載資料等にそのまま利用可

比較ツール 今年度公開予定

国・都道府県の値（基準）と1保険者・市町村のデータを比較
自地域の保険者シートデータ（全体像）の高・低が一見して判断できる

データ可視化ツール

・地域間比較、時系列比較できるグラフを用意
・都道府県・人口規模・高齢化率で比較地域を容易に選択。地域の特徴がより明確に。
・グラフはダウンロードし、資料等にそのまま利用可

保険者シートデータセット

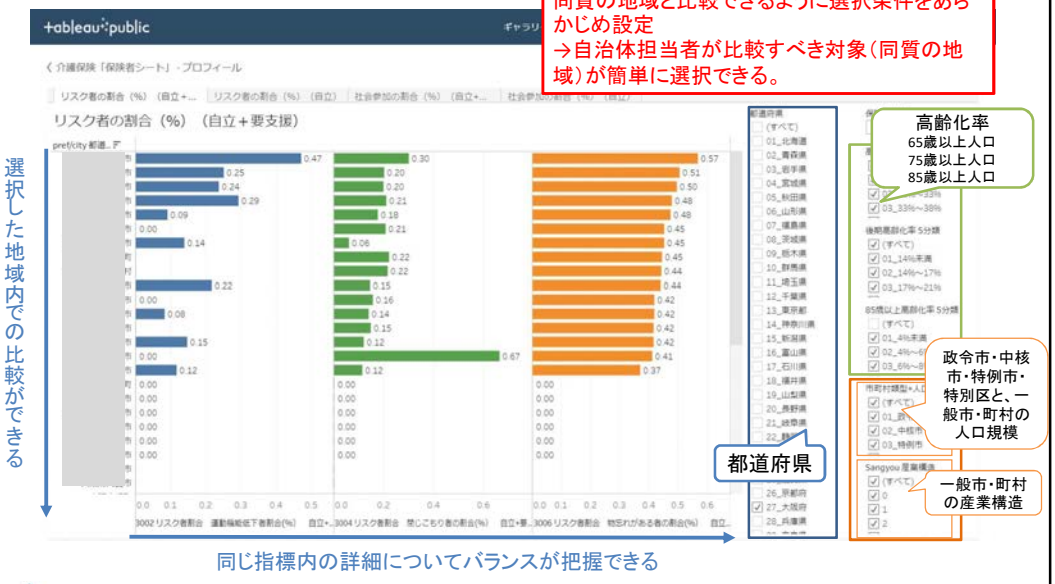
・保険者シートデータをExcelファイル1シートに表示
・都道府県単位/年度単位でダウンロードデータを選択可
・目的や関心に合わせて、自由に集計・分析・加工が可能
・統計ソフト等へのインポート可

行：国・都道府県・市町村・保険者
列：保険者シート項目

主に研究者向け

可視化ツール

同質の地域と比較できるように選択条件をあらかじめ設定
→自治体担当者が比較すべき対象（同質の地域）が簡単に選択できる。



可視化ツール例：平均寿命×健康寿命

n=300

R1保険者シートにデータ登録し、健康寿命のデータ公開可とした300保険者のみ表示

地域包括ケア見える化システムと保険者シート可視化ツールの比較

	地域包括ケア見える化システム	保険者シート（可視化ツール）
データ量	必要なデータが追加・更新される	503項目（A4裏表1枚に収まる）に限定
データ内容	地域包括ケアシステムを把握するために必要なデータや情報が網羅的に収載	介護保険事業運用の把握に基本的なものに限定
指標	ユーザーが関心に合わせて選択できる	成果、事業実施、投入資源ごとに、目的に合わせて指定される
時系列比較	指標によるが豊富	2018年から最大3年分
地域間比較	ユーザーが関心に合わせて選択できる	比較地域の条件を指定できる ・都道府県内 ・市町村類型（人口規模・産業構造） ・高齢化率
分析	ユーザーが関心に合わせて設定できる	因果関係（仮説）をもとにあらかじめ設定される
詳細分析	同じシステム内で容易に可能	他データの連結や別集計が可能

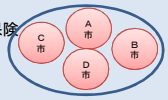
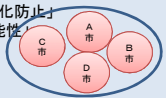
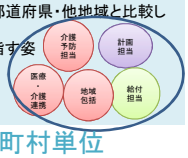
活用マニュアル・研修 ※今年度開発中

＜目的＞
自治体職員、特に高齢者福祉に関わる初任者が、自地域の介護保険運用状況の把握と地域マネジメントに保険者シートを活用できるよう、保険者シートの特徴、使い方への理解を促すためのマニュアルを作成する。

	狙い	マニュアル（項目）	都道府県・圏域単位の研修：初任者研修	都道府県・圏域単位の研修：アドバンス（テーマ選択）	市町村単位の研修：他部署・係の協働研修
概要編	介護保険の目的と全体像と保険者シートの概要が理解できる	介護保険事業の目的と全体像	●	●	●
		保険者シートの目的と概要	●	●	●
		事業評価とPDCAサイクルによる事業展開	●	●	●
		保険者シートのダウンロードとツール	●		
基礎編	地域の位置・傾向が分かる ・指標の意味を理解できる ・データの基本的見方が理解できる ・地域間比較ができる ・時系列比較ができる	「被保険者のQOL」に関する指標	●	○	●
		「居宅での生活継続」に関する指標	●	○	●
		「介護予防・重度化防止」に関する指標	●	○	●
		「制度の持続可能性」に関する指標	●	○	●
活用編	地域の進むべき方向が分かる ・指標間の関連性、外部要因を考えることができる。 ・自地域の取り組む方向性を考えることができる。	「居宅での生活継続」（アウトカムからインプットまで）		○	
		「介護予防・重度化防止」（アウトカムからインプットまで）		○	
		「制度の持続可能性」（アウトカムからインプットまで）		○	●

●：必須　○：領域内で選択

保険者シート（研修）で何ができるのか

初任者研修 （着任1～2年目）	アドバンス研修 （各事業担当者）	他部署との連携 （介護保険・高齢者福祉に関わる担当者）
A4表裏1枚で、介護保険事業全体のポイントを知ることができる。介護保険事業のPDCAサイクルに必要な資料を集めることができる 地域間で比較することで、自分の市町村の特性等を理解し、説明できる （例）高齢者の居宅生活継続と給付サービスのバランス・高齢者の介護予防や自立の状況と介護予防や生活支援サービス・介護保険料構造 自分の市町村の特性・課題等を見て、担当している事業や計画の方向性を考えるきっかけを得られる	事業実施から最終アウトカムまでの介護保険事業の構造を理解できる 介護保険事業全体における自らの業務の位置づけを理解できる 地域間や時系列で比較することで、自分の市町村の特性・傾向、課題等を理解し、説明できる 分野を絞って、その地域のロジックモデルを考えることで、保険者シートにないデータも含めて、地域の状況や課題を分析し、取り組みの方向性を検討・共有できる	高齢者が自立した日常生活を送るために、健康づくりなど関連施策を含めた自治体の施策の全体像を理解し、その目的を共有できる 関係者間でロジックモデルを考えることで、地域の状況や課題を分析し、取り組みの方向性を検討・共有できる 相互の理解を深め、より効果的・効率的な事業運営を行うきっかけとできる
<テーマ> 1）データを国・都道府県・他地域と比較した気づき、理由 2）自地域の介護保険の持続可能性 （保険料構造） 	<テーマ> 対象者に応じて1テーマを選択 1）「居宅での生活継続」 2）「介護予防・重度化防止」 3）「制度の持続可能性」 	<テーマ> 1）データを国・都道府県・他地域と比較した気づき、理由 2）自地域が目指す姿と取り組み 3）他担当者と協働できること 

都道府県・圏域単位　　市町村単位

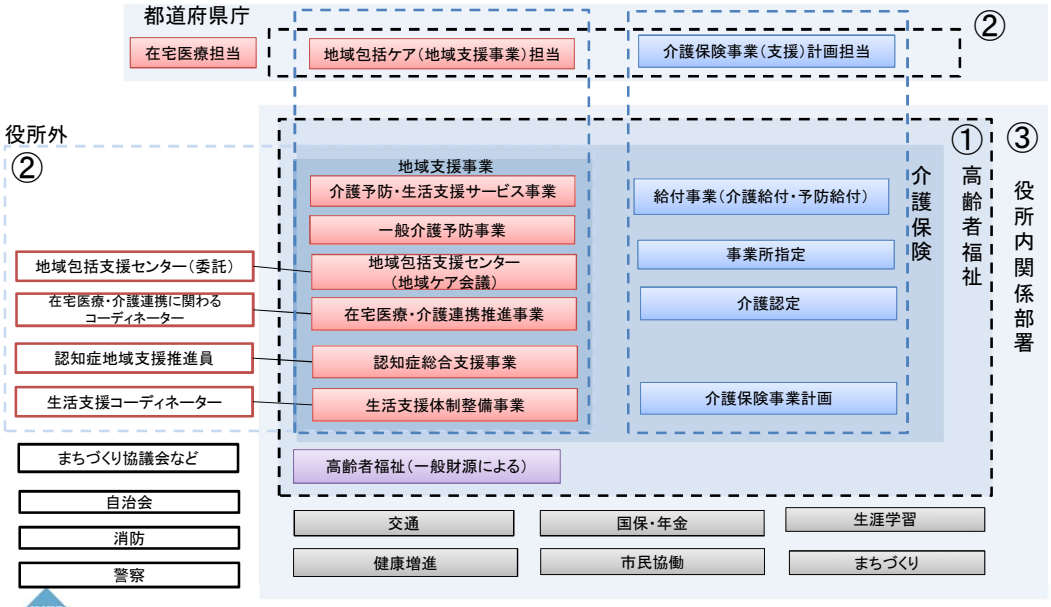
初任者研修のプログラム

＜平日午後、オンライン開催の場合＞

	開始時間		内容	所要時間
	13:00～		参加受付・zoom接続確認	30
1	13:30～		はじめに	5
2	13:35～	講義	介護保険の全体像と介護保険「保険者シート」の概要 ・介護保険の目的と全体像 –介護保険基本ロジックモデル ・介護保険におけるPDCAサイクルと事業評価 ・介護保険「保険者シート」の概要 ・介護保険「保険者シート」の作成と活用できるツール	50
3	14:25～	演習	介護保険「保険者シート」を活用した地域の現状把握 ・保険者シートについて国・都道府県・他保険者との比較演習 ・保険者シート内の主な指標の見方の解説	50
	15:15～	休憩		10
4	15:55～	GW1	国・都道府県・他保険者と比較した自地域の特徴 ・保険者シートから分かった気づき、特徴、理由	25
5	16:20～	GW2	わがまちの介護保険制度の信頼と持続可能性 ・保険者シートの保険料構造からみた特徴 ・課題とこれから必要な取り組み	25
6	16:45～	GW3	本日の気づきの共有	5
7	16:50～	全体共有	発表・まとめ	10
	17:00	閉会		

GW：グループワーク

「保険者シート」の共有範囲（点線内）



3. データ登録・整備状況

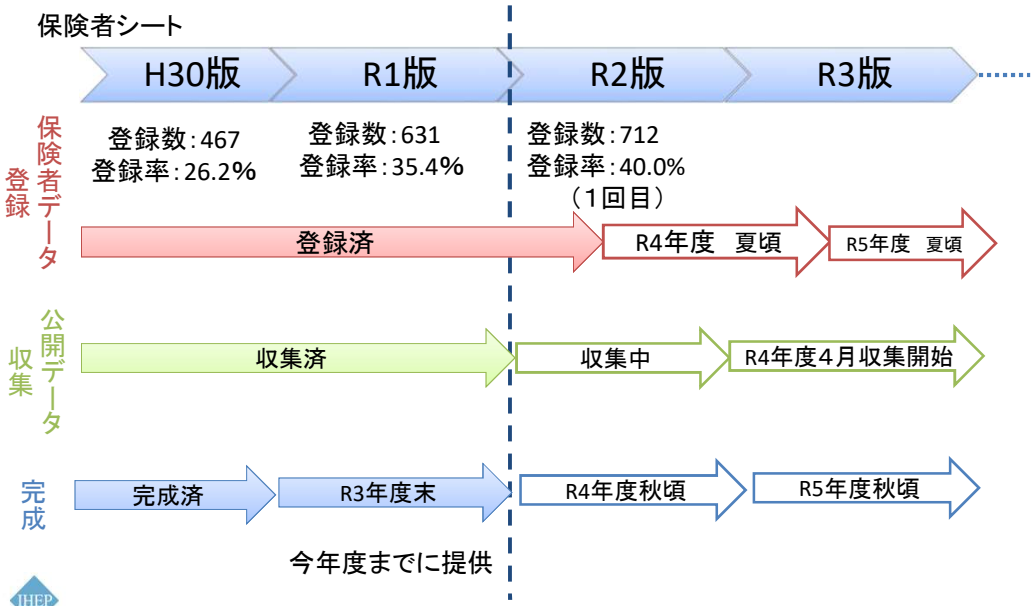
介護保険「保険者シート」データの公開範囲

	保険者が登録するデータ						事務局が公開データから登録するデータ
出力対象	自団体のデータ			他団体のデータ			
データ公開範囲	公開	国・都道府県・他市町村のみ	非公開	公開	国・都道府県・他市町村のみ	非公開	
市区町村・広域連合アカウント	○	○	○	○	○	×	○
国・都道府県アカウント				○	○	×	○
一般アカウント				○	×	×	○

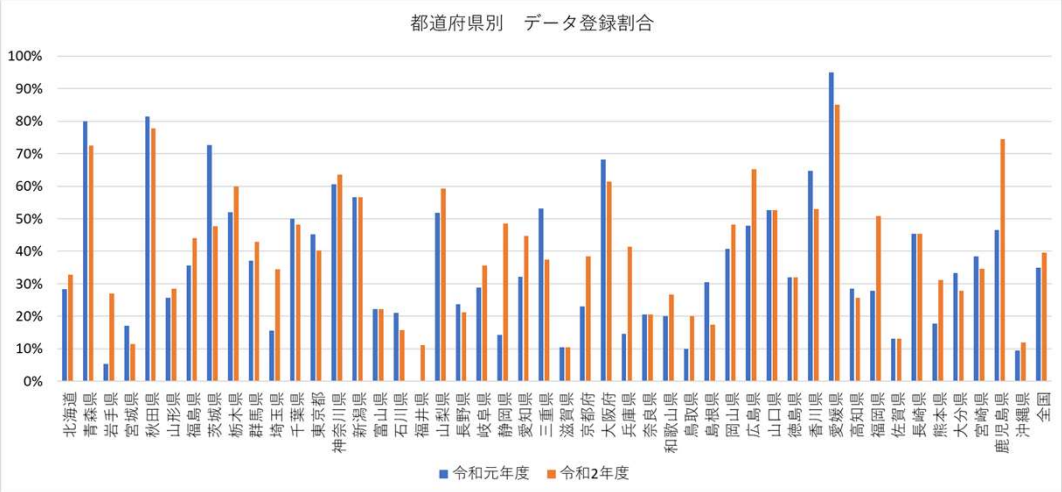
○：出力される　×：出力されない

下記の場合はデータが空欄
- 公開データで、データセットダウンロード時点で未公開の場合。
- 保険者入力のデータで、保険者がデータを登録していない、もしくは、登録を完了してない場合。
- 保険者入力のデータで、保険者がデータ公開範囲を「公開」以外に設定している場合。
- 保険者入力のデータで、回答不要、非該当の場合。

保険者シートデータの収集・蓄積・提供



都道府県別データ登録状況（2月21日現在）



全国　令和2年度版　登録数：712　登録率：40.0%

ぜひアカウント登録をお願いします

アカウント登録に必要な認証キーは
事務局にお問い合わせください。

URL：　https://hokenja-sheet.jp/

介護保険「保険者シート」

参考：介護保険「保険者シート」報告書・参考書

＜介護保険「保険者シート」報告書＞

- 大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会（平成29年11月）
  「介護保険保険者シート（平成27年度版）調査報告書」
  http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/docs/daitoshi/201711daitoshi_hokenjya.pdf

- 大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会（平成31年3月）
  「介護保険保険者シート（平成27・平成29年度　時系列分析）調査報告書」
  http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/docs/daitoshi/201903daitoshi_hokenjya_report.pdf

- 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（令和2年3月）
  令和元年度年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費補助金）
  「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールに関する調査研究報告書」
  https://www.ihep.jp/publications/elderly-search/?y=2019

- 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（令和3年3月）
  令和2年度年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費補助金）
  「介護保険制度の実施状況に係わる全体像把握のためのツールを活用した 分析手法の開発及び活用促進に関する調査研究事業報告書」
  https://www.ihep.jp/publications/elderly-search/?y=2020

＜ロジックモデル、事業評価に関する参考＞

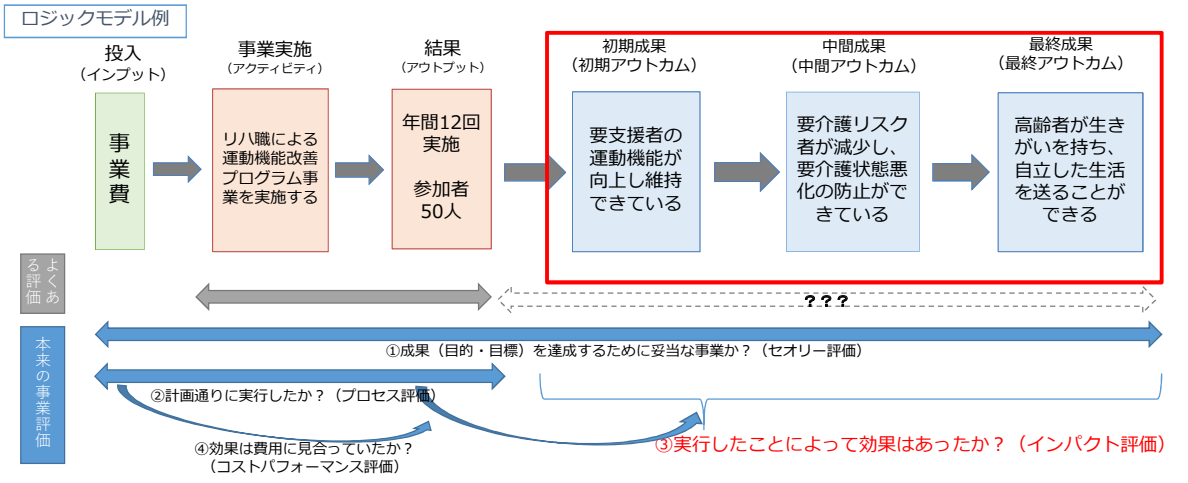
- 地域医療計画評価ネットワーク（RH-PLANET）「地域医療計画　評価・改定マニュアル」
  https://sites.google.com/view/rhplanet/%E3%83%9B%E3%83%BC%E3%83%A0?authuser=0

保険者・市町村支援における介護保険「保険者シート」活用可能性

第8期介護保険事業計画における指標設定状況調査の結果（速報）

2022年2月25日
医療経済研究機構

PDCAサイクル・事業評価における課題
➡「事業実施」「結果」のみで評価が行われる一方、「成果（アウトカム）」が把握されてないため、進捗把握や「事業実施」による効果が評価できない。

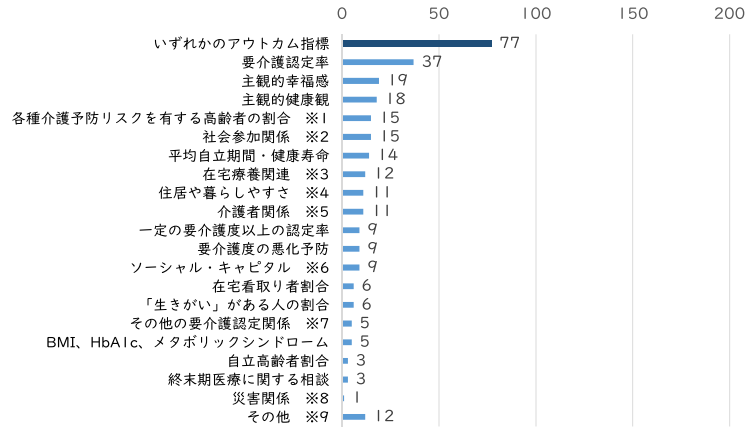


「成果（アウトカム）」を指標（データ）で把握することが、地域の実態把握や、PDCAサイクルによる計画進捗管理に必要なのではないか？

図：地域医療計画評価ネットワーク「評価・改訂マニュアル」の図をもとに作成　https://sites.google.com/view/rhplanet/%E3%83%9B%E3%83%BC%E3%83%A0?authuser=0
注：ロジックモデルの内容は一例であり、必ずしも妥当ではない。

第8期介護保険事業計画の分析

調査概要
・全国1,571の保険者（市町村 1,531 、広域連合 40）から無作為に200を抽出（市町村 194、広域連合 6）
・「アウトカム指標」と考えられる記述を抽出　抽出は二人の研究者が実施し、異同があれば相談して決定した
　本研究における「アウトカム指標」の操作的定義
　　介護保険事業計画の実施によりもたらされる長期的な帰結のうち、数値目標として設定されているもの。
　　特定の事業の効果を測定するための指標（例　認知症予防教室の満足度や転倒予防教室実施後の握力など）は対象外とした。
・182保険者まで分析完了（2022年2月15日時点）

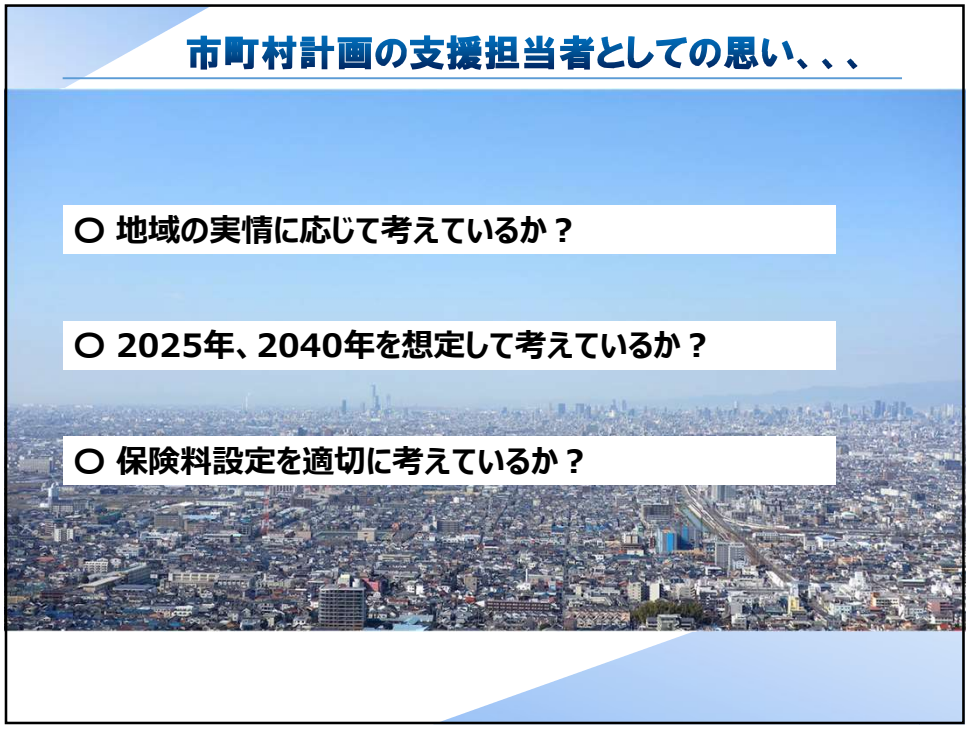


指標によっては、介護保険事業計画のアウトカム指標として適切かどうか検討が必要なものもあることに注意が必要

※1「転倒リスクを有する高齢者の割合」などが含まれる。
※2「地域において何か活動している高齢者の割合」などが含まれる。
※3「在宅療養者割合」、「在宅療養への主観的評価」などが含まれる。
※4「住まいに不安を感じている高齢者の割合」などが含まれる。
※5「介護のため離職した人の割合」などが含まれる。
※6「地域とのつながりを感じている高齢者の増加」などが含まれる。
※7「新規申請者の平均年齢」などが含まれる。
※8「災害に対して、市民が不安なく暮らせるまちである割合」。
※9「就労している高齢者の割合」などが含まれる。

第8期介護保険事業計画におけるアウトカム指標を記載している保険者数（n=182）

大阪府
大阪府における
「保険者シート」の市町村計画支援への活用
※この資料は、担当者の個人的な見解ですので、本研修限りでお願いいたします！
EXPO
2025


市町村計画の支援担当者としての思い、、、
〇 地域の実情に応じて考えているか？
〇 2025年、2040年を想定して考えているか？
〇 保険料設定を適切に考えているか？

市町村計画の支援について

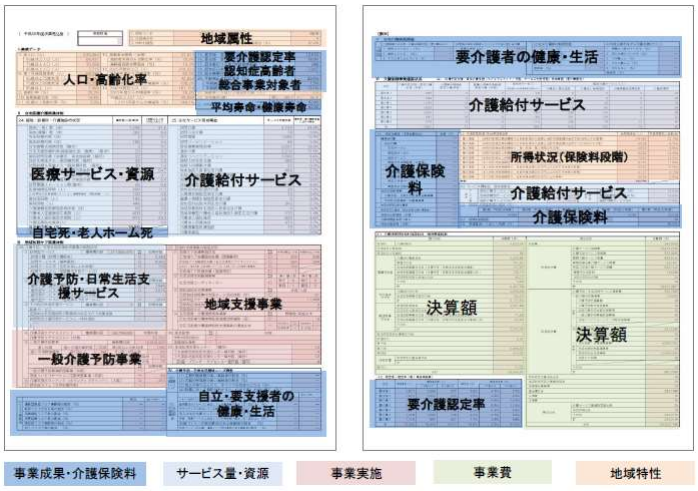
＜大阪府の市町村支援のイメージ（ソーシャルサポートによる分類）＞

	手段的サポート サービス・物質・金銭	情報的サポート 情報提供・助言	評価的サポート フィードバック、社会的比較	情緒的サポート 共感・安心
全市町村	ー	・データ提供 ・全体研修	・市町村ヒアリング	ー
個別支援	・コンサル派遣	・個別相談	ー	・個別相談（再掲）
ちょっと心配な市町村	ー	ー	ー	・チェックやフォローを手厚く

＜ソーシャルサポートとは＞
特定個人が、特定の時点で、彼／彼女と関係を有している他者から得ている、有形／無形の諸種の援助（南・稲葉・浦，1988）

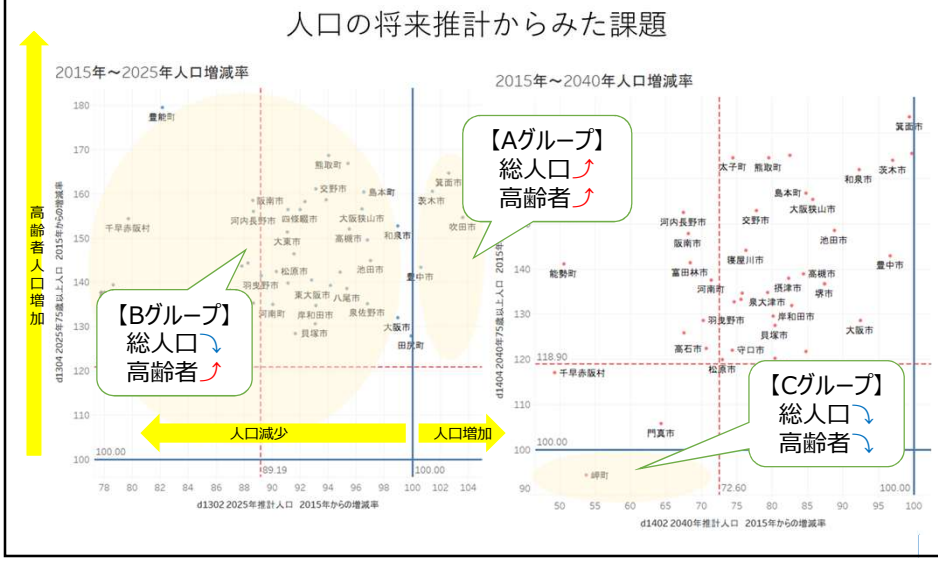
「保険者シート」を活用して良かったこと（初級編）

○これ1枚で、介護保険に関わる関連値を一瞬で把握できます。
➡わざわざ市町村ヒアリングのために、色々調べる手間が減ります。
○特に、「介護保険料構造」が一目でわかるのでありがたいです。



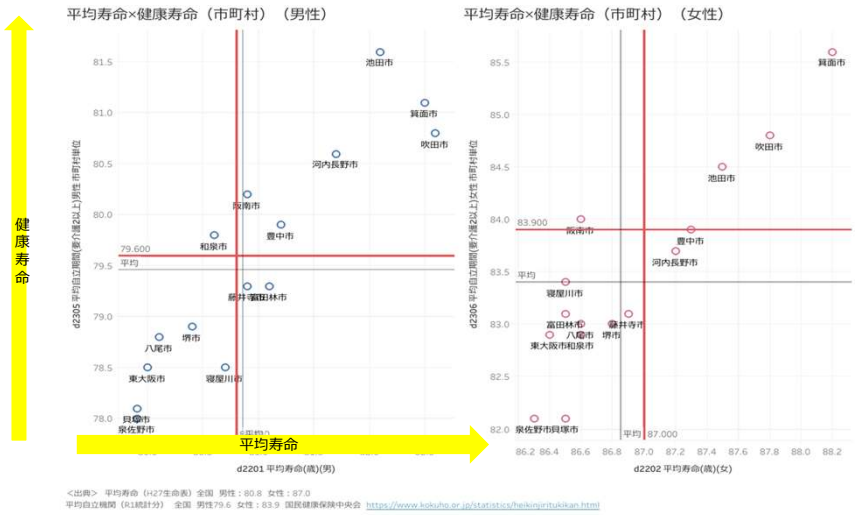
「保険者シート」を活用して良かったこと（上級編①）

○人口構造の変化を切り口に、市町村の分類ができました。



「保険者シート」を活用して良かったこと（上級編②）

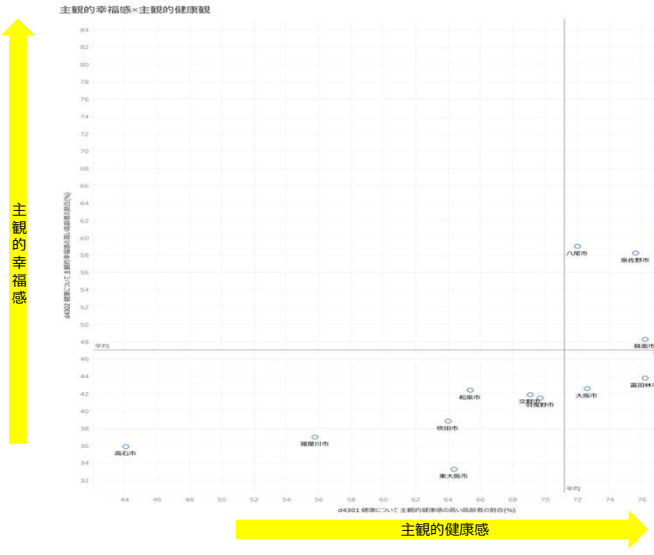
○市町村は、平均寿命や健康寿命の立ち位置を知らないことが多いので
市町村のあるべき姿を促す良いネタになりました。



<出典> 平均寿命（H27生命表）全国 男性：80.8 女性：87.0
平均自立期間（R1統計分） 全国 男性79.6 女性：83.9 国民健康保険中央会 https://www.kokuho.or.jp/statistics/heikinjiritukikan.html

「保険者シート」を活用して良かったこと（上級編③）

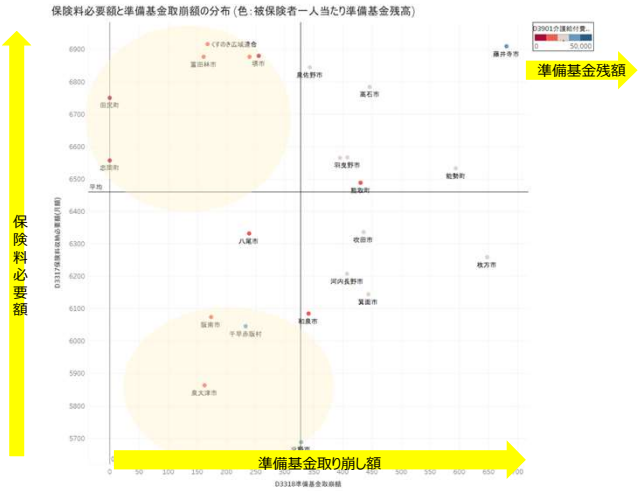
○主観的幸福感や主観的健康感も平均寿命等と同様です



「保険者シート」を活用して良かったこと（上級編④）

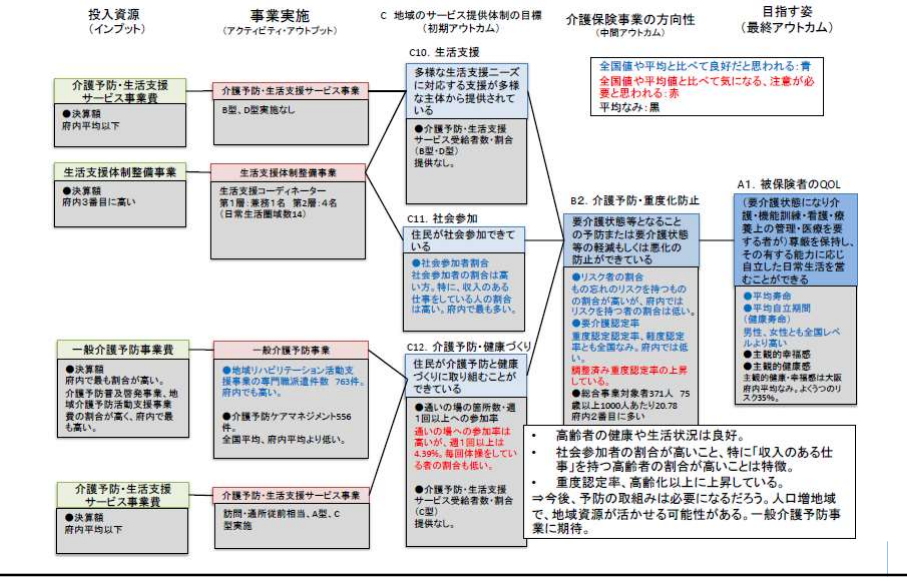
○保険料必要額と準備基金残額等を一覧化できるので、サービス見込量調査で
特に注意して確認すべき市町村が特定できそうです（所説あると思いますが、、、）

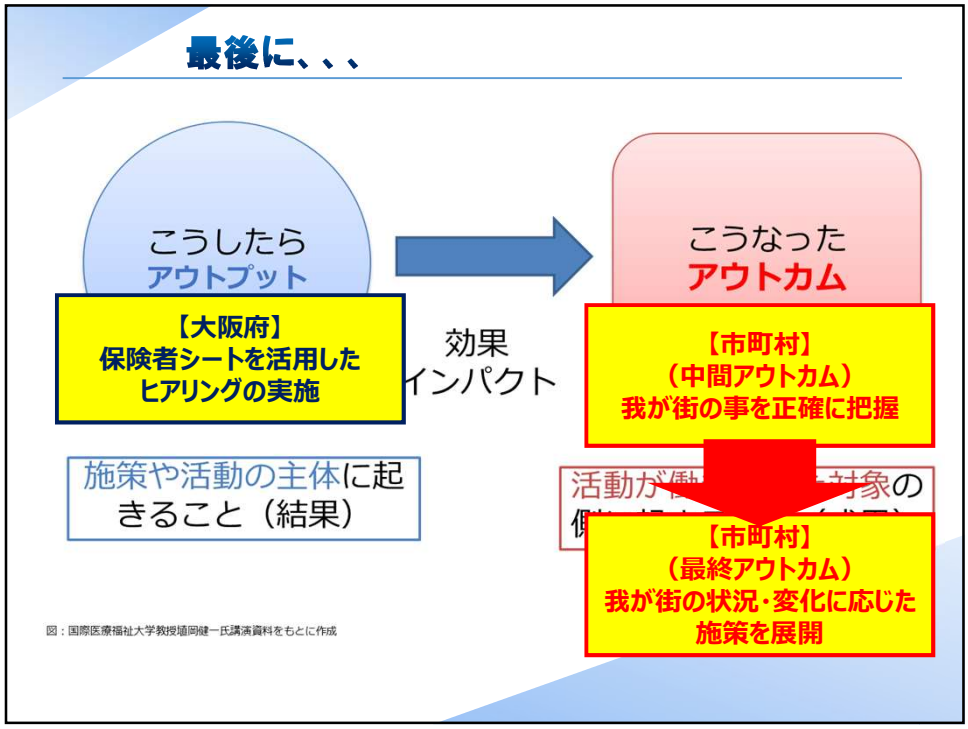
保険料は適切に見込めているのか？（過不足なく適切に。需要と供給が見合うのか。）
（第７期）保険料必要額はどのくらいか？



「保険者シート」を活用して良かったこと（おまけ）

○ロジックモデルと組み合わせることで、その市町村が考えていることと
方向性が合っているのかを議論できました。




最後に、、、
こうしたら
アウトプット
【大阪府】
保険者シートを活用した
ヒアリングの実施
効果
インパクト
こうなった
アウトカム
【市町村】
（中間アウトカム）
我が街の事を正確に把握
【市町村】
（最終アウトカム）
我が街の状況・変化に応じた
施策を展開
施策や活動の主体に起
きること（結果）
図：国際医療福祉大学教授植岡健一氏講演資料をもとに作成

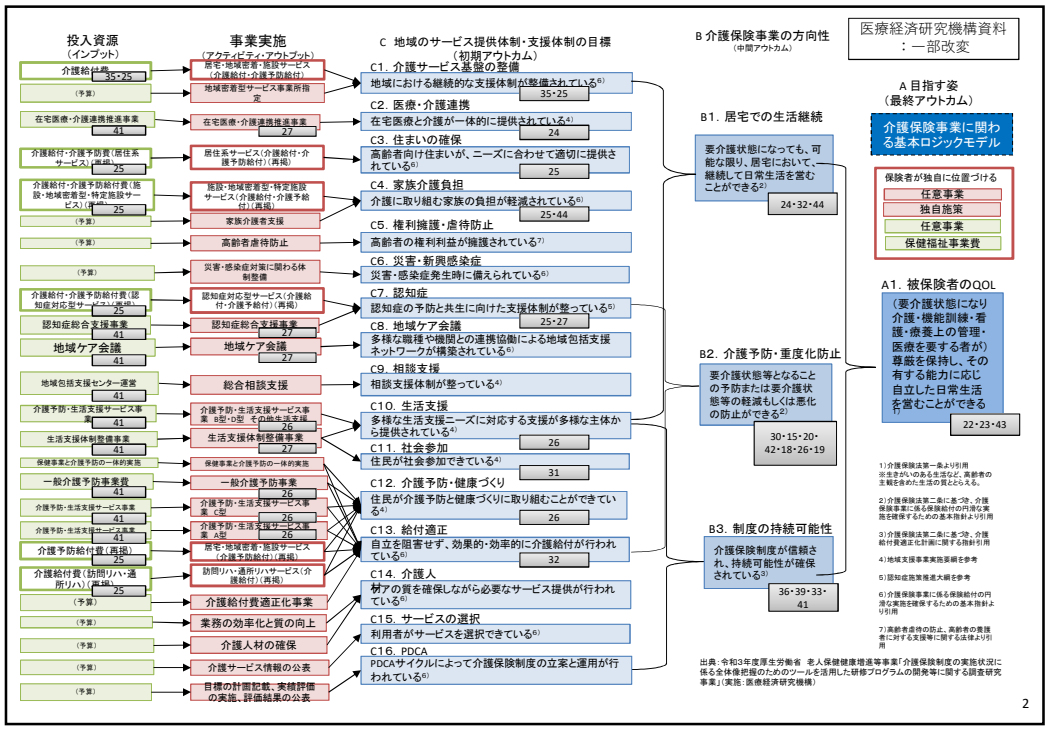
ご清聴ありがとうございました！

介護保険「保険者シート」を活用した
効果的な地域マネジメントに向けた
市町村・保険者支援に関する都道府県担当者意見交換会

～地域包括ケア指標設定と進捗評価への活用可能性～

令和4年2月25日
長野県健康福祉部介護支援課

「保険者シート」の構成



県レベルの実態調査で把握する指標と、介護保険「保険者シート」、インセンティブ交付金評価指標の対応

	投入資源 インプット	事業実施 ・アウトプット	初期 アウトカム	中間 アウトカム	最終 アウトカム
介護保険「保険者シート」	←	←	←	←	←
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に係る評価指標		←	←		
長野県 高齢者生活・介護に関する実態調査 ・居宅要介護・要支援認定者等実態調査 ・元気高齢者等実態調査（日常生活圏域ニーズ調査） ・施設入所（居住）者実態調査 ・介護サービス事業所調査				← 主観的な指標が中心	
長野県 地域包括ケア体制の構築状況「見える化」調査			← 中間アウトカム、最終アウトカムを中心に既存の指標を整理・設定し、最終アウトカムに向けた市町村の成果の達成状況を見える化	←	←

おおよそ、介護保険基本ロジックモデルの「最終アウトカム」「中間アウトカム」が、長野県地域包括ケア体制の構築状況の調査では「最終アウトカム（KGI）」に、介護保険基本ロジックモデルの「初期アウトカム」が長野県地域包括ケア体制構築状況調査の「中間アウトカム（KPI）」に相当する。

3

地域包括ケア体制構築状況の「見える化」について（これまでの成果）

○　地域包括ケア体制構築状況の「見える化」について、これまでの成果・課題を踏まえ、見直しを行い、2025年、2040年を見据えて地域包括ケア体制の深化・確立を図る。

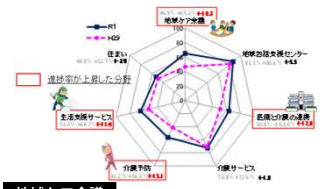
第６期・第７期計画期間における可視化調査の取組の成果

○　平成26年介護保険制度改正などにより、市町村に新たに求められた取組について、早期の着手を促し、進捗について把握するため、取組の有無や、整備状況を中心に指標を設定してきた

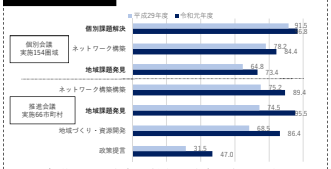
	【H26】	【H29】	【R１】
・地域ケア個別会議の開催状況	125圏域（80.6%）	139圏域（89.7%）	154圏域（92.8%）
・医療と介護との協議の場の開催状況	66.9%	89.7%	95.8%
・生活支援コーディネーターの配置状況	0％	85.8%	97.0%

} 取組状況について着実な進捗を確認

これまでの調査項目の例



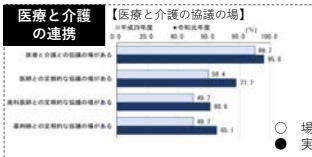
地域ケア会議



○　会議設置の有無、機能の有無は把握可能

医療と介護の連携

【医療と介護の協議の場】

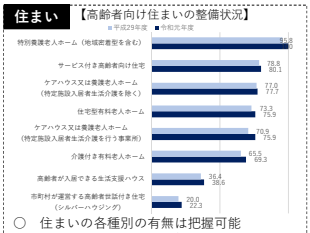


【情報共有に向けた連携ツール】

○　場の有無、ツールの有無は把握可能
●　実際の在宅介護の進捗状況などは把握できない

住まい

【高齢者向け住まいの整備状況】



○　住まいの各種別の有無は把握可能
●　地域に必要なものの評価とはなっていない
●　所得状況等に応じた住まいの充足率は不明

生活支援サービス

【生活支援サービスの実施状況】

○　生活支援サービスの有無は把握可能
●　地域における高齢者の生活ニーズを踏まえての充足率となっているか不明

第8期以降の地域包括ケア体制構築状況の「見える化」について

これまでの課題

○　取組や整備の状況については把握可能であるが、「成果」を見ることが困難

※　適切なアウトカム指標を設定し、調査設計の見直しが必要

調査方法（項目）の見直し

○　市町村が、課題を把握し、より強化すべき取組を分かりやすく見える化するため、成果を中心に評価（配点）する調査設計に見直し

※　最終アウトカム（KGI）及び、その達成に関連のある取組指標（KPI）を分野ごとに設定
（参考）これまでの調査：390項目　→　見直し：約150項目

○　既存の統計情報を指標に取り入れ、回答者の負担軽減を図る

Ｒ３調査実施

○　調査・分析を実施後、市町村と意見交換の上、更なる精緻化も検討

○　よりKGIと関連の強いKPIを把握し、重点的に加点
※調査実施後に配点について検討

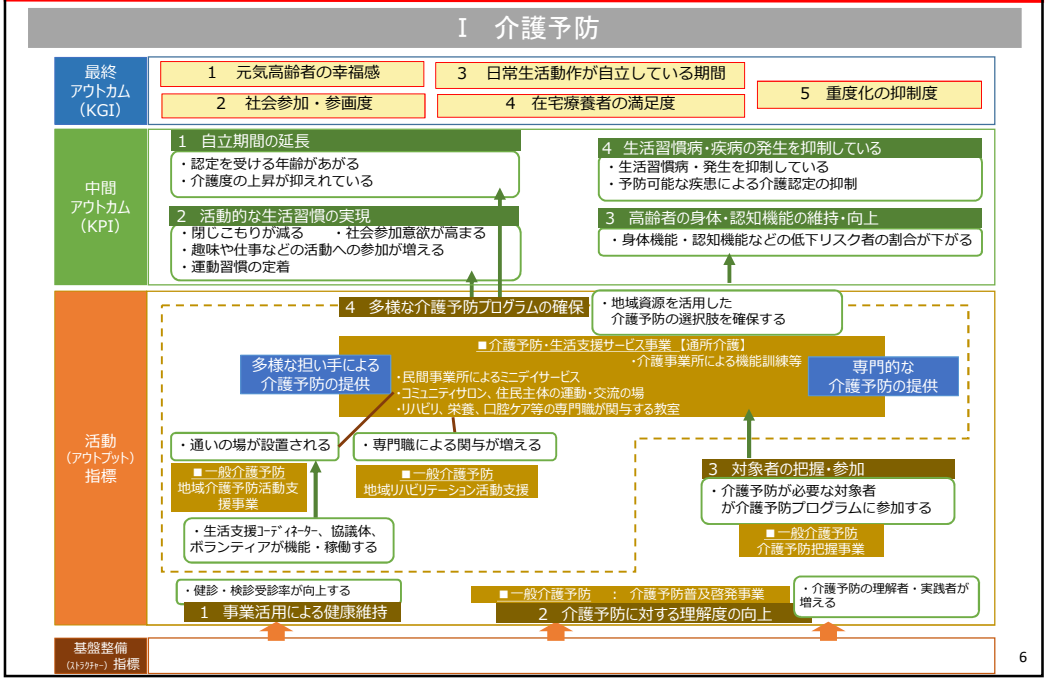
※　調査実施にあたっては、市町村に説明会を開催のうえ意見照会し、必要な修正を行った

見直し後の評価項目の例

分野	最終アウトカム（KGI）の例	中間アウトカム（KPI）の例
介護予防	・健康寿命（日常生活動作が自立している期間） ・年齢等調整済み要介護認定率	・社会参加意欲 ・閉じこもりリスク高齢者の割合 ・要支援者のサービス利用１年後重症化率
生活支援	・元気高齢者の幸福感 ・社会参加・参画度	・在宅療養率 ・要介護３以上の者の在宅サービス利用率 ・生活支援サービスの充実を必要と感じている者の割合
医療と介護の連携	・在宅死亡率 ・老人ホーム等死亡率	・ACPの実施割合 ・入退院時の情報提供率 ・退院調整の実施率
住まい	・在宅療養者の満足度 （・施設入所者の幸福感・満足度） ※現状、数値の取得は不可	・施設入所を希望する理由が「住まいの構造」のみの割合 ・特養の入所待機期間 ・特養及び有料老人ホーム等利用者の所得段階割合

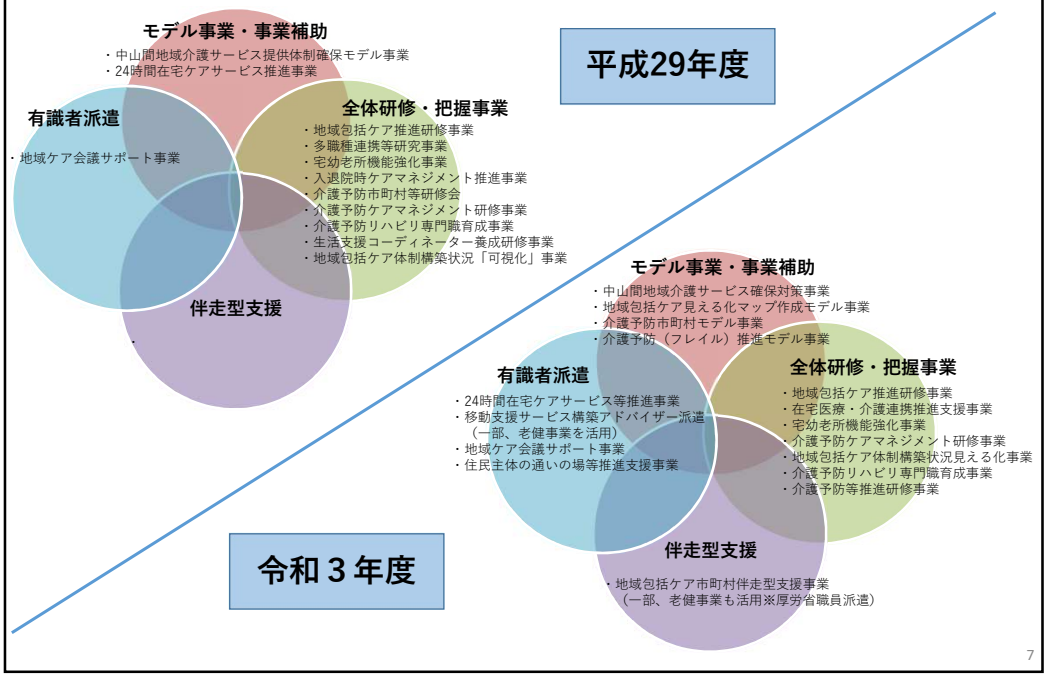
※　このほか、アウトプット指標、ストラクチャー指標など、参考指標も含めて必要な調査項目を設定

地域包括ケア体制の達成のための各分野の取組のロジックモデル（例）



6

長野県　地域包括ケア体制構築支援関連事業の一例



7

長野県地域包括ケア体制構築伴走型支援事業の概要

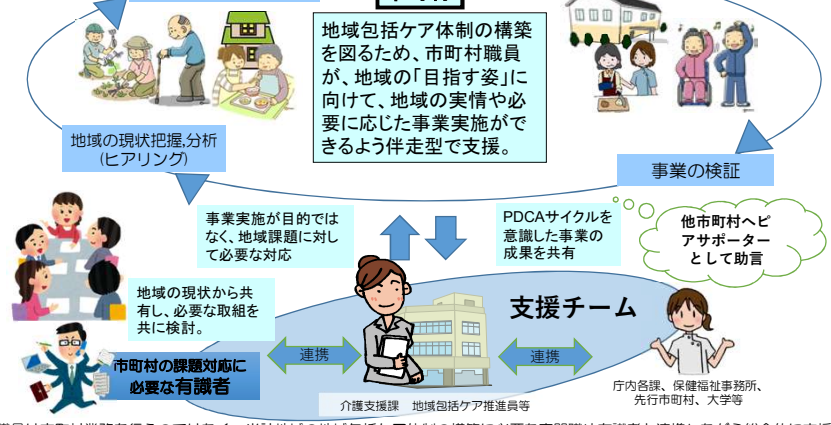
事業実施の背景

・長野県地域包括ケア体制構築状況「可視化」調査結果等から市町村で構築状況に差があり、支援すべき内容が一律ではない
・地域の実状が把握できておらず、地域包括ケア体制構築をどのように進めていけばよいか戸惑う市町村がある。
・「地域課題」を、「事業ができていない」と答える自治体が多い。

自治体の状況に応じた個別・具体的な支援が必要

令和元年度から伴走型支援事業実施
※平成30年度に、老健事業による支援をうけつつ構築

事業イメージ



県職員は市町村業務を行うのではなく、当該地域の地域包括ケア体制の構築に必要な専門職や有識者と連携しながら総合的に支援する。

8

意見交換・情報交換

意見交換

保険者・市町村が、データを活用して、効果的な地域実態の把握、PDCAサイクルによる計画の進捗管理を行うために

1．自己紹介
　司会：　　書記：　　報告：

2．保険者・市町村にどのような課題があるか？
　保険者・市町村にどうなって欲しいか？
　日頃お考えになっていることを情報交換ください。

3．都道府県から、どのような支援が可能でしょうか？
　・効果的な（手ごたえがあった）支援は？
　・今後実施したい支援とその目的は？
　・どういう場面（場合）で、保険者シートがどのように活用できるか？

全体共有

保険者・市町村が、データを活用して、効果的な地域実態の把握、PDCAサイクルによる計画の進捗管理を行うために

1．各グループから報告ください。　１グループ２分

- ・保険者・市町村の課題
- ・効果的な支援の在り方
- ・保険者・市町村支援における保険者シートの活用可能性

2．全体意見交換

８．　保険者シートおよび研修プログラムを活用した研修の実施例

・秋田県　令和３年度介護保険事業計画進捗管理研修会

・長野県　介護保険「保険者シート」活用研修－長野県研修会－

　　長野県地域包括ケア体制構築状況「見える化」調査活用研修

令和３年度介護保険事業計画進捗管理研修会

次　第

講　　師：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　　服部　真治　　様

松本　佳子　　様

日　　時：令和３年１１月１９日(金)　10:00 ～ 16:00

実施方法：オンライン会議システムによるリモート形式

開会	10:00
趣旨説明、講師紹介等（秋田県担当者）	10:00～10:10
１．講義（集合研修） ・介護保険制度における PDCA サイクル（インセンティブ交付金の活用） ・課題解決の考え方（現状・あるべき姿・課題） ・PDCA サイクルに沿った取組を推進するための評価のあり方 （「ロジックモデル」による評価の方法について） ・見える化システム、保険者シートの活用	10:10～12:00
休憩	12:00～13:00
２．グループワーク① ・ロジックモデル（介護予防、生活支援）の作成	13:00～14:00
３．グループワーク② ・評価指標の設定	14:00～15:00
休憩	15:00～15:15
４．発表	15:15～15:45
５．講評、情報提供等	15:45～16:00
閉　会（予定）	16:00

令和 3 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費補助金）

「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」

介護保険「保険者シート」を活用した介護保険担当者の協働に向けた研修会
介護保険「保険者シート活用研修」―長野県研修会―
長野県地域包括ケア体制構築状況「見える化」調査活用研修

◆概要

目的	介護保険の保険者および市町村の効果的な地域マネジメント・事業マネジメントを推進するため、介護保険「ロジックモデル」等を用いたデータ活用の講義・ 演習・ 意見交換を行う。
主催	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 長野県健康福祉部介護支援課
日時	2022 年　3 月　18 日　（金）　13:30～17:00
開催方法	オンライン開催（Zoom 利用）　ミーティング ID：840 9118 6726　パスコード：180133 https://us06web.zoom.us/j/84091186726?pwd=aFBCUTV1UEtPT0RPUEwvV2srZlVzZz09
参加対象	長野県の介護保険　の　保険者・市町村で 1．保険者・市町村の介護保険事業計画の策定・調整に関わる所属長及びご担当者 2．介護保険に関わる業務（事業）の所属長及びご担当者
オブザーバー	この研修は令和 3 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業の一環として実施しますので、調査研究事業の検討委員会メンバー、厚生労働省担当者がオブザーバーとして出席いたします。あらかじめご了承ください。
その他	● 研修プログラムの評価・改善のため、研修会前と後にアンケートにご協力をお願いいたします。 ● ご参加いただく前に、介護保険「保険者シート」ホームページから、R2保険者シート（PDF）を、ご自身の地域と、比較したい他の地域、計 2 地域をダウンロードの上、ご参加いただけると、より効果的に受講していただけます。

◆プログラム　※進行によって開始時間・内容・担当が変更になる可能性があります。

	開始時間		内容	担当など	所要時間
	13:00～		参加受付・Zoom 接続確認		
1	13:30～	開会	あいさつ		5
2	13:35～	講義	介護保険の全体像と介護保険「ロジックモデル」、「保険者シート」の概要	医療経済研究機構　服部真治	50
3	14:25～	情報提供・演習	長野県地域包括ケア体制構築状況「見える化」調査の速報及び結果の活用について	（特非）SCOP 長野県健康福祉部介護支援課	35
	15:00	休憩			
4	15:15～	講義・演習	介護保険「ロジックモデル」及び「長野県「見える化」調査」結果指標を活用した地域の現状把握	医療経済研究機構　松本佳子	40
5	15:55～	グループワーク	健康寿命の延伸を実現するための介護保険行政の取組	（前半 10 分）個人ワーク、 （後半 20 分）グループ意見交換 ※後半ブレイクアウトセッション	30
6	16:25～	まとめ	グループワークでの気づきや保険者シート、「見える化」調査の活用について全体共有	参加者全員	10
7	16:35～	情報提供	令和4年度長野県事業について （地域包括ケア体制構築支援関係）	長野県健康福祉部介護支援課	25
	17:00	閉会			

令和 3 年度
老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費補助金）

介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した
研修プログラムの開発等に関する調査研究事業報告書

令和 4 年 3 月

発行：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

〒102-0003　東京都港区西新橋 1-5-11　11 東洋海事ビル

TEL：03(3506)8529　FAX:03(3506)8528

PJ: No.21310

本報告書の全部または一部を問わず、無断引用、転載を禁じます。