令和４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保険者の地域マネジメント強化に資する調査研究事業 報告書

令和５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 5
Ⅱ．介護保険「保険者シート」　分析ツールの作成 8
１．介護保険基本ロジックモデルの見直し 8
２．介護保険「保険者シート」分析ツール 9
Ⅲ．研修の実施と研修運営マニュアルの作成 12
１．都道府県・圏域単位　基本研修 13
２．市町村（保険者）単位　協働研修 31
３．介護保険「保険者シート」説明会、都道府県担当者意見交換会 43
４．都道府県向け基本研修運営マニュアルの作成 48
Ⅳ．介護保険事業計画における指標設定に関する研究 49
１．保健医療福祉施策における長期的なアウトカム指標の評価基準に関する系統的レビュー 49
2．第 8 期介護保険事業計画　アウトカム指標の横断的検索システムの開発 81
Ⅴ．まとめ 84
Ⅵ．資料 85
１．介護保険「保険者シート」（令和３年度決算見込版）
２．市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル（指標付き）
３．介護保険「保険者シート」分析ツール
４．介護保険「保険者シート」分析ツール　指標リスト
５．介護保険「保険者シート」分析ツールの利用にあたって
６．介護保険「保険者シート」読み解き例
７．介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会　研修運営マニュアル
８．介護保険「保険者シート」説明会、都道府県担当者意見交換会　概要
９．都道府県・圏域単位　基本研修　概要
10．市町村（保険者）単位　協働研修　概要

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」という。）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１－１）。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。

開発当初から項目の見直しが加えられ、現在、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、地域特性に関する項目が盛り込まれている。

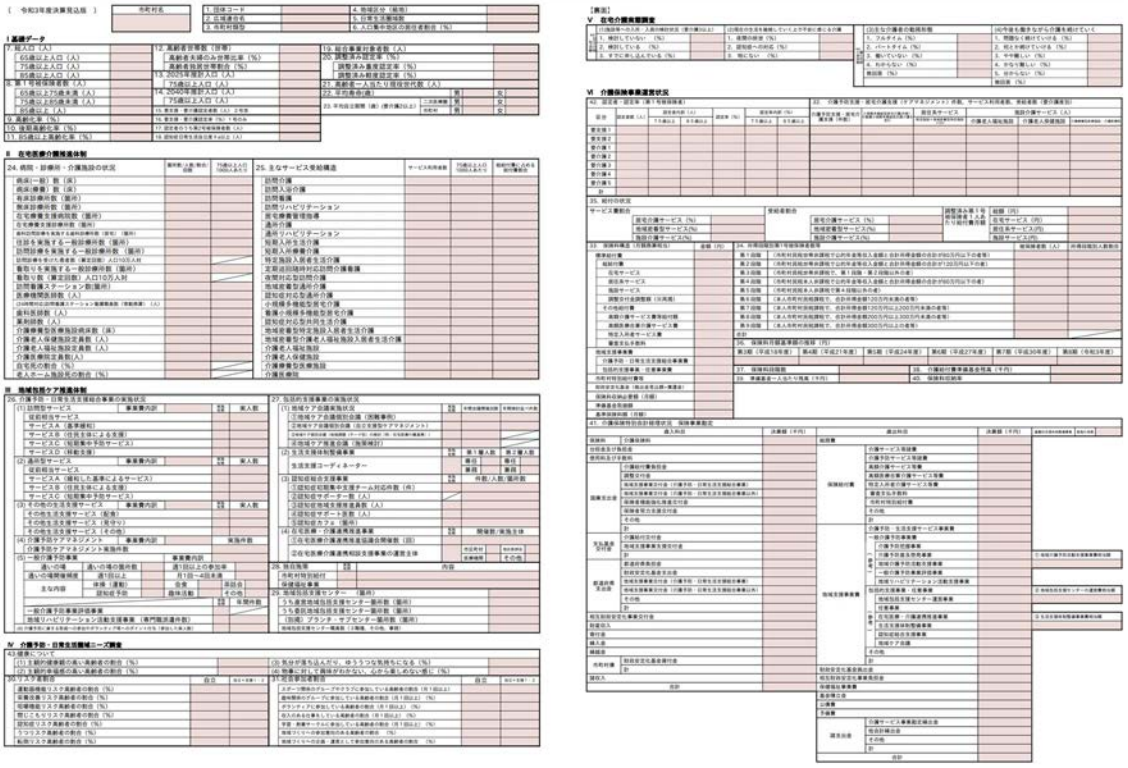


図１－１：介護保険「保険者シート」（令和３年度決算見込版）

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。令和元年度より厚生労働省老人保健健康増進等事業として実施し、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ともに普及してきており、令和４年度では 816 保険者・市町村（全保険者・市町村の約 44%）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ている（図１－２）。令和４年度は、保険者シート Web サイトについて、令和３年度に作成した保険者シートデータの比較ツール等についてより使いやすいものとなるよう更新等を行った。また、引き続き、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のためのデータセットの公開を行っている。

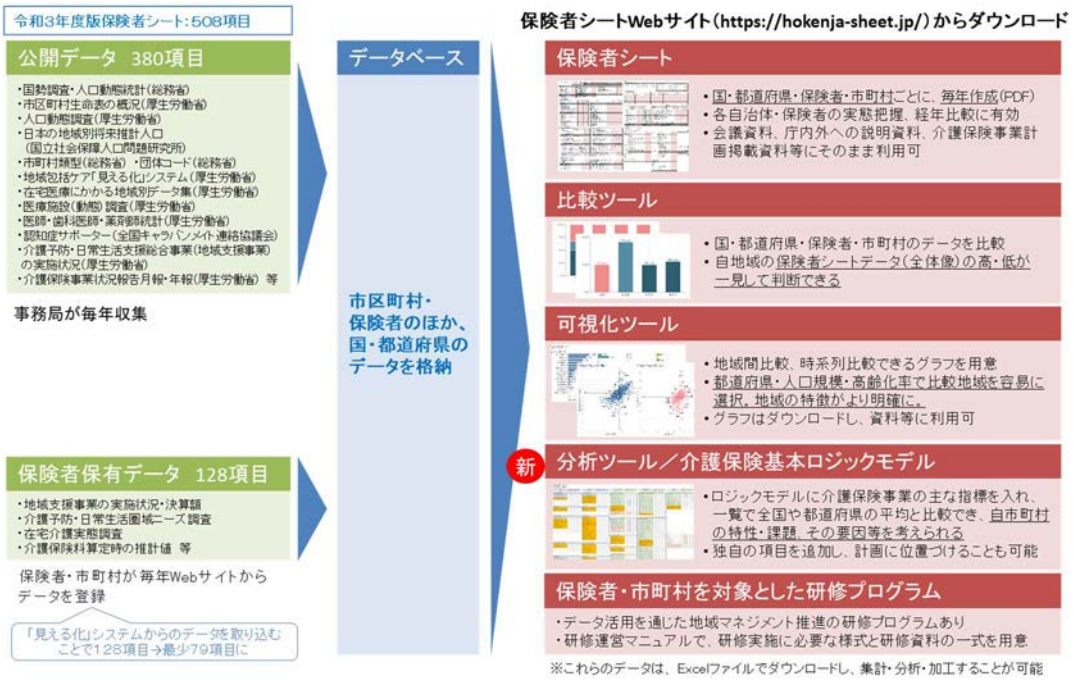


図１－２：介護保険「保険者シート」運用システム

3）地域マネジメント、PDCA サイクルにおける現状

地域によってその実情は全く異なることから、住み慣れた地域において高齢者の生活を支えていく（地域包括ケアシステムの構築）ためには、保険者・市町村がその地域の実情に応じて効果的な事業・取組を考えて進めていく必要がある。

そのためには、保険者・市町村が

・その地域の特性・課題等を把握した上で、地域において目指したい姿（アウトカム）を考え、それを意識してその実情に応じた論理的な取組を考えていくこと

・事業実施やその評価においても、その事業実績（アウトプット）だけではなく、その事業がどのような効果（アウトカム）をもたらしたかを見ていくこと

が必要不可欠である。

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」においても、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」システムの拡充などが進められている。

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、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評価（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、及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。

令和 3 年度に実施した「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」（以下「令和 3 年度事業」という。）では、介護保険の目的及び全体像の理解、データの基本的な見方の理解、データの地域間比較による地域の現状把握など、地域マネジメントに関する基本的な事項を内容とした、保険者シートの活用マニュアル、及び研修プログラムを開発した。このうち、研修プログラムは、初任者を主な対象とした基本研修、各担当者間の協働研修をまとめた。

活用マニュアルの開発にあたっては、介護保険基本ロジックモデル（投入資源・事業（施策）・結果・成果の論理構造図）を作成し全体像を可視化した上で、保険者シートに収載しているデータの位置づけを整理した。その結果、保険者シートに収載されているデータは、地域包括ケア「見える化」システムなど他システムに収載されるデータを一部補うことで、介護保険事業計画におけるＰＤＣＡサイクルにも活用できる可能性が示された。

一方、第 8 期介護保険事業計画でアウトカムに何らかの指標を設定している保険者は全体の約 40%にとどまり、ＰＤＣＡサイクルによる事業展開や地域マネジメントは進んでいるとはいいがたい。この実態に関わる要因の探索と分析によって、保険者・市町村のニーズ把握をする必要がある。

また、地域包括ケアシステムの構築に向けた実効的なＰＤＣＡサイクルの推進には、介護保険基本ロジックモデルを基盤にして、保険者シートを中心に地域包括ケア「見える化」システム等のデータも含めた分析ツールの開発、保険者シートを活用した研修の推進が効果的と考えられる。

この保険者シートを活用した研修の推進にあたっては、保険者・市町村の支援を行う都道府県の役割が重要であり、都道府県が保険者シートや研修プログラムを活用して保険者・市町村の職員向けの研修を行うことができるようその運営を支援することが必要と考えらえる。

２．事業の目的

本事業は、これまでの成果を踏まえ、保険者シートの介護保険制度運用の全体像を簡便に把握できることや、成果（アウトカム）に相当する指標が含まれるという特徴を活かし、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よう、

１）実効的な PDCA サイクルによる事業展開のためのロジックモデルを活用したデータ分析ツールの開発

２）保険者シートを活用した保険者・市町村対象研修の充実と研修の都道府県担当者向け運営マニュアルの作成と普及

３）介護保険事業計画における指標設定に関する研究

を行い、介護保険事業における保険者機能及び地域マネジメント強化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　センター長　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政策研究事業本部 共生・社会政策部長　主席研究員
委員	篠田　浩	大垣市 健康福祉部社会福祉課　課長

【分析ツー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　特任助教
高嶺　公子	沖縄県 子ども生活福祉部高齢者福祉介護課　副参事
辻　誠一郎	八王子市 福祉部高齢者いきいき課　主査
埴岡　健一	国際医療福祉大学大学院　教授
守屋　大輔	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
柳澤　佑輔	長野県 健康福祉部介護支援課　主事

【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
小澤　文乃	長野県 健康福祉部介護支援課　主任保健師
辻　誠一郎	八王子市 福祉部高齢者いきいき課　主査
守屋　大輔	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
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　プリンシパル

【オブザーバー】

氏名	所属
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
佐藤　理沙	厚生労働省 老健局介護保険計画課　計画係
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	一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会　理事長
田中　伸彦	医療経済研究機構　研究主幹
清水　浩一	医療経済研究機構　政策推進部長
服部　真治	医療経済研究機構　政策推進部副部長　兼　研究部主席研究員
柳　史生	医療経済研究機構政策推進部　政策推進課長
松本　佳子	医療経済研究機構政策推進部　専門研究員
小林　志伸	医療経済研究機構政策推進部　客員研究員
松本　小牧	医療経済研究機構政策推進部　客員研究員
相田　直樹	医療経済研究機構研究部　協力研究員
佐々木　裕伊	医療経済研究機構政策推進部　専門研究員
金澤　恵子	医療経済研究機構政策推進部
加藤　由美	医療経済研究機構政策推進部
白須　規子	医療経済研究機構研究総務部

2）検討委員会・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 4 年 8 月 25 日（木）18:00~20:00　オンライン開催

議題：（1）保険者シート事業の進捗と今年度計画

（2）令和 4 年度老健事業の事業概要

（3）保険者シートの項目の変更について

（4）研修プログラムの見直しの方向性について

○第 2 回検討委員会

日時：令和 5 年 1 月 17 日（火）18:00~20:00　オンライン開催

議題：（1）これまでの事業の実施状況について（報告）

（2）介護保険ロジックモデルの見直し（案）と分析ツール（案）について

（3）読み解き例について

○第 3 回検討委員会

日時：令和 5 年 3 月 16 日（木）18:00~20:00　オンライン開催

議題：（1）分析ツールについて（報告）

（2）研修運営マニュアルについて

（3）報告書（案）について

（2）分析ツール開発ワーキング

○第１回分析ツール開発ワーキンググループ

日時：令和４年 12 月８日（木）18：00～20：00　オンライン開催

内容：介護保険基本ロジックモデルの見直し、分析ツール案

○第２回分析ツール開発ワーキンググループ

日時：令和５年３月７日（火）18：00～19：00　オンライン開催

内容：分析ツールの機能、その活用と普及

（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４年８月 17 日（水）18：00～20：00　オンライン開催

内容：昨年度の議論を踏まえた今年度研修プログラムの設計見直し

○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５年３月７日（火）19：00～21：00　オンライン開催

内容：保険者シート基本研修と協働研修の評価、都道府県向け研修運営マニュアル

3）実施経過

2022 年 8 月	・第１回研修プログラム開発ワーキンググループ ・第１回検討委員会
9 月	・保険者シート Web サイト改修 ・保険者シート説明会・都道府県担当者意見交換会 ・長野市での協働研修（第１回） ・データ登録期間の開始（～11 月）
11 月	・長野市での協働研修（第２回）
12 月	・第１回分析ツール活用マニュアル開発ワーキンググループ
2023 年 1 月	・長野市での協働研修（第３回） ・鹿児島県、奈良県での基本研修 ・第２回検討委員会
2 月	・愛媛県での研修（愛媛県主催）
3 月	・第２回分析ツール開発ワーキンググループ ・第２回研修プログラム開発ワーキンググループ ・第３回検討委員会 ・報告書とりまとめ

Ⅱ．介護保険「保険者シート」　分析ツールの作成

１．介護保険基本ロジックモデルの見直し

１）介護保険基本ロジックモデル

介護保険基本ロジックモデルは、令和３年度事業において、保険者の地域把握や地域マネジメントに、保険者シートを活用するために、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て作成したものである。

＜介護保険基本ロジックモデルの考え方＞

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見直し

本事業において分析ツールを作成するにあたって、市町村が介護保険事業を実施するにあたって参考とすることができるという趣旨等を明確にした上で、内容を見直し、「市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル」（以下「介護保険基本ロジックモデル」という。）とした。

見直しの主な趣旨は、以下のとおり。

・「市町村」におけるロジックモデルとなることから、都道府県が担っている事業（情報公表等）や、市町村において事業・施策としてコントロールするものではないもの（介護給付）が削除する等の見直しを行った。

・その他関係法令の規定やその趣旨を踏まえて項目や文言の精緻化を行った。

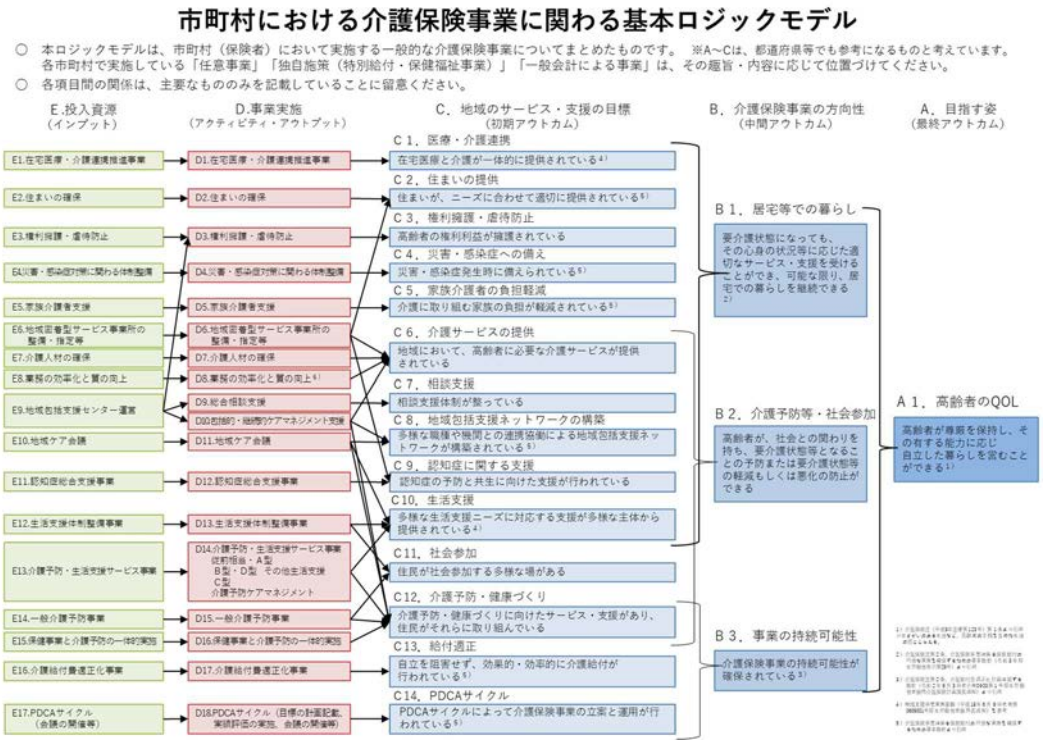


図２－１：介護保険基本ロジックモデル

２．介護保険「保険者シート」分析ツール

１）分析ツールの概要

１の見直しを行った介護保険基本ロジックモデルに基に、地域支援事業実施要綱等を参考に各項目の趣旨を踏まえた指標を置くとともに、全国や都道府県の平均や、前期計画時（今回は 2018 年）の指標と比較することができるようにした分析ツールを作成した。

なお、分析ツールの作成にあたっては、ロジックモデルを活用した先行するツール*を参考にした。

この分析ツールは、地域包括ケアシステムの推進に向けた介護保険事業の効果的な実施に向けて、保険者・市町村の担当者が、地域の現状・課題の分析、計画作成や事業の評価等を行うためのツールとして利用していただくことを想定している。

---

* NPO 法人がん政策サミット「計画評価用データ集 Ver.6.0.1」 http://cpsum.org/ccm/evaluationlm
地域医療計画評価ネットワーク「医療計画中間評価指標データ集（脳卒中）ver1.0.7」
「医療計画中間評価指標データ集（心血管疾患）ver1.0.5」
https://sites.google.com/view/rhplanet/%E3%83%9B%E3%83%BC%E3%83%A0

＜分析ツールの趣旨＞

目的　　：地域包括ケアシステムの推進に向けた介護保険事業の効果的な実施

対象者　　：保険者・市町村を中心として高齢者福祉の事業に関わる方

活用方法　　：・地域の現状・課題等を分析し、事業の在り方等を検討するとき
・介護保険事業計画や事業の評価等を行うとき

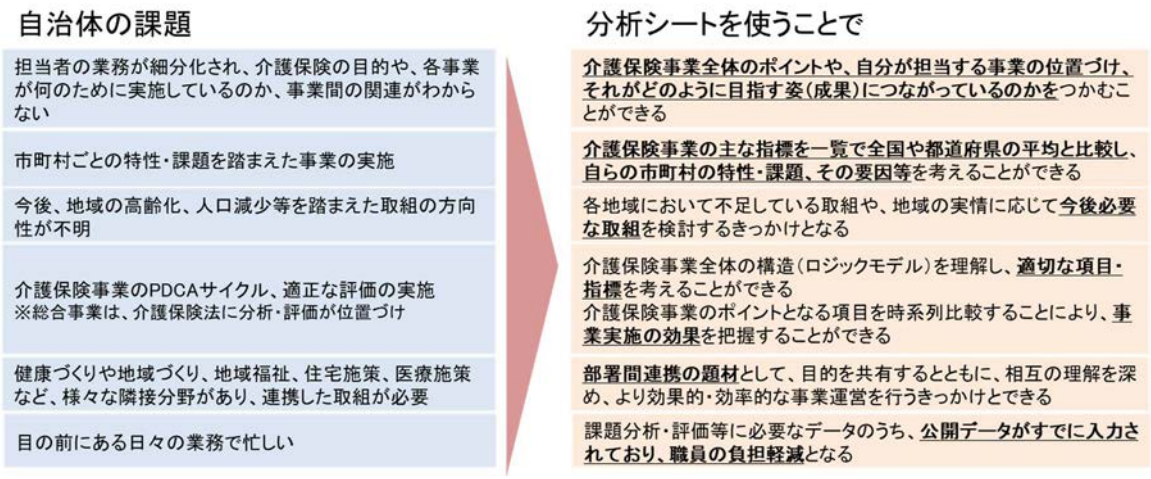


図２－２　分析ツールを使うことによる保険者・市町村のメリット

２）分析ツールの使い方

本ツールは、都道府県名・市区町村/保険者名を選択いただくと、ロジックモデル上に当該保険者・市町村の数値が掲載され、全国や都道府県の平均、2018 年の数値と比較することができる。

さらに、各種文書やマニュアル等をもとに整理できる数値は、

・基本的に、全国平均と比較し、高い場合は青、低い場合は赤で塗りつぶしとなり、また、2018 年と比較し、高い場合は青字、低い場合は赤字で記載される

・基礎データ等は、上記のいずれも高い場合に赤、低い場合に青で表示される

仕組みとなっている。

また、本分析ツールでは、事務局で把握できるデータ（アウトカム指標が中心）のみで構成されるシート①と、自治体で記入する項目も掲載したシート②を用意している。

これは、各市町村等において、その介護保険事業の実施状況を踏まえて、地域の現状・課題の分析や事業評価等を行っていくためには、シート②にてその実施する事業やその状況等を記入いただくことが必要となるが、事務局で把握できるデータのみ掲載したシート①でも、市町村等に地域の現状・課題等を考えていただくきっかけになるものと考え、

用意した。

これらの使い方や留意事項については、「介護保険「保険者シート」分析ツールの利用にあたって」（VI. 資料の５）としてまとめている。

図２－３　介護保険「保険者シート」分析ツール

３）今後の活用・普及に向けて

本ツールは、非常に簡単な操作で使うことが可能であるが、一方でそれを有効に活用していくためには、前提となるロジックモデルの考え方も含めて研修等でその活用方法を伝えていく必要がある。

このため、今後は保険者シート Web サイトで周知・配布していくとともに、保険者シートの研修のなかで、実際に使っていただき、その活用方法を理解してもらうことができるように取り組んでいきたい。

本ツールは、介護保険事業の全体像を把握することができるものであり、保険者・市町村において、行政内部の検討用資料としてだけではなく、介護保険事業計画策定の委員会や各種審議会において計画や事業の方向性を検討する際の資料や、市民の方に自治体の状況を説明する際の資料としても使うことも想定される。

実際に、新潟県燕市・弥彦村の在宅医療・介護連携事業では、このように関係者も交えた会議にて、本ツールのように、ロジックモデルに事業やそのデータを整理したものを用いて、毎年度関係職種団体や組織の代表からなる在宅医療介護連携合同会議で議論、修正して事業を行っている。

研修では、このような使い方も併せてお伝えしていきたい。

Ⅲ．保険者シートを活用した研修の充実と研修運営マニュアルの作成

令和３年度事業において、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として、初任者研修（保険者シート活用基本研修）、多部署間協働研修、都道府県担当者対象の研修会（意見交換会）を行い、これらを基に、研修プログラムを開発した。

本事業では、改めて以下の３つの研修に整理して研修を実施した（図３－１）。

①都道府県・圏域単位　基本研修（以下「基本研修」という。）

②市町村（保険者）単位　協働研修（以下「協働研修」という。）

③都道府県担当者意見交換会

また、保険者・市町村等の方に、保険者シートを知っていただく機会を設けるため、初めての取組みとして、保険者シート説明会を開催した。

＜令和３年度事業からの主な変更点＞

●基本研修

基本研修は、政策立案までの過程を意識し、これまでの「①データ分析による地域の現状・課題の把握」に加えて、

②保険者シートにあるデータをきっかけにしつつ、保険者シート以外の情報（データや現場の意見）も活用する

③上記により、明らかになった地域の課題に対して、どのような取組をしていくかを検討する（仮説）

④③の仮説を確かめ、深めるために必要な調査や意見交換、協議等を考える

という観点を取り入れて研修を行った。

●協働研修

協働研修は、これまで１回で行っていたが、異なる部署間において協働した取組を進めていくためには、

①データ等から自らの地域における課題や強みを整理した上で何に取り組むかを考え、

②参加者全員で、地域において目指す姿を共有し、

③ロジックモデルに基づき、次期計画に向けた取組やそれに必要な庁内の連携について検討していく

ことが必要であることから、本事業では３回に分けて研修を行った。

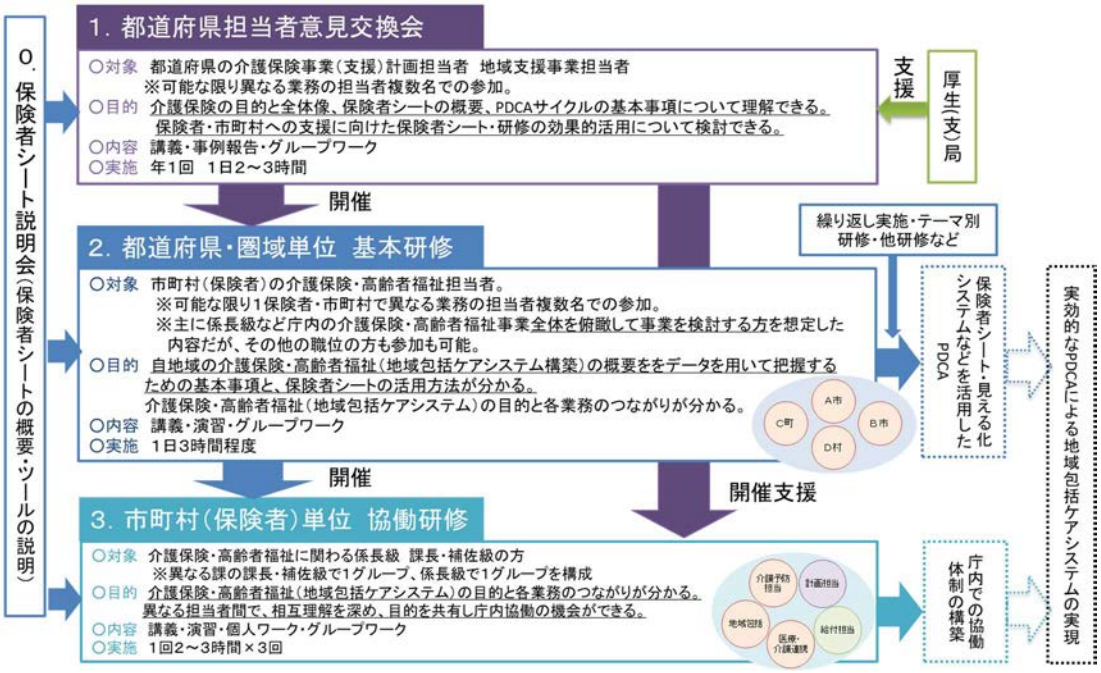


図３－１　保険者シート活用研修プログラムの体系

１．都道府県・圏域単位　基本研修

１）目的

保険者シートを活用した講義・演習・グループワークを通じて、地域の実態把握や効果的な地域マネジメントに向けたデータ活用の基本事項を学ぶことを目的とした。

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」「介護保険に関わる業務（事業）の担当者」とし、１市町村から介護保険事業計画担当、地域支援事業担当、両方の担当者の出席が望ましいとした。

また、係長級など庁内の介護保険・高齢者福祉事業全体を俯瞰して事業を検討する職位を主な対象として想定しつつ、その他の職位も参加も可能とした。

３）プログラム

○内容　講義・演習・グループワーク

○実施　１日３時間半程度

時刻	所要時間	内容	
13：00～			受付開始
13：30～	5	はじめに	あいさつ
13：35～	35	講義	介護保険の目的・全体像と介護保険基本ロジックモデル 介護保険事業計画策定とデータ活用
14：10～	40	講義	介護保険「保険者シート」を活用した地域の現状把握と自地域の進む方向性の考え方
14：50～	40	演習	介護保険「保険者シート」と可視化ツールのグラフで自地域の現状を確認し、さらに必要な情報や、自地域の進む方向性や事業の在り方について考えます。
15：30～	10	休憩	
15：40～	60	グループ 意見交換	複数自治体の小グループに分かれて、演習でまとめた内容を共有し、意見交換や情報交換しながら、自地域への理解を深めます。 １．各自治体で演習内容のまとめ ２．グループ内で演習内容の共有 ３．グループ内で意見交換・情報交換 全体発表に向けたまとめ
16：40～	20	全体共有 まとめ	グループ意見交換の内容を全体で共有し、理解を深めます。 １．全体発表 ２．講評 質疑応答
17：00		閉会	事務局より連絡事項

4）研修の実施

（1）鹿児島県研修

2023 年 1 月 20 日（金）13 時～16 時 30 分　現地とオンラインのハイブリット開催
25 自治体（現地 7 自治体、オンライン 19 自治体　※1 自治体重複あり）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）奈良県研修

2023 年 1 月 27 日（金）13 時 30 分～17 時　オンライン開催　17 自治体参加
奈良県福祉医療部医療・介護保険局地域包括ケア推進室と共催

＜参考：都道府県が主催した研修＞

（3）愛媛県研修

2023 年 2 月 2 日（木）10 時～16 時　オンライン開催　15 自治体参加
愛媛県保健福祉部生きがい推進局長寿介護課が主催、オブザーバー　四国厚生支局

5）研修受講による効果の検証

（1）対象

鹿児島県、奈良県、愛媛県で実施した基本研修に、受講前に参加登録した者全員とした。それぞれの研修会の参加登録者は下記であった。この中には研修会当日に不参加だった者も含まれる。

・鹿児島県研修：53 名
・奈良県研修：38 名
・愛媛県研修：49 名（うち講義のみ：12 名　演習・グループワークのみ：7 名）

（2）方法

受講者全員に、受講前、受講後に自記式質問紙を電子メールにて配布、回収した。受講前は、参加登録時に配布・回収し、受講後は研修終了直後に参加登録者全員に配布・回収した。鹿児島県、愛媛県はそれぞれ県庁担当者が、奈良県は事務局が配布回収を行った。

質問紙の項目は、Kirakpatrick の教育効果の 4 段階を参考に、「研修内容への満足度」（反応）、「研修内容の知識の獲得」（学習）、データや保険者シートの活用（行動）の前提となる「データ活用に対する自信」「保険者シート活用への意識」を尋ねた。その他、自由記載で研修プログラムに対する改善点などを尋ねた。

分析対象は、回答が得られた全員とし、鹿児島県、奈良県、愛媛県はプログラムの内容（方法・時間）が異なることから、それぞれで集計を行った。自由記載は、記載してある内容ごとに分類した。

（3）結果

① 回収数

各研修会の回収数は下記であった。

・鹿児島県研修：受講前 53 名　受講後 50 名
・奈良県研修：受講前 37 名　受講後 18 名
・愛媛県研修：受講前 26 名　受講後 26 名

② 回答者の特性（受講前）

自治体職員としての経験年数は、鹿児島県は 3 年未満が、奈良県は 6～10 年が、愛媛県は 15～20 年、21～25 年が多かった。（図 3－2）

介護保険・高齢者福祉業務の担当年数は、鹿児島県は 3 年未満が、奈良県は 6～10 年が、愛媛県は 3 年未満が多かった。（図 3－3）

職位は、いずれの研修会も、係員級から課長補佐級までであった。（図 3－4）

担当業務は、鹿児島県、奈良県は、介護保険事業計画策定担当が多く、その他はほぼ同数

程度だったが、愛媛県では、比較的地域支援事業の担当者が少数であった。（図 3－5）

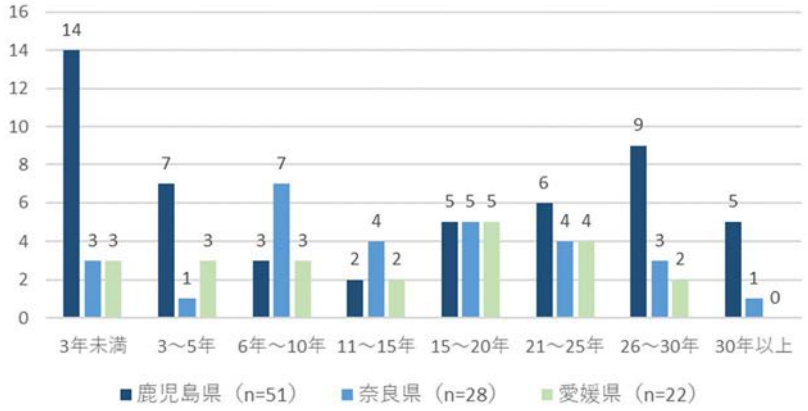


図３－２　回答者の特性：自治体職員の経験年数

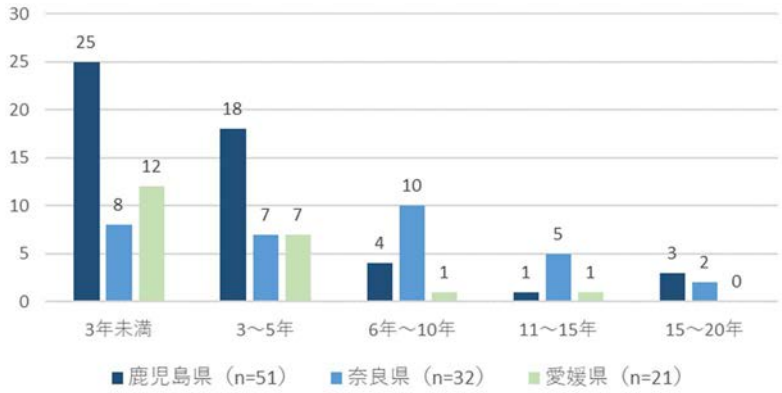


図３－3　回答者の特性：介護保険・高齢者福祉業務の担当年数

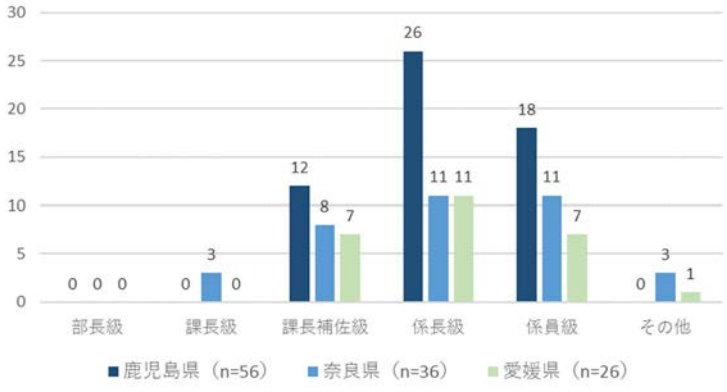


図３－４　回答者の特性：職位

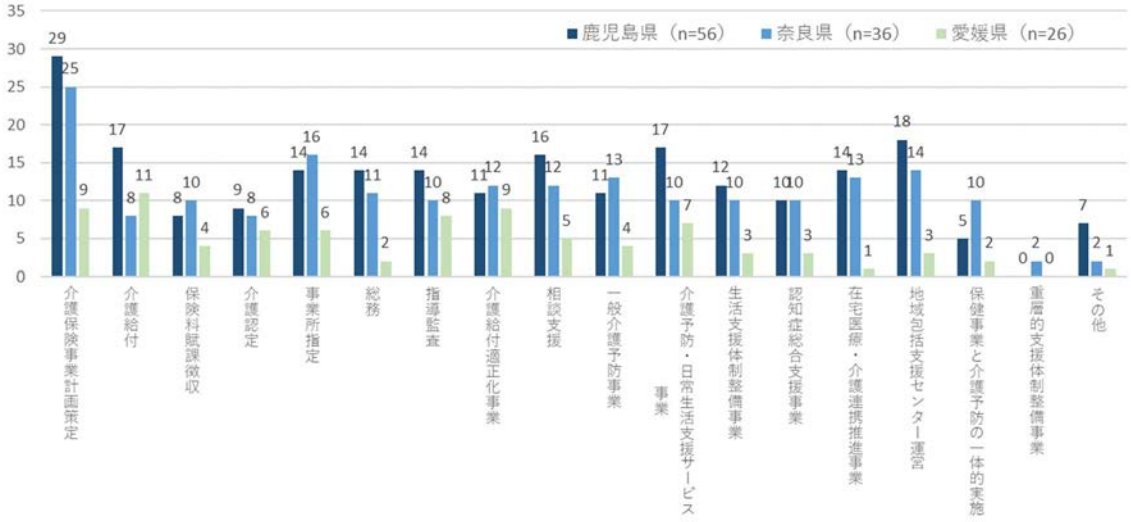


図３－５　基本研修の参加者の担当業務

受講前の保険者シートの活用状況について、「日頃からよく活用している」と回答した者はいなかった。保険者シートを活用した研修を実施した経験のある鹿児島県、愛媛県において「活用したことがある」者は 20%を満たず、約 60%が「知っているが活用したことはない」と回答した。また、どの県においても「知らない」者も 20%程度存在していた。保険者シートを活用した研修を初めて実施する奈良県では、「活用したことがある」と回答した者はいなかった。

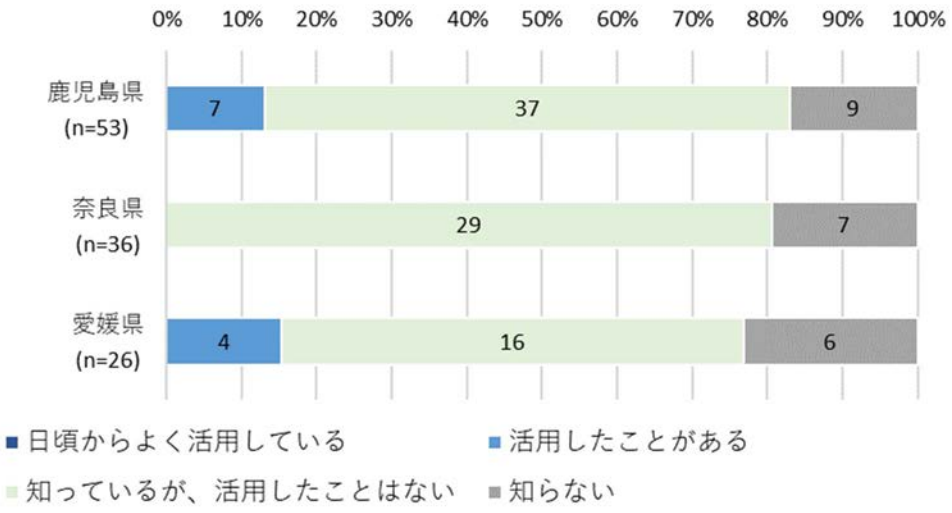


図３－６　保険者シートの活用状況

③　研修内容に対する満足度（受講後）

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。研修内容別にみると、講義形式の内容の満足度は高かった。演習は鹿児島県を除き、おおむね「役に立った」との感想が得られた。

一方、「グループ意見交換」「全体発表・コメント」は、講義・演習と比較して満足度が低く、特に鹿児島県において低かった。鹿児島県では、会場参加に比べてオンライン参加者の満足度が低い傾向にあり、開催方法によるものと考えられた。

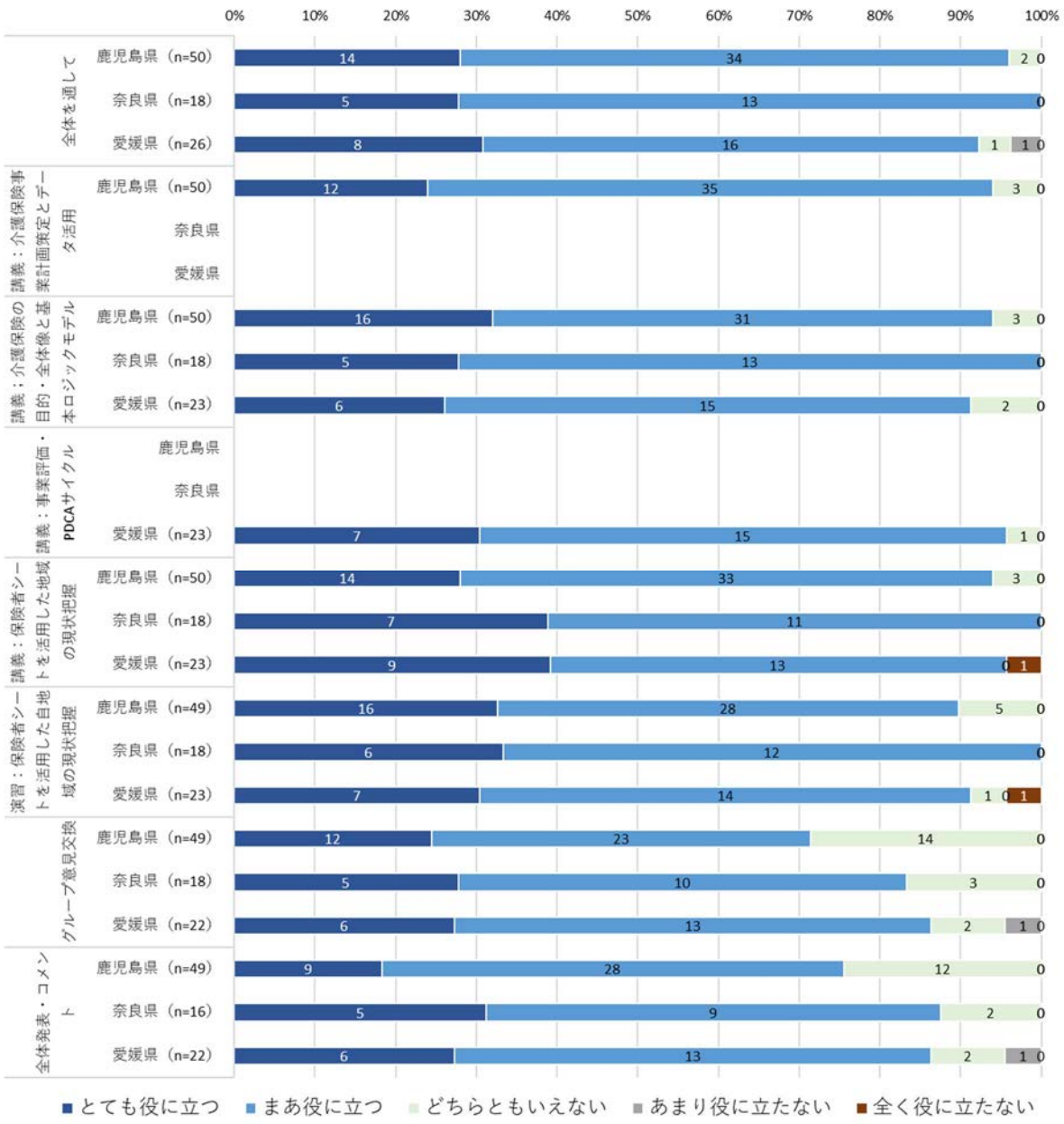


図３－７　研修内容に対する満足度

④　研修内容に関する知識

ⅰ．介護保険制度・地域包括ケアシステムの構築の目的・成果など

いずれの県も受講前に比べて受講後の方が「十分理解している」「理解している」「まあ理解している」の回答が多かった。特に、成果（アウトカム）を把握する指標の項目は、受講後に理解していると回答する者の割合が高まった。

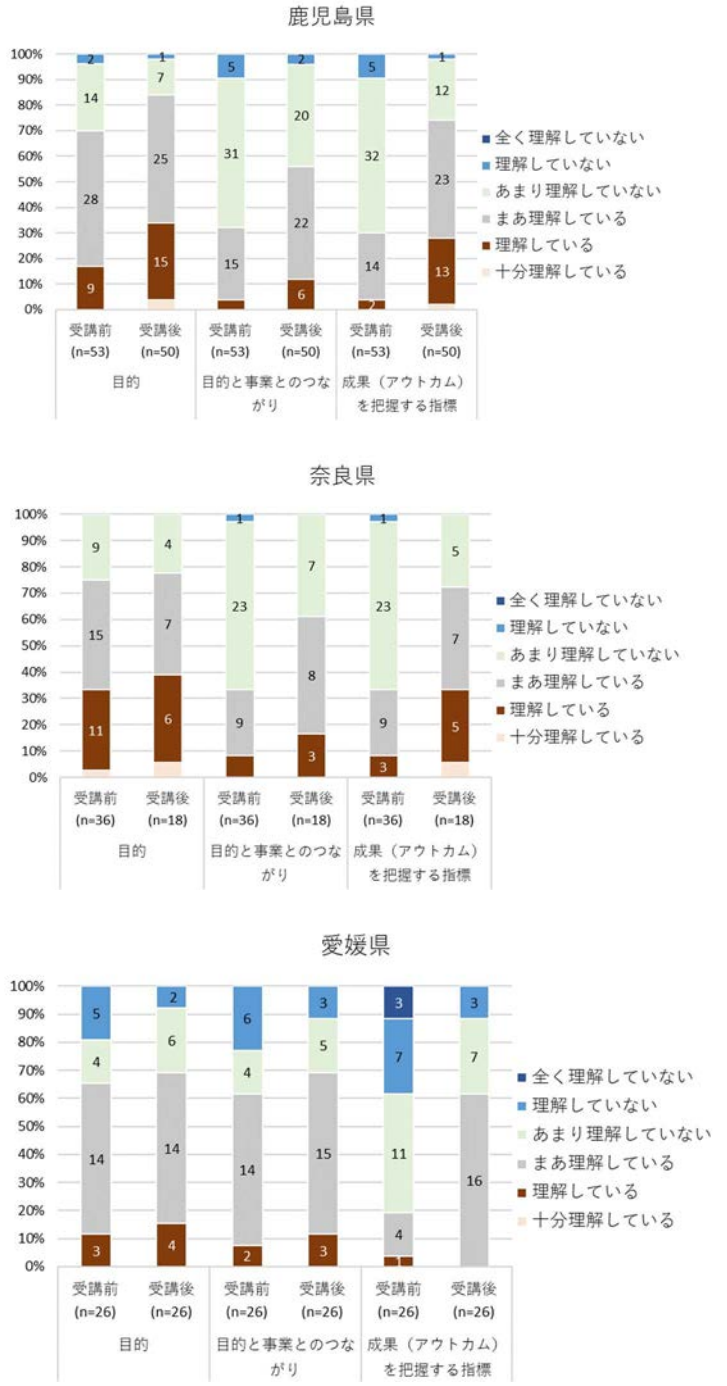


図３－８　研修内容に関する知識：介護保険制度・地域包括ケアシステム構築の目的・成果

ii．自地域の現状把握

いずれの県も受講前に比べて受講後において、把握している者の割合が高かった。中でも、国・県・他自治体と比較した自地域の位置とその要因について、受講後に把握していると回答した者の割合が高かった。

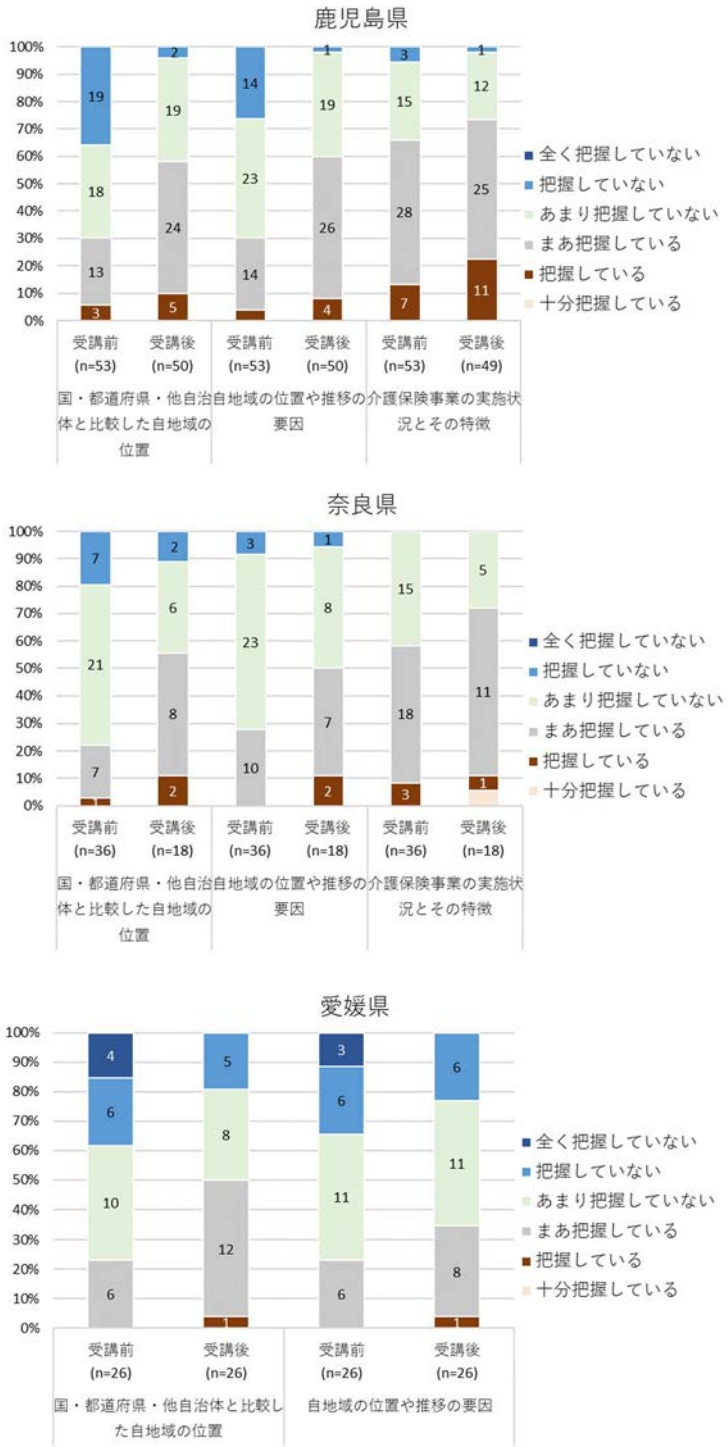


図３－９　研修内容に関する知識：自地域の現状把握

ⅲ．保険者シートの理解

いずれの県も受講前に比べて受講後において、理解している者の割合が高かった。

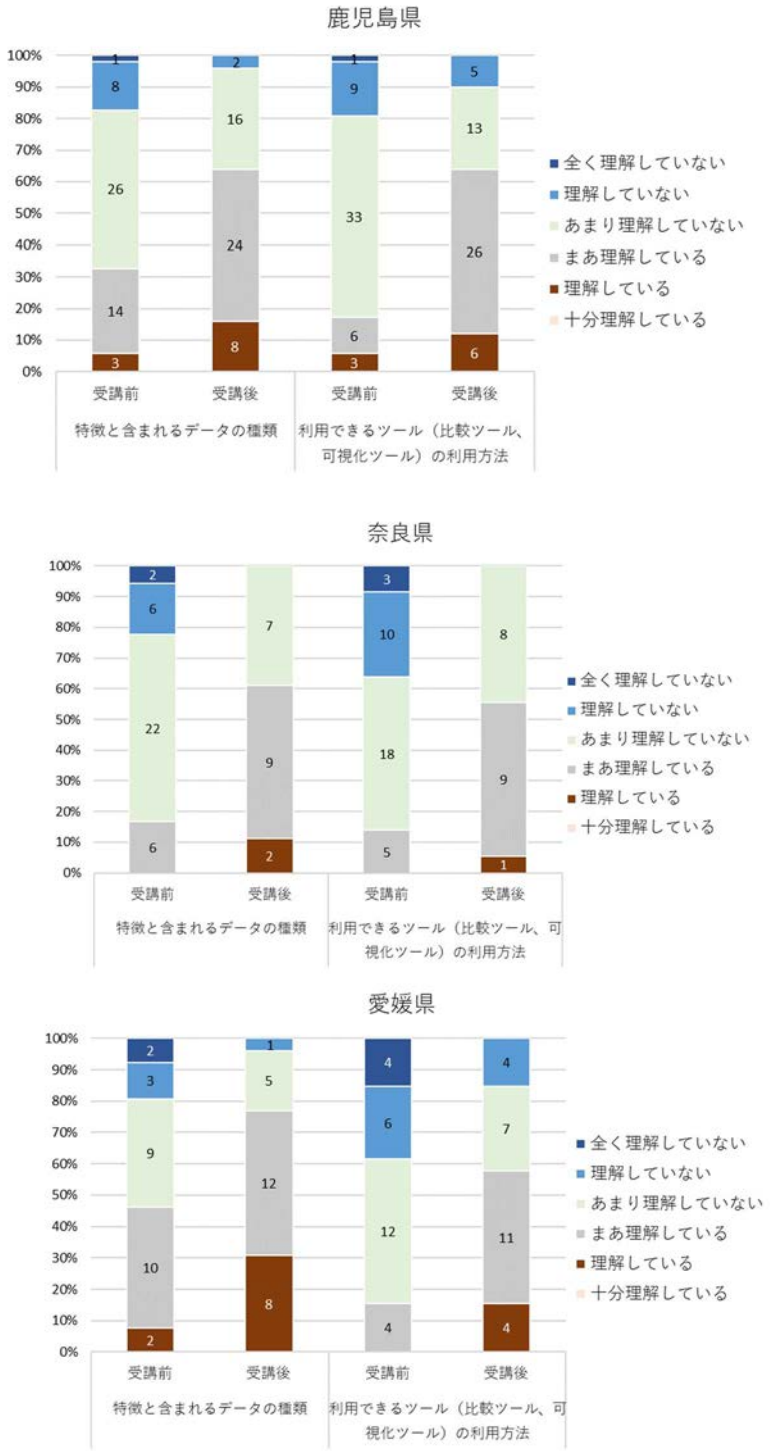


図３－10　研修内容に関する知識：保険者シートへの理解

⑤　データ活用に対する自信

自治体職員に求められる能力について、①自地域の状況を把握すること、②自地域の進む方向性を見出すこと（課題を把握すること）、③事業の効果を評価すること、④自地域の現状や特徴を関係者や住民に説明すること*、と整理した上で、それぞれにデータを活用することについて、「どのくらい自信があるか」を尋ねた。意味微分法を採用し、「0 点：全く自信はない」から「10 点：きわめて自信がある」までで尋ねた。

分析は、各県の受講前、受講後の平均値を算出した。

その結果、いずれの項目も受講前に比べて受講後において平均点は上昇した。特に、「自地域の状況を把握すること」に対するデータ活用の自信は、他の項目よりも平均点が高く、受講前と受講後の差は、鹿児島県は 1.64 点、奈良県は 2.1 点であった。

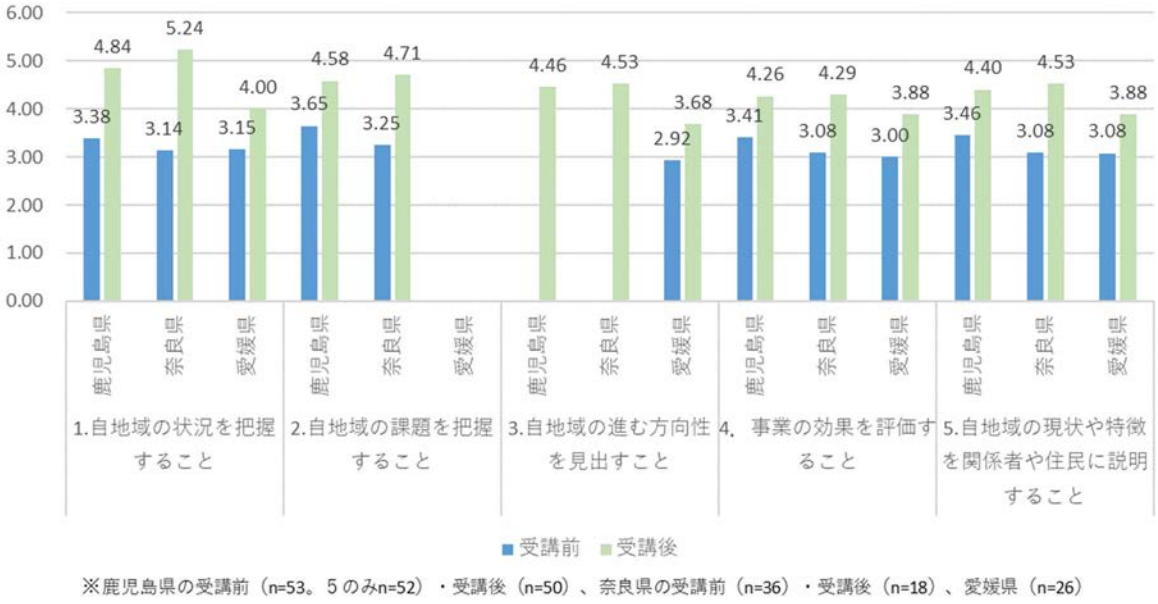


図３－11　データを活用することへの自信

⑥　保険者シートの活用（受講後）

いずれの項目も肯定的が多く、保険者シートの有用性は認識されたものと考えらえる。

* 石田光広氏講演資料「介護保険「保険者シート」～趣旨と開発経緯～」（令和 4 年 2 月 25 日開催「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意見交換会」）を参考に一部改変。https://www.ihep.jp/wp-content/uploads/2022/08/21310_2.pdf

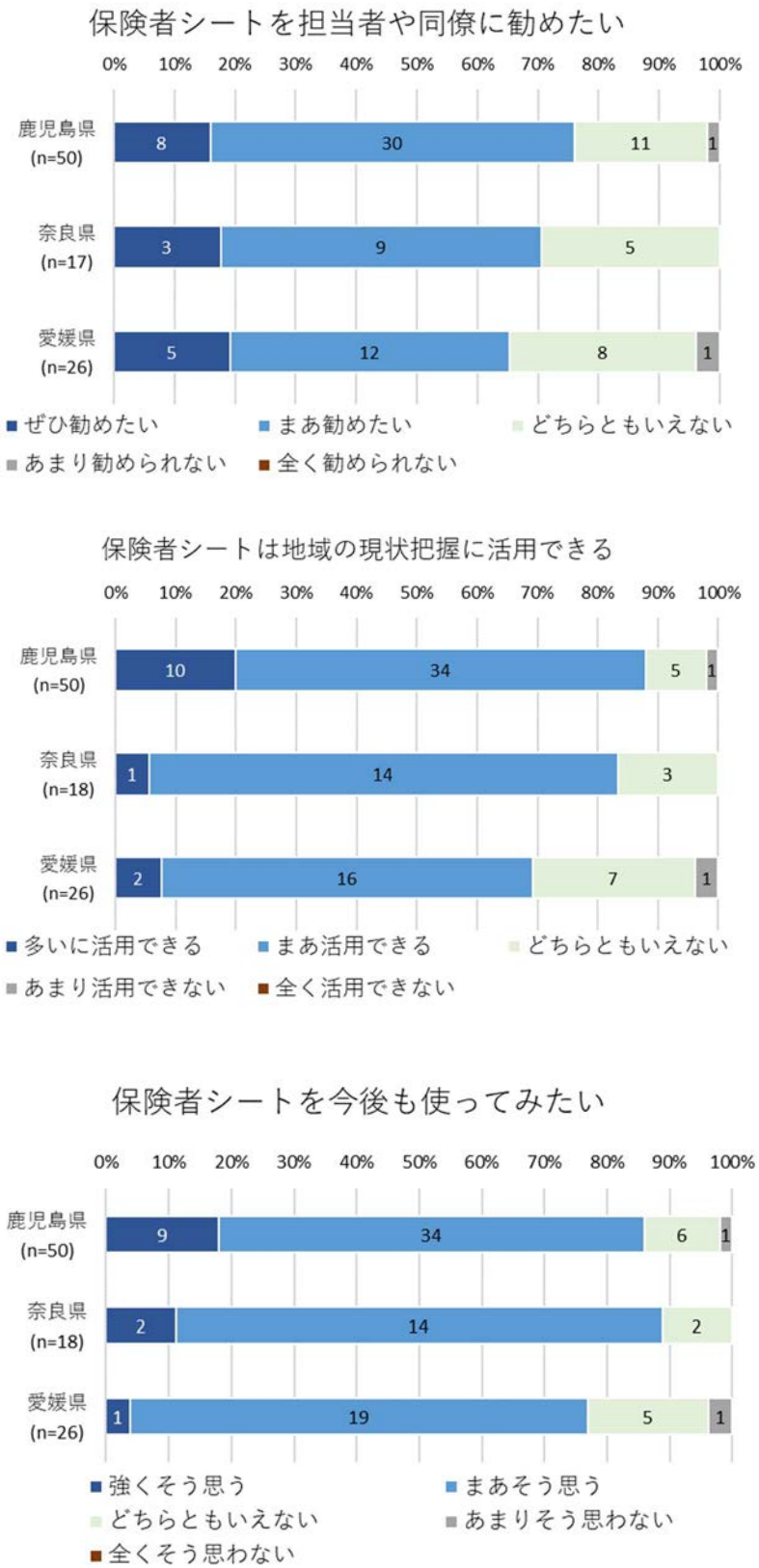


図３－12　保険者シートの活用

⑦　自由記載：研修で印象に残った内容　（重複する内容は一部未掲載）

＜鹿児島県＞

ⅰ．地域の現状把握と課題抽出

・　この研修で各市町村の現状を確認できた。各市町村それぞれ課題が見つかり、今後に向けての対策をねる事ができた。各市町村のデータを活用し、介護保険の業務にあたっていきたい。
・　演習での自地域の現状確認の方法や，自地域の目指す姿を導き出す方法は，参考になりました。しかし，データや指標が多く，１度の演習で習得するには難しく感じました。
・　保険者シートから色々な問題点の抽出が出来る事は理解できた。これを基に介護計画策定や事業に生かしていかなければならないと思った。
・　保険者シートから色々な問題点の抽出が出来る事は理解できたと思う。
・　町の実態が把握できてよかった

ⅱ．自地域の特徴への理解

・　データを活用することで自地域の特徴を把握することができ，その中から課題が見いだせた。今後は，見える化システムと並行し，保険者シートをうまく活用しながら次期計画策定にあたりたい。
・　初めて自地域、他地域の保険者シートを活用･比較し自地域の特徴が少しでも掴めたことは良かったと感じています。保険者シートの機能をもっと多くの職員と共有することで、課題もより明確にできると感じました。
・　自市町村の特徴を分析し、他地域と意見交換できたことで、自市町村の良い点などにも気づくことができ、新たな視点で計画策定に活かせると思います。
・　保険者シート上の情報を比較することで、ある程度の地域的特徴（他市町と比べた）が見えることを知った。
・　保険者シートの活用は、他市との比較ができ普段の業務にも参考になると思いました。計画策定に当たり、グループワークで使用したシートを使うことは有意義だとは思いますが、シートに落とし込むことは、不慣れだったり、日頃の業務と並行して行うのは、時間が足りずなかなか困難だろうと感じました。
・　自地域と他地域の保険者シートを比較し、自地域の特徴を把握すること。

ⅲ．他市町村との意見交換

・　グループ意見や全体発表において、他市の考え方や捉え方がわかり役に立ち今後の参考となった。
・　コロナ禍で久しぶりに会場で他市の職員との交流もできた。皆さん悩みながら業務をこなしていることが分かり参考になりました。　最近はメールで送られてくるばかりでどのように活用して良いか分からないものが多いので大変参考になる研修でした。

・ グループでの情報共有・意見交換は得るものが多く充実した内容となった。参考になった情報や他市町村の考え方等を係内で共有し、今後の計画策定・調整に活かしたいと思う。
・ グループ内が同じ離島の方々が多く、同じ悩みや考えを持っているのだと思ったと同時に自分の自治体特有の問題や特徴もあるんだと再確認できました。

ⅳ．計画策定・PDCA にデータを活用することの重要性

・ データを有効活用して分析、行動、評価、改善が包括ケアシステム整備に努めたい。
・ 「データを分析し計画策定に活かす」ということがどういうことなのか、具体的に実感しやすかった。自地域の特性や目指すべき姿のために何をすべきかを保険者シート等を活用し分析し、計画策定や事業実施に役立てられたらと思う。
・ データを可視化することは大事さを改めて理解することができた。また統一的な形式で見比べができ, 見るポイントを教えていただき, 加えて他市町村の状況を聞くことができたのが研修の流れとして繋がりがあり，大変良かったです。

ⅴ．ロジックモデルと保険者シートの活用（演習シート）

・ 演習で使用したワークシートについて、地域の状況把握から課題設定に至るスキームとして活用できると思いました。自分でも取り組んでいて思わぬ着想が浮かんだ部分もあり、包括的に地域や事業の在り方を考えるきっかけになるかもと思うところです。ほかにも、高齢者実態調査等の町民アンケートにある自由記載等をプロットしても、事業評価に活用できるかと思った次第です。
・ 介護保険事業に係る基本ロジックモデルを使用しての、保険者シートを活用しての考え方が、慣れるまでは戸惑ったが、振り返ると解りやすく、今後も活用でき他の職員にも伝えたいと思いました。保険者シートも情報のグループ分けがされていることで見やすさを感じました。
・ 保険者シートを活用して行った演習が自分では役に立ったと感じた。

ⅵ．保険者シートと見える化システムの理解と活用

・ 現在、保険者シートや地域包括ケア見える化システムなどの情報が蓄積されたツールは、計画策定の担当者だけが使用しており、地域包括ケアや介護給付の担当者などとこれらのツールで知り得た情報やツールの活用について共有できていないことから、部署内で活用の充実を図り、各事業等の進捗管理や分析に活かしていきたい。
・ 保険者シート（素人目線でも分かる基本情報）と見える化システム（欲しい情報を取りに行く）の違いが少し分かったような気がする。いずれにしても、第９期介護保険事業計画に活用出来るようにして行きたい。他自治体も自分同様、保険者シートと見える化システムの活用を模索しているところがあることが分かって良かった。

ⅶ．事業の見直し・振り返り

・　色々な取組をやっているが、振り返りが不十分で改善に繋がらないこと多いため、基本的なことや、シートの演習を通して、やっと一歩を踏み出せました。
・　保険者シートを分析し現状把握することで事業の方向性や見直しに役立つと思いました。保険者としてデータから「考えらえること」を引き出す視点を知ることが重要だと感じました。

以上の他、介護保険制度への理解、関係者への説明への保険者シートの活用、に関する記述があった。

＜奈良県＞

ⅰ．データ比較による自地域の位置への理解

・　今まで、あちこちの資料から数字をひらって入力していたが、入力することが精いっぱいで、比較作業をする余裕がなかった。今回、比較作業の仕方を示されたことにより、●●町の位置が見えたのは良かった。小規模自治体では、独自にはなかなか比較作業をすることができなくて困っていた。そもそも、比較方法も思いつかず困っていた。既に入力したものに対して、どう比較したらいいのか、教えていただけて良かった。
・　保険者シートを市、県、国で比較して自市がどういう位置なのか確認したこと
・　データを通して地域比較が出来ることがわかった。

ⅱ．現状把握と PDCA への保険者シートの活用

・　入庁してまだ半年も経過していない状態であり、保険者シートを見ること自体が研修の数日前といった状態で研修に参加させていただいた。元々データを活用して比較、検証をすることについては、得意とまではいかないが、興味のある分野であり、今回の保険者シートで自市の位置が国、県と比較しどうなのかを可視化し、認識できるツールとして有効なものであることが少しではあるが理解できた。今後保険者シートを事業の方向性を見つめなおす、再確認するシートとして活用していけたらと感じさせられる研修会でした。
・　自地域の特徴や課題を把握して、今後事業計画などに上手く活用できるように改めて思いました。

ⅲ．保険者シート以外のデータの活用の有用性

・　保険者シートだけでなくその他データの活用により、地域のおかれている状況が把握しやすくなる。
・　見えるかのデータと合わせて活用すると実状が見えやすい。

その他、アウトカムへの意識とロジックモデルの活用、他市町村との意見交換、都市部と町村部の比較が難しい、介護保険事業計画策定の基本を知る機会、データを見て自地域の担当者と話合う機会、データを読み取り PDCA に活かすのは難しい、保険者シートと見える化システムの違い、などの記述があった。

＜愛媛県＞

ⅰ．ロジックモデル・事業評価

- ロジックモデル・指標・評価について、基本事項を知ることができてよかった。
- アウトプットとアウトカム
- ロジックモデルについて学ぶことが出来たこと。
- ロジックモデルの考え方などは、以前にも学んだ機会があったにも関わらず、今回の研修会まですっかり忘れており、思い出したかんじです。普段の業務や生活に定着させるために習慣づけたいと思いました。
- ロジックモデルを活用することで住民にわかりやすく市の目指すことを示すことができることや、データ活用することで当市の現状分析、他市町との比較分析がわかりやすくできること。
- 論理的に考える事。こうしたら（結果）～こうなった（成果）という流れと目指す姿から考えて行く事を今後の業務に活かしていきたい。

ⅱ．保険者シートと活用方法への理解

- 保険者シートや可視化ツールを利用することで、愛媛県下だけでなく、全国レベルのデータとの比較ができることを学んだこと。
- 保険者シートや比較ツール等の仕組みや活用法を知ることができた。
- 保険者シートの活用方法が学習できたこと。
- 説明がとても上手でわかりやすい研修でした。保険者シートの事が、自分なりには理解できたと思います。

ⅲ．データの活用方法への理解

- データから地域の現状や課題を読み解く事。
- 数値は上げるが、分析できていない。ツールを使って情報共有をしたいと思った。
- 地域の現状を比較しながら基本事項を把握することができ、今後のデータの活用の仕方を研修できました。今後も別の係と意見交換・情報交換をしていきたいです。

ⅳ．他自治体との情報交換

- グループワークを通じて他市町の状況を共有することができた。
- 近隣の市町も当市と同様の課題を抱えていること。

その他、今回のグループワークの難しさ、保険者シート以外のデータの活用、地域課題への理解、自地域の位置とその要因への理解、の記載がみられた。

⑧　自由記載：研修で改善したら良い点　（重複する内容は一部未掲載）

＜鹿児島県＞

ⅰ．全体の研修内容について

- 書面の説明はある程度理解できたが、分析後の取組に関し、可能であれば実際の市町村でうまく機能しているような団体の活動例を次回はぜひ紹介してほしい。
- 半日の研修日程にしては、ボリューム感が多く感じた。もう少し説明に時間が欲しかった。
- 日頃、保険者シートを活用していないため、講義などわかりづらい点があった。

ⅱ．演習内容について

- 演習で保険者シートから「考えらえること」を挙げることに時間を要しました。もう少し具体例があればその視点に気づくことができると感じました。

ⅲ．グループワークについて

- グループ討議の際、進行役が決まらなくて中々始まらなかったので、進行役は最初に決めておいてほしい。
- ブレイクアウトルームに分かれる際，各市町村に司会等を投げるやり方より，各支庁や振興局の方に参加者の立場だけではなく県職員の立場で司会や司会を指名するようなリード役を事前にお願いしていたらもっとスムーズに話が進んだんじゃないかと思います。
- グループワークで全体発表を１つ選ぶというのは、流れ的にも少々むずかしい部分がある様に感じました(優劣をつけるみたいに感じた部分があったような気がして･･･)。「選択する視点」が強く働きすぎて（主観ですが）対話的な要素を削ぐ感じでワークが進んだように感じた部分がありました。
- 先に発表Ｇを選んで、余った時間で感想を言い合ったのですが、感想部分に学びや対話の要素が含まれていたような印象でした。
- 参加者と自由に意見交換できる時間も欲しい。地域での課題等を話し合えれば今後の業務に生かせそう。

ⅳ．オンライン研修の運営について

- 途中，機器の調整のため，講義内容が聞き取りにくい部分がありました。後日，研修内容の記録を配信していただけると，助かります。
- Web 研修を選択しましたが、聞き取れなくて残念でした。

・ 音響関係でトラブルが多く、テンポが悪かった。全体的なタイムキープも悪く研修時間がかなり長くなってしまったので、メリハリをつけてほしかった。
・ グループワークを円滑に行ったり、県内各市町担当者とのコミュニケーションを深めるためにも会場にすれば良かったと思っています。
・ オンラインでの開催は有難かったです。出張となると参加できる人数が限られてしまいますが、オンラインであれば関係する職員が多く参加できるため、今後もオンラインを併用した研修会を企画していただけるとありがたいです。

＜奈良県＞

ⅰ．全体の研修内容について

- 個別相談の機会を設けていただければありがたいです。
- 保険者シートの機能的な部分（こういう（課題）抽出方法があるなど）がもっとあればよかったと思います。
- 説明に対して重要なポイントなどがあれば、重点的に説明してもらえるようにしていただけるとわかりやすく、集中力が継続しやすいと思いました。
- 見える化システムと並行して活用していければと思う。

ⅱ．演習内容について

- その他データは何があり、保険者シートとどのデータを関連づけて見ていくのかを具体的に教えてもらえれば、異動してきてすぐの担当者にもわかりやすくなる。
- 演習後のグループワークにおいて、自市町村の情報を保険者シートから読み取りまとめる作業まで行うことが難しく、内容が中途半端な状態となってしまい、自地域の理解を深めるところまでできなかった。
- 午後からほぼ半日の時間があったので、ワークの時間が多めにあるかと思い、事前に作業をしていませんでした。ワークの時間にグラフのデータと保険者シートの両方を見て、読み取りをしようとしましたが、時間が足りずグループ発表の時の説明が不十分になりました。事前準備をしておけばよかったと思いました。

ⅲ．グループワークについて

- シートに対する各市町村の理解度や現在の仕様状況にかなり差があるので、うまくワークできなかったように思う。市町村の中で話し合うことで精一杯であった。架空の市町村の仮のデータを用いて、講師が「この数字がこうだから、現状をこう捉える、、」など分析を示してもよかったと思う。
- 各自治体で理解度、習熟度、シートへの入力内容等が異なるため、お互いに有効な意見交換とまではいかなかったような印象です。

＜愛媛県＞

ⅰ．演習内容について

- 自分の市の保険者シートに空欄が多く、他市との比較ができない。どうすれば空欄をなくせるのか、一つずつ詳しく知りたかった。
- 保険者シートの見方、そして保険者シートの項目がロジックモデルのどこに該当するのかが全く分からなかった。そこから方向性の見直しにどうつながるのかも全くわからなかった。保険者シートの項目の一部分にしぼって演習した方が理解しやすかったのではないかと思う。
- 今回持参した保険者シートのみでは、地域の課題やその要因を判断するにあたってあまりにも判断材料が乏しいと感じました。事前にどのような方針、内容で演習をするのか等わかっていればそのための資料を持参することもできたかと思います。講義と演習の日にちを分ける等して、講義で学び、それをもとに保険者シート、比較ツール、可視化ツール等演習材料を用意してから演習に臨めるとよいのではないか。
- 演習では、他地域との比較と保険者シートの数値とロジックモデルとの関連を理解するのに時間がかかり、思うように進みませんでした。項目を絞る、事前にデータを読み込んでくる、保険者シート以外の情報を用意する等でもっと内容を深めることができるのではないでしょうか。

ⅱ．グループワークについて

- 他市町との意見交換の時間をもう少し長くとってほしい。
- ワークの時間が短く、内部で十分に議論することが難しかった。
- グループでの意見交換の時間が短かったように感じた。
- 市町が個別で抱えている懸案事項や他市町の取り組みなどをみんなで持ち寄って、検討しあうことはとても意義があると思います。
- 発表に当たる可能性があること、画面に資料を映しだす事、パワーポイントで資料に入力した方が良い事を事前にお知らせいただけると良かったです。

6）考察および見直しの方向性

講義に比べてグループワークへの満足度は低かった。演習・グループワークでは、事業立案・見直しまでを含めた思考過程を重視し、「①データ分析による地域の現状・課題の把握」に加えて、②「保険者シート以外の情報（データや現場の意見）も活用する」、③「情報やデータから考えられる進捗や事業の方向性（仮説）を検討する」、④「仮説を確かめ、深めるために必要な調査や意見交換、協議等を考える」という思考過程を、保険者シート読み解き例として解説し、演習シートを使うことで、参加者に促した。参加者自身が考える内容が多く、参加者の知識・経験によりグループワークの進捗に差が生じたり、

演習・グループワークが時間内に完結しない場合もあり、このため満足度が比較的低かったものと考えられる。

このため、研修プログラムの時間を 30 分延長するとともに、ファシリテーターの配置も重要であると考えられた。都道府県向け「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会　研修運営マニュアル」にこれらを反映させるとともに、ファシリテーターガイドの作成などを通じて、演習・グループワークの内容を見直していく必要がある。

本研修の内容の知識、データ活用への自信、保険者シートの活用について、いずれも受講後の方が肯定的な回答の割合が高かった。また、自由記載からも、研修の狙いは受講者に認識されていたことがうかがえ、研修にある一定の効果はあるものと考えられる。しかし、今回は回答者のみの集計であり、受講後は比較的研修に対して成果が得られたと感じている者のみの回答である可能性があり、解釈には注意を要する。受講前後の両方で回答した者に限定した集計など更に集計・分析を深めると共に、「行動」の変化の効果検証、研修開催方法の違いによる効果検証も必要と考えられる。

2．市町村（保険者）単位　協働研修

1）目的

介護保険・高齢者福祉（地域包括ケアシステム）の目的と各業務のつながりが分かること、異なる担当者間で、相互理解を深め、目的を共有し庁内協働の機会ができることを目的とした。

2）対象

介護保険・高齢者福祉に関わる係長級、課長・補佐級の方とし、参加者が多くなる場合は異なる課の課長・補佐級で 1 グループ、係長級で 1 グループを構成する。

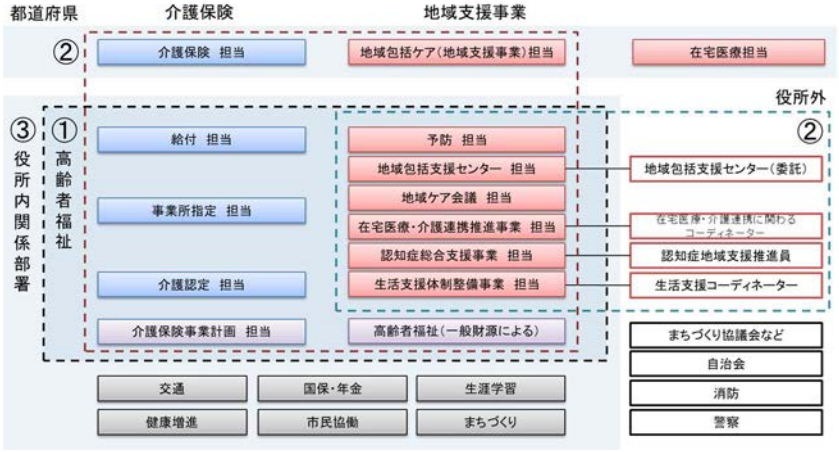


図３－13　保険者シートを活用して協働が期待される範囲（イメージ）

3）研修の実施

長野県長野市において、令和４年９月から令和５年１月までにかけて３回実施した。

●日時・参加者　※時間はいずれも 13 時～16 時

第１回 9 月 22 日 （金）	データからみた長野市の現状（課題・強み）を共有しましょう	高齢者福祉関係３課（介護保険課、高齢者活躍支援課、地域包括ケア推進課）　13 名 （課長級１名、補佐級７名、係長級５名） ※オブザーバー　長野県庁２名
第２回 11 月 21 日 （月）	長野市の目指す姿（アウトカム）とは？	高齢者福祉関係３課　16 名 （課長級２名、補佐級６名、係長級等８名） ※オブザーバー　長野県庁４名
第３回 １月 13 日 （金）	長野市としてこれから必要な取り組み 庁内協働の体制づくり	高齢者福祉関係３課　17 名 （課長級２名、補佐級６名、係長級等９名） ※オブザーバー　長野県庁４名

●プログラム

第１回

開始時間		項目・内容
13:00～	15	本研修の趣旨と流れ、介護保険「保険者シート」の概要
13:15～	40	【講義】 次期介護保険事業計画の策定と介護保険「保険者シート」の活用
13:55～	40	【講義・演習】 データに基づく長野市の傾向
14:35～	10	休憩
14:45～	55	【グループワーク】 「長野市民の、介護が必要な状態になっても、暮らしの場での尊厳ある生活、を支え続けていくために」 ①データから見た長野市の課題・強みのまとめ ②長野市として取り組むべき課題・強みとその要因 ※各担当課・係の混合の２グループに分かれて、グループワークを行います。各グループには、長野県庁のご担当者とファシリテーターとして医療経済研究機構の職員が入ります。
15:40～	15	グループ発表・全体共有
15:55～	5	２日目に向けた個人ワークとアンケートのお願い
16:00		終了

第２回

開始時間		項目・内容
13:00～	5	第１回の振り返りと第２回の流れ
13:05～	50	個人ワークの共有（１人２分程度） グループワーク

13:55～	30	【講義・練習】 ロジックモデルの作成と指標設定
14:25～	10	休憩
14:35～	75	【グループワーク】 「長野市民の、介護が必要な状態になっても、暮らしの場での尊厳ある生活、を支え続けていくために」 次期計画策定に向けたロジックモデルの作成 ※各担当課・係の混合の２グループに分かれて、グループワークを行います。各グループには、長野県庁のご担当者とファシリテーターとして医療経済研究機構の職員が入ります。
15:50～	10	グループ発表・全体共有
16:00		３日目に向けた個人ワークとアンケートのお願い 終了

第３回

開始時間		項目・内容
13:00～	5	第２回の振り返りと第３回の流れ
13:05～	30	個人ワークの共有（１人２分程度）
13:35～	25	【講義】 要介護者の在宅生活を支える介護サービスの整備と生活支援
14:00～	30	【グループワーク】 次期計画検討に向けたロジックモデルに基づく取組と庁内連携① ※各担当課・係の混合の２グループに分かれて、グループワークを行います。各グループには、長野県庁のご担当者とファシリテーターとして医療経済研究機構の職員が入ります
14:30～	10	休憩
14:40～	65	【グループワーク】 次期計画検討に向けたロジックモデルに基づく取組と庁内連携②
15:45～	15	グループ発表・全体共有
16:00		アンケートのお願い 終了

４）研修の効果検証

（１）対象

第１回、第２回、第３回、それぞれに参加した者全員を対象とした。

（２）方法

受講前、第１回終了後、第２回終了後、第３回終了後の計４回、自記式質問紙を配布

回収した。配布回収は、長野市担当者を通じて、もしくは会場にて行った。

質問紙の項目は、Kirakpatrick の教育効果の 4 段階を参考に、「研修内容への満足度」「グループワークの実施状況」（反応）、「研修内容の知識の獲得」（学習）、課・係を越えた庁内の協働（行動）の前提として「協働に対する意識」を尋ねた。その他、自由記載で研修プログラムに対する改善点などを尋ねた。

分析対象は、回答が得られた全員とし、集計を行った。自由記載は、記載してある内容ごとに分類した。

（3）結果

① 回答者数（回収率）

受講前：14 人（87.5%）

第 1 回：8 人（62.0%）

第 2 回：12 人（75.0%）

第 3 回：16 人（94.1%）

② 回答者の特性（受講前～第 3 回目まで全回答者）

市職員としての経験年数（図 3 －14）は 20～24 年、30～35 年が、高齢者福祉・介護保険担当の年数（図 3 －15）は 1～3 年が多かった。

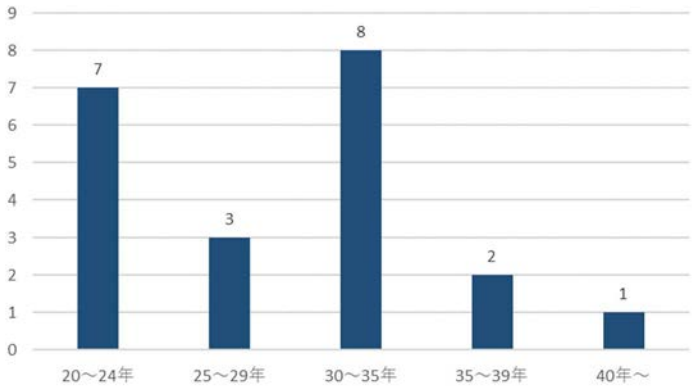


図 3－14　回答者の特性：市職員としての年数（n=21）

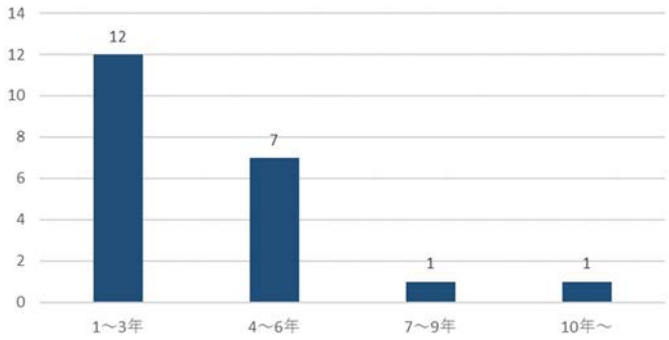


図 3－15　回答者の特性：高齢者福祉・介護保険担当の年数（n=21）

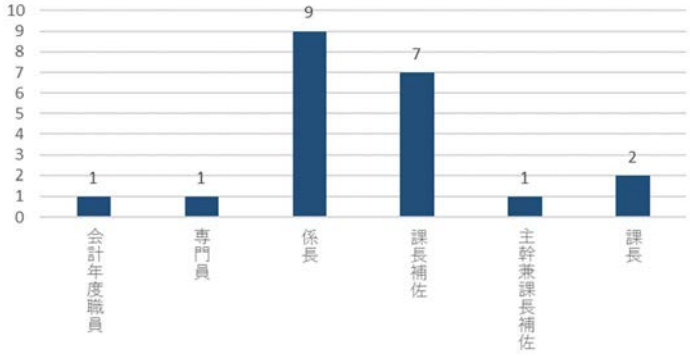


図３－16　回答者の特性：職位（n=21）

③　研修内容への満足度

いずれの回も数名を除き「とても役に立つ」「まあ役に立つ」を回答していた。

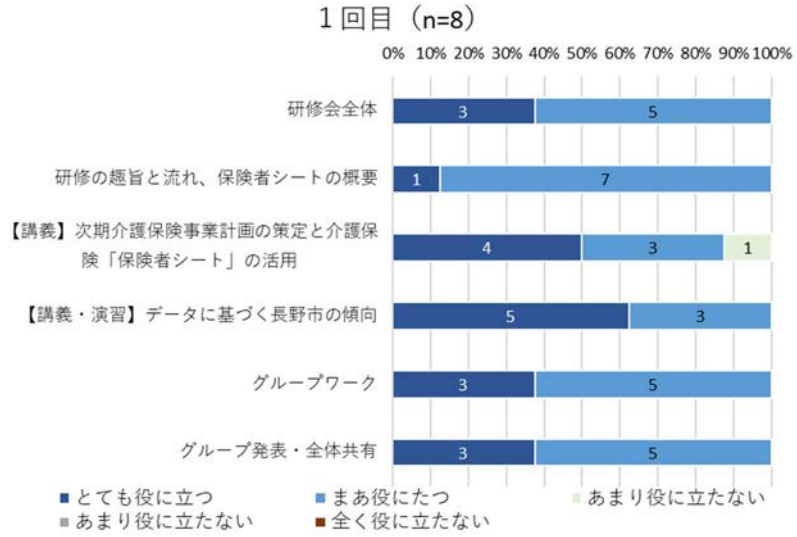


図３－17　研修内容への満足度　１回目

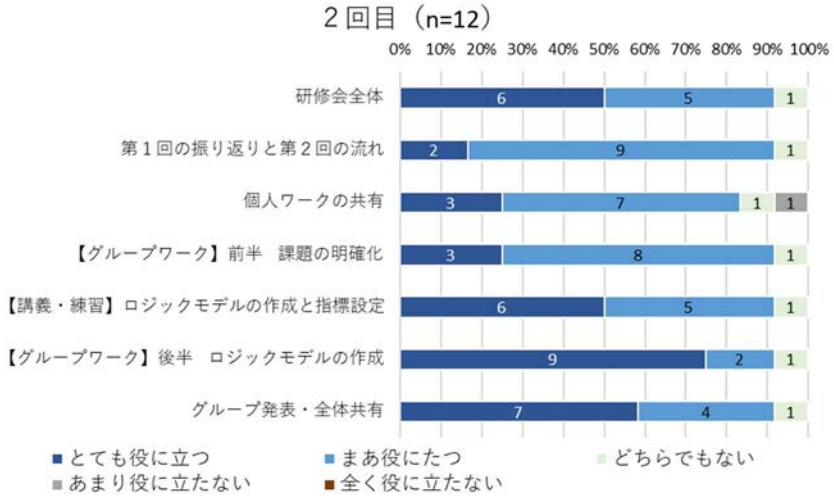


図３－18　研修内容への満足度　２回目

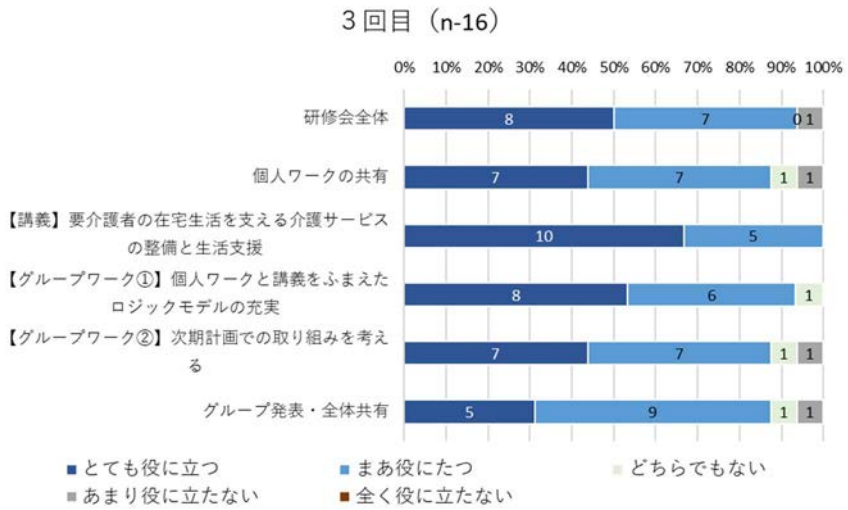


図３－19　研修内容への満足度　３回目

④　グループワークの実施状況

肯定的な回答が多く、各回で初参加の者も肯定的な回答であり、各回ともおおむねグループワークは円滑に進んだと考えられる。

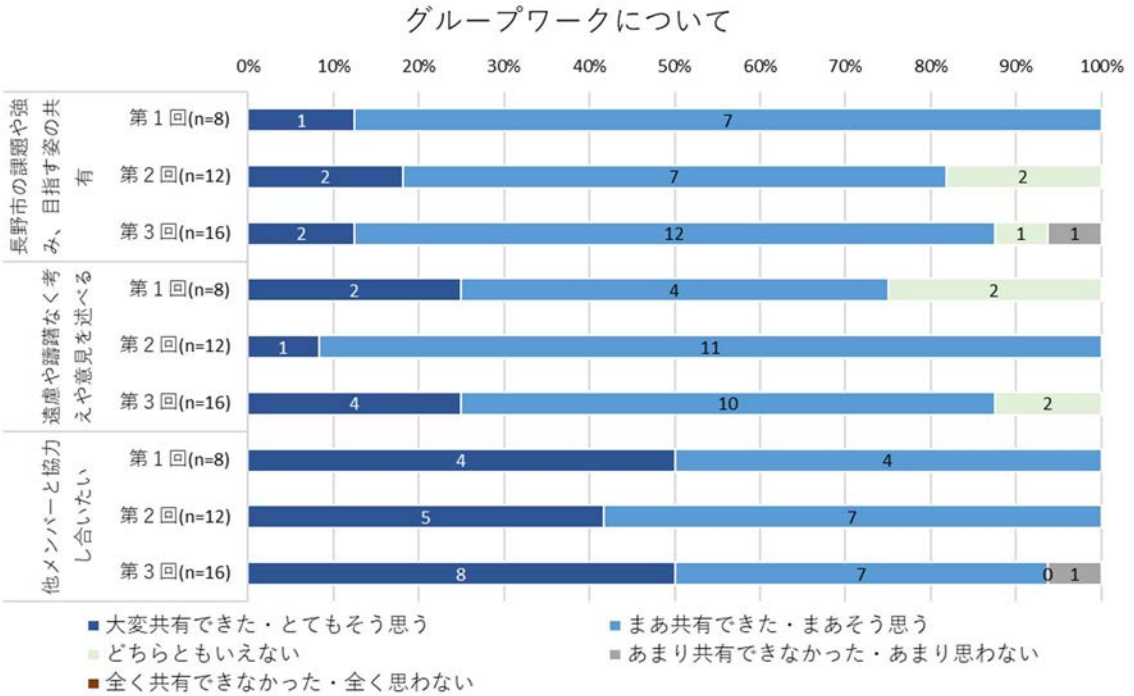


図３－20　グループワークについて

⑤　研修内容に関する知識

内容の中でも、「地域の特徴への理解」「目指す姿」「取組みの方向性」「協働の必要性」「ロジックモデル」「指標」について、受講前よりも肯定的な回答をする者の割合の増加がみられた。特に「ロジックモデル」「指標」の増加が顕著であった。各回から初めて参加し、内容の理解の程度を低く回答する者も見られ、回数を重ねることに理解が深まっている可能性が考えられた。

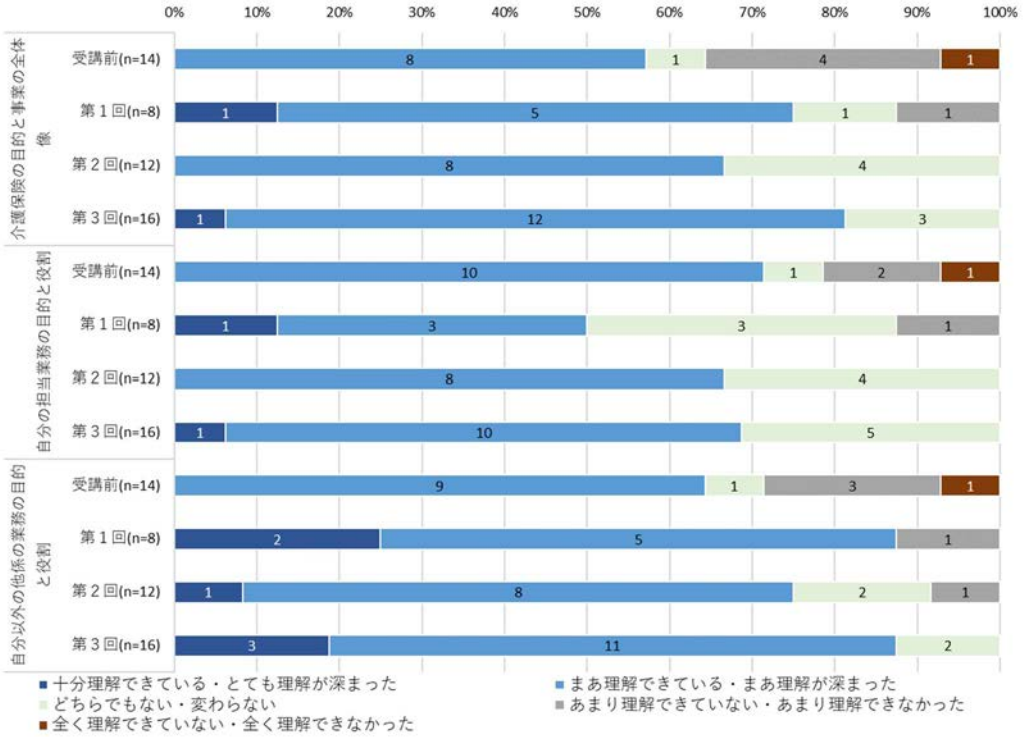


図３－21　研修内容に関する知識：介護保険の全体像と各業務・役割の理解

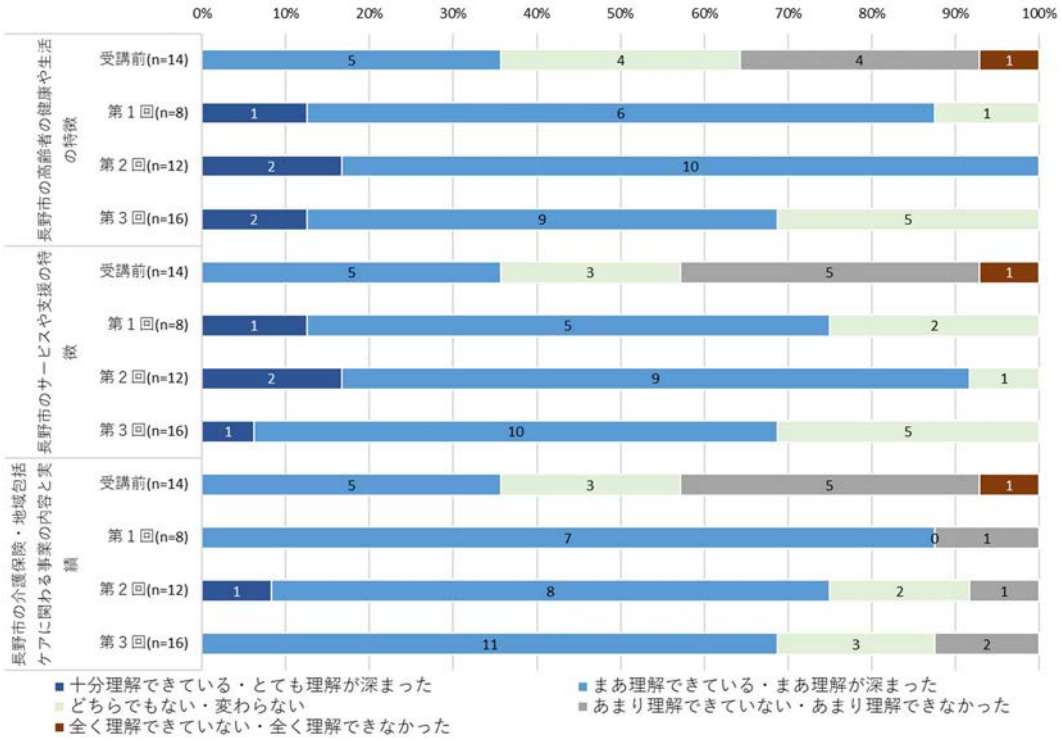


図３－22　研修内容に関する知識：地域の特徴への理解

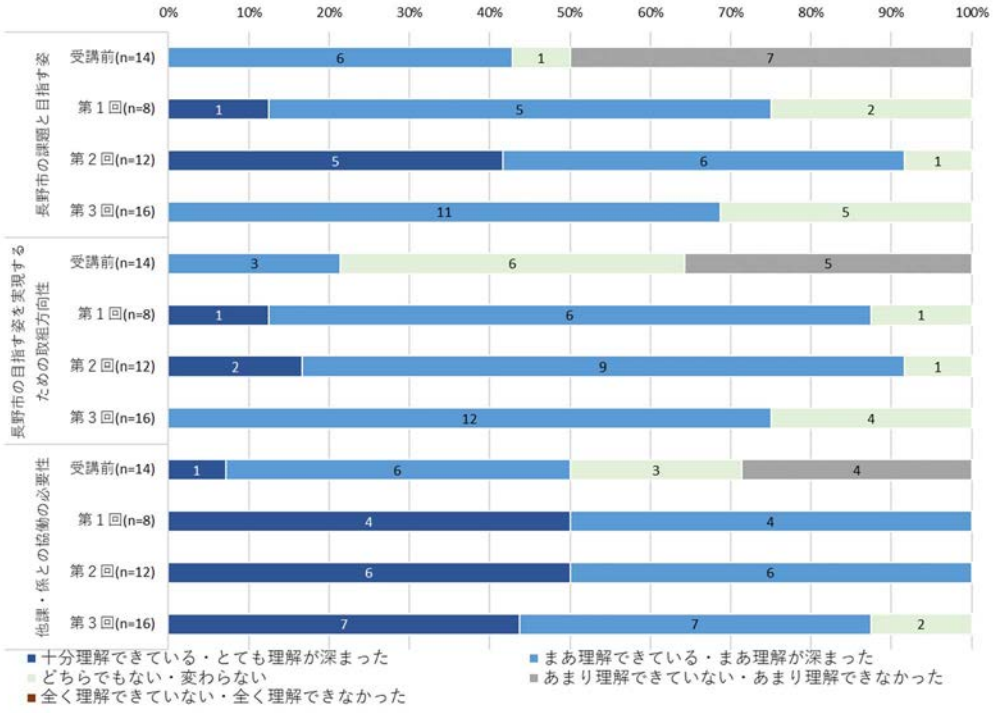


図３－23　研修内容に関する知識：目指す姿・取組み方向性・協働必要性への理解

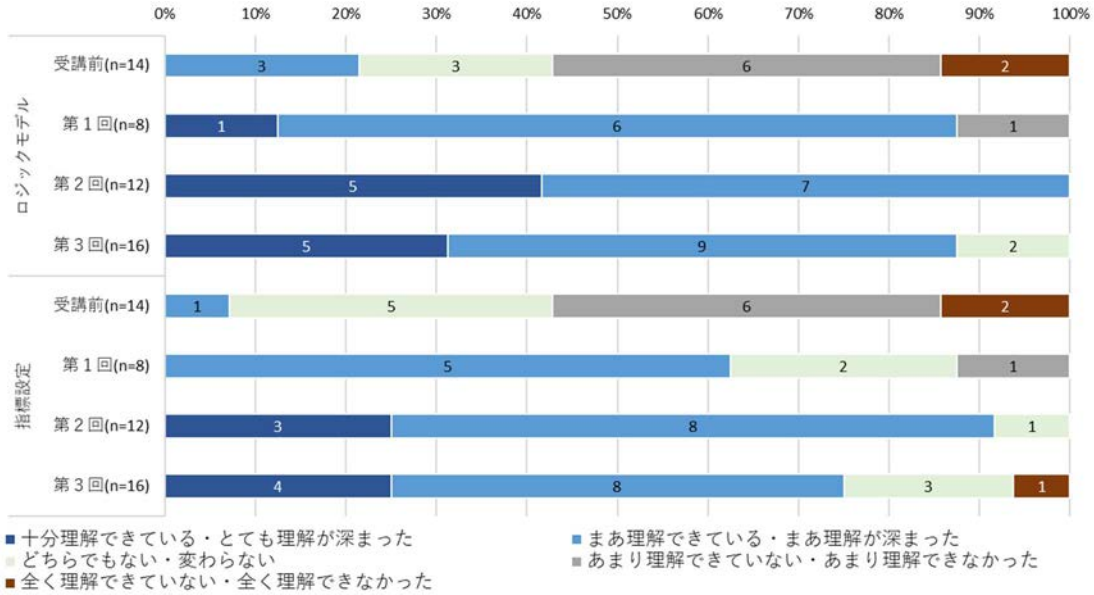


図３－24　研修内容に関する知識：ロジックモデル・指標設定への理解

⑥　協働に対する意識の変化

協働に対する意識は、受講前に比べて３回目受講後に前向きな回答をする者が多かった。

受講前と第３回受講後の両方に回答した 10 名のみの回答をみても、「他課・他係と協力したい」に「まあ協力したい」「とても協力したい」と回答した者が、受講前 7 名から第３回終了後に 9 名に増えた。「担当者間で情報・意見する場があれば参加したい」に「強くそう思う」「まあそう思う」と回答した者は、受講前に８名だったが、第３回終了後は 10 名に増加した。

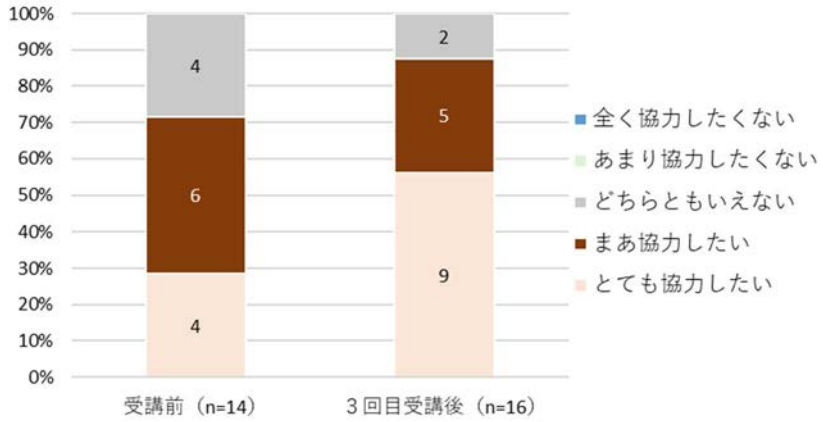


図３－25　他課・他係と協力し合いたい

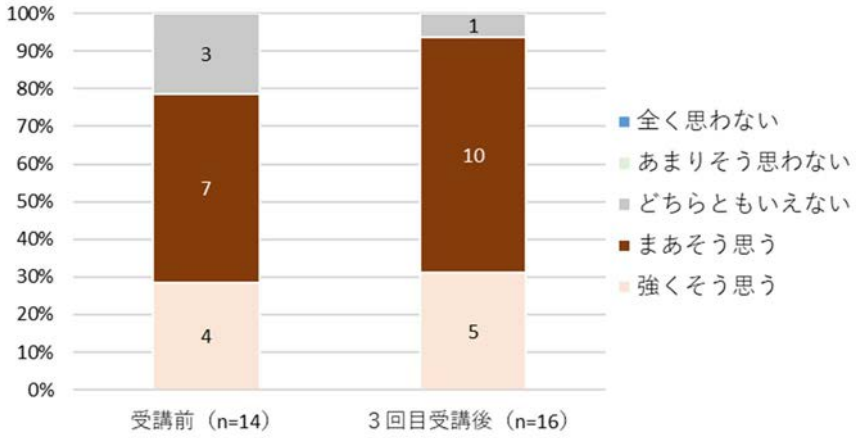


図３－26　担当者間で情報・意見交換する場があれば参加したい

＜他課・他係と協力し合いたい事項＞　３日目受講後の回答

- かがやきひろばや公民館を中心とした担い手養成・把握・活動支援
- 協力し合うことにより、お互い業務に対するスキルが向上していくと思う。
- 市内 32 地区の状況が異なる中で、市全体として捉えて対応していくものと、地区の状況に応じて、地区ごとにどのようなことに取り組むべきか、他課、他業務担当者と調整していくこと。
- 自分の担当業務以外は、どんなことをやっているか知らないことが多いので、それぞれの課の担当業務について知る機会を作っていきたい。
- 介護予防・日常生活支援サービス事業の今後の方向性についての協議、指定事業所の指導について。
- 次期計画の事前調査の結果を三課で共有（回覧）するのみでなく議論できるようにしたい。
- 介護サービスの質・量の確保
- 重層的支援体制整備の推進
- ケアマネージャーの資質向上　・事業所指導　・相談受付体制の整備
- 今回のグループワークのように、ひとつの課題に対し色々な方向からザックバランに話し合いができる機会があればいいと思う。
- 各課の課題、今後の方向性について。

⑦　研修で最も印象に残った内容（自由記載）

ｉ．関係課・係の担当者間での相互理解と共通認識を持つこと

・　関係者が集まり（事業を）見直すという流れ。

・　どの業務（福祉だけではなく…）においても、課や係の縦割り感が強い自治体であると感じている中で、このような研修を通した仕掛けをしながら、他課の職員と同じテーブ

ルについて、話し合うこと自体が私にとって収穫となりました。
・ 事業計画を策定するために、何を目標にして、その為に必要な事は何か。介護保険関係課の認識を共有することが大事。
・ ロジックモデルの考え方を具体的に生かす方法…このことを職員間で共有できたこと。関係者で議論することで相互理解が深まる事。
・ 他課のメンバーと面識を持てた事は良かった。
・ 自分が考えている事、あるいは他の人の考えていることを多くの人と共有できた。ひとりの考えでは完結できない事も、多くの人の意見がつながると形になり、目指すところがはっきりわかるようになる。

ⅱ．ロジックモデルを活用した施策立案・評価の方法
・ ロジックモデルによる進捗管理。
・ ロジックモデルによる施策・事業立案の方法。
・ ロジックモデルの作成と指標設定。 ・最終アウトカムから（右が考える）こと「そのために」「だからこうなる」。中間アウトカム→施策アウトプットへの関係性。
・ アウトカムから考えて事業の構築を行う考え方。

ⅲ．具体的な施策・事業の方向性
・ 保険者シートを確認できたことで、施設整備の方向性の確認ができた。多機能系の整備を進めたい。
・ 他市町村の取組を知ることができ、長野市においてどのような取組が必要なのか考えることが出来た。 他課の課題、長野市が直面している現状を知ることができた。
・ 長野市の保険者シートの分析の時間がもう少しあればよかった。

⑧ 研修で改善したら良い点（自由記載）

ⅰ．グループワークの時間と構成
・ 3回目のグループワークの時間が足りない印象でした。2回目の終わりにテーマを一つに決めておき、3回目のグループワークのイメージを伝えてもらえると、少しは事前に考えられ、グループワークももう少し活発になるかもしれないと思いました。
・ 業務上は負担になりますが、もう少しワーク等に時間がかけられると良いと思いました。
・ 3回目の研修で、「あったらいいな」の意見ですでに取り組んでいることもあった。このことを全体共有できるとよかった。
・ 3回目の前段の内容を2回目に実施して3回目の後半の内容を詰めることができれば、もう少し「保険者シート」との関連性を参加者が認識できたのではないか。

ii．グループワークの進行

・ 進行役となっても初めての研修で、どのように進めたらよいのか、何を引き出し、整理したらよいのか等、進行役も理解不十分な中で進めなければならず、事前にグループワークの趣旨や進め方など、進行役を担う職員と打ち合わせがあると良いと思います。
・ 三課の職員の中にファシリテーターの研修を受けている職員もいるので、事前に進行役は決めて、毎回事前にオンラインで IFEP の方々と打ち合わせができれば良かったのではないか。

iii．研修参加体制

・ 自治体の職員体制の課題もある中で、3 日間の研修は日程調整が厳しかったです。特に係長以上の職員が一堂に職場を離れてしまったため、職場の職員が手薄になってしまい課題であると感じたところです。

iv．計画策定と研修の関係

・ いろいろな意見が出たが、結局何が決まったのかわからない。なんとなく 1 回は課長の意見がすべてとなってしまうように思えた。グループワークのプロセスは、どの程度次期計画策定に反映させるのでしょうか？「研修のためのワーク」やってみたレベルに感じます。
・ ロジックモデルのワーク（宿題）について、どう使われるのか具体的な説明が欲しかった。

5）考察および見直しの方向性

協働研修は、異なる担当者間で、相互理解を深め、目的を共有することの重要性の認識が高まり、課・係を越えた庁内の協働に対する意識も向上しており、一定の効果があることが示された。協働するための関係づくり・意識の共有をより効果的に行うためには、保険者シートやロジックモデルのツールを活用すること、ファシリテーターも含めて参加者が顔を合わせてグループワークに取り組む機会を作ることが重要と考えられた。

来年度は、今年度と同様に現地で複数回実施していく形を継続していくことが期待される。特に、来年度は介護保険事業計画の作成年度であることから、「計画に掲載するロジックモデルを協働して作成していくこと」をテーマに取り組むことも検討したい。

３．介護保険「保険者シート」説明会、都道府県担当者意見交換会

１）目的

●介護保険「保険者シート」説明会（以下「説明会」という。）

市町村・保険者・都道府県の介護保険事業に関わる担当者に、保険者シートと効果的に活用いただくためのツールなどのご案内することを目的とした。

●都道府県担当者意見交換会（以下「意見交換会」という。）

保険者・市町村が効果的な地域マネジメントを行うため、その支援を行う立場の都道府県担当者が、介護保険の目的と全体像、保険者シートの概要、PDCA サイクルの基本事項について理解していただくこと、また、保険者・市町村への支援に向けた保険者シート・研修の効果的活用について検討することを目的とした。

保険者シートの概要や PDCA サイクルの基本事項等、共通した内容が多いことから、併せて開催した。

２）対象

●説明会

・市町村・保険者・都道府県の介護保険事業（支援）計画担当者、地域包括ケア関連業務担当者
・保険者シート Web ページにアカウント登録している方
・保険者シートにご関心がある方

●意見交換会

・都道府県の介護保険事業支援計画担当者、地域包括ケア関連業務担当者

３）説明会・意見交換会の実施

・2022 年 9 月 12 日（月）　午前の部（説明会）　10：00 ～ 12：00
　　午後の部（意見交換会）13：00 ～ 15：00

オンライン開催

説明会参加者：628

内訳	市区町村、広域連合・一部事務組合	541
	都道府県	40
	厚生局	10
	その他	37

意見交換会（都道府県のみ）参加者：23、傍聴 7

4）プログラム

開始時間	項目・内容
午前の部	
9：30～	Zoom 接続確認開始
10：00	介護保険「保険者シート」の概要
10：10～	介護保険事業計画策定とデータ活用 （厚生労働省老健局介護保険計画課　菅野遥奈）
10：30～	介護保険「保険者シート」の効果的な活用に向けて ―介護保険基本ロジックモデルと介護保険「保険者シート」― （医療経済研究機構　服部真治）
11：00～	介護保険「保険者シート」の比較ツール・可視化ツールの使い方 （医療経済研究機構　柳史生）
11：40～	介護保険「保険者シート」のデータ登録について
11：50～	質疑応答
12：00	終了
午後の部 都道府県担当者意見交換会　―介護保険事業計画策定支援と保険者シート―	
13：00～	都道府県での介護保険「保険者シート」の活用の紹介 （医療経済研究機構　松本佳子）
13：20～	【事例報告】 長野県での活用事例と保険者・市町村支援 （長野県健康福祉部介護支援課　小林志伸）
13：35～	【演習】 実際に、比較ツール、可視化ツールを使って管内データを概観していただきます。あらかじめ、保険者シート Web ページにアクセスした状態でご参加ください。（医療経済研究機構　柳史生）
13：55～	【グループ意見交換】 小グループに分かれて、保険者・市町村が計画策定に向けて保険者シートを含めデータを活用する上での課題や支援、について情報交換・意見交換いただきます。
14：40～	【全体意見交換】　質疑応答・まとめ
15：00	終了

5）結果

（1）説明会

① 参加登録者の概要

参加登録者※は、市町村 614、都道府県 47、地方厚生（支）局 10、その他 9 だった。市町村・保険者の参加登録者について、最も多い担当業務は介護保険事業計画策定で 525 あった。

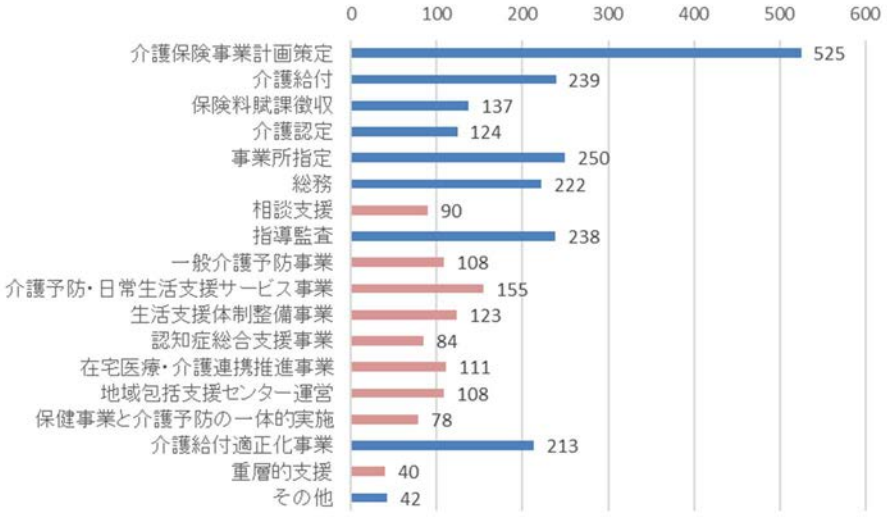


図 3 －27　市町村・保険者　担当業務（複数回答）n=614

※オンライン開催により、実際に説明会に参加した者の特性等は把握できないため、参加登録者の担当業務を示す。

② 参加満足度

説明会全体を通じて、おおむね良好であった。

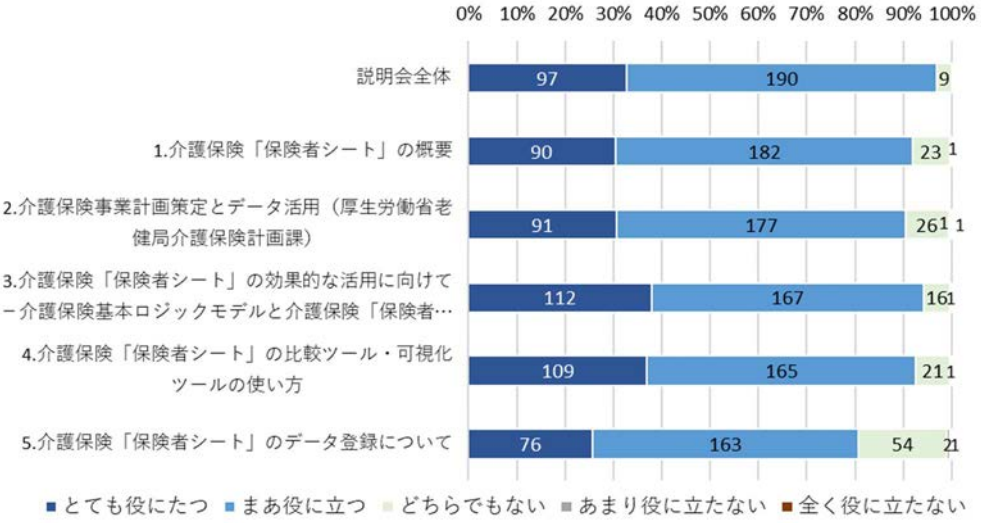


図 3 －28　参加満足度

③　保険者シートの活用

保険者シートの活用に対する評価は約 80%といずれも高かった。「日頃の業務に活用できる」は、他項目に比べて、「活用できる」と回答した者の割合が低かった。

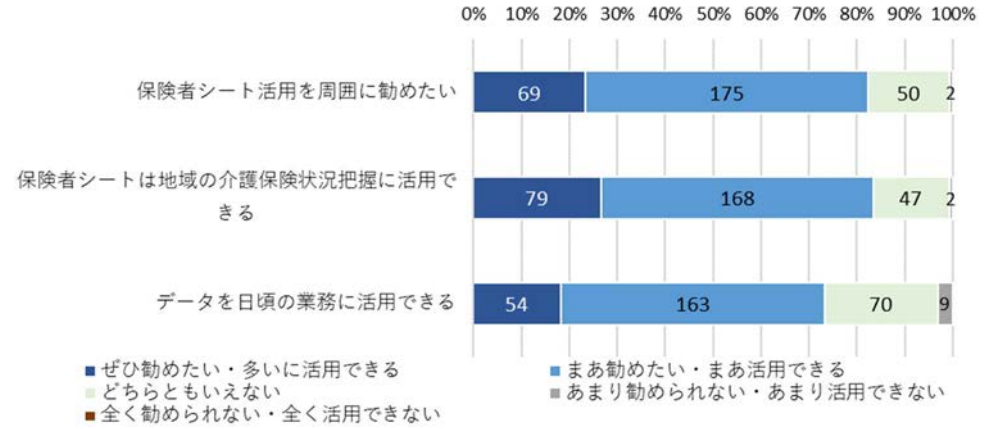


図３－29　保険者シート・データの活用

（２）意見交換会

①　参加者の概要

参加者は 19 道府県 32 人であった。

このうち、5 道県は介護保険事業支援計画・給付担当と地域支援担当の両方が参加し、9 県は介護保険事業支援計画・給付担当、 4 県は地域支援担当が参加した。

②　意見交換会への満足度

意見交換会全体を通じて、満足度は良好だった。

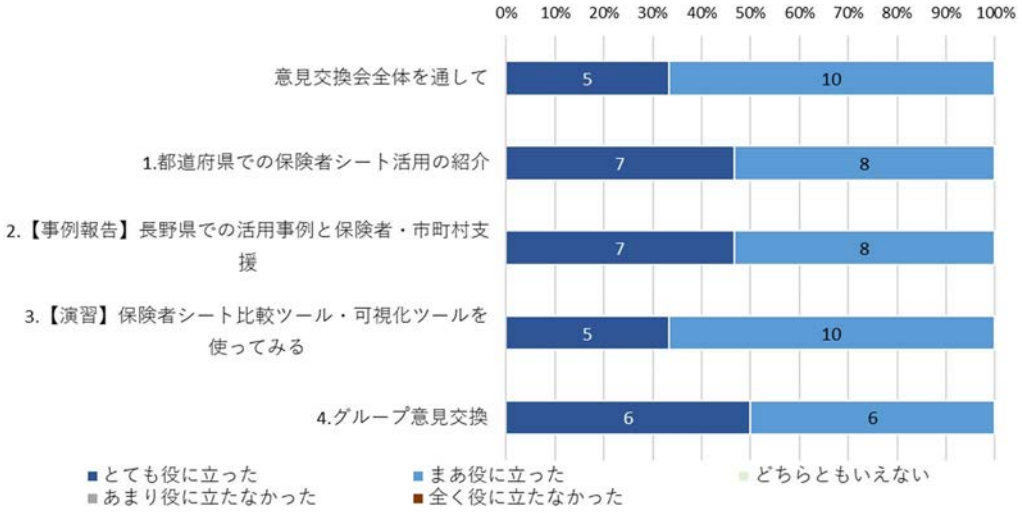


図３－30　意見交換会への満足度

③　保険者シートの活用

参加者数は少ないものの、いずれの項目も 80%前後であった。

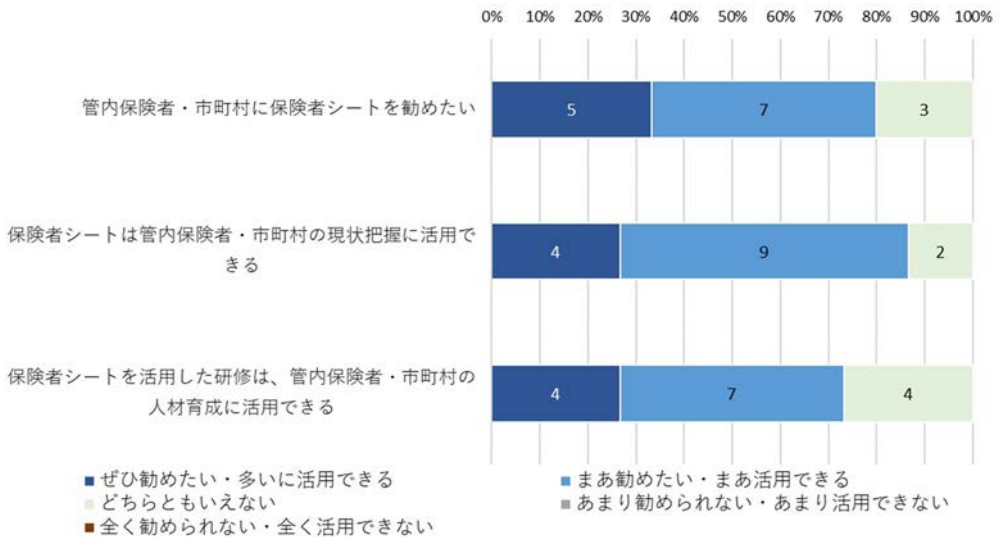


図３－31　保険者シート・研修の活用

6）今後の方向性

保険者シートの活用に対する評価はおおむね高く、保険者シートについて活用方法と共に知る機会の提供につながったと考えられる。

自治体では定期的に人事異動があるため、保険者シートを知り、活用を促すため、説明会及び意見交換会は継続的に開催することが期待される。

意見交換会は、19 道府県から参加があり、全都道府県の半数を満たなかった。介護保険事業（支援）計画担当および地域支援事業担当の両方が揃って参加したのは５道府県にとどまった。意見交換会の満足度は全員が肯定的な回答をしており、約 8 割が管内保険者・市町村での活用について肯定的な回答であったが、保険者シートを活用した研修の人材育成への活用については、約８割に満たない結果となっていた。

都道府県の「都道府県・圏域単位　基本研修」は、都道府県が主催となることを想定していることから、都道府県に働きかけをしていくことは重要であり、今後も説明会とともに継続的に開催していく。

４．都道府県向け基本研修運営マニュアルの作成

１）目的

保険者シートを活用した都道府県・圏域単位、基本研修について、都道府県担当者が研修の目的と内容を理解し、管内の保険者・市町村を対象に効果的な研修が開催できることを」目的に、都道府県担当者向け研修運営マニュアルを作成した。

２）方法

本事業で開催した鹿児島県、奈良県での基本研修、および愛媛県で開催された研修で、事務局が企画運営する上で留意した点、手順を記録し、用いた資料や様式全てを揃えた。さらに、マニュアルの内容について、研修プログラム開発ワーキングにおいて検討した。

３）結果（Ⅵ. 資料７）

基本研修の目的、基本的考え方、開催までの企画準備手順チェックリスト、基本研修の各単元の趣旨を示し、企画運営に用いる様式一式と基本研修資料一式を巻末に収載した。

効果的な基本研修の開催のため、企画段階から都道府県の介護保険事業（支援）計画担当と地域支援事業担当が話し合い、研修の目的や保険者・市町村の課題を共有した上で、それぞれのルートから保険者・市町村の介護保険事業計画担当と地域支援事業担当の両担当に参加募集をかけることを盛り込んだ。また、市町村のグループ分けにおいて、人口規模や圏域などの条件や、１グループに適切な市町村数と人数、を示した。さらに、ファシリテーターを置くことでグループワークが効果的になることを記載した。

開催する都道府県担当者の負担軽減のため、企画運営に用いる様式一式、研修資料一式は、全て編集できる形にして、介護保険「保険者シート」Web サイトからダウンロードし、活用できる形にした。

また、企画、開催、講師選定などで不明な点がある場合には、医療経済研究機構　保険者シート事務局に連絡できる旨も明記した。

４）考察

介護保険「保険者シート」基本研修は、都道府県が行う保険者・市町村支援の一環として都道府県・圏域単位で開催さえることを期待して開発したが、運営マニュアルによって、多くの都道府県に普及できる基礎資料ができた。今後は、ファシリテーター向けのマニュアルの作成と収載をはじめ、マニュアルの改善を図ると同時に、令和５年度以降、都道府県担当者対象研修で開催事例とともに紹介し普及を図っていく必要がある。

Ⅳ．介護保険事業計画における指標設定に関する研究

１．保健医療福祉施策における長期的なアウトカム指標の評価基準に関する系統的レビュー

１）目的

効果的な政策・施策・事業の展開には、実施により改善が見込まれるアウトカムに指標を設定し、観測を続け、政策・施策事業との関連を検証することが重要となる。指標の設定について、主に尺度開発の領域において、信頼性と妥当性が担保された指標が良いとされるものの、政策・施策・事業評価においては、必ずしも信頼性と妥当性の担保だけではなく、測定に係るコストや負担などの要因も関連する。しかしながら、良い指標について、これまで様々に示されており、一定の見解はない。介護保険事業計画のアウトカムに、どのような指標が望ましいか、アウトカムの指標の評価枠組みを明らかにすることにより、指標の判断ができるとともに、より良い指標を設定できるだろう。介護保険事業計画を含む保健医療福祉分野の政策・施策・事業における長期的なアウトカム指標を評価するための基準について先行研究より整理し明らかにすることを目的とした。

２）方法

文献調査

介護保険事業計画における長期的なアウトカム指標を評価するための基準について、文献調査を行った。対象とした文献は以下の通りである。

（１）英文書籍

保健医療福祉における政策評価や尺度開発に関する以下の論文を参考にした。

- DeVellis RF. (2016) Scale Development: Theory and Applications 4th edition. Sage Publication.
- Eliadis P, Furubo JE, Jacob S, eds. (2018) Evaluation: Seeking Truth or Power? Routledge. doi: 10.4324/9781351297844.
- Forss K, Lindkvist I, McGillivray M. eds. (2020) Long Term Perspectives in Evaluation: Increasing Relevance and Utility. Routledge. doi: 10.4324/9781003058250.
- Linfield KJ, Posavac EJ. (2018) Program Evaluation: Methods and Case Studies. 9th edition. Routledge.
- Mayne JW. (2020) Quality Matters: Seeking Confidence in Evaluating, Auditing, and Performance Reporting. Routledge.
- McDavid JC, Irene Huse I, Ingleson LRL. (2018) Program Evaluation and Performance

Measurement: An Introduction to Practice. 3rd edition. SAGE Publications.
- Parmenter D. （2019） Key Performance Indicators: Developing, Implementing, and Using Winning KPIs. 4th edition. Wiley.
- Rist RC, eds. (1999) Program Evaluation and the Management of Government: Patterns and Prospects across Eight Nations. Routledge. doi: 10.4324/9780429338380.
- Royse D, Thyer BA, Padgett DK. (2015) Program Evaluation: An Introduction to an Evidence-Based Approach 6th Edition. Independently published.
- Schryvers P. (2020) Bad Data. 邦訳：ピーター・シュライバー（2022）「第 9 章　評価指標と選択」『悪い統計学：データ分析の落とし穴』土屋 隆裕, 監訳. 佐藤 聡, 訳. 株式会社ニュートン.

（２）英文論文

英文論文の検索には以下の式を用いた。

(criteria or standard) AND (measure or measurement or indicator or scale) AND (outcome or impact) AND (program evaluation or policy evaluation or program assessment or policy assessment) AND (healthcare or long-term care or medical policy)

2013 年から 2022 年の 10 年間に限定し、Pubmed、Web of Science を用いて検索したところ、それぞれ 9,412 件、3,414 件がヒットした（実施日 2022 年 8 月 17 日）。その中から今回の調査研究に必要な文献を探索し、本報告書にて引用した。

（３）国際組織の資料

上記に加えて、国連（the United Nations）や世界保健機関（the World Health Organization）が発行する資料を参考にした。詳細は報告書結果部分および文献に記す。

３）結果

（１） 結果の全体像：長期的なアウトカム指標の評価基準

本報告書では、長期的なアウトカム指標を考える場合の流れを図４－１のようにまとめた。この図は、どのような視点で長期的なアウトカム指標を検討しはじめるのか、途中の過程では何を考えるのか（先に考えてはいけないことは何か）、そして検討する過程の全般にわたって重要なことは何か、という問題意識のもとに設定した。

長期的なアウトカム指標を考える際は、1）妥当性の高い指標は何か、2）信頼性の高い指標は何か、3）公平性の高い指標は何かという三つの視点で考える。この際重要なのは、どれか一つの視点で考え始めるとしても、最終的には三つの視点全てをもって指標を考えるということである。

多くの場合、妥当性、信頼性の観点から指標を探索することが行われるが、このような視点だけでみると弊害も生じる。ある指標の妥当性、信頼性が高いとみなされるためには、測定方法も含めた綿密な研究が行われる必要があり、しかも多くの場合、ある1時点、ある1か所の研究のみで妥当性、信頼性が高いとはみなされない。何度も、そして様々な場所で検証が行われてはじめて妥当性、信頼性が高い指標とみなされるようになる。このことは、誕生した当初から妥当性、信頼性が十分に高いアウトカム指標は存在しない、ということを意味する。したがって、妥当性、信頼性のみを重視すると、「重要だけれどもまだ十分に研究されていない」指標を排除することにつながりかねない。特に、少数の集団などを対象にした指標を設定する場合は、この問題が顕著になる。

ここで大切な役割を果たすのが公平性である。公平性の観点から指標を検討すると、先行事例・先行研究ではあまり使われていない、開発されていない指標に気づくことができる。そうした指標を「妥当性・信頼性が低いから」という理由で切り捨てるのではなく、「公平性の観点でみると重要なのだから、指標の開発も含めて検討してはどうか」と考えていくことが肝要である。

次に考えるのは実現可能性の視点である。実現可能性で特に重要となるのが測定にかかる金銭・時間・人的費用の見積もりである。妥当性、信頼性、公平性といった観点で有益と目される指標であっても、測定費用が過大になる場合、それを採用することは難しい。現実的な計画にするためには実現可能性の検討は不可欠である。

一方で、この実現可能性を重視しすぎると、必要な指標が排除されてしまうことも起きる。どうすれば実現可能性を担保できるのか、高められるのか、という視点で検討することも重要である。たとえば、小さな行政主体では困難なことをより大きな行政主体が実施したり、集権的なシステムを作り、それを各行政主体が活用したりするような仕組みを作ることで費用に比して効率的な指標を設定することが可能になる。

加えて、アウトカム指標を検討する初期からこの実現可能性を意識してしまうと、「今ある指標でよしとする」、「すぐに算出できる指標を並べる」といった形になってしまう恐れがある。まずは妥当性、信頼性、公平性の観点で指標を検討し、その次に実現可能性を検討するという流れが重要である。

そして、この流れの全てにわたって必要な視点がアカウンタビリティーである。本報告書におけるアカウンタビリティーでは、長期的アウトカム指標について、測定や公表を行うというだけでなく、測定方法や設定過程を説明可能なようにしておくことの重要性を強調しておきたい。仮に妥当性、信頼性、公平性の観点で有益であり、実現可能性も高い指標があったとしてもその測定方法が説明できない、あるいは選定過程が説明できないような指標であれば、幅広い関係者から合意を得ることは難しい。公表後に住民や他の行政主体、研究者らが結果を解釈して活用することを妨げることにもなる。指標そのものの価値を高めるためには、指標の測定や結果の好評だけでなく、過程を説明可能な状態にしておくことが極めて重要である。

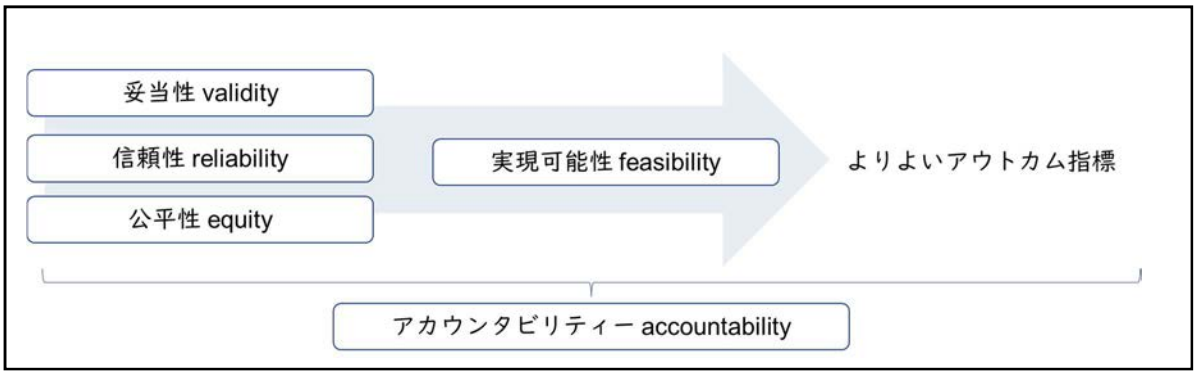


図 4－1　保健医療福祉施策における長期的なアウトカムの評価基準

このように段階的に考えることは、評価指標についてよく言及される SMART（Specific, Measurable, Attainable, Relevant, and Time-bound　なお、Doran（1981）では、Specific, Measurable, Assignable, Realistic, Time-related）という評価基準を適用する際も重要だと指摘されている（Bjerke and Renger, 2017）。いくつかの基準を画一的に適用しようとしてもうまくいかず、順序立てて考えることでよりよい指標を立てやすくなることが期待できる。そこで、ここからは最初に考えるべき妥当性、信頼性、公平性、そして次に検討する「実現可能性」、検討の過程全般にわたって重要な「アカウンタビリティー」の順に説明する。

（2）妥当性 Validity

①　妥当性 Validity の定義

妥当性、信頼性といった視点を理解する上で重要なのは、「『指標』とは目的とする概念を測定するためのものである」という前提である（図 4－2 参照）。すべての指標が目的とする概念を正確に測れるわけではなく、指標によっては、あるいは測定する対象集団や測定方法によっては目的とする概念を測れないという事態が生じうる。その指標と目的とする概念の関係性に着目したのが妥当性と信頼性という視点であり、特に指標と概念の乖離を検証する視点が妥当性である。

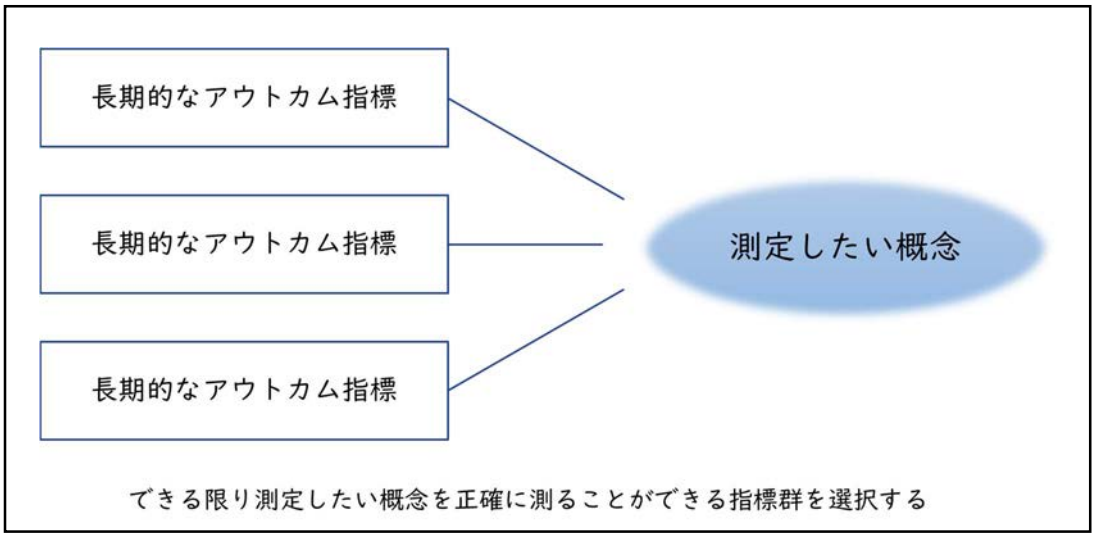


図 4－2　長期的なアウトカム指標と測定したい概念の関係図

Robert F. DeVellis（2016）は Validity について、「the adequacy of a scale as a measure of a *specific variable* 特定の変数の測定尺度として適切かどうか」という指標であると述べている。古谷野（1992）も妥当性について、「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を、測定の妥当性という。」と述べた後に、「測定の適切さが妥当性」と説明している。また、「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。」と述べている。このように妥当性と信頼性は対になって説明されることも多いが、中村（2020）はより統計学的な概念を活用して、信頼性は偶然誤差の大きさのことであり、妥当性は系統誤差の大きさのことであると説明している。

妥当性は特に心理社会的な尺度開発において検討されてきた視点であるが、McDavid ら（2018）は表 4－1 のような分類を行っている。本報告書ではその一部を紹介する。

表 4－1　Types of Measurement Validity (McDavid *et al.*, 2018)

One Measure of One Construct	Face validity (judgement by lay people)
	Content validity (judgement by experts)
	Response validity (sincere answers by respondents)
Multiple Measures of One Construct	Internal structure validity (do different measures of the same construct cohere?)
Multiple Measures of Multiple Constructs	Concurrent validity one or more new measure(s) is compared to known valid measure(s)
	Predictive validity a measure of one construct predicts a measure of another construct, in the future
	Convergent validity compares (correlates) one measure to another measure of a related construct
	Discriminant validity compares (correlates) a measure to another measure of an unrelated construct

② 表面的妥当性・外観妥当性 face validity

表面的妥当性（あるいは外観妥当性）とは、ある長期的なアウトカム指標を見て、測定したい概念にふさわしいものだ、これならば測りたい内容を図れそうだ、と感じられるかどうかを示す基準である。特に専門家や評価の経験者がみてふさわしいと感じられるかどうかが重視される。ただし、そもそも主観的な度合いの大きい基準であり、専門家や経験者の見方自体に偏りがある可能性は常に考慮に入れなければならない。

③ 内容的妥当性 content validity

内容的妥当性とは、ある指標を構成する要素が複数ある場合や、複数の領域に分かれている場合、それぞれの要素が指標全体、もしくはその要素が属する領域の内容を適切に表しているかどうかをみる基準である。

④ 基準関連妥当性 criterion-related validity

基準関連妥当性とは、他の指標（特に gold standard になるような指標）と関連する度合いをみる基準である。この指標が重要になるのは、新しい指標を設定する場合である。参照すべき先行評価事例があるのであればその指標と比較し、指標として適切かどうかを検証することが有益である。

⑤ 構成概念妥当性 construct validity

政策評価指標における構成概念妥当性とは、その指標が評価したい疑問、仮説を実際に評価できるのか、根拠に基づく結論を引き出すことを可能にするのかという概念である

（McDavid *et al.*, 2018）。信頼性などの他の視点でみてよい指標であっても、それが本来の政策目的とつながるものでなければ指標としての妥当性は低いと言わざるを得ない（Linfield and Posavac, 2018）。そもそもストラクチャーやプロセスの指標に対して、アウトカム指標を設定することは難しい（Sprckett, 2017）上、長期的なアウトカム指標を設定するとなると、まさに時間軸が長期にわたるが故に、政策そのものとアウトカム指標のつながりが論理的に薄くなる危険性があり、常に政策との結びつきを意識しながら指標を選択する必要がある。こうした結びつきを検討するためには、ロジックモデルなどの評価枠組み検討ツールを活用することが有益である（Reynolds and Sutherland, 2013）。その政策を実施することで、短期的かつ直接的にはどういう効果が期待できるのか、そしてそれは長期的にみてどのような指標の改善が期待できるのか、というように筋道立てて考えていく。

ただし、ここで確認できるのはあくまで仮説的な関係であることが多い。重要なのはその仮説的な関係をできる限り実証研究で補強する、あるいは実証することである。ここでいう「実証」とは必ずしも無作為化比較試験、あるいはそれに準じるような研究デザインによる検証のみを意味するのではない（Beach and Pedersen, 2019）。具体的には先行事例を元に、政策と短期的な効果の結びつきを確認したり、短期的な効果が長期的なアウトカムをもたらすとみなしてよいのかどうかを確認したりする。もし関係性に曖昧なところがあるのであれば、そこは計画の中、あるいはその外側で実証することができないか検討する。

加えてデルファイ法等の合意形成手法やコンセプトマッピング等の概念枠組み生成法を援用して、関係者間で長期的なアウトカム指標と政策の関連を確認しておくことも有益である（Black, 2008; Turoff, 2002; de Loe, 1995; Joling *et al.*, 2018; Wilberforce *et al.*, 2018; Helsloot *et al.*, 2017）。特に関係者間で利益相反が起こるような分野では、このような取り組みが指標の検討に役立つであろう。実際に冠動脈バイパス手術（coronary artery bypass graft surgery, CABG）における質の指標策定（Guru *et al.*, 2005）や施行優先順位検討（Hadorn, Holmes, 1997）、オーファンドラッグの規制に関する評価（Picavet *et al.*, 2012）、公立病院の質の測定指標設定（Kadoic *et al.*, 2021）など多くの保健医療福祉関連分野、それも政策関連の分野での取り組みが報告されている。

⑥　系統誤差を生みだすバイアスを防ぐ

妥当性を高めるためには、その測定に影響を与えるバイアスができるだけ小さくなるよう指標を設定する必要がある。測定に影響を与えるバイアスには様々なものがあるが、代表的なものとして選択の偏りと情報の偏りがある。

選択の偏りとは、対象集団が偏っているために生じるバイアスのことである。介護保険事業計画でいえば、自治体の住民全体の主観的健康観を測定したいのに、対象集団が偏っているために望ましいデータが得られない場合が考えられる。

情報の偏りとは、誤分類 misclassification とも呼ばれており、本来の回答とは異なる形で回答されてしまうようなことを指す。これは政策評価の分野でもよく生じるものであり、

たとえば、「死亡率」という一見単純な指標ですら、正確に情報収集ができないことがある（Mather, 2010）。Liu ら（2016）はマラウィでの調査から、調査によって新生児死亡と死産が異なっており、取り違えて報告されていることを明らかにしている。また、Jarrin ら（2020）はアメリカ合衆国の Medicare のデータを使って在宅医療に関する評価を行う場合に、人種/民族 race/ethnicity に関するデータの誤分類が起きており、しかもその発生割合が人種/民族によって異なることから、評価に用いる場合に十分注意する必要があることを指摘している。

加えて、文化的な背景が測定結果に影響を与える可能性についても考慮する必要がある（Hamood *et al.*, 2016）。Linfield and Posavac（2018）は「妥当性を検討しようとする際は、たとえ同じ言語を使っていたとしても、重要な文化的差異があることを考慮しなければならない」と述べている。この点は評価結果の外的妥当性 external validity を検討する際に有益である（Watson *et al.*., 2018）。この点については公平性の項で改めて論じる。

⑦　測定の時期の適切性

政策の効果を妥当な形で測定するためには、適切な時期に測定を行う必要がある。この際に論点となるのは、継続的に評価するのか否か、ベースラインとエンドラインで評価を行うのか・中間点でも評価するのか、計画終了後に評価をどの程度継続して行うのか、ある時点ごとに評価するのであればどれほどの期間をおくのか（例　3 か月、6 か月、1 年など）といった点である。

また、計画側の時間軸で測定の時期を考えるだけでなく、サービスを受ける人々の側の時間軸で測定の時期を考えることも重要である。たとえば親子保健においては、妊産婦死亡率、死産率、周産期死亡率、早期新生児死亡率、新生児死亡率、乳児死亡率といった指標があり、親側・子側の時間軸で指標が設定されている。このように様々な指標が使われているのは、時期によって死亡率の発生状況が異なるというだけでなく、その原因・リスクファクターも異なるためである。介護保険事業計画でも同様の発想が活かせるのではないだろうか。たとえば、主観的健康観、主観的幸福感といった指標を用いる場合、介護を必要とする前、後、必要とするようになってすぐの時期としばらくたった後の時期などの区分が考えられる。また、多くの場合、要介護者の死亡により介護が終わること、そしてそれは家族の心情に大きな影響を与えること（Fujita *et al.*, 2022）を考えると、死亡時点も重要な評価時点の一つであるといえる。ただし、この場合は遺族感情への配慮、調査時期が後になることにより思い出しが不正確になること、遺族の意味づけは時と共に変化するものであることなど考慮しなければならず、課題が多い調査となることにも留意する必要がある。

⑧　指標の変化という視点からみた妥当性

アウトカム指標を設定する場合、一般的にはその指標が変化する（あるいは維持される）ことを期待している。そこでその指標の変化が何を意味するのか、そもそも指標は目標とす

る概念の変化を捉えることができるのかといった視点でみることが必要となる（Habicht *et al.*, 1999; Linfield and Posavac, 2018）。やや極端なたとえではあるが、図 4－3 のような質問項目を指標とした場合、よほどのことがない限り、幸福感が下がっていても従前どおりの回答をする人が多く、実際には幸福感に変化があったとしてもそれを捉えられない可能性がある。

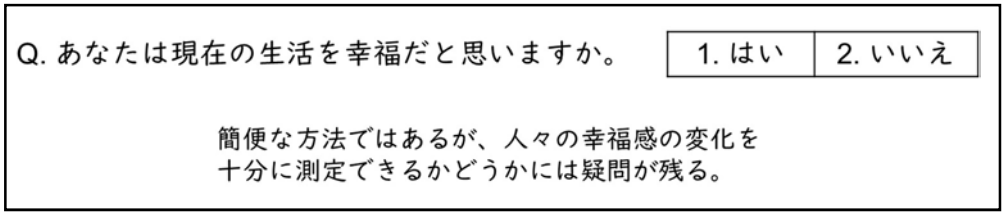


図 4－3　主観的幸福感を測定しようとする項目の例

加えて、仮に変化が生じていたとしてもそれが当該政策によって変化したのかどうかという視点でもみる必要がある。要介護認定者割合や主観的健康観、主観的幸福感といった指標には、介護保険だけでなく、医療保険、各種の福祉制度など多様な政策が影響を与えるだろう。また、大きな災害が起きた場合などは値の変化の解釈に十分注意しなければならない。

指標が変化した場合（あるいは維持された場合）、それが政策によるものかどうかを解釈するためには、比較対照群を設定し、政策実施の前後比較を行う必要がある（Habicht JP, *et al.,* 1999; Hoopes *et al.*, 2016）。理想的には介入群と対照群の無作為割付ができればよいが、実際には政策評価の場合、対照群を設定することが困難な場合も多い。この場合は、擬似ランダム化を行って比較するといったことが行われている。また、擬似ランダム化が難しかったとしても少なくとも前後比較を行うような工夫は必須であり、それを前提とした指標設定が不可欠である。

⑨　政策の sustainability からみた妥当性

長期的なアウトカム指標を設定する場合、当該政策の sustainability の観点からみることも重要である（Walugembe *et al.*, 2019）。sustainability について、Moore ら（2017）は関連文献をレビューした結果、表 4－2 の 5 つの構成要素があると記している。このような視点を援用して、長期的なアウトカム指標の実現可能性を検討していくことも有益であろう。すなわち、1）いったいどれくらいの期間を想定するのか、2）その間、その政策は実施され続けるのか、3）その政策による変化は維持されるのか、4）その政策はどのように変化するのか、5）その政策はベネフィットを生みだし続けるのかという視点である。

表 4－2　sustainability の定義に含まれる五つの構成要素

(1) after a defined period of time, (2) the program, clinical intervention, and/or implementation strategies continue to be delivered and/or (3) individual behavior change (i.e., clinician, patient) is maintained; (4) the program and individual behavior change may evolve or adapt while (5) continuing to produce benefits for individuals/systems

⑩　複数の指標を組み合わせることによる効果

多くの場合、指標には課題があるものである。仮にある指標に大きな課題があったとしても、複数の指標を組み合わせることでその課題が解決できる可能性がある。たとえば提供される医療サービスや介護サービスの質を測定し、質の高さがわかったとしても、それを利用する人、あるいはそれを利用可能な人が少なければ、集団全体としては課題があると言わざるを得ない。あるサービスの利用者数を測定し、多くの人が利用していたとしても、そもそもどの程度の人にとってそのサービスが必要なのかが分からなければ、利用者数の解釈は不可能である。特に社会保険制度下における医療サービスや介護サービスのように「必要に応じて供給する」という原則がある場合、この問題が顕著となる（とにかく多くの人に買ってもらえればよい、という商品とは異なる）。では、必要な人のうちどれくらいの人が利用しているのかがわかったとしても、質の低いサービスが提供されているだけなのであれば、やはり集団全体にとって良いこととは言えない。そこで、WHO の Shengelia ら（2005）は、”Effective coverage”という指標を提案している。これは特定のサービスについて、利用できる可能性をニーズで除したものにサービスの質を掛け合わせたものである。実際に親子保健分野ではこの概念が応用されており、2022 年にはシステマティックレビュー（Ferede Gebremedhin *et al.*, 2022）も出版されている。また、WHO World Mental Health Surveys ではこの概念を応用した“effective treatment coverage indicators”という指標が用いられている（Vigo *et al.*, 2022）。

（3）信頼性 Reliability

①　信頼性 Reliability の定義

信頼性 reliability について DeVellis（2016）は「ある指標の信頼性とは、その指標の得点が、測定する変数の真の状態を表しているかどうかである」と述べている。そしてこれを実際に即していうと、「測定する変数自体の変化によって変化する度合いが大きく、他の要因によって変化する度合いが少ない」ということだと説明している。McDavid ら（2018）は測定結果が再現可能なものかどうか、という指標であると説明している。また、妥当性 validity のところでも紹介したが、古谷野（1992）は「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。」と述べており、中村（2020）は信頼性は偶然誤差の大きさのことであり、妥当性は系統誤差の大きさのことであると説明している。

こうした点が議論されてきた背景には、指標というものは必ずしも意図している状態を正確に測れるものではなく、誤差が必ず生じるという事情がある。そしてそれは心理学的な測定だけにとどまらない。政策策定の分野においても測定する指標の信頼性を評価する（Imani-Nasab *et al.*, 2017; Ozdemir et al., 2015）ことは重要である。McDavid ら（2018）が述べているように、“Very few measurement procedures are completely reliable.”（完璧な信頼性を有する評価手法はほとんどない）けれども、信頼性の観点から検討しなくてよい指標もまた存在しない。これまでに信頼性の下位分類として紹介されてきたもののうち、内的整合性、評価者間の一致、経時的な安定性について紹介する。

② 内的整合性 Internal consistency

指標が複数の項目で構成されている場合に、その各項目が本当に同じ概念を測定している言えるのかどうかを表すものである。一般的には、項目同士の相関が高い場合に、この内的整合性 internal consistency が高いとみなされる。Cronbach's α 係数などを計算して、評価するといったやり方がよく知られている。

③ 評価者間の一致 inter-rater reliability

評価者間の一致 inter-rater reliability とは、ある指標について評価者によるズレがどの程度あるかを検討するものである（DeVellis, 2016; McDavid *et al.*, 2018）。仮に評価者によって結果が大きくズレるのであれば、その指標では目的の概念をうまく測れないこととなる。

④ 経時的な安定性 temporal stability

経時的な安定性 temporal stability とは、ある時点と異なる時点とでどの程度結果が安定しているかを検討するものである（DeVellis, 2016; McDavid *et al.*, 2018）。典型的には、テスト再テスト信頼性 test-retest reliability 同じ指標を異なる時点で評価し、一致度をみるといった形で検討される。

⑤ 調査対象数と信頼性

一般的には、調査対象数が大きければ、それだけ偶然誤差は小さくなり、信頼性 reliability が高くなることが期待できる（中村, 2020）。しかし、コスト面など様々な課題がある。全体を推し量るのに十分な質の調査対象数を設定することが必要になる。

⑥ 「信頼性」という用語を使う際の注意点

「信頼性」という言葉は医学研究や評価研究で用いられる際の意味と、一般的に使われる意味に違いがあるとされる。医学情報をわかりやすく発信するプロジェクト（2022）は、

「『信頼性』の認知率は 73.9%であり、一般向けの記事でも多用されている。しかし、『信頼性』の正答率は 32.8%しかなく、多くの人は信頼性が高いことを確実な治療効果が見込まれることだと考えていた。医学系研究で使われる『有効性』『安全性』や、一般の日本語の『確実性』と同義だと捉えられているようである。」と述べており、「信頼性」という言葉を使わず、「測定結果や実験結果の再現性」、「繰り返し行っても結果が変わらない程度」といった言葉に言い換えることを提唱している。実際にこのような言い換えをするかどうかは別として、「信頼性」といった言葉が誤解される可能性があることを考慮する必要がある。

⑦　妥当性と信頼性に基づく指標の検討における課題

ここまで述べてきた妥当性、信頼性の視点自体は新しいものではなく、古くから議論されてきた内容である。一方で、このような視点だけでみると弊害も生じることに注意が必要である。ある指標の妥当性、信頼性が高いとみなされるためには、測定方法も含めた綿密な研究が行われる必要があり、何度も、そして様々な場所で検証が行われてはじめて妥当性、信頼性が高い指標とみなされるようになる（Makai *et al.*, 2014）。すなわち、最初から妥当性、信頼性が十分に高いアウトカム指標は存在しない、ということである。妥当性、信頼性のみを重視すると、「重要だけれどもまだ十分に研究されていない」指標を排除することにつながりかねず、次に述べる公平性の視点もあわせて検討する必要がある。

（4）公平性 Equity

①　公平性 equity の定義

Kiivet ら（2013）は行政データや保険者データを使用したアウトカム評価（Kiivet らの用語で言えばパフォーマンス評価）において、equity を測定可能な領域の一つに含めている。この公平性については、他の様々な研究でも重要だと指摘されている（Cookson and Mirelman, 2017; Jahanmehr *et al.*, 2015; Callahan *et al.*, 2015）ものの様々な定義があり、まずはその意味を述べておきたい。公平性が損なわれている状態が inequity であり、類似概念として inequality がある。inequality とは観察された差異のことである。たとえば、収入の多い人と少ない人とで要介護認定者割合に違いがあることがわかった場合や、教育歴によって介護者の負担感に違いがあることがわかった場合、この時点では inequality と呼ばれる。一方で、inequity とは観察された inequality について倫理的な観点でそれが不公平なのかどうかを判断したものである。たとえば、収入の多寡による要介護認定者割合の違いは公平な差であると言えるのかどうか、教育歴の差による介護負担感の違いは公平な差であると言えるのかどうか、そしてそれは何らかの介入により軽減することができるのかといった視点での検討が必要となる。この違いを端的に示した図として、Interaction Institute for Social Change というネットワーク団体が示しているものがある。

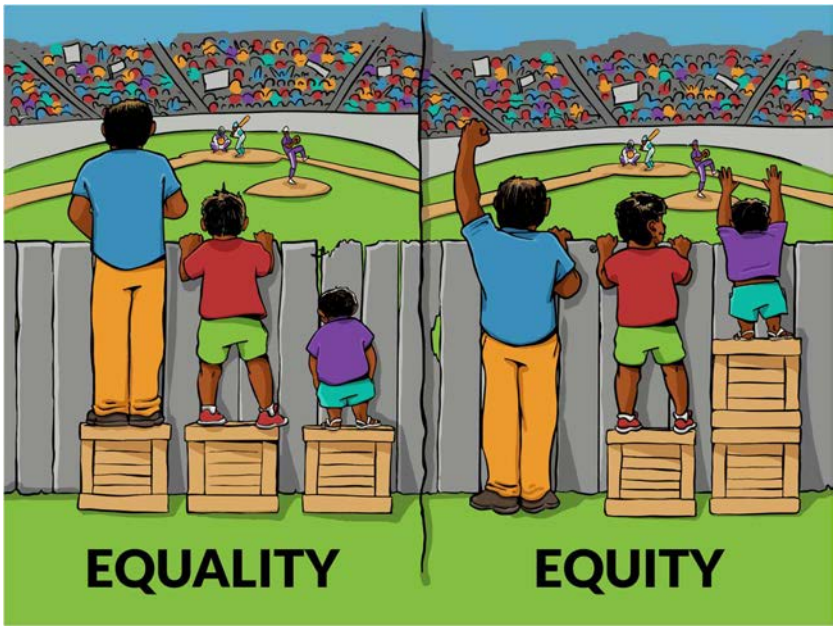


図 4－4　Equality と Equity の違い
画像出典　Interaction Institute for Social Change. (2016)

Inequity に配慮した指標を設定するためには、適切に inequality を定量化できる指標設定が重要であり、そのポイントを表 4－3 に示した。

表 4－3　Inequality を定量化するための指標設定のポイント

1)　対象集団が限定的なものになっていないかどうかを確認し、限定的なものになっていれば、より包括的な対象となるよう対象集団を設定する。 介護保険事業計画は介護を受ける人だけでなく、介護をする人にも影響がある。加えて、介護者も家族構成の変化や制度そのものの変化により大きな影響を受けている（涌井, 2017）。要介護者だけでなく介護者に関するアウトカム指標の設定も有益である。
2)　事前に inequality が存在すると想定される属性がある場合、その属性によって層別化した指標を設定する。そして、そうした層別の解析が可能になるよう、多様な属性と連結可能な指標を設定する。 たとえば、性別、年齢、教育歴、人種・民族・言語・宗教、居住する地区、社会経済的地位などが考えられる。 この場合、多様な属性によって層別化可能にするためにサンプルサイズを設定する必要がある。

②　性別による不公平へ配慮した指標

WHO（2023）はジェンダーについて、「社会的に構築された（socially constructed）、女性、男性、女児、男児の特性である。これには規範、行動、役割、そして互いの関係性とい

った側面がある。」と述べている。そしてそれは文化や時代によって異なると説明している。性別に関する規範的意識は人生の早期から形成されていくものであり、中高齢期には、形成が始まってから既に長い年数が経っていると想定される。たとえば、世界保健機関（WHO）の Venkatraman Chandra-Mouli ら（2017）は「思春期は、人生において、既存のジェンダー社会化がさらに鮮明になるのに重要な時期である。Puberty is a critical time in the life course when pre-existing gender socialization becomes further crystalized.」と述べている。

政策や事業の評価をする際、このジェンダーの視点を含めることを様々な機関が推奨している。African Health Organization（2023）は健康のリスクや機会の不平等を捉え、適切な介入方法をデザインするためには、データを細分化し、ジェンダー分析を行うことが必要であると述べており、WHO and UNAIDS（2016）は、gender-sensitive indicators を設定する必要性について述べ、その意義を以下のように説明している。

表 4－4　gender-sensitive indicators を設定する意義（WHO and UNAIDS, 2016）

・measure whether there are inequalities in health outcomes between women and men and subgroups among them; 女性、男性、サブグループ間で健康アウトカムの不平等があるかどうかを測定する。 ・understand why these health inequalities might exist; その健康の格差がなぜ存在するのかを理解する。 ・track whether health inequalities between women and men are growing or shrinking over time; 男女間の健康格差が時間の経過とともに拡大しているのか、あるいは縮小しているのかを追跡する。 ・assess, understand and measure changes in how gender inequality as a social determinant is influencing health outcomes and health inequalities. 社会的決定要因としてのジェンダーの不平等が、健康アウトカムや健康格差にどのような影響を及ぼしているのか、その変化を評価し、理解し、測定する。

* なお、著者らは“health inequities”には規範的な判断を含むため、ここでは“health inequalities”という言葉を用いると説明している。

ではどのような視点が重要なのか。これも WHO and UNAIDS（2016）が三つの指標を紹介している。

表 4－5　三つのタイプの gender-sensitive indicators（WHO and UNAIDS, 2016）

sex-specific indicators	pertain to only women or only men, or subgroups among them 女子のみ、男子のみ、またはその間のサブグループに関

	する指標
sex-disaggregated indicators	measure differences between women and men in relation to a particular metric ある特定の属性について男女間の差異を測定する指標
gender-inequality indicators	measure gender inequality directly, or are proxies for gender inequality ジェンダー不平等を直接測定する、あるいは代理指標となる指標

介護や介護予防事業に関しては、既にジェンダー差に注目した研究も行われており（大久保, 2005）、男性と女性で介護保険制度によって生じるアウトカムに違いがある可能性も考えられる。アウトカム指標を設定する際、特別な理由がない限りは、男女別に指標を設定し、その違いを検証していく姿勢が必要であると考えられる。

③　文化的背景や価値観の違い、性的多様性に配慮した指標

性別だけでなく、文化的背景や価値観の違いもこれまでに研究が多く行われてきた（Ly DP *et al.*, 2023; Gollust and Haselswerdt, 2023）。Buszkiewicz ら（2023）によると、アメリカ合衆国の各州における最低賃金制度の影響を検証したところ、人種・性別による影響の違いがみられたという。このように政策の影響が異なるだけでなく、データ収集そのものも文化的背景や価値観の多様性によって影響を受けることが知られている。Haws ら（2010）はタンザニアの女性に対するインタビュー調査を行い、死産に関する社会の捉え方が女性の妊娠の報告、死産の報告へ強く影響を与えることを明らかにした。その上で次に示すような多様な文脈 contextual factors を整理した。Paudel ら（2018）もネパールでの女性に対するインタビュー調査から社会的背景がデータに与える影響を考察している。

加えて、どこで介護を受けたいか、どういった介護を受けたいのか、誰が介護をするのか、といったテーマは、文化的背景や価値観によってそもそもの考え方が大きく異なる可能性がある。たとえば在宅生活割合や施設入所割合といった指標を長期的なアウトカム指標に設定する場合は、そういった生活を望まない人々もいることに配慮する必要がある。

また、近年は、多様性への態度と保健医療福祉に関する態度に関連があることも示唆されている。たとえば、カリフォルニア大学ロサンゼルス校の Brannon ら（2023）は家計調査のデータなどから Black Lives Matter への態度とワクチン忌避の態度に関連がある可能性を指摘している。Phalippou ら（2023）は英国において EU 離脱に投票した人の多い地区でワクチン接種割合が低く、新型コロナウイルスによる死亡率が高かったことを報告している。このように価値観と公衆衛生・医療福祉に関する行動との間に関連がみられていることを考えると、価値観の多様性へ配慮した指標の設定が、評価活動の円滑な進捗や評価結果の活用に影響を与える可能性は大いにあるだろう。加えて、American Evaluation Association

（2011）は評価者側の cultural competence の重要性を指摘する声明を出している。

一方で、こうした多様性への配慮に困難が伴うこともまた事実である。特に人種や民族といった分類が関連する場合は問題が複雑になりがちである。テキサス大学の Capers（2023）は医学教育における多様性について、「多様性を促進することはすべての人の責任である」（enhancing diversity is everyone's responsibility）と述べる一方、その実行にあたって様々な課題があることを紹介している。

④　社会的な不利 social deprivation に配慮した指標

特定の集団に属することを理由に不当な扱いを受けており、それを差別と感じている場合、それが健康に悪影響を及ぼすことも指摘されている（図 4－5 参照）。たとえば、Pascoe EA and Smart Richman L（2009）は 134 の文献のメタアナリシスを行った結果、差別されていると感じていること perceived discrimination が精神的健康、身体的健康などと関連していることが明らかになったと主張している。

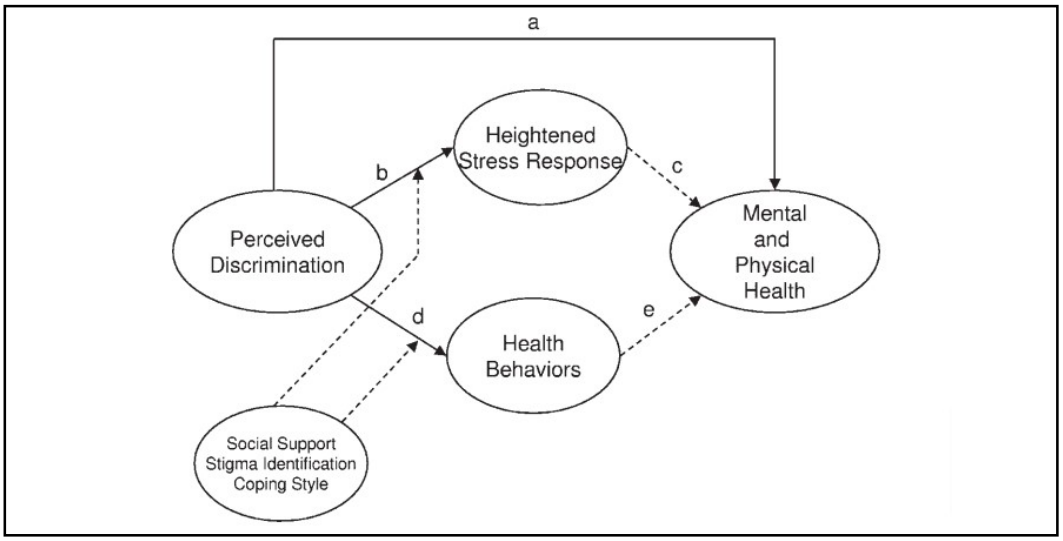


図 4－5　差別を感じることが健康状態に影響を与える経路

（出典　Pascoe EA, and Smart Richman L., 2009 Figure 1.）

実線は既に分析された経路。破線は過去の研究によって仮説が立てられている経路。

また、Williams and Mohammed（2009）も主要な文献をレビューした結果、Pascoe ら（2009）と同様の結論を導いている。差別や健康の測定には課題が多く、まだまだ研究が必要であるとも述べられているが、これまでに蓄積された研究をみる限り、長期的なアウトカム指標を設定する際も差別を受けている（と当事者の多くが考えている）集団についてどのような対応を行うのかを考えておく必要があるだろう。もともと不利な状況にある地域や集団であることを考慮しなければ、そこでサービスを提供している専門職の努力を不当に低く評価することにもつながりかねない（Deber and Schwartz, 2016）。

こうした視点での検討に際して、注目すべき概念の一つがインターセクショナリティである。Collins と Bilge （2020）によると以下のように定義されている。

Intersectionality investigates how intersecting power relations influence social relations across diverse societies as well as individual experiences in everyday life. As an analytic tool, intersectionality views categories of race, class, gender, sexuality, nation, ability, ethnicity, and age - among others - as interrelated and mutually shaping one another. Intersectionality is a way of understanding and explaining complexity in the world, in people, and in human experiences.

インターセクショナリティとは、交差する力関係が、日常生活における個人の体験のみならず、多様な社会における社会関係にどのような影響を及ぼすかを調べるものである。それは、分析ツールとして、人種、階級、ジェンダー、セクシュアリティ、国家、能力、民族、年齢といったカテゴリーを、相互に関連し相互に形成し合うものとみなす。この世界・人々・そして人間の経験における複雑さを理解し説明する方法がインターセクショナリティである。

たとえば、Chambers ら（2023）は黒人の妊娠した女性に対する調査から、彼女たちが新型コロナウイルス感染症の流行下においても情報の欠如、誤解といった困難な状況に直面しており、時に医療専門家からすら不遜な扱いを受けていることを明らかにしている。社会的に不利な状況については、それが多層的に積み重なって個人の価値観や行動に影響を与えている可能性に留意し長期的なアウトカム指標を検討する必要がある。

⑤　公平性に配慮した指標の設定

それでは具体的にはどのように指標を設定すればよいのだろうか。仮に「死亡率」という指標を公平性の視点でみた場合、望ましいのは全体の死亡率が低下するだけでなく、社会経済的地位の低い階層の人びとの死亡率が、そうでない人びとの死亡率に比べてより大きく低下し、健康の不公平（health inequality）が改善する方向に向かうことである。一方で、死亡率が上昇するだけでなく、社会経済的地位の低い階層の人びとの死亡率が、そうでない人びとの死亡率に比べてより大きく上昇し、健康の不平等が拡大するのであれば、これは望ましくない変化ということになる。また、全体の死亡率は低下しているため、一見すると望ましくみえるが、社会経済的地位の低い階層の人びとの死亡率は、そうでない人びとの死亡率に比べて低下幅が小さいため、健康の不平等（health inequality）は拡大する方向に向かうこともある。こうした事態を防ぐためには、集団全体に働き掛ける方策だけでなく、社会経済的地位の低い集団にのみ働き掛ける方策や、社会経済的地位に応じて介入の度合いを変えるといった方策も検討する必要がある。このことを Benach らは図 4－6 のようにまとめている。

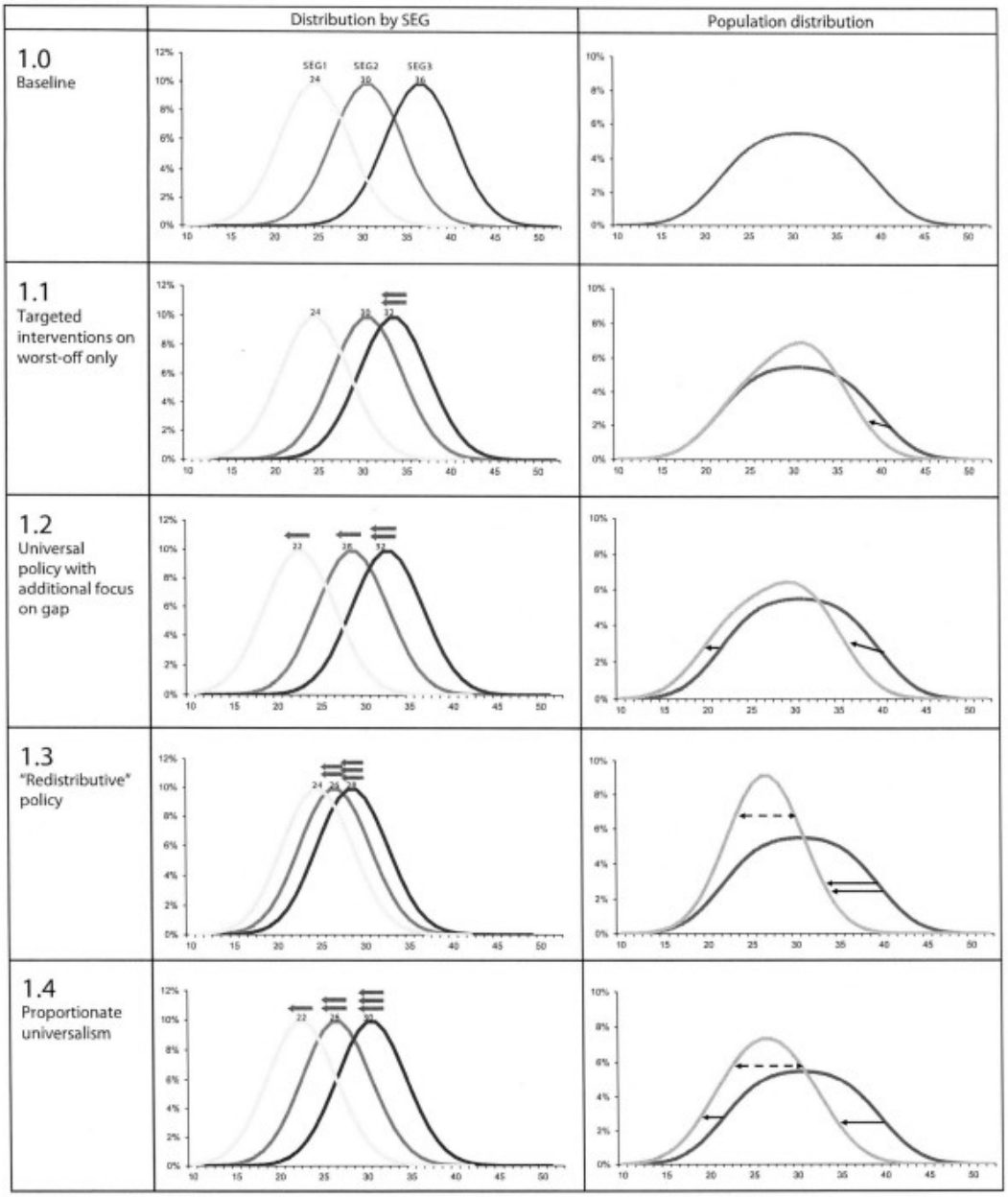


Figure 1 Typology of four policy scenarios of health inequalities reduction with their effects on risk-factor distributions by socioeconomic group (SEG) and in the whole population.

図 4－6　健康の不平等を減少させるための四つの政策シナリオ（Benach *et al.*, 2013）

こうした政策シナリオを意識しながら計画を策定するということは、政策がどのような対象へどのような影響を与えることを目的としているのかを考え、実際にどのように影響したのかを検証できるようにするということである。そしてそれを可能にするためには、集団ごとにアウトカム指標を設定し、測定を行って評価する必要がある（Halpern and Argenbright, 2017; Yoon *et al.*, 2020）。実際に、人種的公平性 racial equity が特に大きな課題となっているアメリカ合衆国で、Alden（2023）が 31 州 58 人の健康／精神保健関係政策

担当者にインタビューを行ったところ、人種的公平性を向上させるための戦略の一つとして、「人種的公平性に関する情報やデータの収集 gathering information and data about racial equity」を行っていることが明らかになった。そこで具体的に示された内容で、本研究でも応用できそうなものを表 4−6 にまとめた。

表 4−6　人種的公平性を向上させるためにアメリカ合衆国の各州で採られている情報やデータの収集戦略（Alden, 2023 より抜粋）

Use framework/guide (e.g., GARE, CLAS Standards) in agency
Collect/analyze demographic data of clients by race and ethnicity
Collect/analyze demographic data of staff and/or providers by race and ethnicity
Collect/analyze attitudinal/belief data of staff and providers
Collect/analyze satisfaction of clients by race and ethnicity
Collect/analyze outcome data of clients/assessment of services by race and ethnicity
Collect/analyze social determinant of health data of clients or communities

加えて、医療サービスや介護サービスへの満足度などを指標とする場合、どうしても医療や介護、福祉の専門家に対して好意的な人々が高い満足度を示す可能性がある（Linfield and Posavac, 2018）点にも留意が必要である。もちろん、こうした人々の評価も重要ではあるが、もともと好意的でない人々にとってどうなのか、という視点でみなければ「もとも好意的な人々が好意的な評価をした」というだけで終わってしまう可能性がある。それを防ぐためには、多様な集団のデータを集められる仕組み、特にそもそも医療・介護サービスに対して懐疑的な人々にアクセスするような指標設定が不可欠である。

以上述べてきたように、公平性に配慮した指標を設定するには、まず集団ごとにわけた指標の設定が有益ではある。しかし、集団ごとにわけるだけでなく、複数の関係者に関与してもらい、多様な価値観から長期的なアウトカム指標自体を検討することも公平性を担保する上で有益である（Haj-Ali, *et al.*, 2017; Joling *et al.*, 2018）。特に社会的に不利な状況に立たされているような人々や、医療・介護サービスに対して不満のある人々に関しては、インタビュー調査や参与観察などの形で調査を行い、指標設定に活かしていく取り組みも重要である。こうした形で公平性を確保することは関係者に長期的なアウトカム指標を受け入れてもらう下地ともなる。行政主体側からみて妥当性、信頼性の高い長期的なアウトカム指標を設定できたとしても、それが評価される人々やその関係者に受け入れられなければその指標は力を発揮し得ない（Linfield and Posavac, 2018）。

（5）実現可能性 Feasibility

妥当性、信頼性、公平性の観点からアウトカム指標を検討した後に適切なアウトカム指標

を設定するために重要なのは、実現可能性の視点での検討である（Norrie et al., 2016）。よい指標であったとしても、その指標を測定し、計画を評価するためにはどの程度の費用が必要なのかを見積り（Linfield and Posavac, 2018; Callahan *et al.*, 2015）、それが計画策定主体にとって過大なものとなる場合には指標の取捨選択を行う必要がある。（McDavid *et al.*, 2018; p161-204）。なお、ここで論じたいのは、経済的な側面に関する指標を立てる（Cacciatore *et al.*, 2020）ことではなく、評価測定活動そのものの費用である。また、いわゆる公衆衛生プログラムの持続可能性 sustainability を考える上では、資金提供期間を超えて意図する成果が得られるところまで視野に入れる必要があり（Walugembe *et al.*, 2019）、指標そのものの実現可能性の評価はその基礎となる。

この実現可能性からの検討を行わなければ、指標が乱立し、評価を行う主体と評価を受ける主体を疲弊させてしまう。Linfield and Posavac（2018）は第一種の過誤（type 1 error）が起きる可能性が高まることにも警鐘を鳴らしている。Jacobs ら（2023）は、アメリカ合衆国のメディケア・メディケイド・センターThe Centers for Medicare and Medicaid Services（CMS）が行っている質の評価活動における問題の一つがこの指標の乱立であり、“measure proliferation”と表現している。

ここでの要点は、第一に、実現可能性について議論するには、指標の測定に係る金銭的費用だけでなく、人的費用、時間的費用も含める必要があるという点である。そもそも政策評価において経済的な側面をどのように含めるかには様々な議論がある（Frew and Breheny, 2019）。測定活動を行う主体だけでなく、利用者や家族による評価を活用する場合、その評価に伴うコストも考慮する必要がある。この回答者負担という観点から、McDavid ら（2018）は、似たような指標を何個も設定することについて警鐘を鳴らしている。第二に、外部委託する際だけでなく、内製化する場合も費用を考慮する必要がある。第三に、特に特に新奇性の高い介入を行う場合、既存の指標を利用可能かどうかが課題となることがある。Lewis ら（2015）は精神保健において用いられる各種の測定尺度について、妥当性、信頼性といった側面だけでなく、それが新しい治療・介入に利用可能かという視点で feasibility の評価を行っている。

そして、第四に、長期的な視点で実現可能性を考える必要がある（Frew E, *et al.*, 2019）。たとえば短期的には指標を測定する仕組みを作るのにコストがかかったとしても、その仕組みを継続的に使い続けたり、複数の政策で共有できたりするのであれば、実現可能性の観点から見て是となることもある。Frew ら（2019）はイングランドとウェールズの地方自治体担当者に対するデルファイ調査を行い、政策評価の経済的側面を見るときに短期的だけではなく長期的な評価が重要である（と対象者たちが考えていた）ことを明らかにした。

① 利用可能なデータの探索

実現可能性を検討する基礎となるのは、幅広い視点でアウトカム指標を探索し、検討することである。国連の Inter-agency Group for Child Mortality Estimation は指標を設定するに

あたって、まず、関連するデータをすべて集めるということを行っている（United Nations *et al.*, 2020　図 4－7）。これは長期的なアウトカム指標に限らず、さまざまな分野で指標を検討するときにも行われている（Muratov *et al.*, 2020）。介護保険に関する目標を設定するにあたっても、まずは関連するデータを集め、その中から適切な指標を選び、目標を設定するという流れが有効であろう。

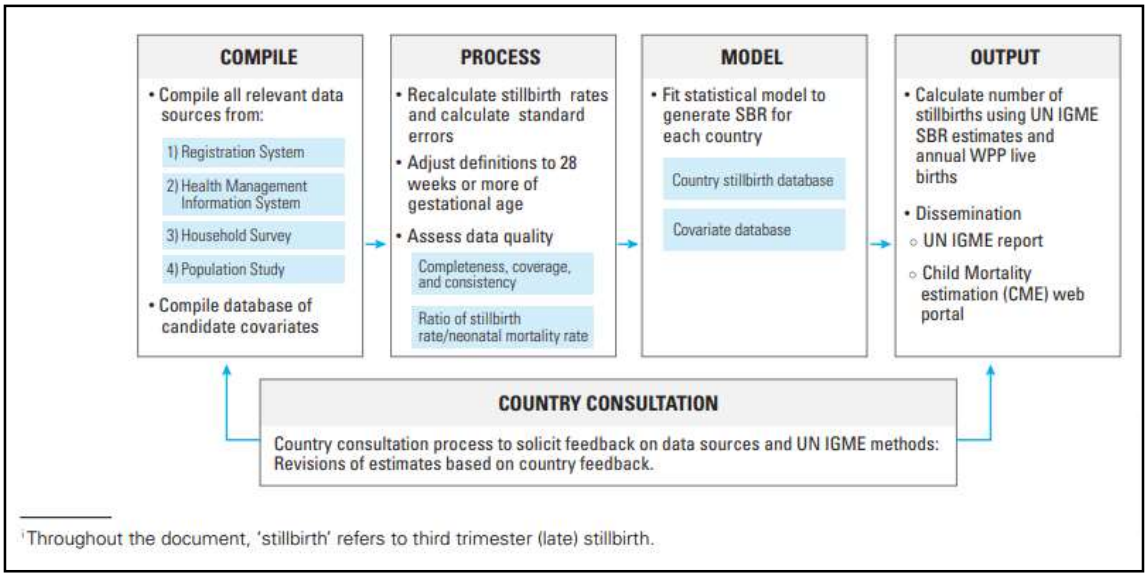


図 4－7　United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation の指標設定手法（United Nations *et al.*, 2020）

② 簡便な方法の探索

実現可能性の観点からみて、端的に有益であると考えられるのは既存のリソースの活用である。既に行われている／行われる予定の調査結果が指標として使えるのであれば、それを活用することで実現可能性を大きく高めることができる。同程度の信頼性、妥当性を確保できる指標がある場合、あるいは公平性の観点から見て適切な指標がある場合、より簡便な方法を選ぶことが望ましいといえるだろう。

より簡便な方法であれば（あくまで妥当性・信頼性・公平性がある程度保障されていることが前提ではあるが）、大災害など緊急事態が発生した場合も測定を継続できる可能性がある点でも利がある。そのような事例の一つとして SMART（Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions）がある。これは、死亡率や乳幼児の栄養状態といった指標を評価する国際的な枠組みである。発展途上国で使用可能というだけでなく、内戦や干ばつといった危機的状況にある地域でも活用できるよう開発された枠組みであり（SMART Methodology, 2023）、実際にそうした複合的に困難を抱えた国や地域での評価に役立てられている（Objidja *et al.*, 2019; Kiarie J *et al.*, 2021; Lebanon Nutrition Sector, 2022）。

ただし、こうした方法を探索することには弊害もある。既存の調査が重視されるあまり、

本当に設定されるべき指標が見過ごされ、あるいは排除されてしまうことが考えられる。McDavid ら（2018; p161-204）は「bottom line thinking」（どれだけの費用がかかるのかを強く意識する）は結果的に特定のグループから指標の妥当性を批判される事態を生みだしかねないと述べている。オーストリアの公衆衛生倫理学者である Rubeis（2023）はデータ、それも自動的に収集されるようなデータを通じて健康状態や介入の効果が把握される現状を「liquid health」という概念を通して論じ、データの収集・評価の道徳的側面がみえづらくなっていることを指摘している。データの収集にあたって優先して検討するべきは、妥当性、信頼性、公平性といった観点で有益な指標なのかどうか、という点であり、その中で現時点で評価実施可能なのかを検討するべきであろう。

③　Routinely Collected Data の活用

実現可能性の観点から指摘しておきたいのは Routinely Collected Data の活用である（Akachi and Kruk, 2017）。Ashton ら（2017）はその重要性に比して Routinely Collected Data が活用されていない現状を指摘し、マラリア対策における RCD の活用の課題と工夫について述べている。こうしたデータはデータ収集体制を組むこと自体に多大な労力を要することもあり、活用が進んできたとは言い難い面がある。しかし、一度体制を組むことができれば、非常に強力なツールとなることから、現在は日本のがん対策や医療の質の向上プロジェクトにおいて活用が進められている（Kakeji *et al.*, 2021; Anazawa *et al.*, 2015）。特に新型コロナウイルス感染症の流行のような、事前に発生時期を想定しづらい事象の影響を定量化する上でも力を発揮する（Sato *et al.*, 2022）。

（6）アカウンタビリティー Accountability

①　アカウンタビリティー accountability の定義

アカウンタビリティーについて、United Nations Development Programme（UNDP）は(i) 予め合意された規則や基準に従って業務が行われたことを実証し、(ii) 任された役割や計画に対する実績 performance について、公正かつ正確に報告することだと定義している（United Nations, 2008）。つまり、実証し報告することが重要なのであり、その前提にあるのは実証し報告可能なように計画を作成することである。

このアカウンタビリティーを考える上で重要なのは、第一に、長期的なアウトカム指標の測定方法も含めて計画に記載することである（Requejo *et al.*, 2013; Joling *et al.*, 2018）。ここまで述べてきた妥当性、信頼性、公平性、実現可能性を吟味するためには、どのような測定方法で評価をするのかという情報が欠かせない。測定方法の記載がなければ、そもそも指標のよしあしを検討すらできない。第二に重要なのは、その指標が選ばれた過程を明確に記録しておくことである（Joling *et al.*, 2018）。長期的なアウトカム指標について、完全な指標が存在するということは想定しづらい。いわゆる「帯に短し襷に長し」という指標群の中から、より適切な指標を選択することとなる。そうした特徴を考えれば、長期的なアウトカム

指標は（計画そのものと同様）継続的な質の改善作業が必要となるということでもある。指標の選定過程を説明可能な形にしておけば、次期、そしてその次と続く計画策定時に参考にすることができる。また、その過程を公表し（Munar *et al.*, 2019）、住民からの理解を得る手続きに活用することも可能となる。

② 指標を定義することの重要性

アウトカム指標を検討するときに不可欠なのが指標の正確な定義である（Joling *et al.*, 2018）。Sharp ら（1999）は HIV（Human Immunodeficiency Virus）の国家的な戦略（National Strategic Plans）において目標となる指標の定義がなされておらず、どのようなデータを使うのかが明らかでないケースがあることを課題の一つとして挙げている。指標の定義が明確でなければ、その解釈は困難である。加えて、定義によって測定結果は変わってしまう。「要介護 long-term care need」という、よく使われる言葉ですら、どのように定義するかによって結果は大きく異なる。Tinios P ら（2022）はヨーロッパの国々が参加している調査プロジェクト SHARE のデータを使って、要介護をどう定義するかによって人口内割合が異なることを示した（図 4－8）。Hafner ら（2017）は製薬のシステム強化の計画策定にあたって、そもそも製薬のシステムに関する定義が十分に成されていないことがあることを課題として挙げている。長期的なアウトカム指標を設定する際は、政策の対象そのものの定義を確認した上で（Klepac Pogrmilovic *et al.*, 2018）、指標の定義を明確にすることが肝要である。

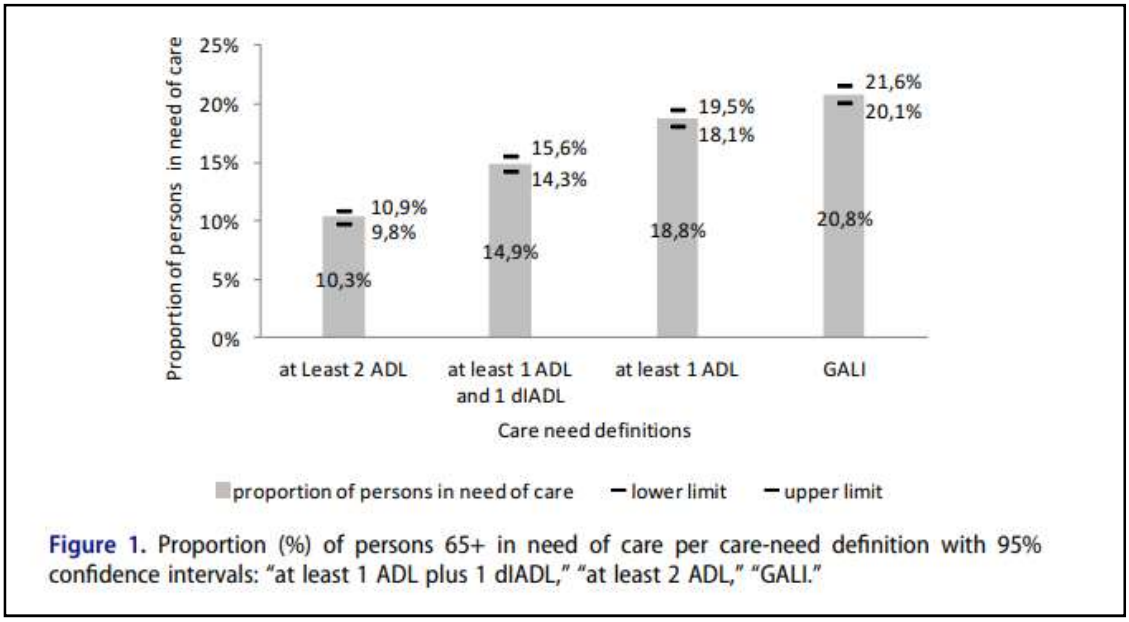


図 4－8　要介護の定義の違いによる prevalence の違い（Tinios P *et al.*, 2022）
ADL, Activities of Daily Living; GALI, Global Activity Limitations Index

③　測定方法、分析方法の検討と記載

アウトカム指標を設定する場合、それをどのように分析するのかを決める必要がある。これはデータ収集後に行うのではなく、政策策定段階のできるだけ早期に行い、それを明確に記録しておくべきである（Kiivet *et al.* 2013; Joling *et al.*, 2018）。これは妥当性や信頼性を確保するという観点からも、倫理的な側面からも推奨される（Linfield and Posavac, 2018）。アウトカム指標が設定されていてもそれがどのように測定され、評価されるのかが不明瞭であれば、その指標が妥当に活用されるのか、信頼できるものなのかの判断は難しい。仮に事後的に都合良く分析され解釈されるのであれば、倫理的に大きな問題があると言わざるを得ない。しかし、Alberg ら（2013）はアメリカ合衆国の各州が設定したがん対策のアウトカム指標（本研究の定義とは異なる可能性がある）について、記録された文書通りに測定可能であったのは、64 の指標のうち 21（33%）であったと報告している。アウトカム指標が必ずしも明確に測定可能な形で記録されていないことに注意を払う必要があると言えるだろう。

同様の観点からどのように評価の中立性を担保するのかも長期的なアウトカム指標とあわせて計画に記載しておくべき重要な事項である。少なくとも、行政主体自身が行うのか、第三者性の高い組織・個人に依頼するのかといった記述は不可欠である。特に P4P（Pay for Performance）や Pay for Participation、SIB（Social Impact Bond）を活用した VBP（Value-based Purchasing）などのように、測定された成果が報酬の支払いに結びつく場合など評価者と政策実施者との間に金銭的な依存関係が存在する場合はこの影響を考察する必要がある（Marston *et al.*, 2020）。評価結果が組織内での人事考課や昇進に影響しかねないことを考えると、公的機関による評価であれば中立的であるとは言いがたいこともある。どのような機関が行うのであってもその評価指標の中立性を担保する仕組みは重要である。

加えて、指標そのものの限界を意識し、その限界についても記述しておくことの重要性（Requejo *et al.*, 2013）も指摘しておきたい。そうした記述を行うためには、やや逆説的ではあるが、設定したアウトカム指標を妥当性、信頼性、公平性の観点でみることが有益である。こうした視点でみることで指標そのものに内在する限界が浮彫になることが期待できる。また、候補にはなったが選択しなかった、あるいは選択できなかった指標についても記録を残しておくことが肝要である。Schryvers（2020）も指摘しているように、評価における指標の選択は、選択されなかった指標あるいは考慮できなかった領域が軽視されることにつながりかねない。限界や課題への視点はよりよい評価活動にとって不可欠な視点である。

4）文献

Akachi Y, Kruk ME. (2017) Quality of care: measuring a neglected driver of improved health. Bulletin of the World Health Organnization 95(6):465-472. doi: 10.2471/BLT.16.180190.

Alberg AJ, Cartmell KB, Sterba KR, Bolick S, Daguise VG, Hébert JR. (2013) Outcome evaluation of a state comprehensive cancer control plan: laying the foundation. Journal of Public Health Ma

nagement and Practice 19(4):300-307. doi: 10.1097/PHH.0b013e31825d208c.

Alden AM. (2023) Operationalizing antiracism in health systems: Strategies state government admini strative organizations use towards racial and ethnic mental health equity. Social Science & Medic ine 322: 115809. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.115809.

American Evaluation Association. (2011) Public Statement on Cultural Competence in Evaluation. ht tps://www.eval.org/About/Competencies-Standards/Cutural-Competence-Statement Accessed at Ma rch 16th, 2023.

Anazawa T, Miyata H, Gotoh M. (2015) Cancer registries in Japan: National Clinical Database and site-specific cancer registries. International Journal of Clinical Oncology 20(1):5-10. doi: 10.1007/ s10147-014-0757-4.

Ashton RA, Bennett A, Yukich J, Bhattarai A, Keating J, Eisele TP. (2017) Methodological consider ations for use of routine health information system data to evaluate malaria program impact in a n era of declining malaria transmission. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 97 (3_Suppl):46-57. doi: 10.4269/ajtmh.16-0734.

Beach D, Pedersen RB. (2019) Process-Tracing Methods: Foundations and Guidelines. 2nd edition. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Benach J, Malmusi D, Yasui Y, Martínez JM. (2013) A new typology of policies to tackle health ine qualities and scenarios of impact based on Rose's population approach. Journal of Epidemiology and Community Health 67(3):286-291. doi: 10.1136/jech-2011-200363.

Bjerke MB, Renger R. 82017) Being smart about writing SMART objectives. Evaluation and Progra m Planning 61:125-127. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2016.12.009.

Black N. Chapter 12 Consensus development methods. In: Pope C, Mays N. (2003) Qualitative Res earch in Health Care. 3rd edition. Blackwell Publishing, 121-128. 邦訳：ブラック N (2008) 第 12 章　Consensus development method. In:『質的研究実践ガイド：保健医療サービス向上のために』第 2 版. 岡村郁子, 訳. 東京：医学書院.

Brannon TN, Marshall RA. (2023) Twin pandemics, intertwined (intergroup) solutions: Support for mitigating racism benefits vaccine hesitancy. Social Science & Medicine 321: 115768. doi: 10.101 6/j.socscimed.2023.115768.

Buszkiewicz JH, Hajat A, Hill HD, Otten JJ, Drewnowski A. (2023) Racial, ethnic, and gender diffe rences in the association between higher state minimum wages and health and mental well-being in US adults with low educational attainment. Social Science & Medicine 322:115817. doi: 10.1 016/j.socscimed.2023.115817.

Cacciatore P, Visser LA, Buyukkaramikli N, van der Ploeg CPB, van den Akker-van Marle ME. (20 20) The methodological quality and challenges in conducting economic evaluations of newborn sc reening: a scoping review. International Journal of Neonatal Screening 6(4):94. doi: 10.3390/ijns6 040094.

Callahan T, Stampfel C, Cornell A, Diop H, Barnes-Josiah D, Kane D, Mccracken S, McKane P, P hillips G, Theall K, Pies C, Sappenfield W. (2015) From theory to measurement: recommended state MCH life course indicators. Maternal and Child Health Journal 19:2336–2347. https://doi.or g/10.1007/s10995-015-1767-1.

Capers Q 4th. Diversifying the Physician Workforce - From Rhetoric to Positive Action. N Engl J Med. 2023 Mar 9;388(10):865-867. doi: 10.1056/NEJMp2211874. [2023-0036]

Chambers BD, Fontenot J, McKenzie-Sampson S, Blebu BE, Edwards BN, Hutchings N, Karasek D, Coleman-Phox K, Curry VC, Kuppermann M. (2023) "It was just one moment that I felt like I was being judged": Pregnant and postpartum black Women's experiences of personal and group-b ased racism during the COVID-19 pandemic. Social Science of Medicine 322:115813. doi: 10.101 6/j.socscimed.2023.115813.

Chandra-Mouli V, Plesons M, Adebayo E, Amin A, Avni M, Kraft JM, Lane C, Brundage CL, Krein in T, Bosworth E, Garcia-Moreno C, Malarcher S. (2017) Implications of the global early adoles cent study's formative research findings for action and for research. Journal of Adolescent Health 61(4 Suppl):S5-S9. doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.07.012.

Collins PH, Bilge S. (2020) Intersectionality. 2nd edition. Cambridge: Polity Press.

Cookson R, Mirelman AJ. (2017) Equity in HTA: what doesn't get measured, gets marginalised. Isre l Journal of Health Policy Research 6:38. doi: 10.1186/s13584-017-0162-3.

de Loe RC. (1995) Exploring complex policy questions using the policy Delphi: a multi-round, inter active survey method. Applied Geography 15(1):53-68. doi: 10.1016/0143-6228(95)91062-3.

Deber R, Schwartz R. (2016) What's Measured Is Not Necessarily What Matters: A Cautionary Stor y from Public Health. Healthcare Policy 12(2):52-64. doi:10.12927/hcpol.2016.24941.

DeVellis RF. (2016) Scale Development: Theory and Applications 4th edition. Sage Publication.

Doran GT. (1981) There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. Managem ent Review 70(11): 35-36.

Ferede Gebremedhin A, Dawson A, Hayen A. (2022) Evaluations of effective coverage of maternal a nd child health services: A systematic review. Health Policy and Planning 37(7):895-914. doi: 10. 1093/heapol/czac034.

Frew E, Breheny K. (2019) Methods for public health economic evaluation: A Delphi survey of deci sion makers in English and Welsh local government. Health Economics 28(8):1052-1063. doi: 10. 1002/hec.3916.

Fujita J, Fukui S, Fujikawa A, Iwahara Y, Ishikawa T. (2022) Factors related to a sense of security with medical and long-term care services among community-dwelling middle-aged and older adult s in Japan. Geriatrics and Gerontology International 22(8):568-574. doi: 10.1111/ggi.14417.

Gollust SE, Haselswerdt J. (2023) Who does COVID-19 hurt most? Perceptions of unequal impact and political implications. Social Science & Medicine 323:115825.

Guru V, Anderson GM, Fremes SE, O'Connor GT, Grover FL, Tu JV; Canadian CABG Surgery Quality Indicator Consensus Panel. (2005) The identification and development of Canadian coronary artery bypass graft surgery quality indicators. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery 130(5):1257. doi: 10.1016/j.jtcvs.2005.07.041.

Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. (1999) Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. International Journal of Epidemiology 28(1):10-18. doi: 10.1093/ije/28.1.10.

Hadorn DC, Holmes AC. (1997) The New Zealand priority criteria project. Part 1: Overview. British Medical Journal 314(7074):131-134. doi: 10.1136/bmj.314.7074.131.

Hafner T, Walkowiak H, Lee D, Aboagye-Nyame F. (2017) Defining pharmaceutical systems strengthening: concepts to enable measurement. Health Policy and Planning 32(4):572-584. doi: 10.1093/heapol/czw153.

Haj-Ali W, Hutchison B; Primary Care Performance Measurement Steering Committee. (2017) Establishing a primary care performance measurement framework for Ontario. Healthcare Policy 12(3):66-79.

Halpern MT, Argenbright KE. (2017) Evaluation of effectiveness of survivorship programmes: how to measure success? Lancet Oncology 18(1):e51-e59. doi: 10.1016/S1470-2045(16)30563-0.

Hamood R, Hamood H, Merhasin I, Keinan-Boker L. (2016) A feasibility study to assess the validity of administrative data sources and self-reported information of breast cancer survivors. Israel Journal of Health Policy Research 5:50. doi: 10.1186/s13584-016-0111-6.

Haws RA, Mashasi I, Mrisho M, Schellenberg JA, Darmstadt GL, Winch PJ. (2010) "These are not good things for other people to know": how rural Tanzanian women's experiences of pregnancy loss and early neonatal death may impact survey data quality. Social Science & Medicine 71(10):1764-1772. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.03.051.

Helsloot, K; Walraevens, M; Van Besauw, S; Van Parys, AS; Devos, H; Van Holsbeeck, A; Roelens, K (2017) A systematic approach towards the development of quality indicators for postnatal care after discharge in Flanders, Belgium. Midwifery 48:60-68.

Hoopes AJ, Agarwal P, Bull S, Chandra-Mouli V. (2016) Measuring adolescent friendly health services in India: A scoping review of evaluations. Reproductive Health 13(1):137. doi: 10.1186/s12978-016-0251-8. Erratum in: Reprod Health. 2017 Mar 16;14 (1):43.

Imani-Nasab MH, Yazdizadeh B, Salehi M, Seyedin H, Majdzadeh R. (2017) Validity and reliability of the Evidence Utilisation in Policymaking Measurement Tool (EUPMT). Health Research Policy and Systems 15(1):66. doi: 10.1186/s12961-017-0232-6.

Interaction Institute for Social Change. (2016) Illustrating Equality VS Equity. https://interactioninstitute.org/illustrating-equality-vs-equity/ Accessed at Feb 16, 2023.

Jacobs DB, Schreiber M, Seshamani M, Tsai D, Fowler E, Fleisher LA. (2023) Aligning Quality Me

asures across CMS: The Universal Foundation. New England Journal of Medicine 388(9): 776-779.

Jahanmehr N, Rashidian A, Khosravi A, Farzadfar F, Shariati M, Majdzadeh R, Akbari Sari A, Mesdaghinia A. (2015) A conceptual framework for evaluation of public health and primary care system performance in iran. Global Journal of Health Science;7(4):341-357. doi: 10.5539/gjhs.v7n4p341.

Jarrín OF, Nyandege AN, Grafova IB, Dong X, Lin H. (2020) Validity of race and ethnicity codes in Medicare administrative data compared with gold-standard self-reported race collected during routine home health care visits. Medical Care 58(1):e1-e8. doi: 10.1097/MLR.0000000000001216.

Joling KJ, van Eenoo L, Vetrano DL, Smaardijk VR, Declercq A, Onder G, van Hout HPJ, van der Roest HG. (2018) Quality indicators for community care for older people: A systematic review. PLoS One 13(1):e0190298. doi: 10.1371/journal.pone.0190298.

Kadoić N, Šimić D, Mesarić J, Begičević Ređep N. (2021) Measuring Quality of Public Hospitals in Croatia Using a Multi-Criteria Approach. International Journal of Environmental Research and Public Health 18(19):9984. doi: 10.3390/ijerph18199984.

Kakeji Y, Yamamoto H, Ueno H, Eguchi S, Endo I, Sasaki A, Takiguchi S, Takeuchi H, Hashimoto M, Horiguchi A, Masaki T, Marubashi S, Yoshida K, Miyata H, Konno H, Gotoh M, Kitagawa Y, Mori M, Seto Y. (2021) Development of gastroenterological surgery over the last decade in Japan: analysis of the National Clinical Database. Surgery Today 51(2):187-193. doi: 10.1007/s00595-020-02075-7.

Kass NE. (2001) An ethics framework for public health. American Journal of Public Health 91(11):1776-82. doi: 10.2105/ajph.91.11.1776.

Kiivet R, Sund R, Linna M, Silverman B, Pisarev H, Friedman N. (2013) Methodological challenges in international performance measurement using patient-level administrative data. Health Policy 112(1-2):110-21. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.05.011.

Kiarie J, Karanja S, Busiri J, Mukami D, Kiilu C. (2021) The prevalence and associated factors of undernutrition among under-five children in South Sudan using the standardized monitoring and assessment of relief and transitions (SMART) methodology. BMC Nutrition 7(1):25. doi: 10.1186/s40795-021-00425-3.

Klepac Pogrmilovic B, O'Sullivan G, Milton K, Biddle SJH, Bauman A, Bull F, Kahlmeier S, Pratt M, Pedisic Z. (2018) A global systematic scoping review of studies analysing indicators, development, and content of national-level physical activity and sedentary behaviour policies. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 15(1):123. doi: 10.1186/s12966-018-0742-9.

Lebanon Nutrition Sector (2022) National Nutrition SMART Survey Report. https://www.unicef.org/lebanon/reports/nutrition-times-crisis Accessed at Mar 9, 2023.

Lewis CC, Fischer S, Weiner BJ, Stanick C, Kim M, Martinez RG. (2015) Outcomes for implement ation science: an enhanced systematic review of instruments using evidence-based rating criteria. Implement Science 10:155. doi: 10.1186/s13012-015-0342-x.

Linfield KJ, Posavac EJ. (2018) Program Evaluation: Methods and Case Studies. 9th edition. Routle dge.

Liu L, Kalter HD, Chu Y, Kazmi N, Koffi AK, Amouzou A, Joos O, Munos M, Black RE. (2016) Understanding misclassification between neonatal deaths and stillbirths: empirical evidence from Malawi. PLoS One 11(12):e0168743. doi: 10.1371/journal.pone.0168743.

Ly D P, Blegen M B, Gibbons M M, Norris K C, Tsugawa Y. Inequities in surgical outcomes by r ace and sex in the United States: retrospective cohort study BMJ 2023; 380 :e073290 doi:10.113 6/bmj-2022-073290.

Makai P, Brouwer WB, Koopmanschap MA, Stolk EA, Nieboer AP. (2014) Quality of life instrumen ts for economic evaluations in health and social care for older people: a systematic review. Social Science and Medicine 102:83-93. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.11.050.

Marston C, McGowan CR, Boydell V, Steyn P. (2020) Methods to measure effects of social account ability interventions in reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health programs: s ystematic review and critique. Journal of Health, Population, and Nutrition 39(1):13. doi: 10.118 6/s41043-020-00220-z.

Mathers C, Boerma T. (2010) Mortality measurement matters: improving data collection and estimat ion methods for child and adult mortality. PLoS Medicine 7(4):e1000265. doi: 10.1371/journal.p med.1000265.

McDavid JC, Irene Huse I, Ingleson LRL. (2018) 4. Measurement for Program Evaluation and Perf ormance Monitoring. Program Evaluation and Performance Measurement: An Introduction to Pra ctice. 3rd edition. SAGE Publications, p161-204.

Moore JE, Mascarenhas A, Bain J, Straus SE. (2017) Developing a comprehensive definition of sust ainability. Implementation Science 12(1):110. doi: 10.1186/s13012-017-0637-1.

Munar W, Snilstveit B, Aranda LE, Biswas N, Baffour T, Stevenson J. (2019) Evidence gap map of performance measurement and management in primary healthcare systems in low-income and mi ddle-income countries. BMJ Global Health 4(Suppl 8):e001451. doi: 10.1136/bmjgh-2019-001451.

Muratov S, Canelo-Aybar C, Tarride JE, Alonso-Coello P, Dimitrova N, Borisch B, Castells X, Duff y SW, Fitzpatrick P, Follmann M, Giordano L, Hofvind S, Lebeau A, Quinn C, Torresin A, Vial li C, Siesling S, Ponti A, Giorgi Rossi P, Schünemann H, Nyström L, Broeders M; ECIBC contr ibutor group. (2020) Monitoring and evaluation of breast cancer screening programmes: selecting candidate performance indicators. BMC Cancer 20(1):795. doi: 10.1186/s12885-020-07289-z.

Norrie C, Manthorpe J, Cartwright C, Rayat P. (2016) The feasibility of introducing an adult safeg uarding measure for inclusion in the Adult Social Care Outcomes Framework (ASCOF): findings

from a pilot study. BMC Health Services Research 16:209. doi: 10.1186/s12913-016-1464-9.

Odjidja EN, Hakizimana S. (2019) Data on acute malnutrition and mortality among under-5 childre n of pastoralists in a humanitarian setting: a cross-sectional Standardized Monitoring and Assess ment of Relief and Transitions Study. BMC Research Notes 12(1):434. doi: 10.1186/s13104-019-4475-x.

Ozdemir R, Rao C, Ocek Z, Dinç Horasan G. (2015) Reliable mortality statistics for Turkey: Are w e there yet? BMC Public Health 15:545. doi: 10.1186/s12889-015-1904-1.

Parmenter D. (2019) Key Performance Indicators: Developing, Implementing, and Using Winning K PIs. 4th edition. Wiley.

Pascoe EA, Smart Richman L. (2009) Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. P sychological Bulletin 135(4):531-554. doi: 10.1037/a0016059.

Paudel M, Javanparast S, Dasvarma G, Newman L. (2018) Religio-cultural factors contributing to pe rinatal mortality and morbidity in mountain villages of Nepal: Implications for future healthcare provision. PLoS One 13(3):e0194328. doi: 10.1371/journal.pone.0194328.

Phalippou L, Wu B. (2023) The association between the proportion of Brexiters and COVID-19 de ath rates in England. Social Science & Medicine 323:115826. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.11582 6.

Picavet E, Cassiman D, Simoens S. (2012) Evaluating and improving orphan drug regulations in Eu rope: a Delphi policy study. Health Policy 108(1):1-9. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.08.023.

Requejo JH, Newby H, Bryce J. (2013) Measuring coverage in MNCH: challenges and opportunities in the selection of coverage indicators for global monitoring. PLoS Medicine 10(5):e1001416. d oi: 10.1371/journal.pmed.1001416.

Reynolds HW, Sutherland EG. (2013) A systematic approach to the planning, implementation, moni toring, and evaluation of integrated health services. BMC Health Services Research 13:168. doi: 10.1186/1472-6963-13-168.

Rubeis G. (2023) Liquid Health. Medicine in the age of surveillance capitalism. Social Science & M edicine 322:115810. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.115810.

Sato Y, Yamamoto H, Ikeda N, Konishi H, Endo S, Okada Y, Kondo H, Shintani Y, Toyooka S, Na kamura H, Hoshikawa Y, Chen-Yoshikawa TF, Yoshino I, Kakizoe T, Chida M. (2022) The impa ct of COVID-19 on thoracic surgical procedures in Japan: Analysis of data from the National Cli nical Database. Lung Cancer 172:127-135. doi: 10.1016/j.lungcan.2022.08.011.

Schryvers P. (2020) Bad Data. 邦訳：ピーター・シュライバー（2022）『悪い統計学：データ分析の落とし穴』土屋 隆裕, 監訳. 佐藤 聡, 訳. 株式会社ニュートン.

Sharp A, O'Hagan R, Honermann B, Millett G. (2017) Setting targets for HIV: an evaluation of in dicator quality and target achievement in National Strategic Plans. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2017 Dec 1;76(4):348-355. doi: 10.1097/QAI.0000000000001529.

Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJ. (2005) Access, utilization, quality, and effective cov erage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. Social Science & Medicine 61(1):97-109. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.055.

Silva R. (2012) Child mortality estimation: consistency of under-five mortality rate estimates using f ull birth histories and summary birth histories. PLoS Medicine 9(8):e1001296. doi: 10.1371/journ al.pmed.1001296.

SMART Methodology (2023) About SMART. https://smartmethodology.org/about-smart/ Accessed at Mar 9, 2023.

Sprockett A. (2017) Review of quality assessment tools for family planning programmes in low- and middle-income countries. Health Policy and Planning 32(2):292-302. doi: 10.1093/heapol/czw123.

Tinios P, Valvis Z. (2022) Defining long-term-care need levels for older adults: towards a standardi zed European classification. Journal of Aging & Social Policy 11:1-20. doi: 10.1080/08959420.202 2.2110810.

The World Health Organization, the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2016) A Tool for Strengthening Gender-Sensitive National HIV and Sexual and Reproductive Health (SRH) M onitoring and Evaluation Systems. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/tool-SRH-monitoring-eval-systems_en.pdf

The World Health Organization (2023) Gender and Health. https://www.who.int/health-topics/gende r#tab=tab_1

Turoff M (2002) The Policy Delphi. In: Linstone HA, Turoff M, eds. The Delphi Method: Techniq ues and Applications. Reading, Mass. : Addison-Wesley Pub. Co., 80-96.

United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (unidentified) Methods for child, adolescent and youth mortality. https://childmortality.org/methods

United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (2020) Explanatory Notes: Stillbir th Trend Series to 2019. https://childmortality.org/wp-content/uploads/2020/10/UN-IGME-Stillbir th-Explanatory-note_EN.pdf

United Nations. (2008) The UNDP accountability system. https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke3 26/files/undp/library/corporate/Transparency/UNDP%20Accountability%20framework.pdf Accessed at March 9, 2023.

Uneno Y, Iwai M, Morikawa N, Tagami K, Matsumoto Y, Nozato J, Kessoku T, Shimoi T, Yoshida M, Miyoshi A, Sugiyama I, Mantani K, Itagaki M, Yamagishi A, Morita T, Inoue A, Muto M. (2 022) Development of a national health policy logic model to accelerate the integration of oncolo gy and palliative care: a nationwide Delphi survey in Japan. International Journal of Clinical Onc ology 27(9):1529-1542. doi: 10.1007/s10147-022-02201-0.

Vigo DV, Kazdin AE, Sampson NA, Hwang I, Alonso J, Andrade LH, Ayinde O, Borges G, Bruffae rts R, Bunting B, de Girolamo G, Florescu S, Gureje O, Haro JM, Harris MG, Karam EG, Kara

m G, Kovess-Masfety V, Lee S, Navarro-Mateu F, Posada-Villa J, Scott K, Stagnaro JC, Have M T, Wu CS, Xavier M, Kessler RC. (2022) Determinants of effective treatment coverage for major depressive disorder in the WHO World Mental Health Surveys. International Journal of Mental Health Systems 16(1):29. doi: 10.1186/s13033-022-00539-6.

Walugembe DR, Sibbald S, Le Ber MJ, Kothari A. (2019) Sustainability of public health interventions: where are the gaps? Health Research Policy and Systems 17(1):8. doi: 10.1186/s12961-018-0405-y.

Watson DP, Adams EL, Shue S, Coates H, McGuire A, Chesher J, Jackson J, Omenka OI. (2018) Defining the external implementation context: an integrative systematic literature review. BMC Health Services Research 18(1):209. doi: 10.1186/s12913-018-3046-5.

Wilberforce M, Batten E, Challis D, Davies L, Kelly MP, Roberts C. (2018) The patient experience in community mental health services for older people: a concept mapping approach to support the development of a new quality measure. BMC Health Serv Research 18(1):461. doi: 10.1186/s12913-018-3231-6.

Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. Journal of Behavioral Medicine 32(1):20-47. doi: 10.1007/s10865-008-9185-0.

Yoon S, Goh H, Kwan YH, Thumboo J, Low LL. (2020) Identifying optimal indicators and purposes of population segmentation through engagement of key stakeholders: a qualitative study. Health Research Policy and Systems 18(1):26. doi: 10.1186/s12961-019-0519-x.

医療情報をわかりやすく発信するプロジェクト（2022）『医学系研究をわかりやすく伝えるための手引き』（国立研究開発法人日本医療研究開発機構令和 3 年度研究開発推進ネットワーク事業「医学研究成果をわかりやすく発信する手引きの提案」）https://ez2understand.ifi.u-tokyo.ac.jp/guidebook/　2023 年 3 月 7 日時点アクセス可能

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.

中村 好一（2020）第 5 章 偏りと交絡. 楽しい疫学　第 4 版. 医学書院, p87-121.

大久保 豪, 斎藤 民, 李 賢情, 吉江 悟, 和久井 君江, 甲斐 一郎.（2005）介護予防事業への男性参加に関連する事業要因の予備的検討　介護予防事業事例の検討から. 日本公衆衛生雑誌 52(12):1050-1058. doi: 10.11236/jph.52.12_1050.

涌井 智子（2017）要介護高齢者をとりまく環境と経済：3. 多様化する家族介護と介護保険サービス. 日本老年医学会雑誌 54(1):35-40. doi: 10.3143/geriatrics.54.35.

2. 介護保険事業計画の横断的検索システムの開発

1）目的

保険者・市町村が、介護保険事業計画策定時に指標を設定する際、全国の保険者・市町村の介護保険事業計画を参照し参考にできることを目的に、全国保険者・市町村の第 8 期介護保険事業計画の横断的に検索する Web サイトを構築した。

2）方法

全国 1781 保険者・市町村のうち、当該保険者・市町村の Web サイトで公開されている第 8 期介護保険事業計画のファイル、および Web サイト URL の情報を収集し、Web サイト上に検索システム「介護保険事業計画データベース」を構築した。

3）結果

全国の第 8 期介護保険事業計画の PDF ファイルを閲覧しダウンロードができるよう掲載した（図 4－9)。都道府県別にも検索できる機能を備えた（図 4－10)。また検索語によって検索できるページを備えた（図 4－11)。さらに、第 8 期介護保険事業計画のアウトカム指標の設定状況に関する調査結果（「厚生労働省令和 3 年度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」（実施：医療経済研究機構）」https://www.ihep.jp/publications/elderly-search/）をもとに、「アウトカム指標」とそれを設定している保険者・市町村の例示を合わせて掲載した（図 4－12)。

「介護保険事計画データベース」Web サイト URL：https://www.kaigo-hoken.jp/

4）考察

保険者・市町村の Web サイトで公開されているものに限るが、各保険者・市町村の Web サイトに散在していた介護保険事業計画の情報とファイルを集約し一元化したサイトは他には見当たらず、本邦初のデータベースといえる。さらに、「介護保険事業計画の長期的帰結としてのアウトカム指標」について、分析結果に基づいて設定例を示した。保険者・市町村が指標設定時に、他の保険者・市町村を参考にできると同時に、アウトカムへの指標設定を促し支援するものと考えられる。

本サイトで例示した「アウトカム指標」は、介護保険事業計画のアウトカムとして適切かどうかは検討を要するものも含まれる。より適切な指標が分かりやすく示し、計画策定時における指標設定を支援するものに発展させていく必要がある。

また、全保険者・自治体の介護保険事業計画が掲載され検索されることが重要と考えられる。本サイトの利便性を高め、普及することで、全保険者・自治体から掲載の協力を得ていくことが重要と考える。

図 4－9：介護保険事業計画データベース　トップページ　https://www.kaigo-hoken.jp/

図 4－10：都道府県別検索ページ

図 4－11：検索語による検索ページ（検索例）

図 4－12：アウトカム指標の分析結果とアウトカム指標例の掲載ページ

Ⅴ．まとめ

本事業では、介護保険事業における保険者機能及び地域マネジメント強化に資することを目的に、これまで記載した事業を行ってきた。

このなかでは、介護保険「保険者シート」は、成果（アウトカム）が含まれる介護保険事業全般のデータがあり、かつ、一覧性があるという利点をもとに、各種研修の実施や分析ツールの作成等を行った。その結果、改めて、介護保険事業の計画策定や実施における保険者シートの有用性とともに、ロジックモデルの有用性が明らかになった。

この保険者シートについては、令和５年度より、地域包括ケア「見える化」システムの機能として追加されることになっており、さらに多くの自治体の方に作成し、使っていただくことが期待される。

保険者・市町村における適切な PDCA サイクルの推進に向けて、この保険者シートの機能を有効に活用していくためには、研修プログラム（研修運営マニュアルを含む）や今回作成した分析ツールを併せて周知し、普及していくとともに、特に令和５年度は介護保険事業計画の作成年度であることから、保険者・市町村の介護保険事業計画作成においてロジックモデルを活用していく取組を支援することが必要である。

このため、来年度以降において、

・保険者シートの３つの研修プログラムに、本事業で作成した分析ツールを加えて実施し、その結果に基づき研修プログラムや分析ツールをブラッシュアップしていくこと
・介護保険事業計画にロジックモデルが位置づけられるように市町村の取組への支援を行うこと

について取り組んでいきたい。

Ⅵ．資料

１．介護保険「保険者シート」（令和３年度決算見込版）

（　令和3年度決算見込版　）

市町村名

1. 団体コード		4. 地域区分（級地）	
2. 広域連合名		5. 日常生活圏域数	
3. 市町村類型		6. 人口集中地区の居住者割合（%）	

Ⅰ 基礎データ

7. 総人口（人）		12. 高齢者世帯数（世帯）		19. 総合事業対象者数（人）	
65歳以上人口（人）		高齢者夫婦のみ世帯比率（%）		20. 調整済み認定率（%）	
75歳以上人口（人）		高齢者独居世帯割合（%）		調整済み重度認定率（%）	
85歳以上人口（人）		13. 2025年推計人口（人）		調整済み軽度認定率（%）	
8. 第１号被保険者数（人）		75歳以上人口（人）		21. 高齢者一人当たり現役世代数（人）	
65歳以上75歳未満（人）		14. 2040年推計人口（人）		22. 平均寿命(歳)	男 / 女
75歳以上85歳未満（人）		75歳以上人口（人）		23. 平均自立期間（歳）（要介護2以上） 二次医療圏	男 / 女
85歳以上（人）		15. 要支援・要介護認定者数（人） ２号含		市町村	男 / 女
9. 高齢化率（%）		16. 要支援・要介護認定率（%） １号のみ			
10. 後期高齢化率（%）		17. 認定者のうち第2号被保険者数（人）			
11. 85歳以上高齢化率（%）		18. 認知症日常生活自立度Ⅱa以上（人）			

Ⅱ　在宅医療介護推進体制

24. 病院・診療所・介護施設の状況	箇所数/人数/割合/回数	75歳以上人口1000人あたり	25. 主なサービス受給構造	サービス利用者数	75歳以上人口1000人あたり	総給付費に占める給付費割合
病床(一般）数（床）			訪問介護			
病床(療養）数（床）			訪問入浴介護			
有床診療所数（箇所）			訪問看護			
無床診療所数（箇所）			訪問リハビリテーション			
在宅療養支援病院数（箇所）			居宅療養管理指導			
在宅療養支援診療所数（箇所）			通所介護			
歯科訪問診療を実施する歯科診療所数（居宅）（箇所）			通所リハビリテーション			
往診を実施する一般診療所数（箇所）			短期入所生活介護			
訪問診療を実施する一般診療所数 （箇所）			短期入所療養介護			
訪問診療を受けた患者数（算定回数）人口10万人対			特定施設入居者生活介護			
看取りを実施する一般診療所数（箇所）			定期巡回随時対応訪問介護看護			
看取り数（算定回数）人口10万人対			夜間対応型訪問介護			
訪問看護ステーション数(箇所）			地域密着型通所介護			
医療機関医師数（人）			認知症対応型通所介護			
(24時間対応)訪問看護ステーション看護職員数（常勤換算）（人）			小規模多機能型居宅介護			
歯科医師数（人）			看護小規模多機能型居宅介護			
薬剤師数（人）			認知症対応型共同生活介護			
介護療養型医療施設病床数（床）			地域密着型特定施設入居者生活介護			
介護老人保健施設定員数（人）			地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護			
介護老人福祉施設定員数（人）			介護老人福祉施設			
介護医療院定員数(人）			介護老人保健施設			
自宅死の割合（%）			介護療養型医療施設			
老人ホーム施設死の割合（%）			介護医療院			

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

(1) 訪問型サービス	事業費内訳		実施有無	実人数
従前相当サービス				
サービスＡ（基準緩和）				
サービスＢ（住民主体による支援）				
サービスＣ（短期集中予防サービス）				
サービスＤ（移動支援）				
(2) 通所型サービス	事業費内訳		実施有無	実人数
従前相当サービス				
サービスＡ（緩和した基準によるサービス）				
サービスＢ（住民主体による支援）				
サービスＣ（短期集中予防サービス）				
(3) その他の生活支援サービス	事業費内訳		実施有無	実人数
その他生活支援サービス（配食）				
その他生活支援サービス（見守り）				
その他生活支援サービス（その他）				
(4) 介護予防ケアマネジメント	事業費内訳		実施件数	
介護予防ケアマネジメント実施件数				
(5) 一般介護予防事業	事業費内訳			

通いの場	通いの場の箇所数		週1回以上の参加率			
通いの場開催頻度	週1回以上		月1回～4回未満			
主な内容	体操（運動）		会食		茶話会	
	認知症予防		趣味活動		その他	

	実施有無	年間件数
一般介護予防事業評価事業		
地域リハビリテーション活動支援事業 （専門職派遣件数）		
(6) 介護予防に資する取組への参加やボランティア等へのポイント付与（参加した実人数）		

27. 包括的支援事業の実施状況

(1) 地域ケア会議実施状況	実施有無	年間会議開催回数	年間検討延べ件数
①地域ケア会議個別会議（困難事例）			
②地域ケア会議個別会議（自立支援型ケアマネジメント）			
③地域ケア個別会議（地域課題（テーマ別）の検討（例：在宅医療介護連携））			
④地域ケア推進会議（施策検討）			

(2) 生活支援体制整備事業	実施有無	第１層人数		第２層人数	
生活支援コーディネーター		専任		専任	
		兼務		兼務	

(3) 認知症総合支援事業	実施有無	件数/人数/箇所数
①認知症初期集中支援チーム対応件数（件）		
②認知症サポーター数（人）		
③認知症地域支援推進員数（人）		
④認知症サポート医数（人）		
⑤認知症カフェ（箇所）		

(4) 在宅医療・介護連携推進事業	実施有無	開催数/実施主体			
①在宅医療介護連携推進協議会開催数（回）					
②在宅医療介護連携相談支援事業の運営主体		市区町村		地区医師会	
		医療機関		その他	

28. 独自施策	実施有無	内容
市町村特別給付		
保健福祉事業		

29. 地域包括支援センター （箇所）	
うち直営地域包括支援センター箇所数（箇所）	
うち委託地域包括支援センター箇所数（箇所）	
（別掲）ブランチ・サブセンター箇所数（箇所）	
地域包括支援センター職員数（３職種、その他、事務）	

Ⅳ　介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

43.健康について

(1) 主観的健康観の高い高齢者の割合（%）		(3) 気分が落ち込んだり、ゆううつな気持ちになる（%）	
(2) 主観的幸福感の高い高齢者の割合（%）		(4) 物事に対して興味がわかない、心から楽しめない感じ（%）	

30.リスク者割合	自立	自立＋支援１・２
運動器機能リスク高齢者の割合（%）		
栄養改善リスク高齢者の割合（%）		
咀嚼機能リスク高齢者の割合（%）		
閉じこもりリスク高齢者の割合（%）		
認知症リスク高齢者の割合（%）		
うつリスク高齢者の割合（%）		
転倒リスク高齢者の割合（%）		

31.社会参加者割合	自立	自立＋支援１・２
スポーツ関係のグループやクラブに参加している高齢者の割合（月１回以上）		
趣味関係のグループに参加している高齢者の割合（月１回以上）（%）		
ボランティアに参加している高齢者の割合（月１回以上）（%）		
収入のある仕事をしている高齢者の割合（月１回以上）（%）		
学習・教養サークルに参加している高齢者の割合（月１回以上）（%）		
地域づくりへの参加意向のある高齢者の割合 （%）		
地域づくりへの企画・運営として参加意向のある高齢者の割合 （%）		

【裏面】

Ⅴ　在宅介護実態調査

44.在宅生活の継続

(1)施設等への入所・入居の検討状況（要介護3以上）		(2)現在の生活を継続していく上で不安に感じる介護	
1. 検討していない　（%）		1. 夜間の排泄（%）	
2. 検討している　（%）		2. 認知症への対応（%）	
3. すでに申し込んでいる（%）		3. 特にない　（%）	

44.介護者の就労継続

(3)主な介護者の勤務形態		(4)今後も働きながら介護を続けていく	
1. フルタイム（%）		1. 問題なく続けていける （%）	
2. パートタイム（%）		2. 何とか続けていける （%）	
3. 働いていない （%）		3. やや難しい （%）	
4. わからない （%）		4. かなり難しい （%）	
無回答 （%）		5. 分からない （%）	
		無回答 （%）	

Ⅵ　介護保険事業運営状況

42. 認定者・認定率（第１号被保険者）

区分	認定者数（人）	認定者内訳（人）		認定率（%）	認定率内訳（%）	
		７５歳以上	８５歳以上		７５歳以上	８５歳以上
要支援１						
要支援２						
要介護１						
要介護２						
要介護３						
要介護４						
要介護５						
計						

32. 介護予防支援・居宅介護支援（ケアマネジメント）件数、サービス利用者数、受給者数（要介護度別）

介護予防支援・居宅介護支援（件数）	小規模多機能型居宅介護(件数)※看護小規模多機能型巨額介護を含む	居住系サービス	施設介護サービス（人）		
		特定施設＋地域密着型特定施設＋GH	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設・介護医療院

35. 給付の状況

サービス費割合

居宅介護サービス（%）	
地域密着型サービス(%)	
施設介護サービス(%)	

受給者割合

居宅介護サービス（%）	
地域密着型サービス(%)	
施設介護サービス(%)	

調整済み第１号被保険者１人あたり給付費月額

総額（円）	
在宅サービス（円）	
居住系サービス(円)	
施設サービス(円)	

33. 保険料構造（月額換算相当）

	金額（円）
標準給付費	
総給付費	
在宅サービス	
居住系サービス	
施設サービス	
調整交付金調整額（※再掲）	
その他給付費	
高額介護サービス費等給付額	
高額医療合算介護サービス費	
特定入所者サービス費	
審査支払手数料	
地域支援事業費	
介護予防・日常生活支援総合事業費	
包括的支援事業・任意事業費	
市町村特別給付費等	
財政安定化基金（拠出金見込額+償還金）	
保険料収納必要額（月額）	
準備基金取崩額	
基準保険料額（月額）	

34. 所得段階別第1号被保険者数等

		被保険者数（人）	所得段階別人数割合
第１段階	（市町村民税世帯非課税で公的年金等収入金額と合計所得金額の合計が80万円以下の者等）		
第２段階	（市町村民税世帯非課税で公的年金等収入金額と合計所得金額の合計が120万円以下の者）		
第３段階	（市町村民税世帯非課税で、第１段階・第２段階以外の者）		
第４段階	（市町村民税本人非課税で公的年金等収入金額と合計所得金額の合計が80万円以下の者）		
第５段階	（市町村民税本人非課税で第４段階以外の者）		
第６段階	（本人市町村民税課税で、合計所得金額120万円未満の者等）		
第７段階	（本人市町村民税課税で、合計所得金額120万円以上200万円未満の者等）		
第８段階	（本人市町村民税課税で、合計所得金額200万円以上300万円未満の者等）		
第９段階	（本人市町村民税課税で、合計所得金額300万円以上の者等）		
合計			

36. 保険料月額基準額の推移（円）

第3期（平成18年度）	第4期（平成21年度）	第5期（平成24年度）	第6期（平成27年度）	第7期（平成30年度）	第8期（令和3年度）

37. 保険料段階数		38. 介護給付費準備基金残高（千円）	
39. 準備基金一人当たり残高（千円）		40. 保険料収納率	

41. 介護保険特別会計経理状況　保険事業勘定

歳入科目		決算額（千円）
保険料	介護保険料	
分担金及び負担金		
使用料及び手数料		
国庫支出金	介護給付費負担金	
	調整交付金	
	地域支援事業交付金（介護予防・日常生活支援総合事業）	
	地域支援事業交付金（介護予防・日常生活支援総合事業以外）	
	保険者機能強化推進交付金	
	保険者努力支援交付金	
	その他	
	計	
支払基金交付金	介護給付交付金	
	地域支援事業支援交付金	
	計	
都道府県支出金	都道府県負担金	
	財政安定化基金支出金	
	地域支援事業交付金（介護予防・日常生活支援総合事業）	
	地域支援事業交付金（介護予防・日常生活支援総合事業以外）	
	その他	
	計	
相互財政安定化事業交付金		
財産収入		
寄付金		
繰入金		
繰越金		
市町村債	財政安定化基金貸付金	
	計	
諸収入		
合計		

歳出科目		決算額（千円）
総務費		
保険給付費	介護サービス等諸費	
	介護予防サービス等諸費	
	高額介護サービス等費	
	高額医療合算介護サービス等費	
	特定入所者介護サービス等費	
	審査支払手数料	
	市町村特別給付費	
	その他	
	計	
地域支援事業費	介護予防・生活支援サービス事業費	
	一般介護予防事業費	
（参考）	介護予防把握事業	
（参考）	介護予防普及啓発事業	
（参考）	地域介護予防活動支援事業	
（参考）	一般介護予防事業評価事業	
（参考）	地域リハビリテーション活動支援事業	
	包括的支援事業・任意事業	
（参考）	地域包括支援センター運営事業	
（参考）	任意事業	
（参考）	在宅医療・介護連携推進事業	
（参考）	生活支援体制整備事業	
（参考）	認知症総合支援事業	
（参考）	地域ケア会議	
	その他	
	計	
財政安定化基金拠出金		
相互財政安定化事業負担金		
保健福祉事業費		
基金積立金		
公債費		
予備費		
諸支出金	介護サービス事業勘定繰出金	
	他会計繰出金	
	その他	
	計	
合計		

重層的支援体制整備事業	実施の有無	

① 地域介護予防活動支援事業費相当額	
② 地域包括支援センターの運営費相当額	
③ 生活支援体制整備事業費相当額	

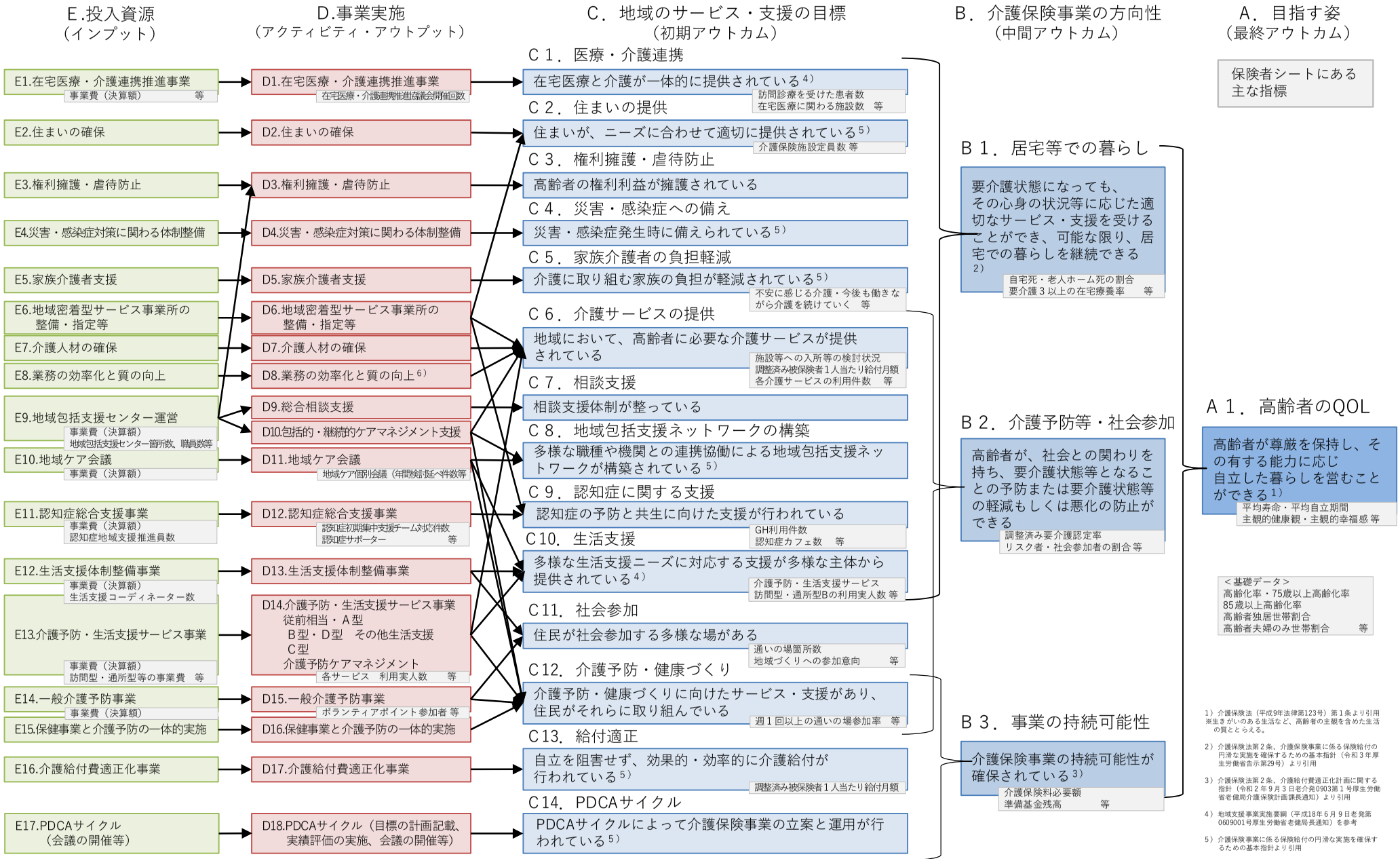
２．市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル

（指標付き）

市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル

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

○　各項目間の関係は、主要なもののみを記載していることに留意ください。



1）介護保険法（平成9年法律第123号）第１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２条、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（令和３年厚生労働省告示第29号）より引用

3）介護保険法第２条、介護給付費適正化計画に関する指針（令和２年９月３日老介発0903第１号厚生労働省老健局介護保険計画課長通知）より引用

4）地域支援事業実施要綱（平成18年６月９日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）を参考

5）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「保険者シート」分析ツール

＜はじめに＞

※分析ツールの利用方法については、併せて保険者シートWebサイトをご覧ください。

URL：

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

1．分析ツールの使い方

＜２つの分析ツール＞

○　本分析ツールでは、以下の２つのシートを用意しています。
・シート①：事務局で把握できるデータ（アウトカム指標が中心）のみで構成
・シート②：自治体で記入する項目も掲載

○　これは、
・各市町村等において、その介護保険事業の実施状況を踏まえて、地域の現状・課題の分析や事業評価等を行っていくためには、シート②にてその実施する事業やその状況等を記入いただくことが必要ですが※、
・事務局で把握できるデータのみ掲載したシート①でも、自治体に地域の現状・課題等を考えていただくきっかけになるのではないかと考え、用意したものです。
※シート②では、事務局で把握できるデータに加えて、国の文書等を参考に比較的よくあると思われる事業や指標の例を記載しています（黄色塗りつぶし部分）。

＜分析ツールの操作方法と見方＞

●シート①・②共通

Ⅰ　都道府県・市町村名を選択します。　※他の自治体も選択可

Ⅱ　全国や都道府県の平均、2018年の数値と比較可能です。
各種文書やマニュアル等をもとに整理できる項目は、
・**全国**と比較し、**高い場合は青、低い場合は赤で塗りつぶし。**
・**2018年**と比較し、**高い場合は青字、低い場合は赤字**で記載。
※基礎データ、C13は、高い場合には赤、低い場合には青。
※青は「よい」、赤は「改善が必要」ではなく、これをきっかけに関係者間で地域の現状・課題を話していくことが重要です。

Ⅲ　ロジックモデルの特性を活かして、関連する左右の項目や、上位の項目に影響する他の項目を見ていくと、地域分析を深めていくことができます。

●シート②のみ（自治体独自項目を記入できるシート）

Ⅳ　シート②は、各自治体で修正・追加が可能です。記載の例も参考に、自らの自治体で実施している事業やその実施状況を記入します。
※自治体記入シートには、当該数値を引用することができる調査等を掲載しています。
※保険者シートにデータを登録していない自治体の方も、シート②で直接入力できます。
　セルに色を付けて関係者で議論もできます。

Ⅴ　自治体独自項目を記入する場合は、自治体記入シートを選択します。
※本シートにない項目は、「分析シート」にそのまま記入します。行の追加・削除等も可能です。

Ⅵ　自治体記入シートの都道府県、市区町村・保険者を選択します。
※分析シートで選択した市区町村・保険者以外を選択している場合には、分析シートに反映されません。

Ⅶ　「備考」に記載されている調査等を参考に、数値を記入します。（記入している数値は例）

Ⅷ　分析シートの各項目に反映されます。

２．留意点

○　各項目（特にA1「高齢者のＱＯＬ」）について、分析ツールに掲載した項目のほか、他分野（医療・保健等）の取組や、経済状況などによっても影響されることに留意。

○　本分析ツールでは、保険者シートにおいて各市町村等から登録いただいたデータ（データの一般公開の許可を得ていない場合には表示されません。）及び各種調査等により公開されているデータを掲載。

○　各指標の出典や時点は、「介護保険「保険者シート」分析ツール　指標リスト」を参照ください。

○　介護予防・日常生活圏域ニーズ調査をもとにする指標※は、「自立＋要支援」の数値を基本としつつ、「自立」のみ登録されている市町村等は「自立」の数値を掲載している。
※主観的幸福感、主観的健康観、リスク者の割合、社会参加者の割合

○　本ツールの著作権は、「一般財団法人　医療経済研究・社会保険福祉協会　医療経済研究機構」に帰属する。本ツールを利用した資料、記事、論文等には、「介護保険「保険者シート」分析ツール（第●版）」と出典表記する。

　本ツールは、地域の介護福祉の向上や政策展開に向けた行政、研究、教育等での利用を期待するもの。営利目的の販促物等への引用掲載を除き、どなたでもご利用できる。

　本ツールの基とするデータの収集および提供には万全を期していますが、その完全性、正確性を保証するものではなく、利用者が本ツールを利用して行う一切の行為及び利用者が被った損害及び損失に対して、いかなる責任も負わない。利用者は、自らの責任において本データを利用するものとする。

＜参考：分析ツールの作成＞

○　本ツールを作成するにあたっては、
- 各自治体で実施している介護保険事業がどのように成果（目指す姿）を達成するのかを論理的・体系的に整理した上で（市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル）、
- 地域支援事業実施要綱等を参考にして各項目の趣旨を踏まえた指標（※）を置き、全国や都道府県の平均や、前期計画時の指標と比較することができるようにした。

（※）保険者シートの項目だけではなく、地域包括ケア「見える化」システムに掲載されている項目等も盛り込んだ。

▼地域を選択してください

都道府県	
市区町村／保険者	

介護保険「保険者シート」分析ツール

E. 投入資源（インプット）

E. 投入資源（インプット）	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	―	―
E01. 在宅医療介護連携推進事業				
在宅医療・介護連携推進事業費（決算額）（千円）（第１号被保険者千人あたり）				
在宅医療・介護連携相談支援事業の運営主体				
E02. 住まいの確保				
E03. 権利擁護・虐待防止				
地域包括支援センター運営（後掲）				
E04. 災害・感染症対策に関わる体制整備				
E05. 家族介護者支援				
地域包括支援センター運営（後掲）				
E06. 地域密着型サービス事業所の整備・指定等				
E07. 介護人材の確保				
E08. 業務の効率化と質の向上				
E09. 地域包括支援センター運営				
地域包括支援センター運営事業費（決算額）（千円）（第１号被保険者千人あたり）				
地域包括支援センター設置数（65歳以上人口1万人あたり）		2.05		
地域包括支援センター職員数（65歳以上人口1万人あたり）		8.77		
E10. 地域ケア会議				
地域ケア会議推進事業費（決算額）（千円）（第１号被保険者千人あたり）				
E11. 認知症総合支援事業				
認知症総合支援事業費（決算額）（千円）（第１号被保険者千人あたり）				
認知症地域支援推進員数（人）（75歳以上人口1万人あたり）				
E12. 生活支援体制整備事業				
生活支援体制整備事業費（決算額）（千円）（第１号被保険者千人あたり）				
生活支援コーディネーター数（第１層）（専任）（人）（65歳以上人口1万人あたり）				
生活支援コーディネーター数（第１層）（兼務）（人）（65歳以上人口1万人あたり）				
生活支援コーディネーター数（第２層）（専任）（人）（65歳以上人口1万人あたり）				
生活支援コーディネーター数（第２層）（兼務）（人）（65歳以上人口1万人あたり）				
E13. 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費（決算額）（千円）（第１号被保険者千人あたり）	8,891	8,299		
訪問型サービス（事業費）（千円）（75歳以上人口千人あたり）				
通所型サービス（事業費）（千円）（75歳以上人口千人あたり）				
その他生活支援サービス（事業費）（千円）（75歳以上人口千人あたり）				
介護予防ケアマネジメント（事業費）（千円）（75歳以上人口千人あたり）				
E14. 一般介護予防事業				
一般介護予防事業費（決算額）（千円）（第１号被保険者千人あたり）	842	792		
E15. 保健事業と介護予防の一体的実施				
E16. 介護給付費適正化事業				
E17. PDCAサイクル				

D. 事業・取組み（アクティビティ・アウトプット）

D. 事業・取組み（アクティビティ・アウトプット）	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	―	―
D01. 在宅医療介護連携推進事業				
在宅医療・介護連携推進協議会開催数（回）				
D02. 住まいの確保				
D03. 権利擁護・虐待防止				
D04. 災害・感染症対策に関わる体制整備				
D05. 家族介護者支援				
D06. 地域密着型サービス事業所の整備・指定等				
D07. 介護人材の確保				
D08. 業務の効率化と質の向上				
D09. 総合相談支援				
D10. 包括的継続的ケアマネジメント支援				
D11. 地域ケア会議				
地域ケア個別会議（困難事例）年間検討延べ件数（75歳以上人口千人あたり）				
地域ケア個別会議（自立支援型ケアマネ）年間検討延べ件数（75歳以上人口千人あたり）				
地域ケア個別会議（地域課題（テーマ別）の検討） 年間会議開催件数				
D12. 認知症総合支援事業				
認知症初期集中支援チーム対応件数（件）（75歳以上人口千人あたり）				
認知症サポーター数（人）（人口1000人あたり）	79.5	96.9		
D13. 生活支援体制整備事業				
D14. 介護予防・生活支援サービス事業				
訪問型 従前相当 利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		16.5		
訪問型サービスA 利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		4.6		
訪問型サービスB 提供団体数（75歳以上人口1万人あたり）		0.4		
訪問型サービスC 利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		0.1		
訪問型サービスD 提供団体数（75歳以上人口1万人あたり）		0.1		
通所型 従前相当 利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		27.2		
通所型サービスA 利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		4.8		
通所型サービスB 提供団体数（75歳以上人口1万人あたり）		1.0		
通所型サービスC 利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		0.5		
その他生活支援サービス（見守り） 利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		0.6		
その他生活支援サービス（配食） 利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		1.4		
その他生活支援サービス（その他） 利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		0.0		
D15. 一般介護予防事業				
介護予防に資する取組への参加やボランティア等へのポイント付与(参加実人数)(65歳以上人口千人あたり)		3.11		
地域リハビリテーション活動支援事業 専門職派遣件数（65歳以上人口千人あたり）	3.71	3.25		
D16. 保健事業と介護予防の一体的実施				
D17. 介護給付費適正化事業				
D18. PDCAサイクル				

C. 地域のサービス・支援の目標（初期アウトカム）

C. 地域のサービス・支援の目標（初期アウトカム）	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	―	―
C01. 在宅医療と介護が一体的に提供されている				
訪問診療を受けた患者数（算定回数）（人口10万人あたり）				
訪問看護（介護保険） 利用者数（75歳以上人口千人あたり）	29.1	35.6		
看取り数（算定回数）（人口10万人あたり）				
往診を実施する一般診療所数（箇所数）（75歳以上人口1万人あたり）	11.7	10.4		
訪問診療を実施する一般診療所数（箇所数）（75歳以上人口1万人あたり）	11.3	11.0		
看取りを実施する一般診療所数（箇所数）（75歳以上人口1万人あたり）	2.7	2.9		
＜参考１＞在宅療養支援診療所数（箇所数）（75歳以上人口1万人あたり）	7.7	7.9		
＜参考２＞(24時間対応)訪問看護ステーション看護職員数(常勤換算)(人)(75歳以上人口1万人あたり)	28.6	33.1		
C02. 住まいが、ニーズに合わせて適切に提供されている				
調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（居住系サービス）（円）	9,790	2,616		
調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（施設サービス）（円）		7,338		
介護保険施設定員数（要支援・要介護者1人あたり）（人）	0.15	0.15		
居住系サービス定員数（要支援・要介護者1人あたり）（人）	0.08	0.08		
<参考1>サービス付き高齢者向け住宅(特定施設入居者生活介護等を除く)戸数(75歳以上人口千人あたり)	12.3	13.0		
＜参考２＞有料老人ホーム 定員数（人）（75歳以上人口千人あたり）	30.9	34.3		
＜参考３＞軽費老人ホーム 定員数（人）（75歳以上人口千人あたり）	5.3	5.1		
C03. 高齢者の権利利益が擁護されている				
C04. 災害・感染症発生時に備えられている				
C05. 介護に取り組む家族の負担が軽減されている				
現在の生活を継続していく上で不安に感じる介護（特にない）（%）				
今後も働きながら介護を続けていく（問題なく続けていける、何とか続けていける）（%）				
施設等への入所等の検討状況（検討していない）（%）				
C06. 地域において、高齢者に必要な介護サービスが提供されている				
施設等への入所等の検討状況（検討していない）（%）				
調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（円）	20,391	20,740		
調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（在宅サービス）（円）	10,600	10,786		
調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（居住系サービス）（円）	9,790	2,616		
調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（施設サービス）（円）		7,338		
介護保険施設定員数（要支援・要介護者1人あたり）（人）	0.15	0.15		
居住系サービス定員数（要支援・要介護者1人あたり）（人）	0.08	0.08		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護（事業所数）（要支援・要介護者１万人あたり）		1.70		
（看護）小規模多機能型居宅介護（事業所数）（要支援・要介護者１万人あたり）		9.58		
＜参考１＞訪問介護（事業所数）（要支援・要介護者１万人あたり）		51.3		
＜参考２＞訪問介護 利用者数（75歳以上人口千人あたり）	54.9	55.2		
＜参考３＞訪問看護 利用者数（75歳以上人口千人あたり）	29.1	35.6		
＜参考４＞定期巡回・随時対応型訪問介護看護利用者数（75歳以上人口千人あたり）	1.3	1.8		
＜参考５＞（地域密着型）通所介護 利用者数（75歳以上人口千人あたり）	86.0	81.9		
＜参考６＞短期入所生活介護 利用者数（75歳以上人口千人あたり）	18.3	15.7		
＜参考７＞（看護）小規模多機能型居宅介護 利用者数（75歳以上人口千人あたり）	6.7	7.0		
＜参考８＞居住系サービス 利用者数（75歳以上人口千人あたり）	25.2	25.6		
＜参考９＞介護保険施設 利用者数（75歳以上人口千人あたり）	53.2	51.9		
＜参考10＞訪問リハビリテーション 利用者数（75歳以上人口千人あたり）	6.3	7.2		
＜参考11＞通所リハビリテーション 利用者数（75歳以上人口千人あたり）	33.3	31.2		
C07. 相談支援体制が整っている				
C08. 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				
C09. 認知症の予防と共生に向けた支援が行われている				
認知症対応型共同生活介護 利用者数（75歳以上人口千人あたり）	11.4	11.4		
認知症カフェ数（箇所数）（75歳以上人口1万人あたり）				
C10. 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				
介護予防・生活支援サービス 訪問型サービスB利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		0.3		
介護予防・生活支援サービス 訪問型サービスD利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		0.1		
介護予防・生活支援サービス 通所型サービスB利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		0.7		
C11. 住民が社会参加する多様な場がある				
通いの場箇所数 ※4	3.03	3.18		
C12. 介護予防・健康づくりに向けたサービス・支援があり、住民がそれらに取り組んでいる				
通いの場週１回以上の参加率（%）	2.2	2.1		
通いの場箇所数 ※4	3.0	3.2		
C13. 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				
調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（円）	20,391	20,740		
調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（在宅サービス）（円）	10,600	10,786		
調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（居住系サービス）（円）	9,790	2,616		
調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（施設サービス）（円）		7,338		
C14. PDCAサイクルによって介護保険事業の立案と運用が行われている				

B. 介護保険事業の方向性（中間アウトカム）

B. 介護保険事業の方向性（中間アウトカム）	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	―	―
B01. 要介護状態になっても、その心身の状況等に応じた適切なサービス・支援を受けることができ、可能な限り、居宅での暮らしを継続できる				
自宅死の割合（%）	13.7	17.2		
老人ホーム施設死の割合（%）	8.0	10.0		
要介護３以上の者のうち在宅サービス利用者の割合（%）	43.3	44.8		
要介護３以上の者のうち居住系サービス利用者の割合（%）	9.9	9.9		
要介護３以上の者のうち施設サービス利用者の割合（%）	36.2	35.6		
要介護３以上の者のうちサービスを利用していない者の割合（%）	10.5	9.7		
要介護１・２の者のうち在宅サービス利用者の割合（%）	73.2	73.0		
要介護１・２の者のうち居住系サービス利用者の割合（%）	8.0	8.3		
要介護１・２の者のうち施設サービス利用者の割合（%）	5.9	5.3		
要介護１・２の者のうちサービスを利用していない者の割合（%）	12.9	13.3		
B02. 高齢者が、社会との関わりを持ち、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止ができる				
リスク者の割合（運動機能）（自立・要支援）（%）				
リスク者の割合（転倒）（自立・要支援）（%）				
リスク者の割合（閉じこもり）（自立・要支援）（%）				
リスク者の割合（口腔）（自立・要支援）（%）				
リスク者の割合（栄養）（自立・要支援）（%）				
リスク者の割合（認知症）（自立・要支援）（%）				
リスク者の割合（抑うつ）（自立・要支援）（%）				
調整済み要介護認定率（%）	18.3	18.7		
調整済み重度認定率（%）	6.3	6.4		
調整済み軽度認定率（%）	12.0	12.3		
被保険者のうちサービス事業対象者数（%）	0.7	0.6		
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱａ以上の者（人数）（75歳以上人口千人あたり）				
要支援者等のサービス利用者数（人数）（75歳以上人口千人あたり）※	80.8	78.9		
要支援者等の在宅サービス利用者数（人数）（75歳以上人口千人あたり）※	78.9	77.0		
社会参加者の割合（スポーツ関係）（自立・要支援）（%）				
社会参加者の割合（趣味関係）（自立・要支援）（%）				
社会参加者の割合（ボランティア）（自立・要支援）（%）				
社会参加者の割合（収入のある仕事）（自立・要支援）（%）				
社会参加者の割合（学習・教養サークル）（自立・要支援）（%）				

※「要支援者等のサービス利用者数」は、介護予防ケアマネジメント、介護予防支援、小規模多機能型居宅介護等、居住系サービス、施設サービスの利用者数の合計。「要支援者等の在宅サービス利用者数」は、そこから居住系サービス、施設サービスの利用者数を除いたもの。

B. 介護保険事業の方向性（中間アウトカム）	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	―	―
B03. 介護保険事業の持続可能性が確保されている				
保険料月額基準額（円）	5,869	6,014		
保険料収納必要額（月額）（円）				
介護給付費準備基金一人当たり残高（千円）		22.2		

A. 目指す姿（最終アウトカム）

A. 目指す姿（最終アウトカム）	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	―	―
A01. 高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ、自立した暮らしを営むことができる				
平均寿命（歳） 男性		80.8		
平均寿命（歳） 女性		87.0		
平均自立期間（歳）（全国） 男性	79.6	80.1		
平均自立期間（歳）（全国） 女性	84.0	84.4		
主観的幸福感の高い高齢者割合（自立・要支援）（%）				
主観的健康観の高い高齢者割合（自立・要支援）（%）				

＜基礎データ＞

高齢化率（%）	27.6	28.5		
後期高齢化率（%）	14.0	14.7		
85歳以上高齢化率（%）	4.4	5.0		
高齢者夫婦のみ世帯割合（%）	11.4	11.7		
高齢者独居世帯割合（%）	11.1	12.1		
＜参考１＞75歳以上人口について2025年推計との比較	120.7	115.7		
＜参考２＞75歳以上人口について2040年推計との比較	123.8	118.7		

介護保険「保険者シート」
分析ツール

▼地域を選択してください

都道府県	
市区町村／保険者	

E. 投入資源（インプット）

E01. 在宅医療介護連携推進事業	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
在宅医療・介護連携推進事業費（決算額）（千円）（第１号被保険者千人あたり）				
在宅医療・介護連携相談支援事業の運営主体				
在宅医療・介護連携相談支援事業の従事者数				

E02. 住まいの確保	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
事業費（事業所整備（居住系・施設）に係る補助金）（決算額）				
高齢者の安心な住まいの確保に資する事業（決算額）				

E03. 権利擁護・虐待防止	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
地域包括支援センター運営（後掲）				
家族介護者支援事業費（後掲）				
成年後見制度等の活用促進に関する事業（決算額）				
中核機関の設置等				
成年後見制度利用支援事業（決算額）				
日常生活自立支援事業（決算額）				

E04. 災害・感染症対策に関わる体制整備	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
災害対策に関する事業費（決算額）				
感染症対策に関する事業費（決算額）				

E05. 家族介護者支援	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
地域包括支援センター運営（後掲）				
家族介護支援事業（決算額）				

E06. 地域密着型サービス事業所の整備・指定等	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
事業費（事業所整備に係る補助金）（決算額）				

E07. 介護人材の確保	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
事業費（決算額）				

E08. 業務の効率化と質の向上	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
事業費（事業所への補助金等）（決算額）				

E09. 地域包括支援センター運営	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
地域包括支援センター運営事業費（決算額）（千円）（第１号被保険者千人あたり）				
地域包括支援センター設置数（65歳以上人口1万人あたり）		2.05		
地域包括支援センター職員数（65歳以上人口1万人あたり）		8.77		

E10. 地域ケア会議	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
地域ケア会議推進事業費（決算額）（千円）（第１号被保険者千人あたり）				

E11. 認知症総合支援事業	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
認知症総合支援事業費（決算額）（千円）（第１号被保険者千人あたり）				
認知症地域支援推進員数（人）（75歳以上人口1万人あたり）				
認知症初期集中支援チーム数・チーム員数				
チームオレンジコーディネーター数				

D. 事業・取組み（アクティビティ・アウトプット）

D01. 在宅医療介護連携推進事業	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
在宅医療・介護連携推進協議会開催数（回）				
在宅医療・介護連携相談支援事業の相談・支援件数				
多職種協働等の研修の開催回数・参加者数				
地域住民等への講演会等の開催回数・参加者数				
情報共有ツールの登録者数・利用者数				

D02. 住まいの確保	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
現計画期間中に整備した事業所（居住系・施設）数・定員数				
相談・入居支援の件数				

D03. 権利擁護・虐待防止	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
家族介護者支援事業（後掲）				
老人福祉施設等への措置数				
高齢者虐待防止法に基づく対応件数				
中核機関等による相談件数・支援件数（後見人・権利擁護支援チームへの支援を含む）				
住民や関係者への権利擁護についての周知・普及（研修等）				
成年後見制度の首長申立件数				
市民後見人の養成人数				
チーム（権利擁護支援チーム）により支援を行っている件数				
成年後見制度利用支援事業　利用者数				
日常生活自立支援事業　利用者数				
「意思決定支援のガイドライン」の周知・普及				
地域包括支援センター等での相談・支援件数				

D04. 災害・感染症対策に関わる体制整備	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
介護事業所等への周知啓発（集団指導、研修等）				
福祉避難所の箇所数				
避難行動要支援者名簿と個別計画の作成数				
介護事業所等への周知啓発（集団指導、研修等）				
物資の備蓄・調達・輸送体制の整備				

D05. 家族介護者支援	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
介護教室の開催回数・参加者数				
介護者交流会の開催回数・参加者数				
地域包括支援センター等での相談・支援件数				

D06. 地域密着型サービス事業所の整備・指定等	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
現計画期間中に整備した事業所（サービス別）数・定員数				
現計画期間中に指定した事業所（サービス別）数・定員数				
事業所への指導の実施状況（直近１年間で指導した事業所の割合等）				

D07. 介護人材の確保	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
事業参加事業所数、参加者数				

D08. 業務の効率化と質の向上	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
対象事業所数				

D09. 総合相談支援	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
地域包括支援センターへの相談件数				
上記相談について支援につなげた件数				
地域包括支援センターの周知				
職員への研修等の開催回数・参加者数				

D10. 包括的継続的ケアマネジメント支援	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
ネットワーク構築のための研修・会議等の開催回数				
ケアマネジャーからの相談・支援の件数				

D11. 地域ケア会議	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
地域ケア個別会議（困難事例）年間検討延べ件数（75歳以上人口千人あたり）				
地域ケア個別会議（自立支援型ケアマネ）年間検討延べ件数（75歳以上人口千人あたり）				
地域ケア個別会議（地域課題（テーマ別）の検討）　年間会議開催件数				

D12. 認知症総合支援事業	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
認知症初期集中支援チーム対応件数（件）（75歳以上人口千人あたり）				
認知症サポーター数（人）（人口1000人あたり）	79.5	96.9		
認知症の人本人や家族からの相談・支援件数				
病院・介護事業所等の職員向け研修・支援件数				
ステップアップ講座の開催回数・参加者数				
チームオレンジの支援				
「意思決定支援ガイドライン」の研修回数・参加者数				
＜参考＞認知症サポート医数（人）（75歳以上人口1万人あたり）				

C. 地域のサービス・支援の目標（初期アウトカム）

C01. 在宅医療と介護が一体的に提供されている	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
訪問診療を受けた患者数（算定回数）（人口10万人あたり）				
訪問看護（介護保険）　利用者数（75歳以上人口千人あたり）	29.1	35.6		
看取り数（算定回数）（人口10万人あたり）				
往診を実施する一般診療所数（箇所数）（75歳以上人口1万人あたり）	11.7	10.4		
訪問診療を実施する一般診療所数（箇所数）（75歳以上人口1万人あたり）	11.3	11.0		
看取りを実施する一般診療所数（箇所数）（75歳以上人口1万人あたり）	2.7	2.9		
退院退所加算の算定回数（人口10万人あたり）				
入院時情報連携加算の算定回数（人口10万人あたり）				
退院支援（退院調整）を受けた患者数（算定回数）（人口10万人あたり）				
＜参考１＞在宅療養支援診療所数（箇所数）（75歳以上人口1万人あたり）	7.7	7.9		
＜参考２＞(24時間対応)訪問看護ステーション看護職員数(常勤換算)(人)(75歳以上人口1万人あたり)	28.6	33.1		

C02. 住まいが、ニーズに合わせて適切に提供されている	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（居住系サービス）（円）	9,790	2,616		
調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（施設サービス）（円）		7,338		
介護保険施設定員数（要支援・要介護者1人あたり）（人）	0.15	0.15		
居住系サービス定員数（要支援・要介護者1人あたり）（人）	0.08	0.08		
<参考1>サービス付き高齢者向け住宅(特定施設入居者生活介護等を除く)戸数(75歳以上人口千人あたり)	12.3	13.0		
＜参考２＞有料老人ホーム　定員数（人）（75歳以上人口千人あたり）	30.9	34.3		
＜参考３＞軽費老人ホーム　定員数（人）（75歳以上人口千人あたり）	5.3	5.1		

C03. 高齢者の権利利益が擁護されている	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
家族等による高齢者の虐待件数				
成年後見制度等についての認知度				
成年後見制度の利用件数　※市町村で把握している場合				
「意思決定支援のガイドライン」に基づく支援				

C04. 災害・感染症発生時に備えられている	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
災害に関する計画を策定している介護事業所の割合				
感染症に関する計画を策定している介護事業所の割合				

C05. 介護に取り組む家族の負担が軽減されている	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
現在の生活を継続していく上で不安に感じる介護（特にない）（％）				
今後も働きながら介護を続けていく（問題なく続けていける、何とか続けていける）（％）				
介護を理由に仕事を辞めた方がいる割合				
施設等への入所等の検討状況（検討していない）（％）				

C06. 地域において、高齢者に必要な介護サービスが提供されている	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
施設等への入所等の検討状況（検討していない）（％）				
調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（円）	20,391	20,740		
調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（在宅サービス）（円）	10,600	10,786		
調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（居住系サービス）（円）	9,790	2,616		
調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（施設サービス）（円）		7,338		
介護保険施設定員数（要支援・要介護者1人あたり）（人）	0.15	0.15		
居住系サービス定員数（要支援・要介護者1人あたり）（人）	0.08	0.08		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護（事業所数）（要支援・要介護者１万人あたり）		1.70		
（看護）小規模多機能型居宅介護（事業所数）（要支援・要介護者１万人あたり）		9.58		
＜参考１＞訪問介護（事業所数）（要支援・要介護者１万人あたり）		51.3		
＜参考２＞訪問介護　利用者数（75歳以上人口千人あたり）	54.9	55.2		
＜参考３＞訪問看護　利用者数（75歳以上人口千人あたり）	29.1	35.6		
＜参考４＞定期巡回・随時対応型訪問介護看護利用者数（75歳以上人口千人あたり）	1.3	1.8		
＜参考５＞（地域密着型）通所介護　利用者数（75歳以上人口千人あたり）	86.0	81.9		
＜参考６＞短期入所生活介護　利用者数（75歳以上人口千人あたり）	18.3	15.7		
＜参考７＞（看護）小規模多機能型居宅介護　利用者数（75歳以上人口千人あたり）	6.7	7.0		
＜参考８＞居住系サービス　利用者数（75歳以上人口千人あたり）	25.2	25.6		
＜参考９＞介護保険施設　利用者数（75歳以上人口千人あたり）	53.2	51.9		
＜参考10＞訪問リハビリテーション　利用者数（75歳以上人口千人あたり）	6.3	7.2		
＜参考11＞通所リハビリテーション　利用者数（75歳以上人口千人あたり）	33.3	31.2		
事業所における介護職員の採用者数・離職者数				

C07. 相談支援体制が整っている	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
地域包括支援センターの認知度				
地域包括支援センターの利用者満足度				

C08. 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	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
多職種連携により適切な支援が行われていると回答するケアマネジャーの割合				
地域ケア会議で出された地域課題を施策・事業として検討した件数				

C09. 認知症の予防と共生に向けた支援が行われている	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
認知症対応型共同生活介護　利用者数（75歳以上人口千人あたり）	11.4	11.4		
認知症カフェ数（箇所数）（75歳以上人口1万人あたり）				
認知症相談窓口の認知度				
認知症日常生活自立度ⅡA以上となったときの平均年齢				
認知症日常生活自立度ⅡA以上のうち、在宅での生活を継続している者の割合				

B. 介護保険事業の方向性（中間アウトカム）

B01. 要介護状態になっても、その心身の状況等に応じた適切なサービス・支援を受けることができ、可能な限り、居宅での暮らしを継続できる	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
自宅死の割合（％）	13.7	17.2		
老人ホーム施設死の割合（％）	8.0	10.0		
要介護３以上の者のうち在宅サービス利用者の割合（％）	43.3	44.8		
要介護３以上の者のうち居住系サービス利用者の割合（％）	9.9	9.9		
要介護３以上の者のうち施設サービス利用者の割合（％）	36.2	35.6		
要介護３以上の者のうちサービスを利用していない者の割合（％）	10.5	9.7		
要介護１・２の者のうち在宅サービス利用者の割合（％）	73.2	73.0		
要介護１・２の者のうち居住系サービス利用者の割合（％）	8.0	8.3		
要介護１・２の者のうち施設サービス利用者の割合（％）	5.9	5.3		
要介護１・２の者のうちサービスを利用していない者の割合（％）	12.9	13.3		
「過去１年間に、居所を変更した人」の割合				

A. 目指す姿（最終アウトカム）

A01. 高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ、自立した暮らしを営むことができる	全国 2018年	全国 直近（R3時点）	—	—
平均寿命（歳）　男性		80.8		
平均寿命（歳）　女性		87.0		
平均自立期間（歳）（全国）　男性	79.6	80.1		
平均自立期間（歳）（全国）　女性	84.0	84.4		
主観的幸福感の高い高齢者割合（自立・要支援）（％）				
主観的健康観の高い高齢者割合（自立・要支援）（％）				
主観的幸福感の高い高齢者割合（要支援・要介護）（％）				
主観的健康観の高い高齢者割合（要支援・要介護）（％）				

＜基礎データ＞

高齢化率（％）	27.6	28.5		
後期高齢化率（％）	14.0	14.7		
85歳以上高齢化率（％）	4.4	5.0		
高齢者夫婦のみ世帯割合（％）	11.4	11.7		
高齢者独居世帯割合（％）	11.1	12.1		
＜参考１＞75歳以上人口について2025年推計との比較	120.7	115.7		
＜参考２＞75歳以上人口について2040年推計との比較	123.8	118.7		

介護保険「保険者シート」
分析ツール

▼地域を選択してください

都道府県	
市区町村／保険者	

E. 投入資源（インプット）

E12. 生活支援体制整備事業	全国 2018年	直近（R3時点）	―	―
生活支援体制整備事業費（決算額）（千円）（第１号被保険者千人あたり）				
生活支援コーディネーター数（第１層）（専任）（人）（65歳以上人口1万人あたり）				
生活支援コーディネーター数（第１層）（兼務）（人）（65歳以上人口1万人あたり）				
生活支援コーディネーター数（第２層）（専任）（人）（65歳以上人口1万人あたり）				
生活支援コーディネーター数（第２層）（兼務）（人）（65歳以上人口1万人あたり）				
就労的活動コーディネーター数				

E13. 介護予防・生活支援サービス事業	全国 2018年	直近（R3時点）	―	―
介護予防・生活支援サービス事業費（決算額）（千円）（第１号被保険者千人あたり）	8,891	8,299		
訪問型サービス（事業費）（千円）（75歳以上人口千人あたり）				
通所型サービス（事業費）（千円）（75歳以上人口千人あたり）				
その他生活支援サービス（事業費）（千円）（75歳以上人口千人あたり）				
介護予防ケアマネジメント（事業費）（千円）（75歳以上人口千人あたり）				

E14. 一般介護予防事業	全国 2018年	直近（R3時点）	―	―
一般介護予防事業費（決算額）（千円）（第１号被保険者千人あたり）	842	792		

E15. 保健事業と介護予防の一体的実施	全国 2018年	直近（R3時点）	―	―
保健事業と介護予防の一体的実施事業費（決算額）				
医療専門職の配置				

E16. 介護給付費適正化事業	全国 2018年	直近（R3時点）	―	―
介護給付費適正化事業費（決算額）				

E17. PDCAサイクル	全国 2018年	直近（R3時点）	―	―
会議開催に係る費用				

D. 事業・取組み（アクティビティ・アウトプット）

D13. 生活支援体制整備事業	全国 2018年	直近（R3時点）	―	―
生活支援の担い手研修　開催回数・参加者				
多様な生活支援サービス等の情報提供				
就労的活動でマッチングした者数				

D14. 介護予防・生活支援サービス事業	全国 2018年	直近（R3時点）	―	―
訪問型　従前相当　利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		16.5		
訪問型サービスA　利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		4.6		
訪問型サービスB　提供団体数（75歳以上人口1万人あたり）		0.4		
訪問型サービスC　利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		0.1		
訪問型サービスD　提供団体数（75歳以上人口1万人あたり）		0.1		
通所型　従前相当　利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		27.2		
通所型サービスA　利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		4.8		
通所型サービスB　提供団体数（75歳以上人口1万人あたり）		1.0		
通所型サービスC　利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		0.5		
その他生活支援サービス（見守り）　利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		0.6		
その他生活支援サービス（配食）　利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		1.4		
その他生活支援サービス（その他）　利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		0.0		

D15. 一般介護予防事業	全国 2018年	直近（R3時点）	―	―
介護予防に資する取組への参加やボランティア等へのポイント付与(参加実人数)(65歳以上人口千人あたり)		3.11		
地域リハビリテーション活動支援事業　専門職派遣件数（65歳以上人口千人あたり）	3.71	**3.25**		
介護予防教室の開催回数・参加者数				
住民主体の通いの場等への支援回数				

D16. 保健事業と介護予防の一体的実施	全国 2018年	直近（R3時点）	―	―
通いの場等への支援回数				
その他事業の実績				

D17. 介護給付費適正化事業	全国 2018年	直近（R3時点）	―	―
各事業の実施状況（ケアプラン点検、給付費通知等）				

D18. PDCAサイクル	全国 2018年	直近（R3時点）	―	―
介護保険事業計画への目標・指標の有無				
実績評価の実施の有無				
計画の検討・評価を行う会議の開催回数				

C. 地域のサービス・支援の目標（初期アウトカム）

C10. 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	全国 2018年	直近（R3時点）	―	―
介護予防・生活支援サービス　訪問型サービスB利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		0.3		
介護予防・生活支援サービス　訪問型サービスD利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		0.1		
介護予防・生活支援サービス　通所型サービスB利用実人数（75歳以上人口千人あたり）		0.7		
利用している「介護保険サービス以外」の支援・サービスの状況				

C11. 住民が社会参加する多様な場がある	全国 2018年	直近（R3時点）	―	―
通いの場箇所数　※4	3.03	**3.18**		
地域づくりへの参加意向のある高齢者の割合（%）　（自立・要支援）				
地域づくりへの企画・運営としての参加意向のある高齢者の割合（%）　（自立・要支援）				

C12. 介護予防・健康づくりに向けたサービス・支援があり、住民がそれらに取り組んでいる	全国 2018年	直近（R3時点）	―	―
通いの場週１回以上の参加率（%）	2.2	**2.1**		
通いの場箇所数　※4	3.0	**3.2**		
各参加者における心身の状態の改善				
利用している「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、「サロンなどの定期的な通いの場」				

C13. 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	全国 2018年	直近（R3時点）	―	―
調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（円）	20,391	**20,740**		
調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（在宅サービス）（円）	10,600	**10,786**		
調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（居住系サービス）（円）	9,790	**2,616**		
調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（施設サービス）（円）		**7,338**		

C14. PDCAサイクルによって介護保険事業の立案と運用が行われている	全国 2018年	直近（R3時点）	―	―
評価結果を計画や事業の内容に反映した事業の数				

B. 介護保険事業の方向性（中間アウトカム）

B02. 高齢者が、社会との関わりを持ち、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止ができる	全国 2018年	直近（R3時点）	―	―
リスク者の割合（運動機能）（自立・要支援）（%）				
リスク者の割合（転倒）（自立・要支援）（%）				
リスク者の割合（閉じこもり）（自立・要支援）（%）				
リスク者の割合（口腔）（自立・要支援）（%）				
リスク者の割合（栄養）（自立・要支援）（%）				
リスク者の割合（認知症）（自立・要支援）（%）				
リスク者の割合（抑うつ）（自立・要支援）（%）				
調整済み要介護認定率（%）	18.3	**18.7**		
調整済み重度認定率（%）	6.3	**6.4**		
調整済み軽度認定率（%）	12.0	**12.3**		
被保険者のうちサービス事業対象者数（%）	0.7	**0.6**		
一定期間における要介護認定者の平均要介護度の変化率（要介護１・２）				
一定期間における要介護認定者の平均要介護度の変化率（要介護３～５）				
新規認定を受けた者の平均年齢				
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱａ以上の者（人数）（75歳以上人口千人あたり）				
要支援者等のサービス利用者数（人数）（75歳以上人口千人あたり）※	80.8	78.9		
要支援者等の在宅サービス利用者数（人数）（75歳以上人口千人あたり）※	78.9	77.0		
社会参加者の割合（スポーツ関係）（自立・要支援）（%）				
社会参加者の割合（趣味関係）（自立・要支援）（%）				
社会参加者の割合（ボランティア）（自立・要支援）（%）				
社会参加者の割合（収入のある仕事）（自立・要支援）（%）				
社会参加者の割合（学習・教養サークル）（自立・要支援）（%）				

※「要支援者等のサービス利用者数」は、介護予防ケアマネジメント、介護予防支援、小規模多機能型居宅介護等、居住系サービス、施設サービスの利用者数の合計。「要支援者等の在宅サービス利用者数」は、そこから居住系サービス、施設サービスの利用者数を除いたもの。

B03. 介護保険事業の持続可能性が確保されている	全国 2018年	直近（R3時点）	―	―
保険料月額基準額（円）	5,869	**6,014**		
保険料収納必要額（月額）（円）				
介護給付費準備基金一人当たり残高（千円）		22.2		

A. 目指す姿（最終アウトカム）

A. 目指す姿（最終アウトカム）	全国 2018年	直近（R3時点）	―	―

分析シートで自治体を選択してください　　※独自に保有している情報を記入してください（分析シートに反映されます）

都道府県	
市区町村／保険者	

見出し番号	指標	2018年	直近（R3時点）	備考
A01. 高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ、自立した暮らしを営むことができる	主観的幸福感の高い高齢者割合（%）（要支援・要介護）			
A01. 高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ、自立した暮らしを営むことができる	主観的健康観の高い高齢者割合（%）（要支援・要介護）			
B01. 要介護状態になっても、その心身の状況等に応じた適切なサービス・支援を受けることができ、可能な限り、居宅での暮らしを継続できる	「過去１年間に、居所を変更した人」の割合			在宅生活改善調査、居所変更実態調査 ＜参考＞ 第９期介護保険事業計画作成に向けた各種調査等に関する説明会資料５（10枚目） https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000971144.pdf
B02. 高齢者が、社会との関わりを持ち、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止ができる	一定期間における要介護認定者の平均要介護度の変化率（要介護１・２）			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の集計結果
B02. 高齢者が、社会との関わりを持ち、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止ができる	一定期間における要介護認定者の平均要介護度の変化率（要介護３～５）			
B02. 高齢者が、社会との関わりを持ち、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止ができる	新規認定を受けた者の平均年齢			地域包括ケア「見える化」システム
C01. 在宅医療と介護が一体的に提供されている	退院退所加算の算定回数 人口10万人対			地域包括ケア「見える化」システム
C01. 在宅医療と介護が一体的に提供されている	入院時情報連携加算の算定回数 人口10万人対			
C01. 在宅医療と介護が一体的に提供されている	退院支援（退院調整）を受けた患者数（算定回数）人口10万人対			
C03. 高齢者の権利利益が擁護されている	家族等による高齢者の虐待件数			「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」に基づく対応状況等に関する調査 ＜参考＞ 全国の調査結果（令和３年度） https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000196989_00024.html
C03. 高齢者の権利利益が擁護されている	成年後見制度等についての認知度			
C03. 高齢者の権利利益が擁護されている	成年後見制度の利用件数　※市町村で把握している場合			
C03. 高齢者の権利利益が擁護されている	「意思決定支援のガイドライン」に基づく支援			
C04. 災害・感染症発生時に備えられている	災害に関する計画を策定している介護事業所の割合			
C04. 災害・感染症発生時に備えられている	感染症に関する計画を策定している介護事業所の割合			
C05. 介護に取り組む家族の負担が軽減されている	介護を理由に仕事を辞めた方がいる割合			在宅介護実態調査
C06. 地域において、高齢者に必要な介護サービスが提供されている	事業所における介護職員の採用者数・離職者数			介護人材実態調査 ＜参考＞ 第９期介護保険事業計画作成に向けた各種調査等に関する説明会参考資料４（P60） https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000971212.pdf
C07. 相談支援体制が整っている	地域包括支援センターの認知度			
C07. 相談支援体制が整っている	地域包括支援センターの利用者満足度			
C08. 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	多職種連携により適切な支援が行われていると回答するケアマネジャーの割合			
C08. 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	地域ケア会議で出された地域課題を施策・事業として検討した件数			
C09. 認知症の予防と共生に向けた支援が行われている	認知症相談窓口の認知度			介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
C09. 認知症の予防と共生に向けた支援が行われている	認知症日常生活自立度ⅡA以上となったときの平均年齢			
C09. 認知症の予防と共生に向けた支援が行われている	認知症日常生活自立度ⅡA以上のうち、在宅での生活を継続している者の割合			
C10. 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	利用している「介護保険サービス以外」の支援・サービスの状況			在宅介護実態調査

C12. 介護予防・健康づくりに向けたサービス・支援があり、住民がそれらに取り組んでいる	各参加者における心身の状態の改善			
C12. 介護予防・健康づくりに向けたサービス・支援があり、住民がそれらに取り組んでいる	利用している「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、「サロンなどの定期的な通いの場」を回答した者の割合（要支援・要介護）			在宅介護実態調査
C14. PDCAサイクルによって介護保険事業の立案と運用が行われている	評価結果を計画や事業の内容に反映した事業の数			
D01. 在宅医療介護連携推進事業	在宅医療・介護連携相談支援事業の相談・支援件数			
D01. 在宅医療介護連携推進事業	多職種協働等の研修の開催回数・参加者数			
D01. 在宅医療介護連携推進事業	地域住民等への講演会等の開催回数・参加者数			
D01. 在宅医療介護連携推進事業	情報共有ツールの登録者数・利用者数			
D02. 住まいの確保	現計画期間中に整備した事業所（居住系・施設）数・定員数			
D02. 住まいの確保	相談・入居支援の件数			
D03. 権利擁護・虐待防止	家族介護者支援事業（後掲）			
D03. 権利擁護・虐待防止	老人福祉施設等への措置数			「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」に基づく対応状況等に関する調査 ＜参考＞ 全国の調査結果（令和３年度） https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000196989_00024.html
D03. 権利擁護・虐待防止	高齢者虐待防止法に基づく対応件数			
D03. 権利擁護・虐待防止	中核機関等による相談件数・支援件数（後見人・権利擁護支援チームへの支援を含む）			
D03. 権利擁護・虐待防止	住民や関係者への権利擁護についての周知・普及（研修等）			
D03. 権利擁護・虐待防止	成年後見制度の首長申立件数			
D03. 権利擁護・虐待防止	市民後見人の養成人数			
D03. 権利擁護・虐待防止	チーム（権利擁護支援チーム）により支援を行っている件数			
D03. 権利擁護・虐待防止	成年後見制度利用支援事業　利用者数			
D03. 権利擁護・虐待防止	日常生活自立支援事業　利用者数			
D03. 権利擁護・虐待防止	「意思決定支援のガイドライン」の周知・普及			
D03. 権利擁護・虐待防止	地域包括支援センター等での相談・支援件数			
D04. 災害・感染症対策に関わる体制整備	介護事業所等への周知啓発（集団指導、研修等）			
D04. 災害・感染症対策に関わる体制整備	福祉避難所の箇所数			
D04. 災害・感染症対策に関わる体制整備	避難行動要支援者名簿と個別計画の作成数			
D04. 災害・感染症対策に関わる体制整備	介護事業所等への周知啓発（集団指導、研修等）			
D04. 災害・感染症対策に関わる体制整備	物資の備蓄・調達・輸送体制の整備			
D05. 家族介護者支援	介護教室の開催回数・参加者数			
D05. 家族介護者支援	介護者交流会の開催回数・参加者数			
D05. 家族介護者支援	地域包括支援センター等での相談・支援件数			
D06. 地域密着型サービス事業所の整備・指定等	現計画期間中に整備した事業所（サービス別）数・定員数			
D06. 地域密着型サービス事業所の整備・指定等	現計画期間中に指定した事業所（サービス別）数・定員数			

D06. 地域密着型サービス事業所の整備・指定等	事業所への指導の実施状況（直近１年間で指導した事業所の割合等）			
D07. 介護人材の確保	事業参加事業所数、参加者数			
D08. 業務の効率化と質の向上	対象事業所数			
D09. 総合相談支援	地域包括支援センターへの相談件数			
D09. 総合相談支援	上記相談について支援につなげた件数			
D09. 総合相談支援	地域包括支援センターの周知			
D09. 総合相談支援	職員への研修等の開催回数・参加者数			
D10. 包括的継続的ケアマネジメント支援	ネットワーク構築のための研修・会議等の開催回数・参加者数			
D10. 包括的継続的ケアマネジメント支援	ケアマネジャーからの相談・支援の件数			
D12. 認知症総合支援事業	認知症の人本人や家族からの相談・支援件数			
D12. 認知症総合支援事業	病院・介護事業所等の職員向け研修・支援件数			
D12. 認知症総合支援事業	ステップアップ講座の開催回数・参加者数			
D12. 認知症総合支援事業	チームオレンジの支援			
D12. 認知症総合支援事業	「意思決定支援ガイドライン」の研修回数・参加者数			
D13. 生活支援体制整備事業	生活支援の担い手研修　開催回数・参加者			
D13. 生活支援体制整備事業	多様な生活支援サービス等の情報提供			
D13. 生活支援体制整備事業	就労的活動でマッチングした者数			
D15. 一般介護予防事業	介護予防教室の開催回数・参加者数			
D15. 一般介護予防事業	住民主体の通いの場等への支援回数			
D16. 保健事業と介護予防の一体的実施	通いの場等への支援回数			
D16. 保健事業と介護予防の一体的実施	その他事業の実績			
D17. 介護給付費適正化事業	各事業の実施状況（ケアプラン点検、給付費通知等）			
D18. PDCAサイクル	介護保険事業計画への目標・指標の有無			プルダウンから○, ×を選択してください
D18. PDCAサイクル	実績評価の実施の有無			プルダウンから○, ×を選択してください
D18. PDCAサイクル	計画の検討・評価を行う会議の開催回数			
E01. 在宅医療介護連携推進事業	在宅医療・介護連携相談支援事業の従事者数			
E02. 住まいの確保	事業費（事業所整備（居住系・施設）に係る補助金）（決算額）			
E02. 住まいの確保	高齢者の安心な住まいの確保に資する事業（決算額）			
E03. 権利擁護・虐待防止	家族介護者支援事業費（後掲）			
E03. 権利擁護・虐待防止	成年後見制度等の活用促進に関する事業（決算額）			
E03. 権利擁護・虐待防止	中核機関の設置等			
E03. 権利擁護・虐待防止	成年後見制度利用支援事業（決算額）			

E03. 権利擁護・虐待防止	日常生活自立支援事業（決算額）			
E04. 災害・感染症対策に関わる体制整備	災害対策に関する事業費（決算額）			
E04. 災害・感染症対策に関わる体制整備	感染症対策に関する事業費（決算額）			
E05. 家族介護者支援	家族介護支援事業（決算額）			
E06. 地域密着型サービス事業所の整備・指定等	事業費（事業所整備に係る補助金）（決算額）			
E07. 介護人材の確保	事業費（決算額）			
E08. 業務の効率化と質の向上	事業費（事業所への補助金等）（決算額）			
E11. 認知症総合支援事業	認知症初期集中支援チーム数・チーム員数			
E11. 認知症総合支援事業	チームオレンジコーディネーター数			
E12. 生活支援体制整備事業	就労的活動コーディネーター数			
E15. 保健事業と介護予防の一体的実施	保健事業と介護予防の一体的実施事業費（決算額）			
E15. 保健事業と介護予防の一体的実施	医療専門職の配置			
E16. 介護給付費適正化事業	介護給付費適正化事業費（決算額）			
E17. PDCAサイクル	会議開催に係る費用			

４．介護保険「保険者シート」分析ツール　指標リスト

介護保険「保険者シート」分析ツール　指標リスト

連番	項目名	保険者シートNo.	データの出典	参照文書（類似した項目を含む）
＜基礎データ＞				
1	高齢化率	9	「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（総務省）をもとに算出 2018年：平成31年（平成31年1月1日現在） 直近（R3時点）：令和４年（令和4年1月1日現在）	①
2	後期高齢化率	10		①
3	85歳以上高齢化率	11		①
4	高齢者夫婦のみ世帯割合	12	「国勢調査」（総務省）をもとに算出 2018年：平成27年 直近（R3時点）：令和２年	①
5	高齢者独居世帯割合	12		①
6	＜参考１＞75歳以上人口について2025年推計との比較	7，13	「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）及び「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（総務省）をもとに算出 2018年：平成31年（平成31年1月1日現在） 直近（R3時点）：令和４年（令和4年1月1日現在）	
7	＜参考２＞75歳以上人口について2040年推計との比較	7，14		
A１．高齢者のQOL				
8	平均寿命　男性	22	「市区町村別生命表の概況」（厚生労働省） 直近（R3時点）：平成27年	
9	平均寿命　女性	22		
10	平均自立期間（歳）　男性	23	保険者・市区町村入力 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ（2021年度分のデータ登録がない場合は、2020年度→2019年度とデータがある年まで遡る。以下同じ。）	③
11	平均自立期間（歳）　女性	23		③
12	主観的幸福感の高い高齢者割合（自立・要支援）	43	保険者・市区町村入力/「地域包括ケア「見える化」システム」（厚生労働省） 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ	①③⑪⑫
13	主観的健康観の高い高齢者割合（自立・要支援）	43		①③⑪⑫
14	主観的幸福感の高い高齢者割合（要支援・要介護）	自治体で記入		⑫
15	主観的健康観の高い高齢者割合（要支援・要介護）			⑫
B１．居宅等での生活				
16	自宅死の割合	24	「人口動態統計」（厚生労働省） 2018年：2018年 直近（R3時点）：2021年	①⑬
17	老人ホーム施設死の割合	24		①⑬
18	要介護３以上の者のうち在宅サービス利用者の割合	32	「介護保険事業状況報告（各年３月分）」（厚生労働省）をもとに算出 2018年：平成31年３月分 直近（R3時点）：令和４年３月分	④⑬
19	要介護３以上の者のうち居住系サービス利用者の割合	32		
20	要介護３以上の者のうち施設サービス利用者の割合	32		
21	要介護３以上の者のうちサービスを利用していない者の割合	32		④⑬
22	要介護１・２の者のうち在宅サービス利用者の割合	32		④⑬
23	要介護１・２の者のうち居住系サービス利用者の割合	32		
24	要介護１・２の者のうち施設サービス利用者の割合	32		
25	要介護１・２の者のうちサービスを利用していない者の割合	32		④⑬
26	「過去１年間に、居所を変更した人」の割合	自治体で記入（「在宅生活改善調査」・「居所変更実態調査」の結果）		⑭
B２．介護予防等・社会参加				
27	リスク者の割合（運動機能）	30	保険者・市区町村入力/「地域包括ケア「見える化」システム」（厚生労働省） 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ ※「自立・要支援」を入力いただいている保険者・市区町村は「自立・要支援」、「自立」のみ入力いただいている保険者・市区町村は「自立」のデータが表示。	①③⑬
28	リスク者の割合（転倒）	30		①③⑬
29	リスク者の割合（閉じこもり）	30		①③⑬
30	リスク者の割合（口腔）	30		①③⑬
31	リスク者の割合（栄養）	30		①③⑬
32	リスク者の割合（認知症）	30		①③⑬
33	リスク者の割合（抑うつ）	30		①③⑬
34	調整済み要介護認定率	20	「地域包括ケア「見える化」システム」（厚生労働省）	①③⑨⑩

連番	項目名	保険者シートNo.	データの出典	参照文書（類似した項目を含む）
35	調整済み軽度認定率	20	2018年：2018年 直近（R3時点）：2020年	①③⑨⑩
36	調整済み重度認定率	20		①③⑨⑩
37	被保険者数のうちサービス事業対象者数	19	「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果」及び「介護保険事業状況報告（各年３月分）」（いずれも厚生労働省）をもとに算出 2018年：平成30年度、平成31年３月分 直近（R3時点）：令和２年度、令和３年３月分	
38	一定期間における要介護認定者の平均要介護度の変化率（要介護１・２）	自治体が記入（保険者機能強化推進交付金の集計結果）		①②⑬
39	一定期間における要介護認定者の平均要介護度の変化率（要介護３～５）			①②⑬
40	新規認定を受けた者の平均年齢	自治体が記入（「地域包括ケア「見える化」システム」（厚生労働省））		①⑬
41	認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱａ以上の者	18	保険者・市区町村入力 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ	
42	要支援者等のサービス利用者数	26(4)・32	「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果」及び「介護保険事業状況報告（各年３月分）」（いずれも厚生労働省）をもとに算出 2018年：平成30年度、平成31年３月分 直近（R3時点）：令和２年度、令和３年３月分 ※「要支援者等のサービス利用者数」は、介護予防ケアマネジメント、介護予防支援、小規模多機能型居宅介護等、居住系サービス、施設サービスの利用者数の合計。「要支援者等の在宅サービス利用者数」は、そこから居住系サービス、施設サービスの利用者数を除いたもの。	
43	要支援者等の在宅サービス利用者数			
44	社会参加者の割合（スポーツ関係）	31	保険者・市区町村入力/「地域包括ケア「見える化」システム」（厚生労働省） 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ ※「自立・要支援」を入力いただいている保険者・市区町村は「自立・要支援」、「自立」のみ入力いただいている保険者・市区町村は「自立」のデータが表示。	①③⑤
45	社会参加者の割合（趣味関係）	31		①③⑬
46	社会参加者の割合（ボランティア）	31		①③⑬
47	社会参加者の割合（収入のある仕事）	31		①③⑬
48	社会参加者の割合（学習・教養サークル）	31		①③⑬
Ｂ３．制度の持続可能性				
49	保険料月額基準額	36	2018年：「第７期計画期間における介護保険の第１号保険料及びサービス見込み量等について」（厚生労働省老健局介護保険計画課） 直近（R3時点）：「第８期介護保険事業計画期間における介護保険の第１号保険料及びサービス見込み量等について」（厚生労働省老健局介護保険計画課）	①
50	保険料収納必要額（月額）	33	保険者・市区町村入力 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2020年度・2021年度分の登録データ	
51	介護給付費準備基金一人当たり残高	39	2018年：保険者・市区町村入力 直近（R3時点）：「介護保険事業状況報告（令和２年度）（年報）」（厚生労働省）をもとに算出	
C1.在宅医療と介護が一体的に提供されている				
52	訪問診療を受けた患者数（算定回数）	24	「地域包括ケア「見える化」システム」（厚生労働省） 2018年：2018年 直近（R3時点）：2019年	①④
53	訪問看護（介護保険）　利用者数	25	「介護保険事業状況報告（各年３月分）」（厚生労働省） 2018年：平成31年３月分 直近（R3時点）：令和４年３月分 ※医療保険分を含まないことに留意	④
54	看取り数（算定回数）	24	「地域包括ケア「見える化」システム」（厚生労働省） 2018年：2018年 直近（R3時点）：2019年	①④
55	往診を実施する一般診療所数	24	「在宅医療にかかる地域別データ集」（厚生労働省） 2018年：平成29年 直近（R3時点）：令和２年	①④
56	訪問診療を実施する一般診療所数	24		①④
57	看取りを実施する一般診療所数	24		①④⑬
58	退院退所加算の算定回数	自治体で記入（「地域包括ケア「見える化」システム」（厚生労働省））		①④⑬
59	入院時情報連携加算の算定回数			①④

連番	項目名	保険者 シートNo.	データの出典	参照文書 （類似した項目を含む）
60	退院支援（退院調整）を受けた患者数（算定回数）			④
61	＜参考１＞在宅療養支援診療所数	24	「在宅医療にかかる地域別データ集」（厚生労働省） 2018年：平成30年 直近（R3時点）：令和２年	④
62	＜参考２＞（24時間対応）訪問看護ステーション看護職員数（常勤換算）	24	「在宅医療にかかる地域別データ集」（厚生労働省） 2018年：平成30年 直近（R3時点）：令和2年	④⑬
C2.住まいが、ニーズに合わせて適切に提供されている				
63	調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（居住系サービス）	35	「地域包括ケア「見える化」システム」（厚生労働省） 2018年：平成30年 直近（R3時点）：令和2年	①
64	調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（施設サービス）	35		①
65	介護保険施設定員数（要支援・要介護者1人あたり）	24	「介護サービス施設・事業所調査」（厚生労働省）をもとに算出 2018年：平成30年（平成30年10月1日） 直近（R3時点）：令和３年（令和3年10月1日）	①
66	居住系サービス定員数（要支援・要介護者1人あたり）	-	「地域包括ケア「見える化」システム」（厚生労働省） ＜出典＞介護サービス情報公表システム 2018年：平成30年 直近（R3時点）：令和3年	①
67	＜参考１＞サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護等の指定を受けていないもの）　戸数	-	「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム　全国登録情報データ」（一般社団法人 高齢者住宅協会）から事務局で集計 2018年：平成31年3月末 直近（R3時点）：令和4年3月末	
68	＜参考２＞有料老人ホーム　定員数	-	「社会福祉施設等調査」（厚生労働省） 2018年：平成30年 直近（R3時点）：令和３年	
69	＜参考３＞軽費老人ホーム　定員数	-		
C３.高齢者の権利利益が擁護されている				
70	家族等による高齢者の虐待件数	自治体が記入（「「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」に基づく対応状況等に関する調査」への回答）		
71	成年後見制度等についての認知度	自治体が記入		
72	成年後見制度の利用件数　※市町村で把握している場合			⑬
73	「意思決定支援のガイドライン」に基づく支援			
C４.災害・感染症発生時に備えられている				
74	災害に関する計画を策定している介護事業所の割合	自治体が記入		
75	感染症に関する計画を策定している介護事業所の割合			
C５.介護に取り組む家族の負担が軽減されている				
76	現在の生活を継続していく上で不安に感じる介護（特にない）	44(2)	保険者・市区町村入力 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ	⑭
77	今後も働きながら介護を続けていく（問題なく続けていける、何とか続けていける）	44(4)		⑭
78	介護を理由に仕事を辞めた方がいる割合	自治体が記入（「在宅介護実態調査」の結果）		
79	施設等への入所等の検討状況（検討していない）	44	保険者・市区町村入力 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ	⑭
C６.地域において、高齢者に必要な介護サービスが提供されている				
80	施設等への入所等の検討状況（検討していない）	44	保険者・市区町村入力 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ	⑭
81	調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額	35	「地域包括ケア「見える化」システム」（厚生労働省） 2018年：平成30年 直近（R3時点）：令和2年	①
82	調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（在宅サービス）	35		①
83	調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（居住系サービス）	35		①
84	調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（施設サービス）	35		①

連番	項目名	保険者シートNo.	データの出典	参照文書（類似した項目を含む）
85	介護保険施設定員数（要支援・要介護者1人あたり）	24	「介護サービス施設・事業所調査」（厚生労働省）をもとに算出 2018年：平成30年（平成30年10月1日） 直近（R3時点）：令和３年（令和3年10月1日）	①
86	居住系サービス定員数（要支援・要介護者1人あたり）	-	「地域包括ケア「見える化」システム」（厚生労働省） ＜出典＞介護サービス情報公表システム 2018年：平成30年 直近（R3時点）：令和3年	①
87	定期巡回・随時対応型訪問介護看護（事業所数）	-	「介護サービス情報の公表システムデータのオープンデータ」（厚生労働省）から事務局で集計 直近（R3時点）：2021年12月末時点	①⑬
88	（看護）小規模多機能型居宅介護（事業所数）	-		①⑬
89	＜参考１＞訪問介護（事業所数）	-		①
90	＜参考２＞訪問介護　利用者数	25	「介護保険事業状況報告（各年３月分）」（厚生労働省） 2018年：平成31年３月分 直近（R3時点）：令和４年３月分	
91	＜参考３＞訪問看護　利用者数	25		
92	＜参考４＞定期巡回・随時対応型訪問介護看護　利用者数	25		
93	＜参考５＞（地域密着型）通所介護　利用者数	25		
94	＜参考６＞短期入所生活介護　利用者数	25		
95	＜参考７＞（看護）小規模多機能型居宅介護　利用者数	25		
96	＜参考８＞居住系サービス　利用者数	25		
97	＜参考９＞介護保険施設　利用者数	25		
98	＜参考10＞訪問リハビリテーション　利用者数	25		
99	＜参考11＞通所リハビリテーション　利用者数	25		
100	事業所における介護職員の採用者数・離職者数	自治体が記入（「介護人材実態調査」の結果）		⑭
C７.相談支援体制が整っている				
101	地域包括支援センターの認知度	自治体が記入		
102	地域包括支援センターの利用者満足度			
C８.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				
103	多職種連携により適切な支援が行われていると回答するケアマネジャーの割合	自治体が記入		
追加	地域ケア会議で出された地域課題を施策・事業として検討した件数			②⑧⑬
C９.認知症の予防と共生に向けた支援が行われている				
105	認知症対応型共同生活介護　利用者数	25	「介護保険事業状況報告（各年３月分）」（厚生労働省） 2018年：平成31年３月分 直近（R3時点）：令和４年３月分	
106	認知症カフェ数	27(3)5	保険者・市区町村入力 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ	②⑤
107	認知症相談窓口の認知度	自治体が記入（「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の結果）		⑤
108	認知症日常生活自立度ⅡA以上のうち、在宅での生活を継続している者の割合	自治体が記入		
109	認知症日常生活自立度ⅡA以上となったときの平均年齢			
C10.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				
110	介護予防・生活支援サービス　訪問型サービスB　利用実人数	26(1)	「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果」（厚生労働省） 直近（R3時点）：令和２年度	③
111	介護予防・生活支援サービス　訪問型サービスD　利用実人数	26(1)		③
112	介護予防・生活支援サービス　通所型サービスB　利用実人数	26(2)		③
113	利用している「介護保険サービス以外」の支援・サービスの状況	自治体が記入（「在宅介護実態調査」の結果）		⑬
C11.住民が社会参加する多様な場がある				
114	通いの場箇所数	26(5)	「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果」（厚生労働省） 2018年：平成30年度 直近（R3時点）：令和２年度	①③
115	地域づくりへの参加意向のある高齢者の割合	31	保険者・市区町村入力/「地域包括ケア「見える化」システム」（厚生労働省） 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ	①

連番	項目名	保険者シートNo.	データの出典	参照文書（類似した項目を含む）
116	地域づくりへの企画・運営としての参加意向のある高齢者の割合	31	直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ ※「自立・要支援」を入力いただいている保険者・市区町村は「自立・要支援」、「自立」のみ入力いただいている保険者・市区町村は「自立」のデータが表示。	①
C12.介護予防・健康づくりに向けたサービス・支援があり、住民がそれらに取り組んでいる				
117	通いの場週１回以上の参加率	26(5)	「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果」（厚生労働省） 2018年：平成30年度 直近（R3時点）：令和２年度	①②③⑤⑬
118	通いの場箇所数	26(5)		①③
119	各参加者における心身の状態の改善	自治体が記入		③
120	利用している「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、「サロンなどの定期的な通いの場」を回答した者の割合（要支援・要介護）	自治体が記入（「在宅介護実態調査」の結果）		
C13.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				
121	調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額	35	「地域包括ケア「見える化」システム」（厚生労働省） 2018年：平成30年 直近（R3時点）：令和2年	①
122	調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（在宅サービス）	35		①
123	調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（居住系サービス）	35		①
124	調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（施設サービス）	35		①
C14..PDCAサイクルによって介護保険事業の立案と運用が行われている				
125	評価結果を計画や事業の内容に反映した件数	自治体が記入		
D１.在宅医療介護連携推進事業				
126	在宅医療・介護連携推進協議会開催数	27(4)①	保険者・市区町村入力 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ	②④
127	在宅医療・介護連携相談支援事業の相談・支援件数	自治体が記入		②
128	多職種協働等の研修の開催回数・参加者数			②④⑬
129	地域住民等への講演会等の開催回数・参加者数			④
130	情報共有ツールの登録者数・利用者数			②④⑬
D２.住まいの確保				
131	現計画期間中に整備した事業所（居住系・施設）数・定員数	自治体が記入		
132	相談・入居支援の件数			②⑬
D３.権利擁護・虐待防止				
133	家族介護者支援事業（再掲）	自治体が記入		
134	老人福祉施設等への措置数	自治体が記入（「「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」に基づく対応状況等に関する調査」への回答）		⑦
135	高齢者虐待防止法に基づく対応件数			⑦
136	中核機関等による相談件数・支援件数（後見人・権利擁護支援チームへの支援を含む）	自治体が記入		⑤
137	住民や関係者への権利擁護についての周知・普及（研修等）			⑥⑦⑬
138	成年後見制度の首長申立件数			⑥
139	市民後見人の養成人数			⑥⑬
140	チーム（権利擁護支援チーム）により支援を行っている件数			⑥⑬
141	成年後見制度利用支援事業　利用者数			⑥⑬
142	日常生活自立支援事業　利用者数			⑬
143	「意思決定支援のガイドライン」の周知・普及			⑤⑥
144	地域包括支援センター等での相談・支援件数（権利擁護）			
D４.災害・感染症対策に関わる体制整備				
145	介護事業所等への周知啓発（集団指導、研修等）	自治体が記入		
146	福祉避難所の個所数			
147	避難行動要支援者名簿と個別計画の作成数			
148	介護事業所等への周知啓発（集団指導、研修等）			
149	物資の備蓄・調達・輸送体制の整備			
D５.家族介護者支援				
150	介護教室の開催回数・参加者数	自治体が記入		②
151	介護者交流会の開催回数・参加者数			

連番	項目名	保険者 シートNo.	データの出典	参照文書 （類似した項目を含む）
152	地域包括支援センター等での相談・支援件数			②⑧
D６.地域密着型サービス事業所の整備・指定等				
153	現計画期間中に整備した事業所（サービス別）数・定員数	自治体が記入		⑭
154	現計画期間中に指定した事業所（サービス別）数・定員数			
155	事業所への指導の実施状況（直近１年間で実地指導した事業所の割合等）			②
D７.介護人材の確保				
156	事業参加事業所数、参加者数	自治体が記入		②
D８.業務の効率化と質の向上				
157	対象事業所数	自治体が記入		
D９.総合相談支援				
158	地域包括支援センターへの相談件数	自治体が記入		⑧
159	上記相談について支援につなげた件数			
160	地域包括支援センターの周知			⑧
161	職員への研修等の開催回数・参加者数			⑧
D10.包括的継続的ケアマネジメント支援				
162	ネットワーク構築のための研修・会議等の開催回数・参加者数	自治体が記入		⑧⑬
163	ケアマネジャーからの相談・支援の件数			⑧
D11.地域ケア会議				
164	地域ケア個別会議（困難事例）年間検討延べ件数	27(1)①	保険者・市区町村入力 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ	①②⑬
165	地域ケア個別会議（自立支援型ケアマネジメント）年間検討延べ件数	27(1)②		①②⑬
166	地域ケア個別会議（地域課題の検討）年間会議開催件数	27(1)③		①②
D12.認知症総合支援事業				
167	認知症初期集中支援チーム対応件数	27(3)①	保険者・市区町村入力 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ	⑤⑬
168	認知症サポーター数	27(3)②	「サポーターの養成状況」（全国キャラバン・メイト連絡協議会） 2018年：平成31年３月末 直近（R3時点）：令和４年３月末	⑤⑬
169	認知症の人本人や家族からの相談・支援件数	自治体が記入		⑬
170	病院・介護事業所等の職員向け研修・支援件数			⑤
171	ステップアップ講座の開催回数・参加者数			②
172	チームオレンジの支援			②⑤⑬
173	「意思決定支援ガイドライン」の研修回数・参加者数			⑤
174	＜参考＞認知症サポート医数	27(3)④	保険者・市区町村入力 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ	
D13.生活支援体制整備事業				
175	生活支援の担い手研修　開催回数・参加者	自治体が記入		③
176	多様な生活支援サービス等の情報提供			⑧
177	就労的活動でマッチングした者数			⑬
D14.介護予防・生活支援サービス事業				
178	訪問型　従前相当　利用実人数	26(1)	「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果」（厚生労働省） 直近（R3時点）：令和２年度	③
179	訪問型サービスA　利用実人数	26(1)		③
180	訪問型サービスB　提供団体数	-		③
181	訪問型サービスC　利用実人数	26(1)		②③⑬
182	訪問型サービスD　提供団体数	-		③
183	通所型　従前相当　利用実人数	26(2)		③
184	通所型サービスA　利用実人数	26(2)		③
185	通所型サービスB　提供団体数	-		③
186	通所型サービスC　利用実人数	26(2)		②③⑬
187	その他生活支援サービス（見守り）　利用実人数	26(3)		③
188	その他生活支援サービス（配食）　利用実人数	26(3)		③
189	その他生活支援サービス（その他）　利用実人数	26(3)		③
D15.一般介護予防事業				

連番	項目名	保険者シートNo.	データの出典	参照文書（類似した項目を含む）
190	介護予防に資する取組への参加やボランティア等へのポイント付与（参加した実人数）	26(6)	「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果」（厚生労働省） 直近（R3時点）：令和２年度	②
191	地域リハビリテーション活動支援事業　専門職派遣件数	26(5)	「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果」（厚生労働省） 2018年：平成30年度 直近（R3時点）：令和２年度	②③
192	介護予防教室の開催回数・参加者数	自治体が記入		⑬
193	住民主体の通いの場等への支援回数	自治体が記入		②
D16.保健事業と介護予防の一体的実施				
194	通いの場等への支援回数	自治体が記入		②③⑬
195	その他事業の実績	自治体が記入		②③⑬
D17.介護給付費適正化事業				
196	各事業の実施状況（ケアプラン点検、給付費通知等）	自治体が記入		②
D18.PDCAサイクル				
197	介護保険事業計画への目標・指標の有無	自治体が記入		
198	実績評価の実施の有無	自治体が記入		
199	計画の検討・評価を行う会議の開催回数	自治体が記入		
E１.在宅医療介護連携推進事業				
200	在宅医療・介護連携推進事業費（決算額）	41	保険者・市区町村入力 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ	
201	在宅医療・介護連携相談支援事業の運営主体	27(4)②		
202	在宅医療・介護連携相談支援事業の従事者数	自治体が記入		
E２.住まいの確保				
203	事業費（事業所（居住系・施設）整備に係る補助金）（決算額）	自治体が記入		
204	高齢者の安心な住まいの確保に資する事業（決算額）	自治体が記入		②
E３.権利擁護・虐待防止				
205	家族介護者支援事業費（後掲）	自治体が記入		
206	成年後見制度等の活用促進に関する事業（決算額）	自治体が記入		
207	中核機関の設置等	自治体が記入		⑤
208	成年後見制度利用支援事業（決算額）	自治体が記入		
209	日常生活自立支援事業（決算額）	自治体が記入		
210	地域包括支援センター運営（後掲）	（後掲）		
E４.災害・感染症対策に関わる体制整備				
211	災害対策に関する事業費（決算額）	自治体が記入		
212	感染症対策に関する事業費（決算額）	自治体が記入		
E５.家族介護者支援				
213	家族介護支援事業（決算額）	自治体が記入		
214	地域包括支援センター運営（後掲）	（後掲）		
E６.地域密着型サービス事業所の整備・指定等				
215	事業費（事業所整備に係る補助金）（決算額）	自治体が記入		
E７.介護人材の確保				
216	事業費（決算額）	自治体が記入		
E８.業務の効率化と質の向上				
217	事業費（事業所への補助金等）（決算額）	自治体が記入		
E９.地域包括支援センター運営				
218	地域包括支援センター運営事業費（決算額）	41	保険者・市区町村入力 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ	
219	地域包括支援センター箇所数	ー	「地域包括ケア「見える化」システム」（厚生労働省） 直近（R3時点）：令和３年	①
220	地域包括支援センター職員数	29		①⑧
E10.地域ケア会議				
221	地域ケア会議推進事業費（決算額）	41	保険者・市区町村入力 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ	
E11.認知症総合支援事業				

連番	項目名	保険者シートNo.	データの出典	参照文書（類似した項目を含む）
222	認知症総合支援事業費（決算額）	41	保険者・市区町村入力 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ	
223	認知症初期集中支援チーム数・チーム員数	自治体が記入		
224	認知症地域支援推進員数	27(3)③	保険者・市区町村入力 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ	
225	チームオレンジコーディネーター数	自治体が記入		
E 12.生活支援体制整備事業				
226	生活支援体制整備事業費（決算額）	41	保険者・市区町村入力 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ	
227	生活支援コーディネーター数（第１層）（専任）	27(2)		①②⑬
228	生活支援コーディネーター数（第１層）（兼務）	27(2)		①⑬
229	生活支援コーディネーター数（第２層）（専任）	27(2)		①②⑬
230	生活支援コーディネーター数（第２層）（兼務）	27(2)		①⑬
231	就労的活動コーディネーター数	自治体が記入		
E 13.介護予防・生活支援サービス事業				
232	介護予防・生活支援サービス事業費（決算額）	41	「介護保険事業状況報告（年報）」（厚生労働省） 2018年：2018年度 直近（R3時点）：2020年度	⑦
233	介護予防・生活支援サービス事業　訪問型サービス（決算額）	26(1)	保険者・市区町村入力 2018年：2018年度分の登録データ 直近（R3時点）：2019年度～2021年度分の登録データ	⑦
234	介護予防・生活支援サービス事業　通所型サービス（決算額）	26(2)		⑦
235	介護予防・生活支援サービス事業　その他生活支援サービス（決算額）	26(3)		⑦
236	介護予防・生活支援サービス事業　介護予防ケアマネジメント（決算額）	26(4)		⑦
E 14.一般介護予防事業				
237	一般介護予防事業費（決算額）	41	「介護保険事業状況報告（年報）」（厚生労働省） 2018年：2018年度 直近（R3時点）：2020年度	⑦
E 15.保健事業と介護予防の一体的実施				
238	保健事業と介護予防の一体的実施事業費（決算額）	自治体が記入		
239	医療専門職の配置			
E 16.介護給付費適正化事業				
240	介護給付費適正化事業費（決算額）	自治体が記入		
E 17.PDCAサイクル				
241	会議開催に係る費用	自治体が記入		

分析ツールを作成する際に参考にした文書　一覧

	文書名	備考	URL
①	地域包括ケア「見える化」システム利用マニュアル	第 6.0 版（2022.11.18 取得）	https://mieruka.mhlw.go.jp/
②	保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金評価指標（市町村分）	令和 5 年度	
③	地域支援事業実施要綱　別添 4「総合事業の事業評価」	令和 4 年 3 月 28 日改正	https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000919497.pdf
④	在宅医療・介護連携推進事業の手引き	Ver3（令和 2 年 9 月）	https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666660.pdf
⑤	認知症施策推進大綱	令和元年 6 月 18 日	https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf
⑥	第 2 期成年後見制度利用促進基本計画	令和 4 年 3 月 25 日	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202622_00017.html
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に基づく対応状況等に関する調査結果	令和 2 年度	https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000196989_00008.html
⑧	地域包括支援センターの事業評価を通じた機能強化について	令和 2 年 5 月 29 日改正	https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000635000.pdf
⑨	地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き	平成 29 年 6 月	https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000169786.html
⑩	介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き	平成 30 年 7 月 30 日	https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000138653_00001.html
⑪	第 8 期介護保険事業計画における介護予防等の「取組と目標」設定の手引き	令和元年 10 月	https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000971150.pdf
⑫	介護保険事業（支援）計画における要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制の構築に関する手引き	令和 2 年 8 月	https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000661824.pdf
⑬	地域包括ケアシステムの構築状況の点検ツール（令和 3 年度老人保健健康増進等事業）（(株）日本総研）	令和 4 年 3 月	https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/220408_chiiki.pdf
⑭	介護保険事業計画における施策反映のための手引き（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング）	平成 31 年 3 月	https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000971212.pdf

５．介護保険「保険者シート」分析ツールの利用にあたって

介護保険「保険者シート」分析ツールの利用にあたって

1. 分析ツールの趣旨・目的

○ 地域によってその実情は全く異なることから、住み慣れた地域において高齢者の生活を支えていく（地域包括ケアシステム）ためには、その地域の実情に応じた保険者・市町村の取組が必要不可欠です。

○ 平成29年介護保険制度改正では、「保険者機能の抜本強化」が位置づけられ、自治体において「データに基づく課題分析と対応」、「適切な指標による実績評価」等が求められています。

○ これらを踏まえて、今回、各自治体における介護保険事業が効果的に実施されるように、地域の現状・課題の分析や計画・事業の評価・検討を行うツールとして、介護保険「保険者シート」を活用した分析ツールを作成しました。

・目的　：地域包括ケアシステムの推進に向けた介護保険事業の効果的な実施

・活用される方　：市区町村・保険者を中心として高齢者福祉の事業に関わる方

・使うとき　：・地域の現状・課題等を分析するとき
・介護保険事業計画や事業の評価・検討を行うとき

2. 分析ツールの作成経緯とメリット

○ 本ツールを作成するにあたっては、
- 「市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル」にて、各自治体で実施している介護保険事業がどのように成果（目指す姿）を達成するのかを論理的・体系的に整理した上で、
- 地域支援事業実施要綱等を参考にして各項目の趣旨を踏まえた指標（※）を置くとともに、全国や都道府県の平均や、前期計画時の指標と比較することができるようにしました。

（※） 保険者シートの項目だけではなく、地域包括ケア「見える化」システムに掲載されている項目等も盛り込んだ。

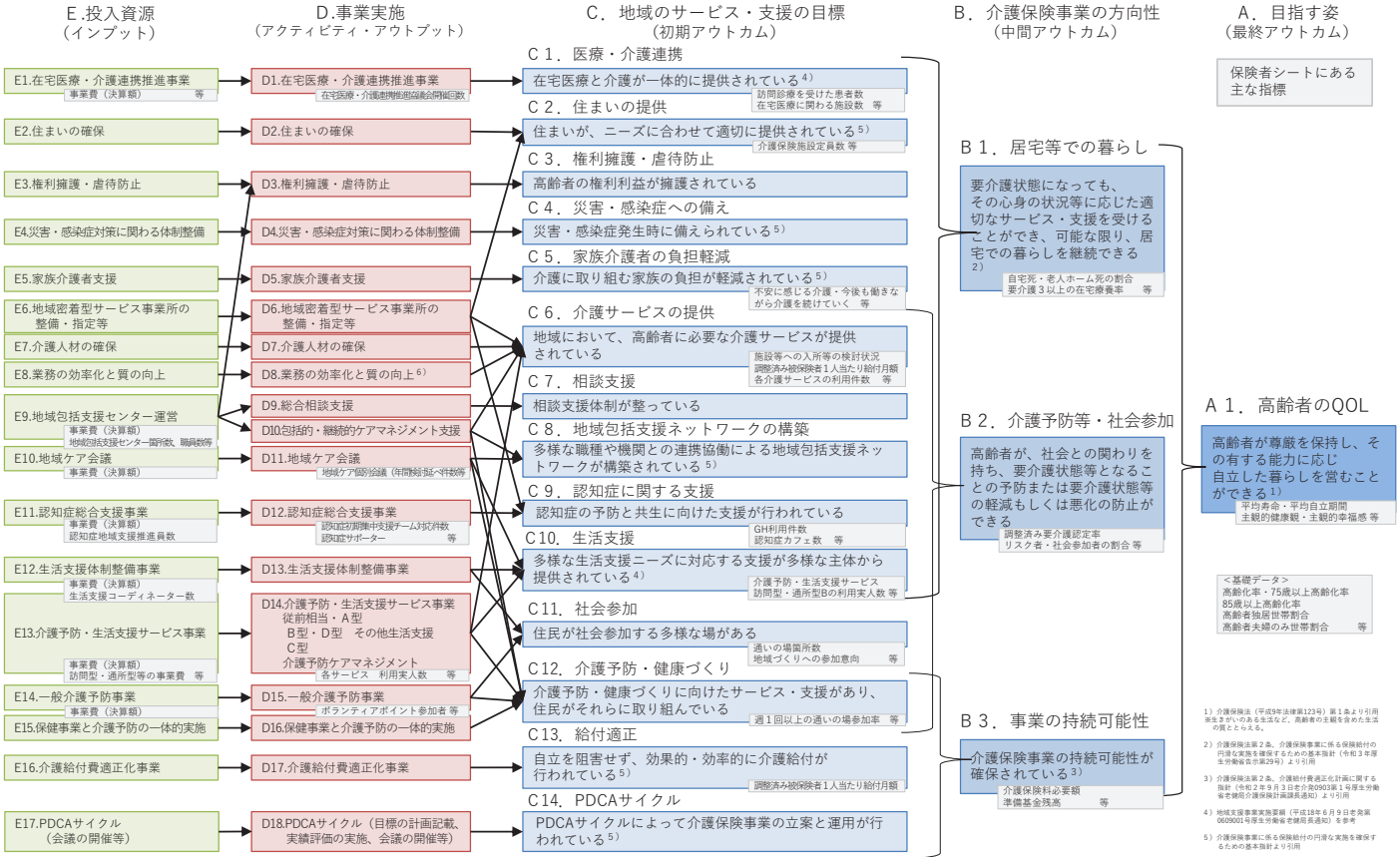
○ 自治体においてこのツールを使っていただくことで、以下のメリットがあると考えています。

自治体の課題	分析シートを使うことで
担当者の業務が細分化され、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ポイントや、自分が担当する事業の位置づけ、それがどのように目指す姿（成果）につながっているのかを**つかむことができる
市町村ごとの特性・課題を踏まえた事業の実施	**介護保険事業の主な指標を一覧で全国や都道府県の平均と比較し、自らの市町村の特性・課題、その要因等**を考えることができる
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**を検討するきっかけとなる
介護保険事業のPDCAサイクル、適正な評価の実施 ※総合事業は、介護保険法に分析・評価が位置づけ	介護保険事業全体の構造（ロジックモデル）を理解し、**適切な項目・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
健康づくりや地域づくり、地域福祉、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
目の前にある日々の業務で忙しい	課題分析・評価等に必要なデータのうち、**公開データがすでに入力されており、職員の負担軽減**となる

市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル

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

○ 各項目間の関係は、主要なもののみを記載していることに留意ください。



3. 分析ツールの使い方①

○ 本分析ツールでは、以下の2つのシートを用意しています。
・シート①：事務局で把握できるデータ（アウトカム指標が中心）のみで構成
・シート②：自治体で記入する項目も掲載

○ これは、
・各市町村等において、その介護保険事業の実施状況を踏まえて、地域の現状・課題の分析や事業評価等を行っていくためには、シート②にてその実施する事業やその状況等を記入いただくことが必要ですが（※）、
・事務局で把握できるデータのみ掲載したシート①でも、自治体に地域の現状・課題等を考えていただくきっかけになるのではないかと考え、用意したものです。

※シート②では、事務局で把握できるデータに加えて、国の文書等を参考に比較的よくあると思われる事業や指標の例を記載しています（黄色塗りつぶし部分）。

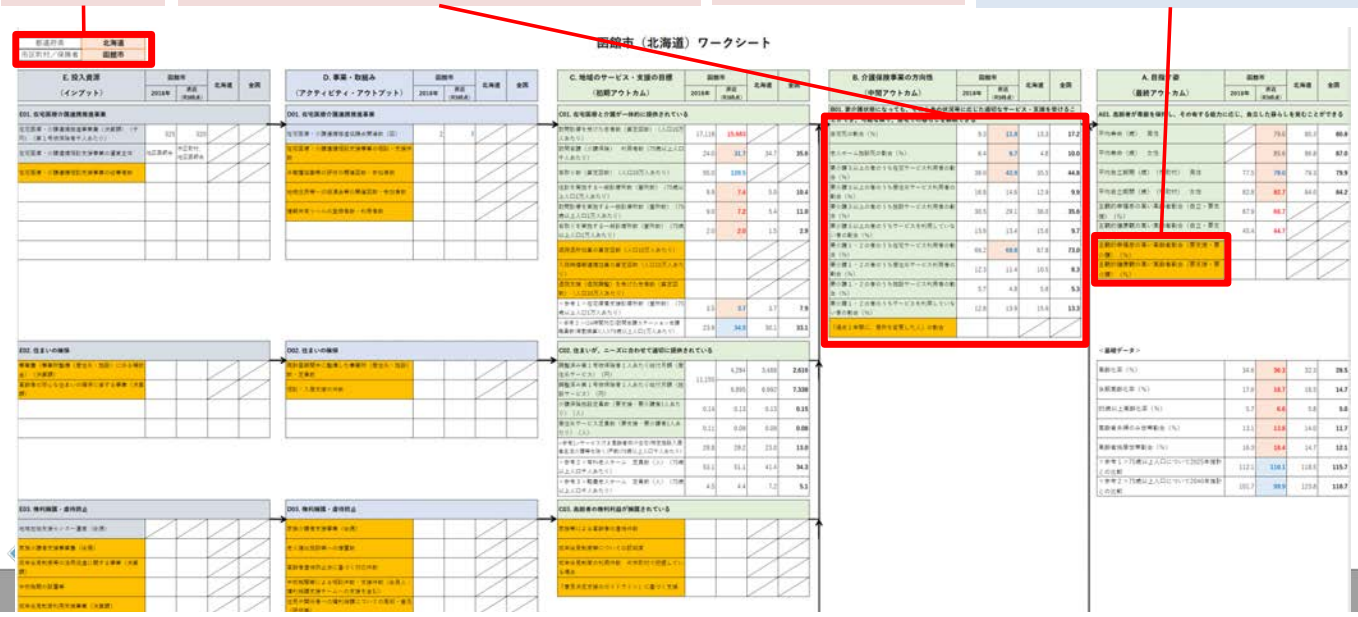
3. 分析ツールの使い方②

①都道府県、市区町村・保険者を選択します。
※他の自治体も選択可

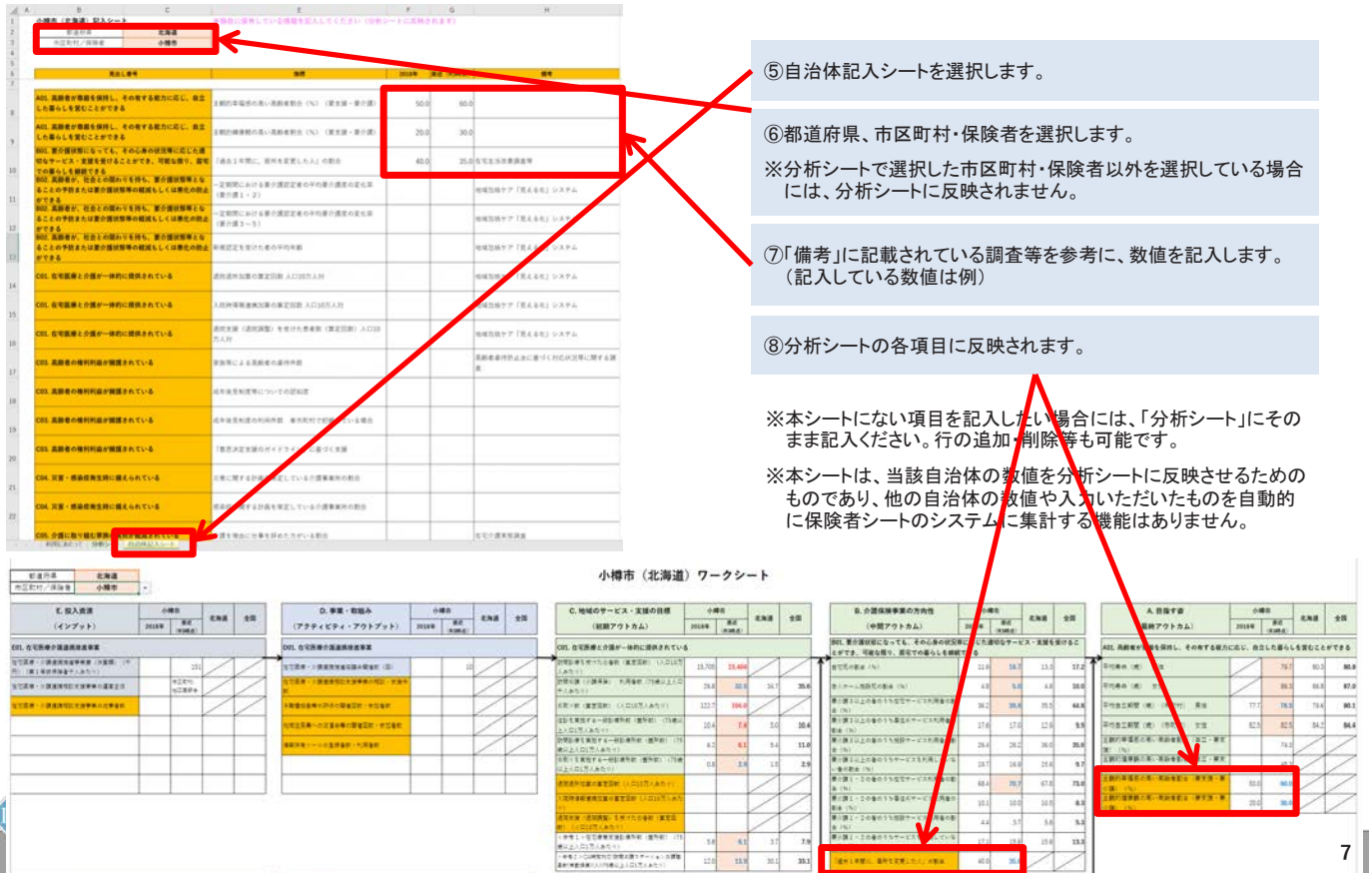
②全国や都道府県の平均、2018年の数値と比較できます。
各種文書やマニュアル等をもとに整理できる項目は、
・**全国**と比較し、**高い場合は青、低い場合は赤で塗りつぶし。**
・**2018年**と比較し、**高い場合は青字、低い場合は赤字**で記載
※基礎データ、C13は、高い場合には赤、低い場合には青。
※青は「よい」、赤は「改善が必要」ではなく、これをきっかけに関係者で地域の現状・課題を話していくことが重要です。

③ロジックモデルの特性を活かして、関連する左右の項目や、上位の項目に影響する他の項目を見ていくと、地域分析を深めていくことができます。

④シート②は、各自治体で修正・追加が可能。黄色塗りつぶし部分の例を参考に、自らの自治体で実施している事業やその実施状況を記入します。
※自治体記入シートには、当該数値を引用することができる調査等を掲載。
※保険者シートにデータを登録していない自治体の方も、シート②で直接入力できます。セルに色を付けて関係者で議論もできます。



3. 分析ツールの使い方③　自治体記入シートで、自治体独自項目を記入する



3. 分析ツールの使い方④　分析ツールの使い方の例

○　本分析ツールを使って、地域の現状・課題の分析等を行い、事業の在り方を考えていく方法として、例えば、以下の方法が考えられます。

Ⅰ　分析ツールに掲載された項目のなかで、特に気になる項目・指標に着目する。

（例）全国や都道府県平均と比較して特に高いもの
地域包括支援センターや現場から話があった高齢者の生活の課題（閉じこもり等）に関するもの

Ⅱ　分析ツールにおける当該項目の左右の項目や、上位の項目に影響する他の項目を見る。

Ⅲ　ⅠⅡに関連する他の情報（データ、包括・現場からの意見等）を収集する。

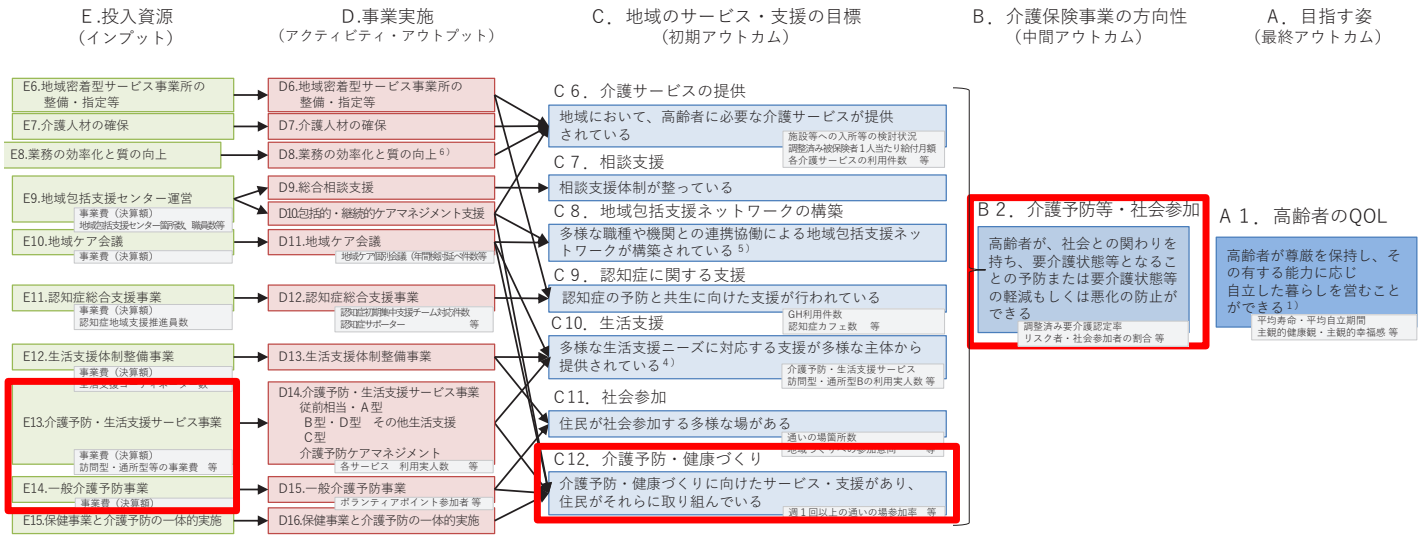
Ⅳ　Ⅰ～Ⅲをもとに検討する。

（例）・地域においてどのような望ましくない現状があるか。
・どのような姿・状態を目指すべきか。
・解決すべき問題は何か。なぜ目指す姿になっていないのか。
・目指す姿に近づけるために、どのような方向性が必要か。

Ⅴ　必要に応じて、Ⅳを確認・深める調査等を行う。

Ⅵ　これらを踏まえて、事業の方向性・見直しをさらに考え（、決定す）る。

保険者シートの読み解き例（介護予防①：介護予防の効果を高めるための一般介護予防事業の見直し）



①保険者シートから分かること	②保険者シート以外の情報	③ ①②を踏まえた検討	④ ③を確認・深める調査等	⑤事業の方向性・見直し
・調整済み軽度認定率が高い【No20】 ＜関連する項目＞ ・住民主体の通いの場の箇所数・参加率が少ない・低い【No26】 ・一般介護予防事業費が低く、介護予防・生活支援サービス事業費が高い【No41】	・一般介護予防事業の介護予防教室の実績を確認したところ、その参加者が少なく、かつ、常連のメンバーになっていた。	・一般介護予防事業について、介護予防の効果を高めていくためには、より多くの高齢者を対象とした取組（ポピュレーションアプローチ）を行うことが必要であると考えた。	・生活支援コーディネーター、地域包括支援センター等とともに、地域のどこに高齢者が集まっているのか、高齢者がどのような場に参加したいと思っているのかについて調査した。	・これまでの事業を見直し、住民が中心となって行う気軽に集うことができる多様な場づくり（住民主体の通いの場。運動に限らない。）の支援にシフトしていくことを選択肢として検討。

9

4. 留意点

○ 各項目（特にA1「高齢者のQOL」）について、分析ツールに掲載した項目のほか、他分野（医療・保健等）の取組や、経済状況などによっても影響されることに留意ください。

○ 本分析ツールでは、保険者シートにおいて各市町村等から登録いただいたデータ（データの一般公開の許可を得ていない場合には表示されません。）及び各種調査等により公開されているデータを掲載しています。

○ 各指標の出典や時点は、「介護保険「保険者シート」分析ツール　指標リスト」を参照ください。

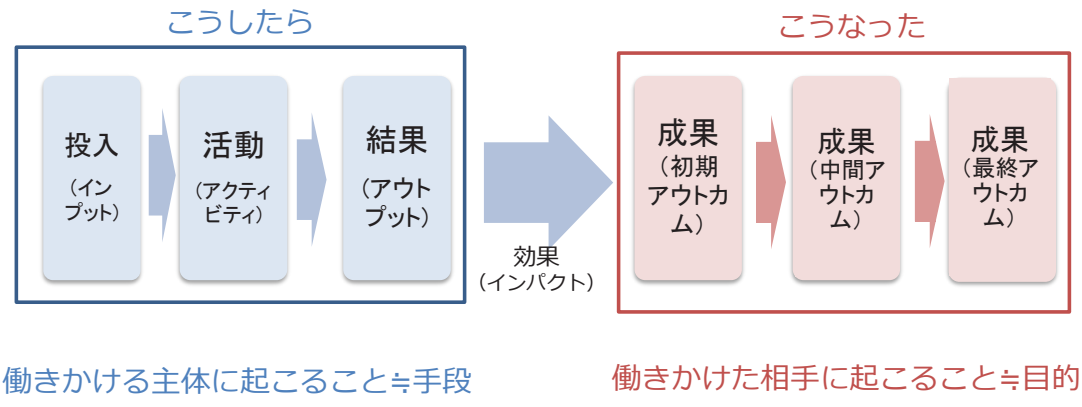
○ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査をもとにする指標※は、「自立・要支援」の数値を基本としつつ、「自立」のみ登録されている市町村等は「自立」の数値を掲載しています。

※主観的幸福感、主観的健康観、リスク者の割合、社会参加者の割合

○ 本ツールの著作権は、「一般財団法人　医療経済研究・社会保険福祉協会　医療経済研究機構」に帰属する。本ツールを利用した資料、記事、論文等には、「介護保険「保険者シート」分析ツール（第●版）」と出典表記してください。
本ツールは、地域の介護福祉の向上や政策展開に向けた行政、研究、教育等での利用を期待するもの。営利目的の販促物等への引用掲載を除き、どなたでもご利用できます。
本ツールの基とするデータの収集および提供には万全を期していますが、その完全性、正確性を保証するものではなく、利用者が本ツールを利用して行う一切の行為及び利用者が被った損害及び損失に対して、いかなる責任も負いません。利用者は、自らの責任において本データを利用するものとします。

＜参考＞市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデルについて

ロジックモデル：投入・活動・結果・成果の論理構造図



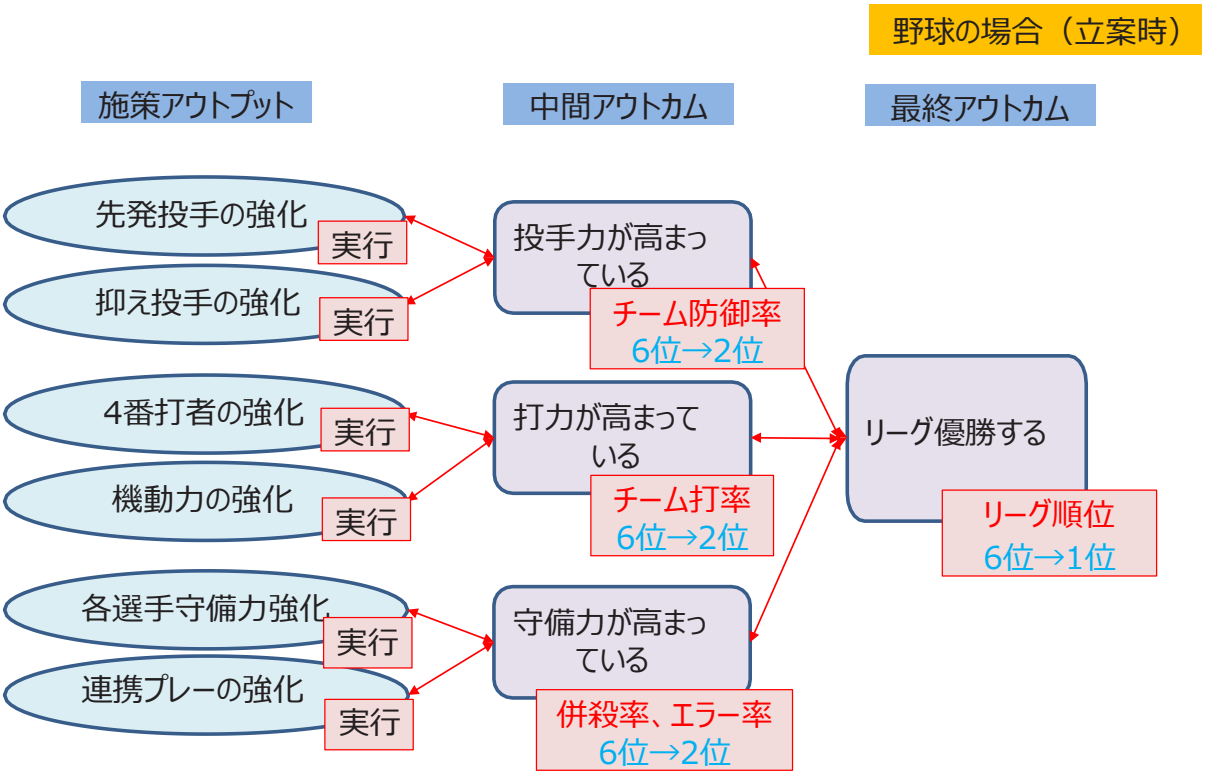
図：W.K.Kellogg Foundation. Logic Model Development Guide, 2003、 Rossi, et al. プログラム評価の理論と方法、をもとに作成

ロジックモデル

■ 都道府県循環器病対策推進計画策定指針

令和2年10月29日健が発1029第1号　厚生労働省健康局がん・疾病対策課 長通知
「都道府県循環器病対策推進計画の策定にかかる指針について」

＜課題解決に向けた施策の立案及び目標の設定＞
抽出された課題を解決するために、具体的な方法を論理的に検討し、できる限り実効性のある施策を盛り込むとともに、各々の施策と解決すべき課題との連関を示すことが重要である。その際には、**ロジックモデルなどのツールの活用**も検討する。

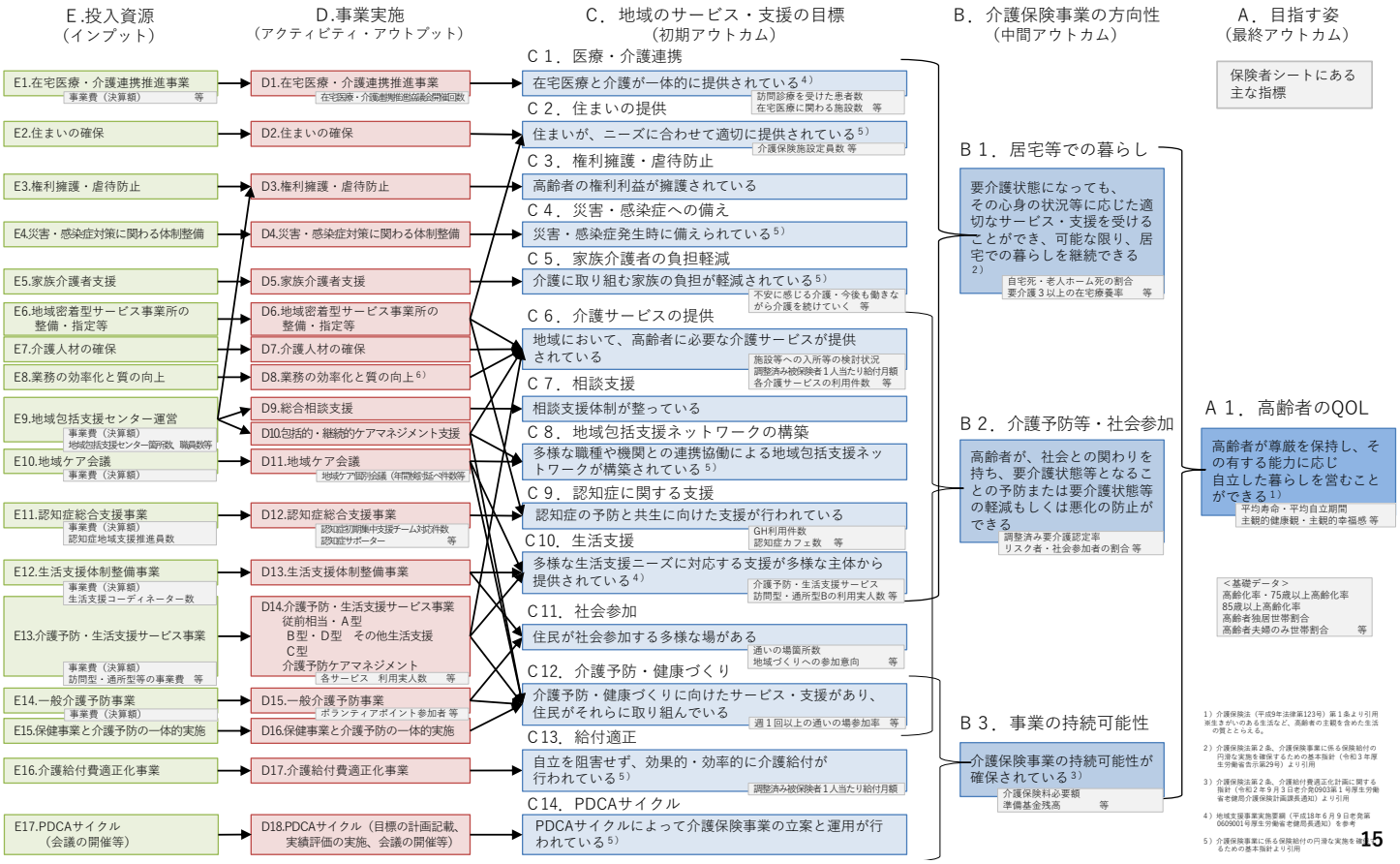


出典：国際医療福祉大学教授埴岡健一氏講演資料をもとに作成

市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル

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

○　各項目間の関係は、主要なもののみを記載していることに留意ください。



1）介護保険法（平成9年法律第123号）第１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２条、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（令和３年厚生労働省告示第29号）より引用

3）介護保険法第２条、介護給付費適正化計画に関する指針（令和２年９月３日老介発0903第１号厚生労働省老健局介護保険計画課長通知）より引用

4）地域支援事業実施要綱（平成18年６月９日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）を参考

5）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

15

６．介護保険「保険者シート」読み解き例

介護保険「保険者シート」 読み解き例

保険者シートの読み解き例 目次

1. 介護予防
① 一般介護予防事業の見直し
② 総合事業の見直しと生活支援体制の構築
③ リエイブルメント
④ 平均寿命と健康寿命の差の縮小
⑤ 通いの場の見直し

2. 包括報酬型サービス（小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等）の整備
① 独居世帯の増加を踏まえた小規模多機能型居宅介護の整備
② 在宅限界点を上げるためのサービス整備

3. 在宅医療・介護連携
① 希望する方が可能な限り自宅で最期を迎えられる
② 施設での看取り

4. その他
① 生活支援の充実
② 家族介護者支援
③ サービス付き高齢者向け住宅の増加

保険者シートの読み解き例
（介護予防①：介護予防の効果を高めるための一般介護予防事業の見直し）

①保険者シートから分かること

・調整済み軽度認定率が高い【No20】

＜関連する項目＞
・住民主体の通いの場の箇所数・参加率が少ない・低い【No26】
・一般介護予防事業費が低く、介護予防・生活支援サービス事業費が高い【No41】

②保険者シート以外の情報

・一般介護予防事業の介護予防教室の実績を確認したところ、その参加者が少なく、かつ、常連のメンバーになっていた。

③ ①②を踏まえた検討

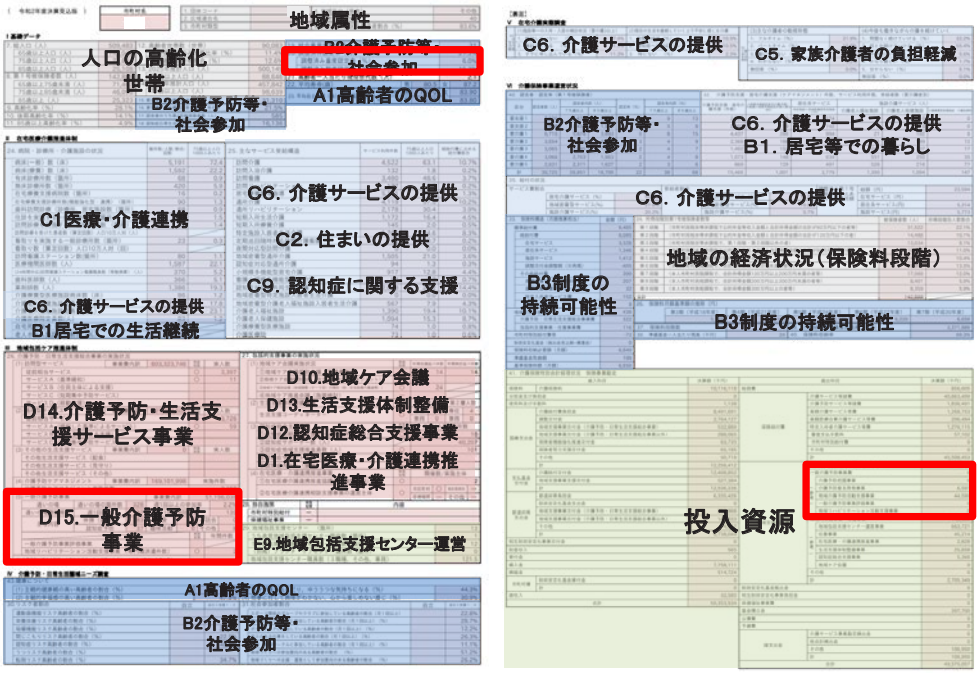
・一般介護予防事業について、介護予防の効果を高めていくためには、より多くの高齢者を対象とした取組（ポピュレーションアプローチ）を行うことが必要と考えた。

④ ③を確認・深める調査等

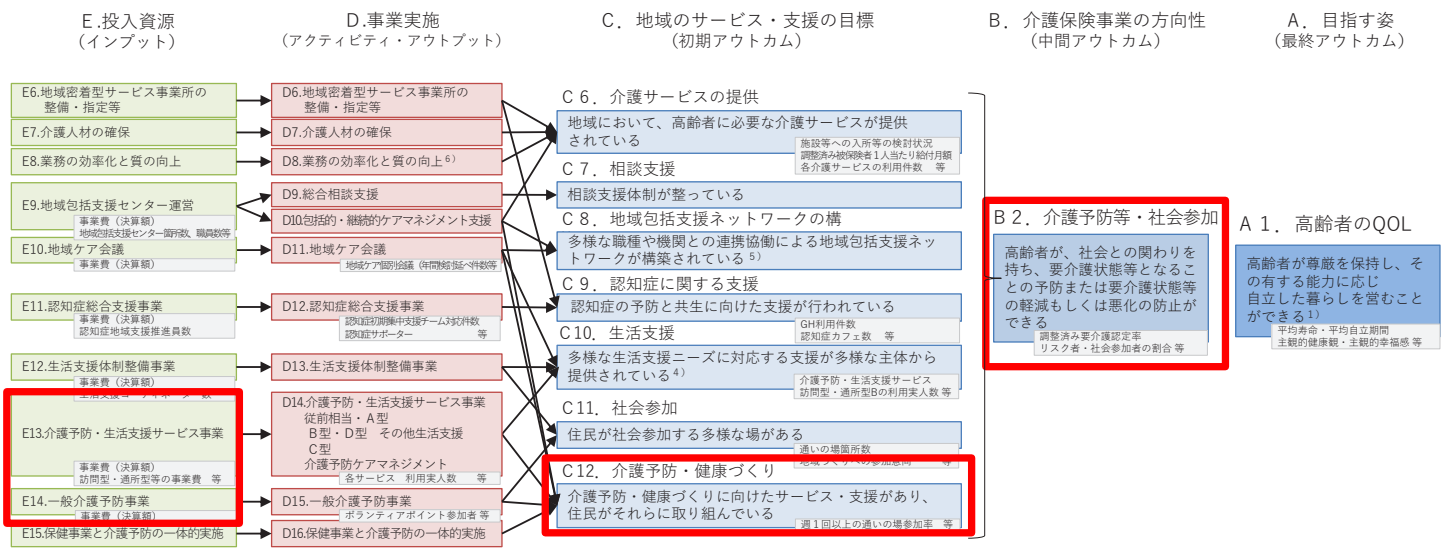
・生活支援コーディネーター、地域包括支援センター等とともに、地域のどこに高齢者が集まっているのか、高齢者がどのような場に参加したいと思っているのかについて調査した。

⑤事業の方向性・見直し

・これまでの事業を見直し、住民が中心となって行う気軽に集うことができる多様な場づくり（住民主体の通いの場。運動に限らない。）の支援にシフトしていくことを選択肢として検討。



保険者シートの読み解き例（介護予防①：介護予防の効果を高めるための一般介護予防事業の見直し）



①保険者シートから分かること

・調整済み軽度認定率が高い【No20】

＜関連する項目＞
・住民主体の通いの場の箇所数・参加率が少ない・低い【No26】
・一般介護予防事業費が低く、介護予防・生活支援サービス事業費が高い【No41】

②保険者シート以外の情報

・一般介護予防事業の介護予防教室の実績を確認したところ、その参加者が少なく、かつ、常連のメンバーになっていた。

③ ①②を踏まえた検討

・一般介護予防事業について、介護予防の効果を高めていくためには、より多くの高齢者を対象とした取組（ポピュレーションアプローチ）を行うことが必要であると考えた。

④ ③を確認・深める調査等

・生活支援コーディネーター、地域包括支援センター等とともに、地域のどこに高齢者が集まっているのか、高齢者がどのような場に参加したいと思っているのかについて調査した。

⑤事業の方向性・見直し

・これまでの事業を見直し、住民が中心となって行う気軽に集うことができる多様な場づくり（住民主体の通いの場。運動に限らない。）の支援にシフトしていくことを選択肢として検討。

保険者シートの読み解き例（介護予防②：総合事業の見直しと生活支援体制の構築）

①保険者シートから分かること

・総合事業について、通所型・訪問型ともに、従前相当の利用が全国や都道府県の平均と比べて非常に多い。【No 26】

＜関連する項目＞
・調整済み軽度認定率が高い。【No20】
・在宅系サービスの利用件数が非常に高く、特に通所介護は全国の2倍近くと高い一方で、訪問介護は全国の半分。【No25】

②保険者シート以外の情報

・見える化システムにより、デイとショートステイの日数・回数が全国よりかなり高い。

③ ①②を踏まえた検討

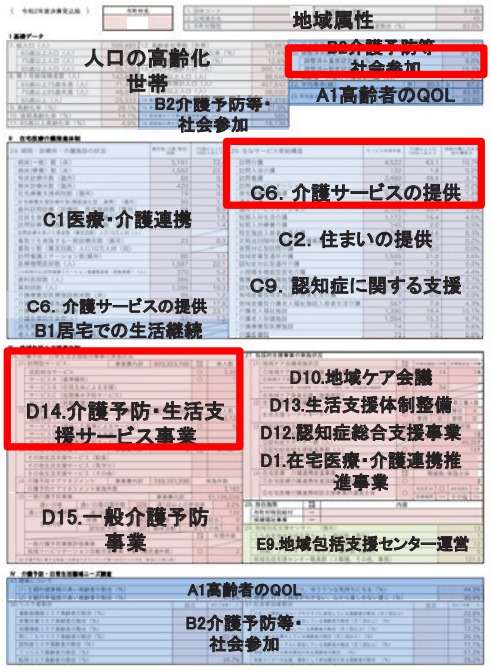
・訪問介護人材を要支援者の利用に割かれ、要介護者へのサービス提供が十分に賄えていないため、デイとショートステイの利用を増やしているのではないかと考えた。
・市内にはサ高住が多く、訪問介護もサ高住での利用が主で、地域の高齢者を支えるサービスとして機能しているか疑問が湧いた。

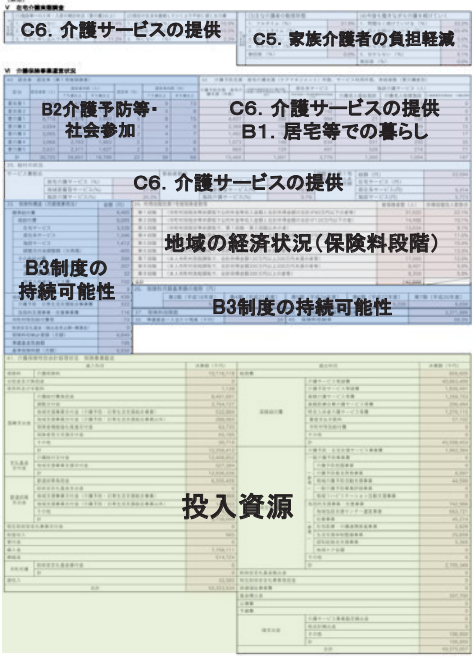
④ ③を確認・深める調査等

・包括やケアマネジャーに話を聞いたところ、訪問介護事業所はどこも空きがなく、サービス調整ができない状況であることが確認された。

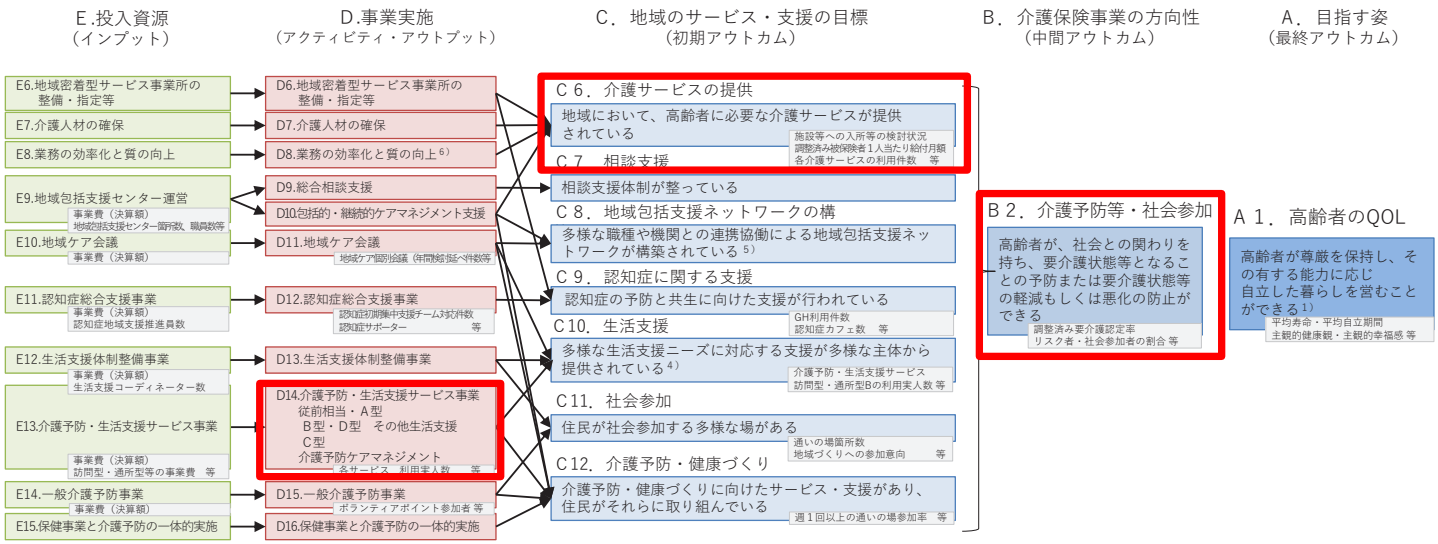
⑤事業の方向性・見直し

・要支援者のケアマネジメントやサービス提供が、本人の回復可能性を見極め、生活行為を取り戻すための支援となっているか、地域ケア会議を通じて関係者と振り返りを行っていく。
・SCと連携し、フォーマルサービスによらない、地域の多様な資源を活用した生活支援体制を構築していく。





保険者シートの読み解き例（介護予防②：総合事業の見直しと生活支援体制の構築）



①保険者シートから分かること

・総合事業について、通所型・訪問型ともに、従前相当の利用が全国や都道府県の平均と比べて非常に多い。【No 26】

＜関連する項目＞
・調整済み軽度認定率が高い。【No20】
・在宅系サービスの利用件数が非常に高く、特に通所介護は全国の2倍近くと高い一方で、訪問介護は全国の半分。【No25】

②保険者シート以外の情報

・見える化システムにより、デイとショートステイの日数・回数が全国よりかなり高い。

③ ①②を踏まえた検討

・訪問介護人材を要支援者の利用に割かれ、要介護者へのサービス提供が十分に賄えていないため、デイとショートステイの利用を増やしているのではないかと考えた。
・市内にはサ高住が多く、訪問介護もサ高住での利用が主で、地域の高齢者を支えるサービスとして機能しているか疑問が湧いた。

④ ③を確認・深める調査等

・包括やケアマネジャーに話を聞いたところ、訪問介護事業所はどこも空きがなく、サービス調整ができない状況であることが確認された。

⑤事業の方向性・見直し

・要支援者のケアマネジメントやサービス提供が、本人の回復可能性を見極め、生活行為を取り戻すための支援となっているか、地域ケア会議を通じて関係者と振り返りを行っていく。
・SCと連携し、フォーマルサービスによらない、地域の多様な資源を活用した生活支援体制を構築していく。

保険者シートの読み解き例（介護予防③：リエイブルメント）

①保険者シートから分かること

・近年、総合事業の通所型（従前相当）や介護予防ケアマネの件数が増加【No26】。
※地域支援事業費の原則上限を超過

＜関連する項目＞
・調整済み軽度認定率が高い【No20】。
・総合事業の通所型C等の多様なサービスは実施していない【No26】。

②保険者シート以外の情報

・デイ事業所数（小規模自治体では近隣自治体を含む）の状況を確認したところ、リハ特化型デイが増加。
・一方、サービスを利用している要支援者の状態は改善していない。

③ ①②を踏まえた検討

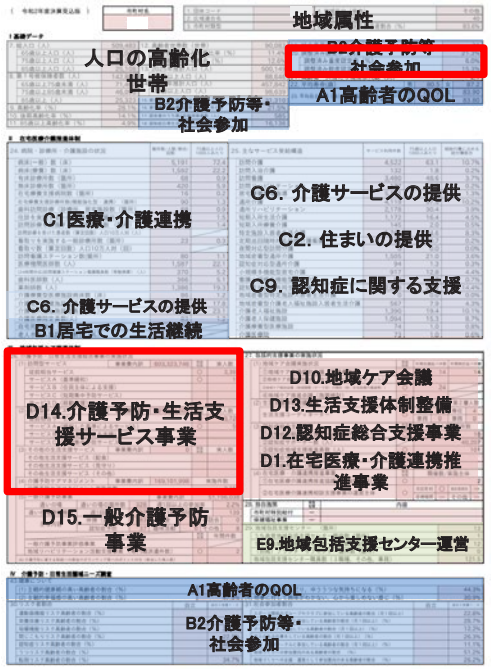
・デイ事業所が増えたことで、その利用者が増加したが、介護サービスが入ることで高齢者の地域とのつながりが切れてしまい、その活動量が改善していないのではないかと考えた。

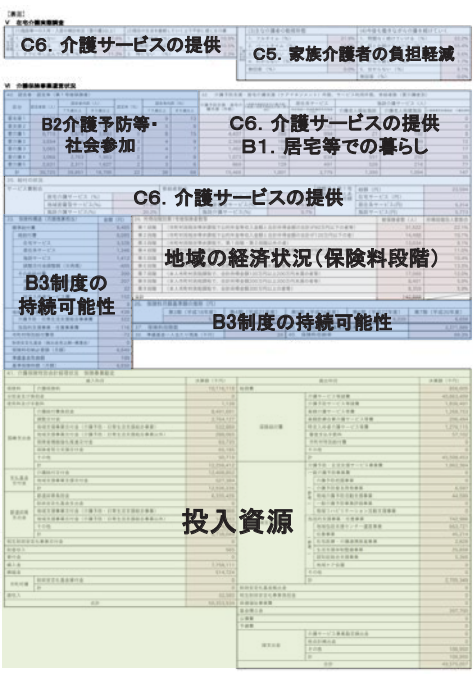
④ ③を確認・深める調査等

・包括やSC、地域で住民主体の通いの場をやっている方等に話を聞いたところ、同様の問題意識が示された。

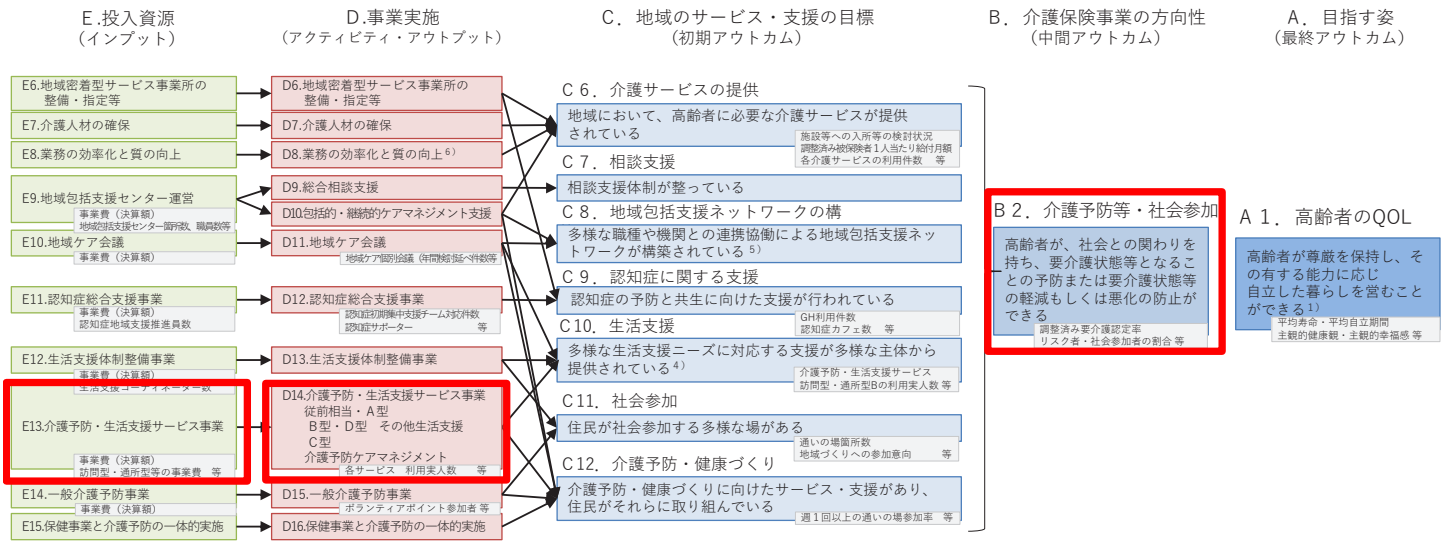
⑤事業の方向性・見直し

地域での生活を継続することができるよう、
・通所型Cを新たに設け、積極的に市民に「リエイブルメント」の考え方を伝える
・デイ事業所の新規指定を行わない
ことを選択肢として検討。





保険者シートの読み解き例（介護予防③：リエイブルメント）



①保険者シートから分かること

・近年、総合事業の通所型（従前相当）や介護予防ケアマネの件数が増加【No26】。
※地域支援事業費の原則上限を超過

＜関連する項目＞
・調整済み軽度認定率が高い【No20】。
・通所型C等の多様なサービスは実施していない【No26】。

②保険者シート以外の情報

・デイ事業所数（小規模自治体では近隣自治体を含む）の状況を確認したところ、リハ特化型デイが増加。
・一方、サービスを利用している要支援者の状態は改善していない。

③ ①②を踏まえた検討

・デイ事業所が増えたことで、その利用者が増加したが、介護サービスが入ることで高齢者の地域とのつながりが切れてしまい、その活動量が改善していないのではないかと考えた。

④ ③を確認・深める調査等

・包括やSC、地域で住民主体の通いの場をやっている方等に話を聞いたところ、同様の問題意識が示された。

⑤事業の方向性・見直し

地域での生活を継続することができるよう、
・通所型Cを新たに設け、積極的に市民に「リエイブルメント」の考え方を伝える
・デイ事業所の新規指定を行わない
ことを選択肢として検討。

保険者シートの読み解き例（介護予防④：平均寿命と健康寿命の差の縮小）

①保険者シートから分かること

・平均寿命は高い【No22】が、健康寿命【No23】との差が大きい。

＜関連する項目＞
・調整済み認定率は低い【No20】が、各サービスの利用件数は多く、サービス提供量が少ないことが要因ではなさそう【No25】。
・運動器機能低下リスク者・閉じこもりリスク者の割合が高い【No30】。
・訪問型Cは、直営で保健師による訪問が中心。通所型Cは実施していない。地域リハビリテーション活動支援事業は、同規模自治体と比較して件数が少ない【No26】。

②保険者シート以外の情報

・KDBでは、「要支援認定を受けた者の１年後の重症化率」が県平均よりも高かった。

③ ①②を踏まえた検討

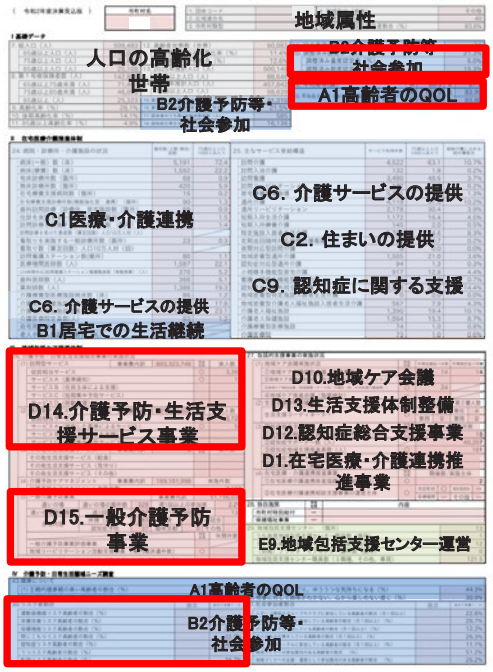
・課内で議論し、要支援者に適切なサービス等が提供できているか検証が必要と考えた。

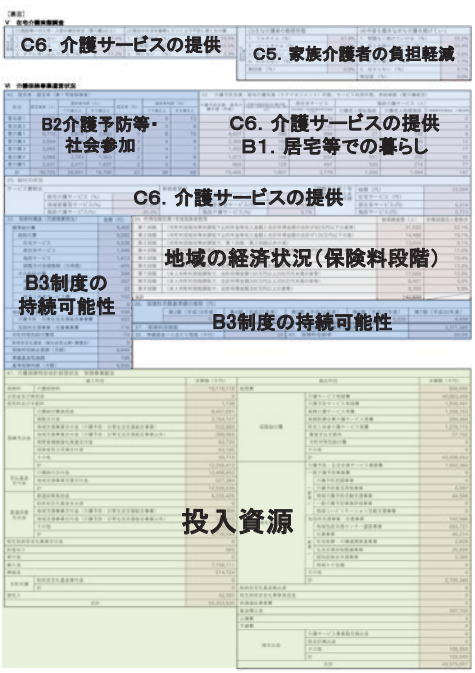
④ ③を確認・深める調査等

・地域ケア会議の検討ケースに、可逆性があるにも関わらず重症化しているケースがないかの洗い出しを行い、重症化した者のサービスの利用状況を確認する。
・また、要介護度が維持（改善）した者の同様の調査を行う。
・ケアマネジャーと市の目標を共有し、達成のために考えられる必要な方策はないか意見交換を行う。

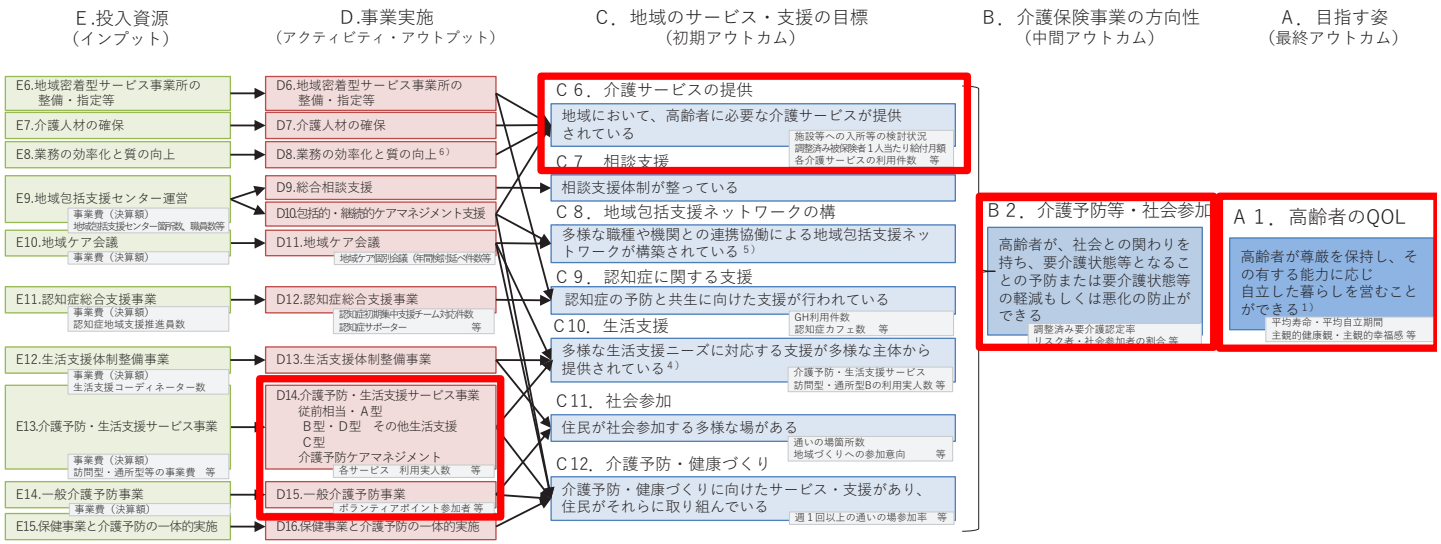
⑤事業の方向性・見直し

・通所型Cのモデル的な実施
・地域ケア会議のやり方についての再検討
・介護予防ケアマネジメントのアセスメント時に、リハビリ専門職が同行訪問すること
等の選択肢を検討。





保険者シートの読み解き例（介護予防④：平均寿命と健康寿命の差の縮小）



①保険者シートから分かること

・平均寿命は高い【No22】が、健康寿命【No23】との差が大きい。

＜関連する項目＞
・調整済み認定率は低い【No20】が、各サービスの利用件数は多く、サービス提供量が少ないことが要因ではなさそう【No25】。
・運動器機能低下リスク者・閉じこもりリスク者の割合が高い【No30】。
・訪問型Cは、直営で保健師による訪問が中心。通所型Cは実施していない。地域リハビリテーション活動支援事業は、同規模自治体と比較して件数が少ない【No26】。

②保険者シート以外の情報

・KDBでは、「要支援認定を受けた者の１年後の重症化率」が県平均よりも高かった。

③①②を踏まえた検討

・課内で議論し、要支援者に適切なサービス等が提供できているか検証が必要と考えた。

④ ③を確認・深める調査等

・地域ケア会議の検討ケースに、可逆性があるにも関わらず重症化しているケースがないかの洗い出しを行い、重症化した者のサービスの利用状況を確認する。
・また、要介護度が維持（改善）した者の同様の調査を行う。
・ケアマネジャーと市の目標を共有し、達成のために考えられる必要な方策はないか意見交換を行う。

⑤事業の方向性・見直し

・通所型Cのモデル的な実施
・地域ケア会議のやり方についての再検討
・介護予防ケアマネジメントのアセスメント時に、リハビリ専門職が同行訪問すること
等の選択肢を検討。

保険者シートの読み解き例（介護予防⑤：通いの場の見直し）

①保険者シートから分かること

・高齢化率、前期・後期高齢者の割合が同規模の保険者【No7～10】と比較して、「住民主体の通いの場」の箇所数・参加率が少ない・低い【No26】

②保険者シート以外の情報

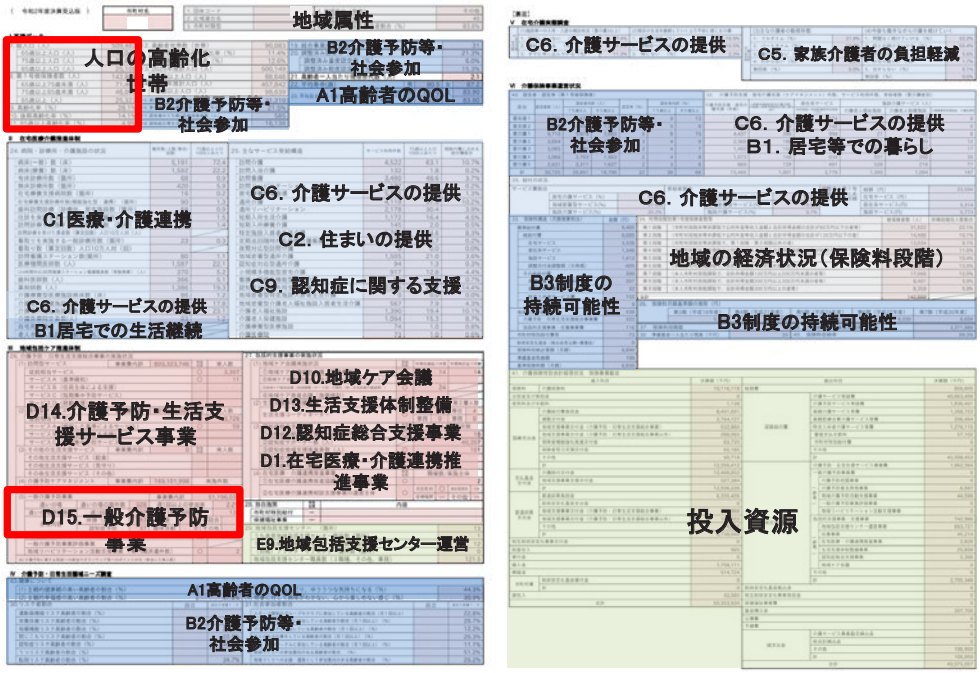
・比較した同規模の保険者にヒアリングしたところ、そもそもの通いの場の捉え方に違いがあった。

③ ①②を踏まえた検討

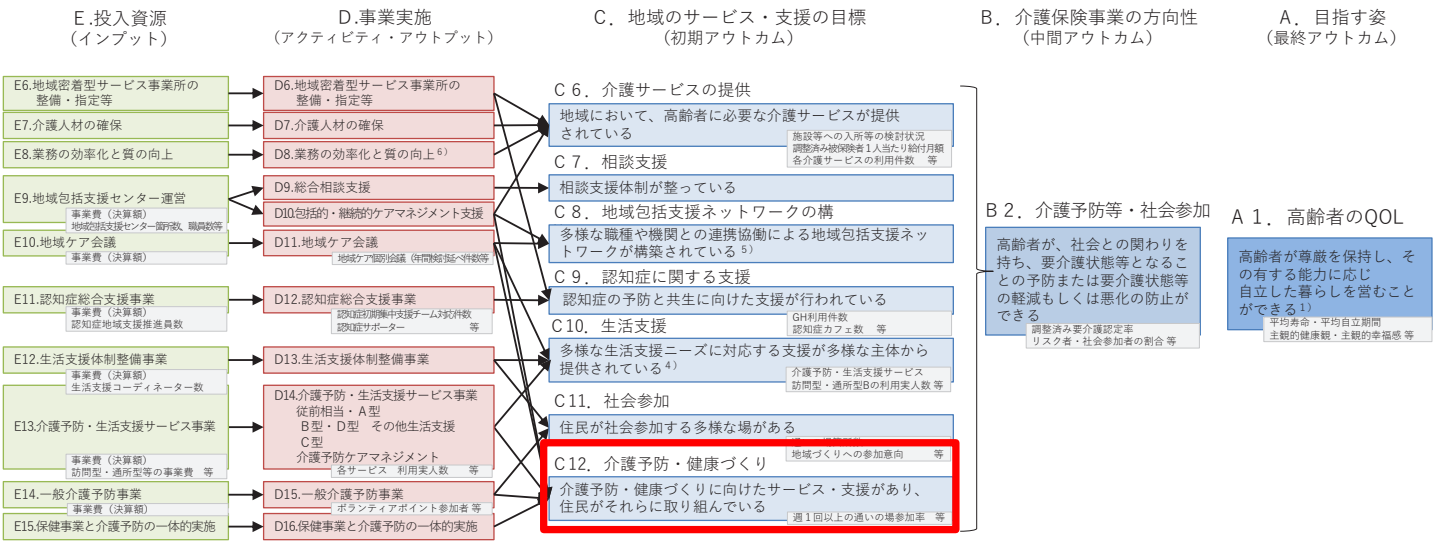
・行政が推進しているいきいき百歳体操やそれに準じた活動が介護予防に資すると考え、月1回以上そのような活動を行っている集まりのみをカウントしていた。
・しかしながら、他市の状況を確認し、サロン活動はもとより、趣味活動や勉強会、公民館での市民活動等、様々な社会参加が介護予防に資するということを改めて認識した。

④事業の方向性・見直し

・このことを踏まえて、住民が中心となって行う気軽に集うことができる多様な場づくり支援、社会参加の推進支援の重要性に気づき、幅広に支援を行うよう、検討を始めた。



保険者シートの読み解き例（介護予防⑤：通いの場の見直し）



①保険者シートから分かること
・高齢化率、前期・後期高齢者の割合が同規模の保険者【No7～10】と比較して、「住民主体の通いの場」の箇所数・参加率が少ない・低い【No26】

②保険者シート以外の情報
・比較した同規模の保険者にヒアリングしたところ、そもそもの通いの場の捉え方に違いがあった。

③ ①②を踏まえた検討
・行政が推進しているいきいき百歳体操やそれに準じた活動が介護予防に資すると考え、月1回以上そのような活動を行っている集まりのみをカウントしていた。
・しかしながら、他市の状況を確認し、サロン活動はもとより、趣味活動や勉強会、公民館での市民活動等、様々な社会参加が介護予防に資するということを改めて認識した。

④事業の方向性・見直し
・このことを踏まえて、住民が中心となって行う気軽に集うことができる多様な場づくり支援、社会参加の推進支援の重要性に気づき、幅広に支援を行うよう、検討を始めた。

保険者シートの読み解き例
（包括報酬型サービス①：独居世帯の増加を踏まえた小規模多機能型居宅介護の整備）

①保険者シートから分かること
・施設・居住系の受給率は高い。特に居住系は、軽度者の受給率がかなり高い。在宅サービス受給率が非常に低い【No32】。

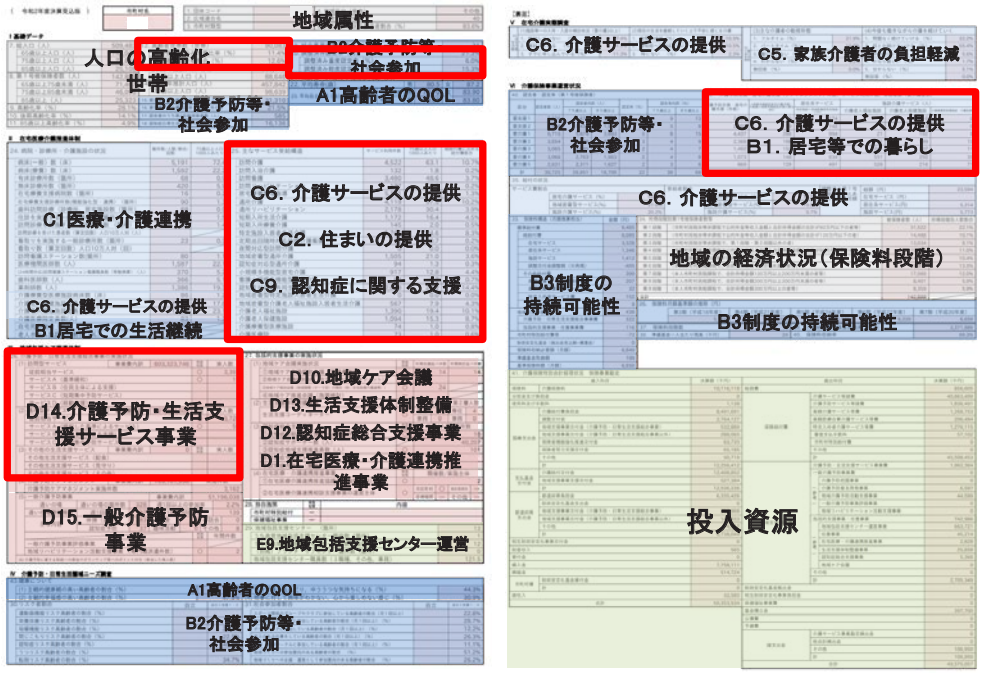
＜関連する項目＞
・独居世帯割合は高い【No12】。
・調整済み認定率は、軽度・重度ともにかなり低い【No20】。
・地域密着型サービスは、GHが中心で小規模多機能型居宅介護はない【No25】。
・総合事業は、訪問型・通所型ともに従前相当が高い【No 26】。訪問介護は利用者の半数、デイはその40%が要支援者【No32】。

②保険者シート以外の情報
・見える化システムにより、全国と比較してデイ事業所の定員はかなり高く、訪問介護従事者は著しく少ないことが分かった。

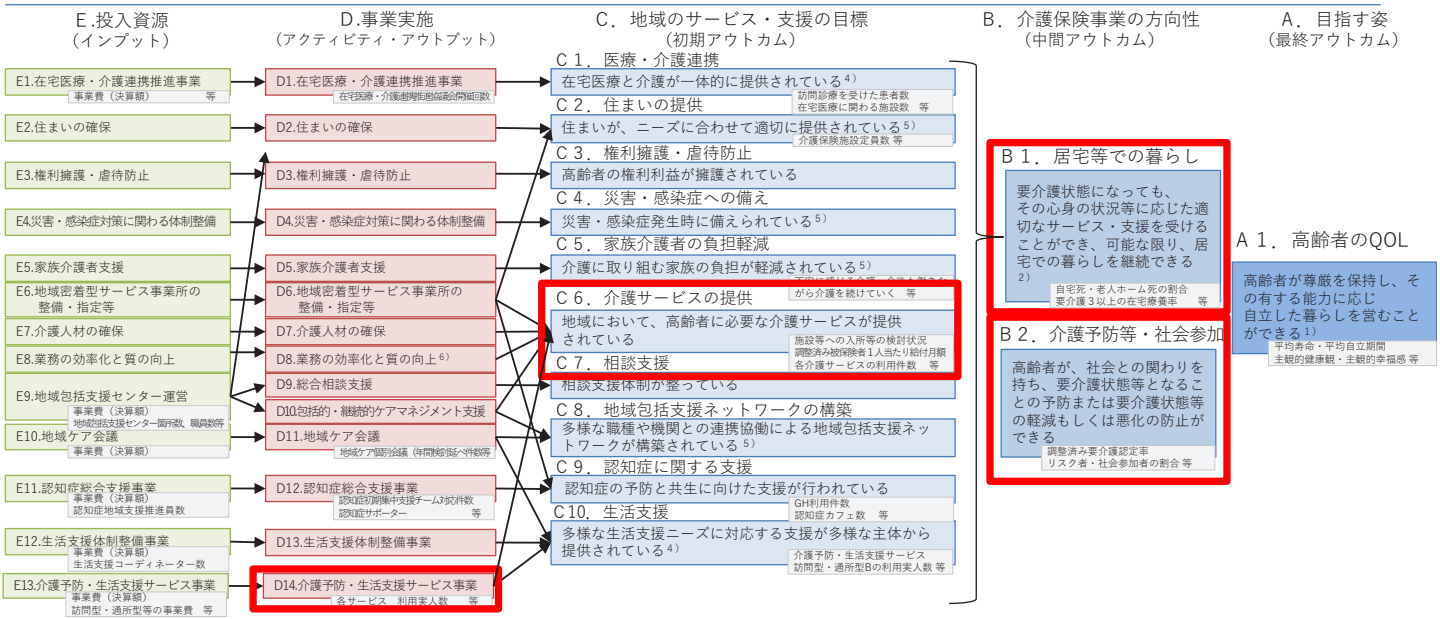
③ ①②を踏まえた検討
・訪問介護・デイ事業所のターゲットが要支援になり、要介護者を支えるサービスとなっていない可能性があると考えた。
・また、独居世帯等、多様な生活上の不安やニーズ抱えた高齢者を住み慣れた自宅で切れ目なく支援する体制が弱く、GHを含めた施設入所志向が強いという仮説を立てた。

④ ③を確認・深める調査等
・ケアマネジャーにヒアリングを行ったところ、在宅生活の継続を希望する高齢者は多いが、訪問介護事業所は空きがなく、自宅に訪問して支援できるサービスが不足していること、独居世帯が多く、遠く離れた親族からは日常的な見守りのニーズが高く、施設入所を選択するケースが多いことが伺えた。

⑤事業の方向性・見直し
・計画に、自宅での生活を、通所、訪問、泊りを組み合わせて切れ目なく支援できる小規模多機能型居宅介護の整備を盛り込んだ。



保険者シートの読み解き例（包括報酬型サービス①：独居世帯の増加を踏まえた小規模多機能型居宅介護の整備）



①保険者シートから分かること
・施設・居住系の受給率は高い。特に居住系は、軽度者の受給率がかなり高い。在宅サービス受給率が非常に低い【No32】。

＜関連する項目＞
・独居世帯割合は高い【No12】。
・調整済み認定率は、軽度・重度ともにかなり低い【No20】。
・地域密着型サービスは、GHが中心で小規模多機能型居宅介護はない【No25】。
・総合事業は、訪問型・通所型ともに従前相当が高い【No 26】。訪問介護は利用者の半数、デイはその40%が要支援者【No32】。

②保険者シート以外の情報
・見える化システムにより、全国と比較してデイ事業所の定員はかなり高く、訪問介護従事者は著しく少ないことが分かった。

③ ①②を踏まえた検討
・訪問介護・デイ事業所のターゲットが要支援になり、要介護者を支えるサービスとなっていない可能性があると考えた。
・また、独居世帯等、多様な生活上の不安やニーズ抱えた高齢者を住み慣れた自宅で切れ目なく支援する体制が弱く、GHを含めた施設入所志向が強いという仮説を立てた。

④ ③を確認・深める調査等
・ケアマネジャーにヒアリングを行ったところ、在宅生活の継続を希望する高齢者は多いが、訪問介護事業所は空きがなく、自宅に訪問して支援できるサービスが不足していること、独居世帯が多く、遠く離れた親族からは日常的な見守りのニーズが高く、施設入所を選択するケースが多いことが伺えた。

⑤事業の方向性・見直し
・計画に、自宅での生活を、通所、訪問、泊りを組み合わせて切れ目なく支援できる小規模多機能型居宅介護の整備を盛り込んだ。

保険者シートの読み解き例
（包括報酬型サービス②：在宅限界点を上げるためのサービス整備）

①保険者シートから分かること
・要介護者では施設入所率が高い（ショートステイの利用件数が多い）【No32】。

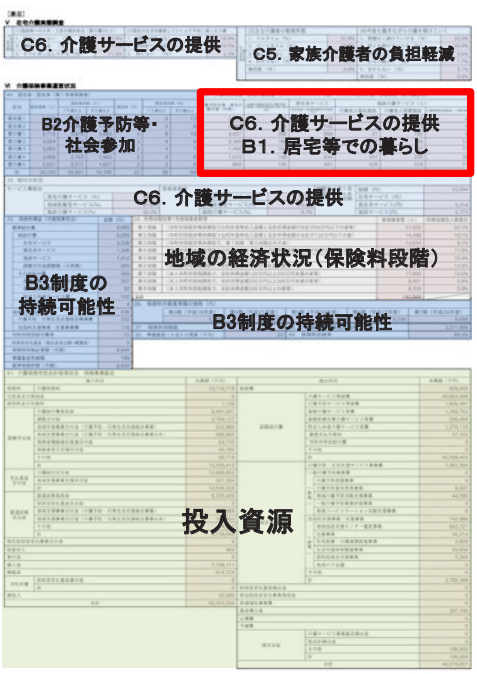
＜関連する項目＞
・要介護者の在宅生活を支えるサービスである小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用件数が低い【No25】

②保険者シート以外の情報
・施設数、ショートステイ事業所数
・ショートステイの受給者1人あたり利用日数
・小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業所数
を確認。

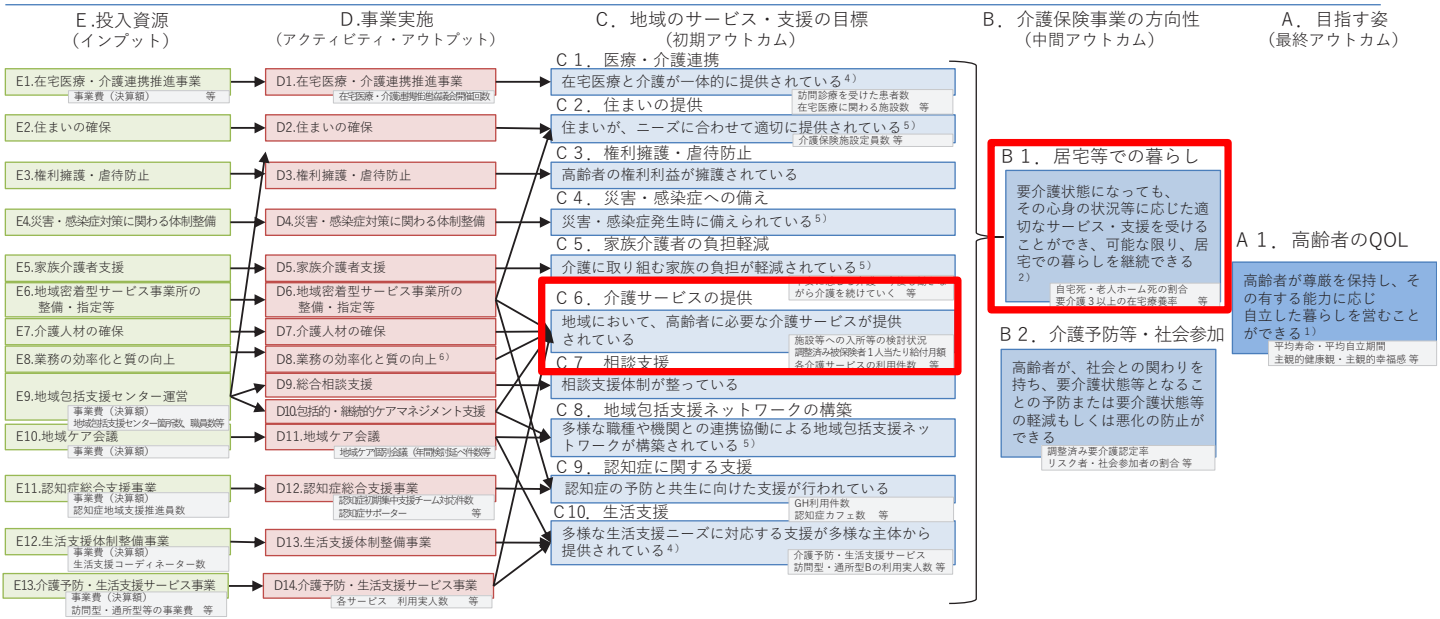
③ ①②を踏まえた検討
・施設やショートステイの数が多い一方で、要介護者の在宅生活を支えるサービスが少なく、要介護者の在宅要介護になるとすぐに施設入所（ショートステイの長期利用を含む。）に結びついてしまっているのではないかと考えた。

④ ③を確認・深める調査等
・ケアマネジャーにヒアリングを行ったところ、在宅生活の継続を希望する高齢者は多いが、1日1回程度の訪問介護や週数回の通所介護では在宅生活を支えられず、また、重度者の在宅生活を支える介護サービスがないという意見が多かった。

⑤事業の方向性・見直し
・次期計画に向け、小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護の整備を引き続き調査・検討。



保険者シートの読み解き例（包括報酬型サービス②：在宅限界点を上げるためのサービス整備）



①保険者シートから分かること
・要介護者では施設入所率が高い（ショートステイの利用件数が多い）【No32】。

＜関連する項目＞
・要介護者の在宅生活を支えるサービスである小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用件数が低い【No25】

②保険者シート以外の情報
・施設数、ショートステイ事業所数
・ショートステイの受給者1人あたり利用日数
・小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業所数
を確認。

③ ①②を踏まえた検討
・施設やショートステイの数が多い一方で、要介護者の在宅生活を支えるサービスが少なく、要介護者の在宅要介護になるとすぐに施設入所（ショートステイの長期利用を含む。）に結びついてしまっているのではないかと考えた。

④ ③を確認・深める調査等
・ケアマネジャーにヒアリングを行ったところ、在宅生活の継続を希望する高齢者は多いが、1日1回程度の訪問介護や週数回の通所介護では在宅生活を支えられず、また、重度者の在宅生活を支える介護サービスがないという意見が多かった。

⑤事業の方向性・見直し
・次期計画に向け、小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護を整備することを引き続き調査・検討。

保険者シートの読み解き例
（在宅医療・介護連携①：希望する方が可能な限り自宅で最期を迎えられる ）

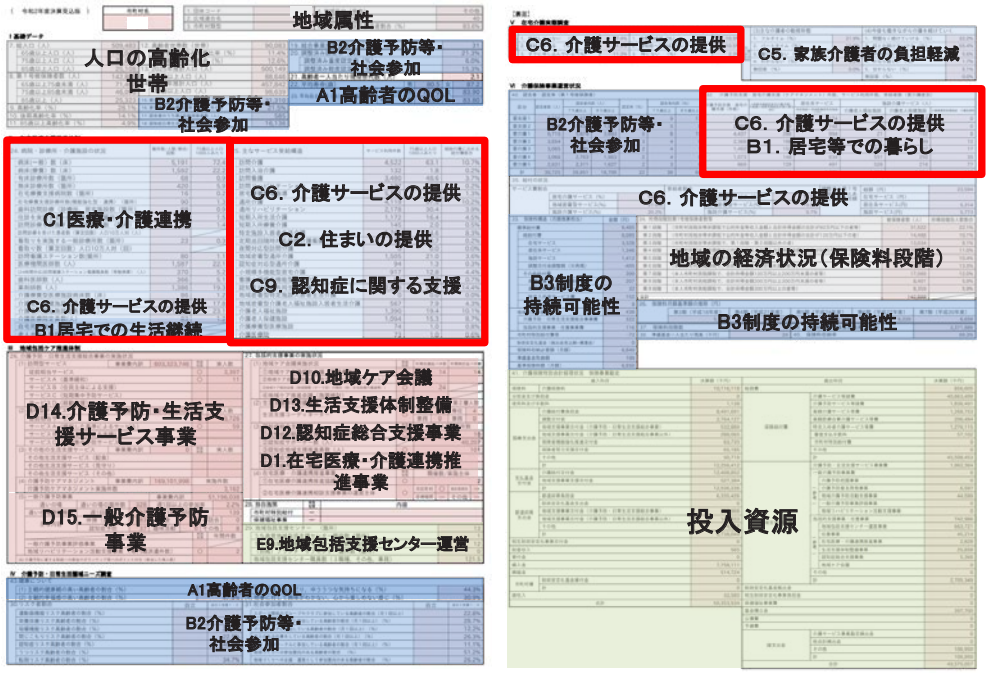
①保険者シートから分かること
・自宅死の割合は低い【No24】。

＜関連する項目＞
・現在の生活に不安を感じている方が多く、施設入所を検討している者の割合も高く【No44】、要介護3以上では、施設利用者の割合が高い【No32】
・医療機関医師数や薬剤師数、病床数や診療所数は多いが、在支診数や24時間対応訪看ステーション看護職員数は少ない【No24】
・訪問介護、デイ、ショートステイ等、在宅サービスは平均に近い【No25】。

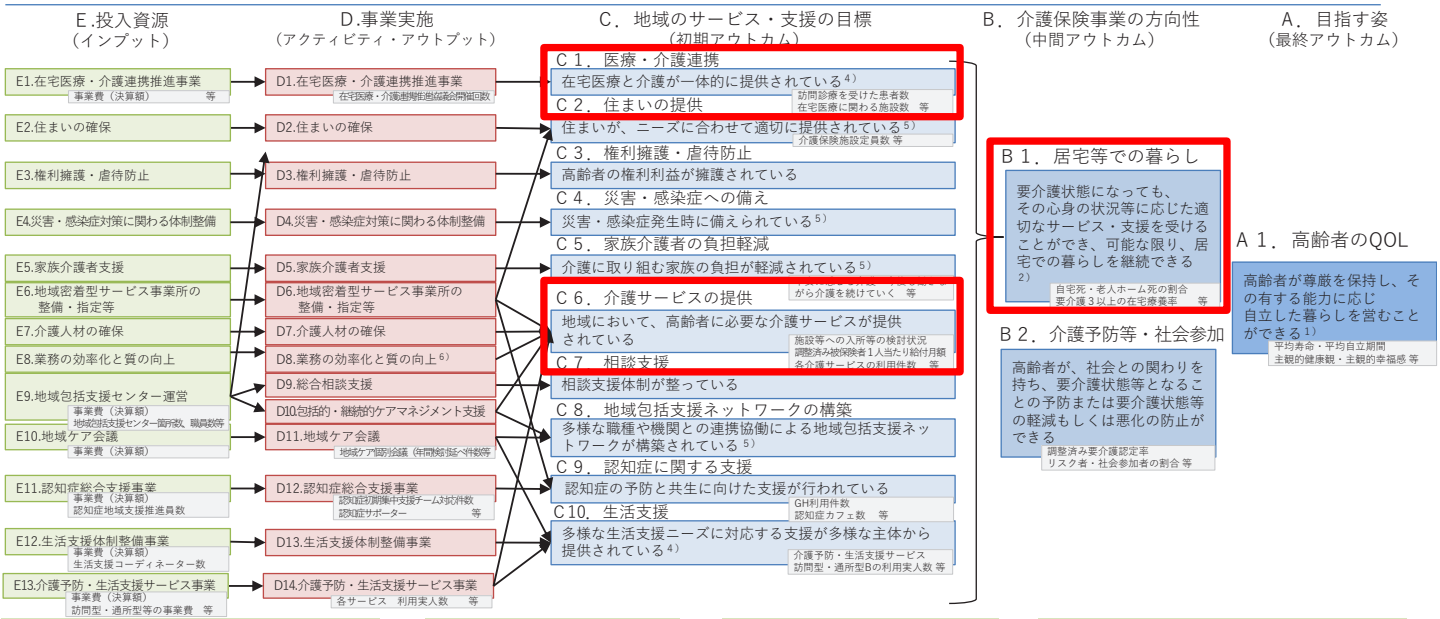
②保険者シート以外の情報
・「介護が必要になった場合に介護を受けたい場所」（独自調査）は、他の自治体と比較し、「自宅」を選択している者の割合が多い。

③ ①②を踏まえた検討
・要介護度が重くなると自宅で最期まで過ごす者は少ない。住民の「自宅で過ごしたい」という希望を実現できていない可能性がある。これは、在宅生活を支える医療・介護サービス提供体制が十分に整っていないことが一つの要因として考えられた。

④事業の方向性・見直し
・市の在宅医療提供体制について、今後の方針や在り方を県担当者に確認し、協議する。
・在宅医療・介護連携推進協議会で、データを示し、現状と課題について協議する。
・ケアマネジメントの在り方について、地域のケアマネジャーに状況を確認するとともに、本人ニーズをとらえているか確認を行う。
・看護小規模多機能型居宅介護について、公募の実施を含めて構築を検討する。



保険者シートの読み解き例（在宅医療・介護連携①：希望する方が可能な限り自宅で最期を迎えられる ）



①保険者シートから分かること
・自宅死の割合は低い【No24】。

＜関連する項目＞
・現在の生活に不安を感じている方が多く、施設入所を検討している者の割合も高く【No44】、要介護3以上では、施設利用者の割合が高い【No32】
・医療機関医師数や薬剤師数、病床数や診療所数は多いが、在支診数や24時間対応訪看ステーション看護職員数は少ない【No24】
・訪問介護、デイ、ショートステイ等、在宅サービスは平均に近い【No25】。

②保険者シート以外の情報
・「介護が必要になった場合に介護を受けたい場所」（独自調査）は、他の自治体と比較し、「自宅」を選択している者の割合が多い。

③ ①②を踏まえた検討
・要介護度が重くなると自宅で最期まで過ごす者は少ない。住民の「自宅で過ごしたい」という希望を実現できていない可能性がある。これは、在宅生活を支える医療・介護サービス提供体制が十分に整っていないことが一つの要因として考えられた。

④事業の方向性・見直し
・市の在宅医療提供体制について、今後の方針や在り方を県担当者に確認し、協議する。
・在宅医療・介護連携推進協議会で、データを示し、現状と課題について協議する。
・ケアマネジメントの在り方について、地域のケアマネジャーに状況を確認するとともに、本人ニーズをとらえているか確認を行う。
・看護小規模多機能型居宅介護について、公募の実施を含めて構築を検討する。

保険者シートの読み解き例（在宅医療・介護連携②：施設での看取り）

①保険者シートから分かること

・老人ホーム死の割合は低い。【No24】
＜関連する項目＞
・要介護3以上の施設利用者割合は全国・県の平均より高い。【No32】
・人口あたりの診療所数、医師数は少ない。【No24】
・特養の人口あたり定員数は、全国・県より高い【No24】。

②保険者シート以外の情報

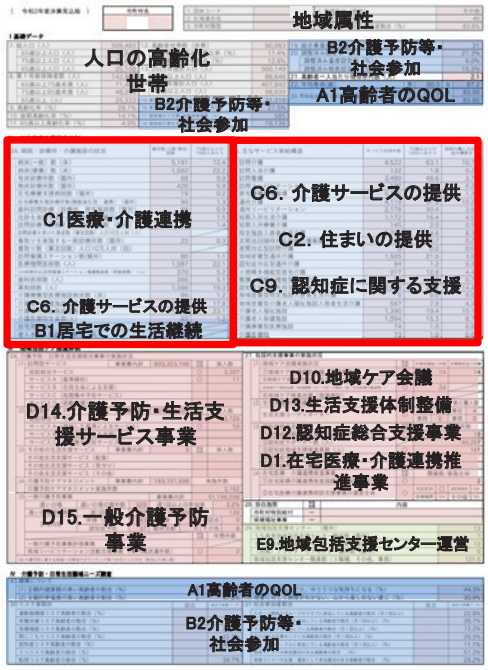
・介護施設への調査より、特養の退所理由は入院が最も多い。
・特養の管理者より「看取りが近づき喀痰吸引や点滴が必要になると対応できず入院することが多い」「最期まで施設で看取りたい」という家族や介護職員の想いはある。
・医師会より、医師の高齢化で嘱託医の負担が増えている。

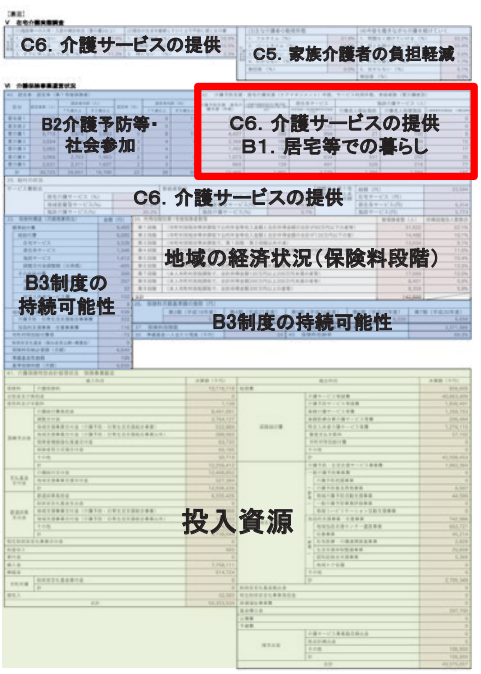
③ ①②を踏まえた検討

・要介護3以上の介護施設利用者が多いが、老人ホーム死の割合が低く、暮らしの場として特養を選択しても最期まで過ごせない現状が考えられた。
・介護施設で、看取り期に必要な医療ケア（喀痰吸引・点滴など）に対応できないことが要因ではないか。

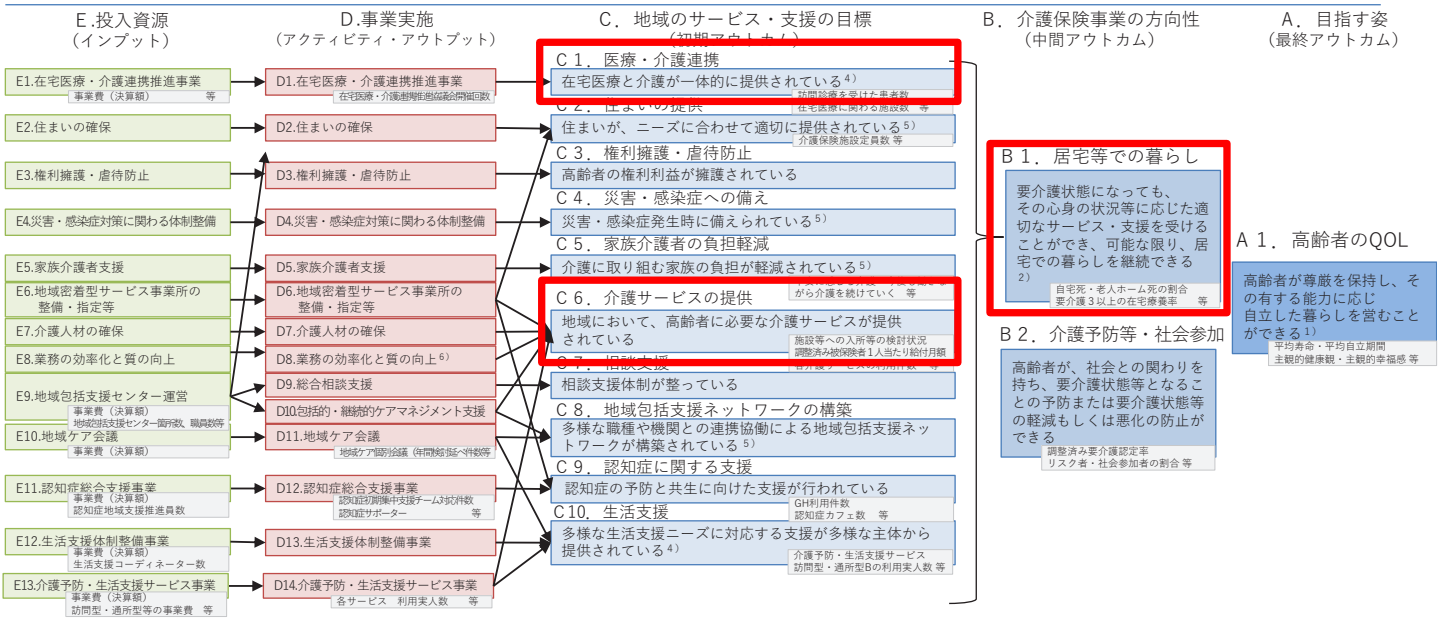
④事業の方向性・見直し

・特養の嘱託医、病院にヒアリングを行い、施設看取りの課題を整理する。
・整理した課題を在宅医療・介護連携推進協議会で検討し、対策を議論する。
・終末期のケアの在り方を考える勉強会を、病院・保健所・医師会と協力し、企画する。
・保健所・看護協会と協力し、看取り期のケアに関する人材育成、看護職と介護職との連携について検討する。
・介護職の喀痰吸引研修の状況について、県庁の担当者と協議する。





保険者シートの読み解き例（在宅医療・介護連携②：施設での看取り）



①保険者シートから分かること

・老人ホーム死の割合は低い。【No24】

＜関連する項目＞
・要介護3以上の施設利用者割合は全国・県の平均より高い。【No32】
・人口あたりの診療所数、医師数は少ない。【No24】
・特養の人口あたり定員数は、全国・県より高い【No24】。

②保険者シート以外の情報

・介護施設への調査より、特養の退所理由は入院が最も多い。
・特養の管理者より「看取りが近づき喀痰吸引や点滴が必要になると対応できず、入院することが多い」「最期まで施設で看取りたい」という家族や介護職員の想いはある。
・医師会より、医師の高齢化で嘱託医の負担が増えている。

③ ①②を踏まえた検討

・要介護3以上の介護施設利用者が多いが、老人ホーム死の割合が低く、暮らしの場として特養を選択しても最期まで過ごせない現状が考えられた。
・介護施設で、看取り期に必要な医療ケア（喀痰吸引・点滴など）に対応できないことが要因ではないか。

④事業の方向性・見直し

・特養の嘱託医、病院にヒアリングを行い、施設看取りの課題を整理する。
・整理した課題を在宅医療・介護連携推進協議会で検討し、対策を議論する。
・終末期のケアの在り方を考える勉強会を、病院・保健所・医師会と協力し、企画する。
・保健所・看護協会と協力し、看取り期のケアに関する人材育成、看護職と介護職との連携について検討する。
・介護職の喀痰吸引研修の状況について、県庁の担当者と協議する。

保険者シートの読み解き例（その他①：生活支援の充実）

①保険者シートから分かること

・社会参加者割合は低く【No31】、リスク者割合は高い【No30】。

＜関連する項目＞
・地域づくりの取組への参加意向等がある高齢者が多い【No31】。
・住民主体の通いの場の箇所数・参加率ともに少なく・低い【No26】。

②保険者シート以外の情報

・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果より、公共交通機関がほとんどなく、自動車以外での移動が難しい高齢者が多いことが判明。

③調査等

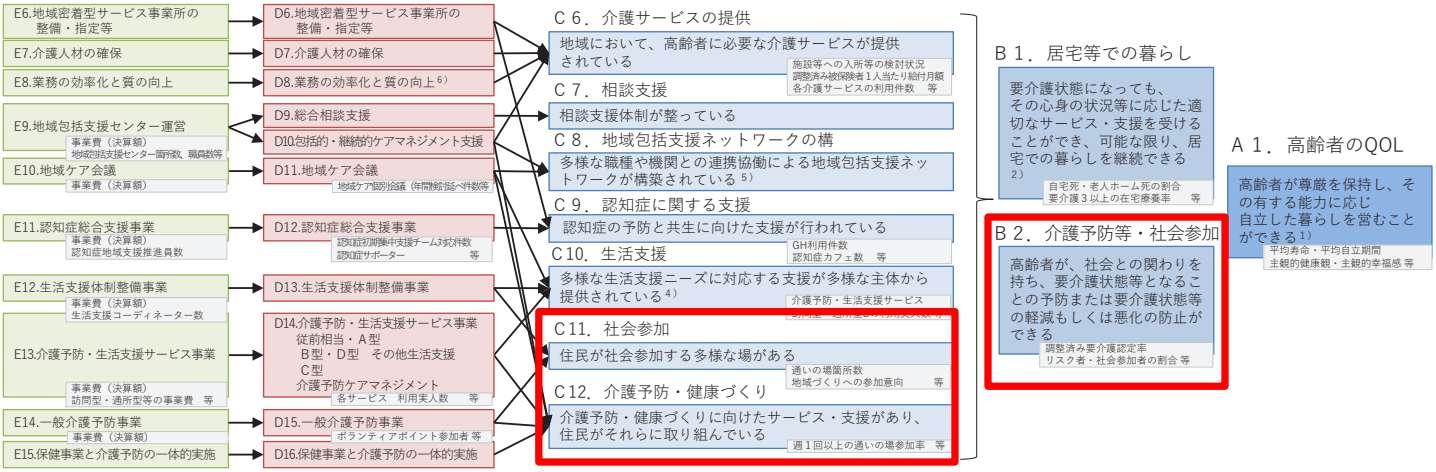
・SC等と協力し、公共交通機関がない地区の住民を対象として、移動の実態や必要な支援等についての調査を実施。

④事業の方向性・見直し

・住民主体の通いの場を含めて、高齢者が地域でこれまでと同様の生活が継続できるように、移動支援を充実させていく方策（訪問型D、社会福祉法人や民間企業による移動支援等）を検討。

保険者シートの読み解き例（その他①：生活支援の充実）

E.投入資源（インプット）　D.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・支援の目標（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）



①保険者シートから分かること

・社会参加者割合は低く【No31】、リスク者割合は高い【No30】。

＜関連する項目＞
・地域づくりの取組への参加意向等がある高齢者が多い【No31】。
・住民主体の通いの場の箇所数・参加率ともに少なく・低い【No26】。

②保険者シート以外の情報

・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果より、公共交通機関がほとんどなく、自動車以外での移動が難しい高齢者が多いことが判明。

③ 調査等

・SC等と協力し、公共交通機関がない地区の住民を対象として、移動の実態や必要な支援等についての調査を実施。

④事業の方向性・見直し

・住民主体の通いの場を含めて、高齢者が地域でこれまでと同様の生活が継続できるように、移動支援を充実させていく方策（訪問サービスD、社会福祉法人や民間企業による移動支援等）を検討。

保険者シートの読み解き例（その他②：家族介護者支援）

①保険者シートから分かること

・主な介護者が不安に感じる介護の割合や、今後も働きながら介護を続けていくことが難しいと回答した者の割合が高い【No44】

＜関連する項目＞
・自治体内に、施設や小規模多機能型居宅介護等が少なく、その利用件数も少ない【No24，25】

②保険者シート以外の情報

・在宅介護実態調査にて、全国や同規模自治体と比較して家族等の介護の頻度が高いことが確認。

③ ①②を踏まえた検討

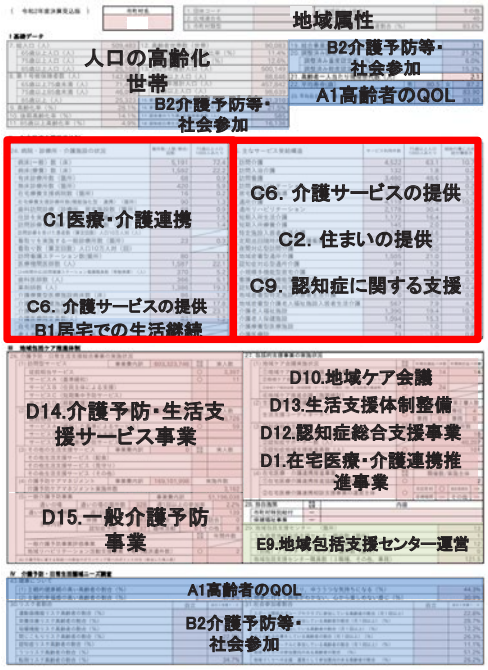
・家族介護者等に大きな介護負担がかかっているのではないかと考えた。

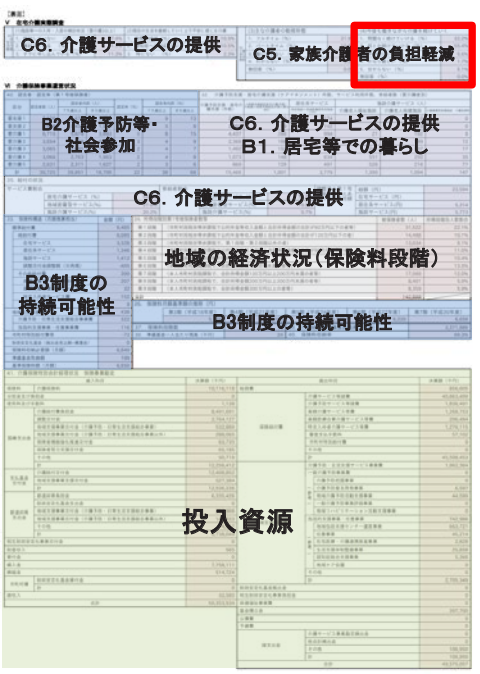
④ ③を確認・深める調査等

・ケアマネジャー、地域包括支援センター等に家族介護者の介護負担についてヒアリングを行ったところ、主な介護者が企業や地域包括支援センター等に相談できず、退職している事例が多いことが判明した。
・加えて、家族介護者本人やケアマネジャーに、退職時にどのような課題があったのか、どのような支援が必要だったのかについて調査を行った。

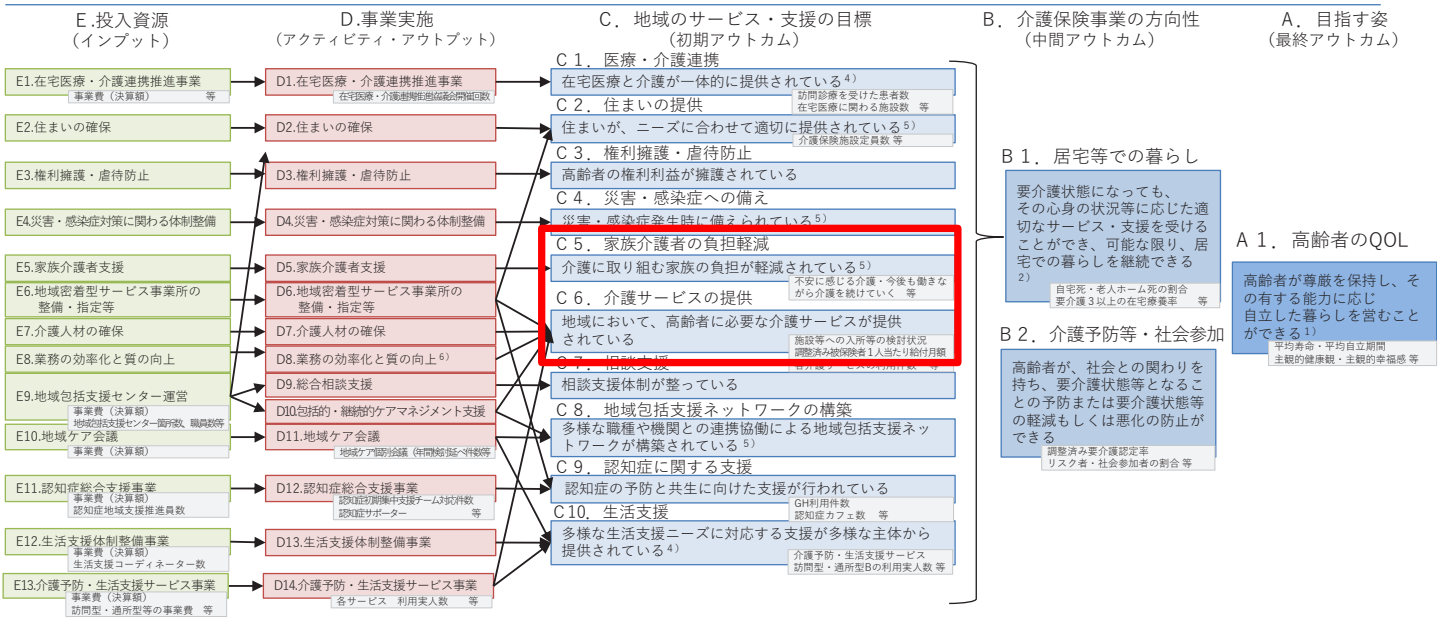
⑤事業の方向性・見直し

・（労働局や県と連携して）企業向けに、介護休業制度・相談窓口の周知等の介護者支援に関する説明会の開催
・ケアマネジャーへの介護離職防止・家族介護者支援の研修の実施
・家族介護者支援事業（介護者の交流会、介護教室、レスパイトケア等）の拡充
等の選択肢を検討。





保険者シートの読み解き例（その他②：家族介護者支援）



①保険者シートから分かること
・主な介護者が不安に感じる介護の割合や、今後も働きながら介護を続けていくことが難しいと回答した者の割合が高い【No44】
＜関連する項目＞
・自治体内に、施設や小規模多機能型居宅介護等が少なく、その利用件数も少ない【No24，25】

②保険者シート以外の情報
・在宅介護実態調査にて、全国や同規模自治体と比較して家族等の介護の頻度が高いことが確認。

③ ①②を踏まえた検討
・家族介護者等に大きな介護負担がかかっているのではないかと考えた。

④ ③を確認・深める調査等
・ケアマネジャー、地域包括支援センター等に家族介護者の介護負担についてヒアリングを行ったところ、主な介護者が企業や地域包括支援センター等に相談できず、退職している事例が多いことが判明した。
・加えて、家族介護者本人やケアマネジャーに、退職時にどのような課題があったのか、どのような支援が必要だったのかについて調査を行った。

⑤事業の方向性・見直し
・（労働局や県と連携して）企業向けに、介護休業制度・相談窓口の周知等の介護者支援に関する説明会の開催
・ケアマネジャーへの介護離職防止・家族介護者支援の研修の実施
・家族介護者支援事業（介護者の交流会、介護教室、レスパイトケア等）の拡充
等の選択肢を検討。

保険者シートの読み解き例（その他③：サービス付き高齢者向け住宅の増加）

①保険者シートから分かること

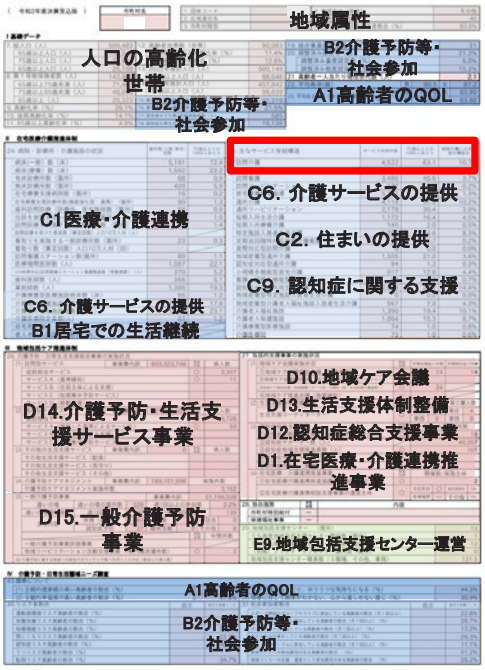
・訪問介護の給付費は伸びている【No25】が、要介護3以上の施設への入所割合は変わっていない【No32】。

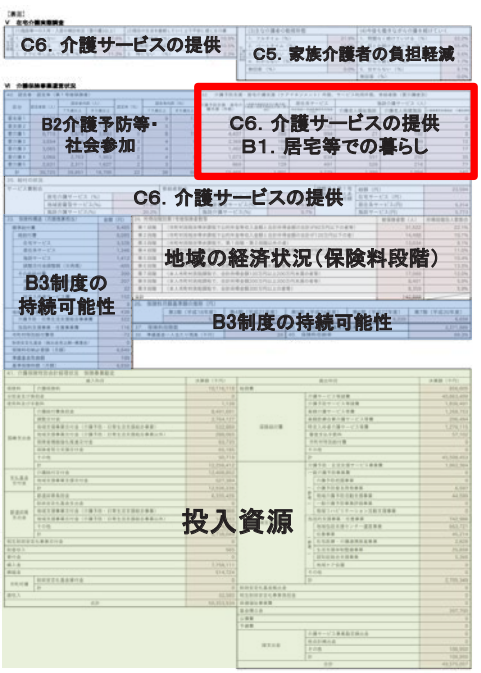
②保険者シート以外の情報

・特定施設ではない、サービス付き高齢者向け住宅が増加【分析ツール】。
・地域包括ケア「見える化」システムにおいて、訪問介護の給付率（要介護度別）、受給者一人あたりの利用日数等を確認すると、給付率は大きく伸びておらず、受給者一人あたりの利用日数が急増していた。
・さらに、給付データを見ると、サービス付き高齢者向け住宅に併設した訪問介護事業所の給付費が急増している一方、それ以外の地域にサービスを提供している訪問介護事業所の給付費は減少している。

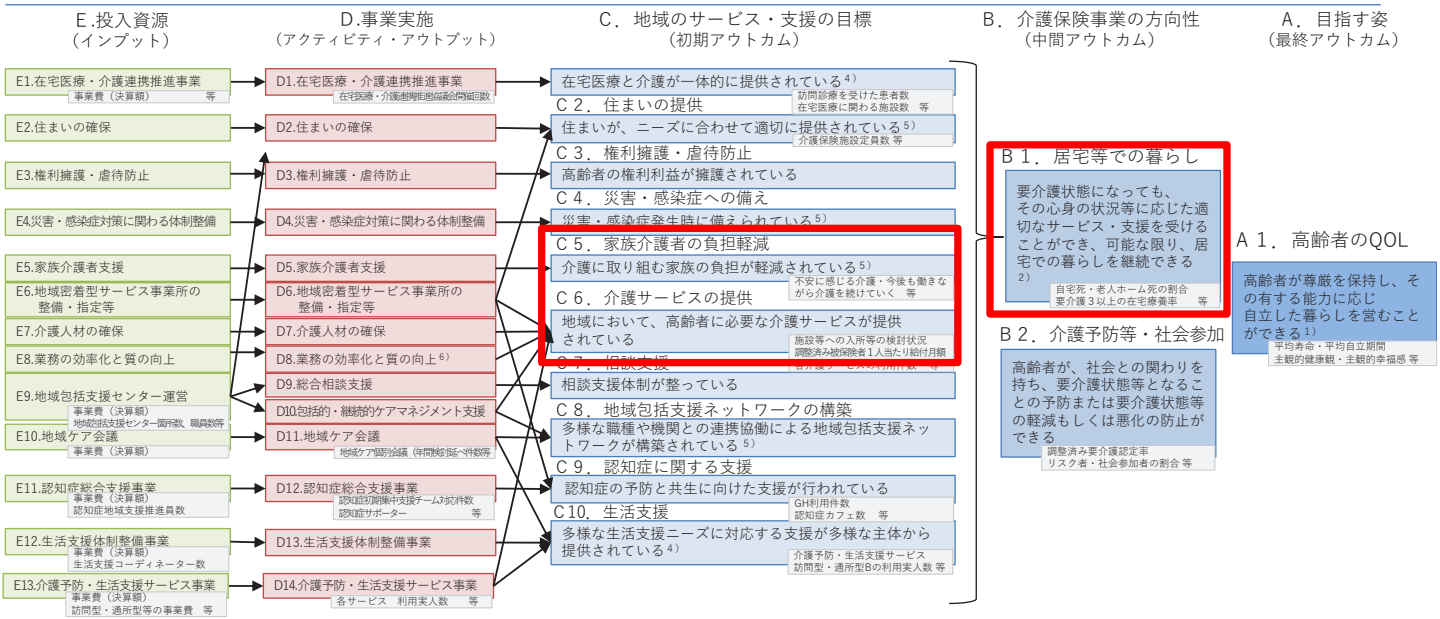
③今後の検討

・このため、ケアマネジャーや地域包括支援センターに、地域の要介護者に必要な訪問介護が提供されているかを調査すること等について検討。





保険者シートの読み解き例（その他③：サービス付き高齢者向け住宅の増加）



①保険者シートから分かること

・訪問介護の給付費は伸びている【No25】が、要介護3以上の施設への入所割合は変わっていない【No32】。

②保険者シート以外の情報

・特定施設ではない、サービス付き高齢者向け住宅が増加【分析ツール】。
・地域包括ケア「見える化」システムにおいて、訪問介護の給付率（要介護度別）、受給者一人あたりの利用日数等を確認すると、給付率は大きく伸びておらず、受給者一人あたりの利用日数が急増していた。
・さらに、給付データを見ると、サービス付き高齢者向け住宅に併設した訪問介護事業所の給付費が急増している一方、それ以外の地域にサービスを提供している訪問介護事業所の給付費は減少している。

③今後の検討

・このため、ケアマネジャーや地域包括支援センターに、地域の要介護者に必要な訪問介護が提供されているかを調査すること等について検討。

７．介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会　研修運営マニュアル

介護保険「保険者シート」を活用した

地域マネジメントの推進に関する研修会

研修運営マニュアル

医療経済研究機構

令和５年３月

本マニュアルは、都道府県庁が、保険者・市町村の職員を対象に、介護保険「保険者シート」を活用して、地域マネジメンの推進に向けたデータを活用に関する研修会を行うことを想定して作成しています。

目次

１．研修会の目的 3
２．研修会の基本的考え方 5
３．研修会の開催例 7
４．研修会開催までの手順（チェックリスト） 8
（１）４か月前まで 8
□　運営の中心となる担当者で、研修目的や開催に向けて話し合います 8
□　保険者シート説明会等に参加もしくは動画視聴します 8
（２）３か月前まで 8
□　開催概要を作成します 8
□　開催方法を決めます 8
□　開催主体を決めます 8
□　研修会の日程を決めます 8
□　講師の候補者に依頼します 9
□　受講対象者を決めます 9
□　参加や協力を募る関係部署等を決めます 9
□　開催場所を決めます 9
□　会場図を作成します 10
□　（必要に応じて）日程と会場について、保険者・市町村、参加・協力を依頼する関係部署に連絡します 10
（３）１ヶ月半前まで 10
□　講師を決定します 10
□　受講者の募集を開始します 10
□　オブザーバー参加者の募集を開始します 10
□　講師と打合せの日程を調整します 10
（４）２週間前まで 10
□　受講者、オブザーバー参加者の募集を締め切ります 10
□　講師との打ち合わせを行います 10
（５）１週間前まで 11
□　名簿を作成します 11
□　受講者のグループ分けを行います 11
□　講師に参加者名簿、グループ分けを連絡します 11
□　講師から更新・作成した資料を提出してもらいます 11
□　「資料５ 介護保険「保険者シート」を活用した地域の現状把握」を作成します . . . 11
□　保険者シートをダウンロードします 11
□　その他、作成・更新した資料を完成させます 11
□　受講後のアンケートを作成します 11
□　Web 会議アプリケーションの設定をします 11
□　講師、ファシリテーター、運営スタッフに資料一式などをメールで送信します . . . 11
□　受講者、オブザーバー参加者に、資料一式などをメールで送信します 12

（６）前日まで 12
□　Web 会議アプリケーションの接続テストを行います 12
□　当日運営・スタッフ分担表を作成します 12
□　研修資料一式を印刷、配布の準備をします 12
□　研修会で用いる物品を準備します 12
（７）前日 12
□　当日使用するパソコンに資料ファイルを保存します 12
□　すべてのファイルが開けるかを確認します 12
（８）研修会当日 12
□　講師、ファシリテーター、運営スタッフと、研修の流れと役割分担を確認します . 12
□　当日運営・スタッフ分担表に準じて実施します 12
（９）研修会終了後 12
□　受講者や講師の意見を聴取し研修会を振り返ります 12
□　アンケート・演習シートを回収して集計します 13
５．各パートのポイントとファシリテート 14
６．備考 16
７．書式例 17
８．資料例 25

１．研修会の目的

○ 本研修会は、介護保険の保険者・市町村で介護保険事業・高齢者福祉に関わる担当者の地域マネジメントを強化していくため、PDCA サイクルの考え方やデータの活用に関する基本事項を学び、データを活用することへの自信が高まること、を目的としています。

○ 地域マネジメントの強化に向けて自治体職員に求められる力として、下記の４つの力 *を想定しています。

・地域の現状を把握する力
・進む方向性を見出す（課題を見抜く）力
・事業の効果を評価する力
・関係者や住民に説明する力

○ 本研修会では、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、介護保険制度の全体像を把握するツールとして開発された、介護保険「保険者シート」（以下「保険者シート」という。）を活用して、基本的事項を学びます。

* 石田光広氏講演資料「介護保険「保険者シート」～趣旨と開発経緯～」（令和４年２月 25 日開催「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意見交換会」）を参考に一部改変。https://www.ihep.jp/wp-content/uploads/2022/08/21310_2.pdf

介護保険「保険者シート」について

○ 保険者シートは、介護保険事業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す。このなかには、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、地域特性に関する 508 項目のデータが掲載されています。

○ これらのうち、公開データから取得できるものは毎年事務局（医療経済研究機構）にて収集し、保険者のみが保有するデータは毎年保険者・市町村にデータを登録いただいています。

○ 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・分析するとともに、PDCA サイクルによる事業展開に活用することが可能です。

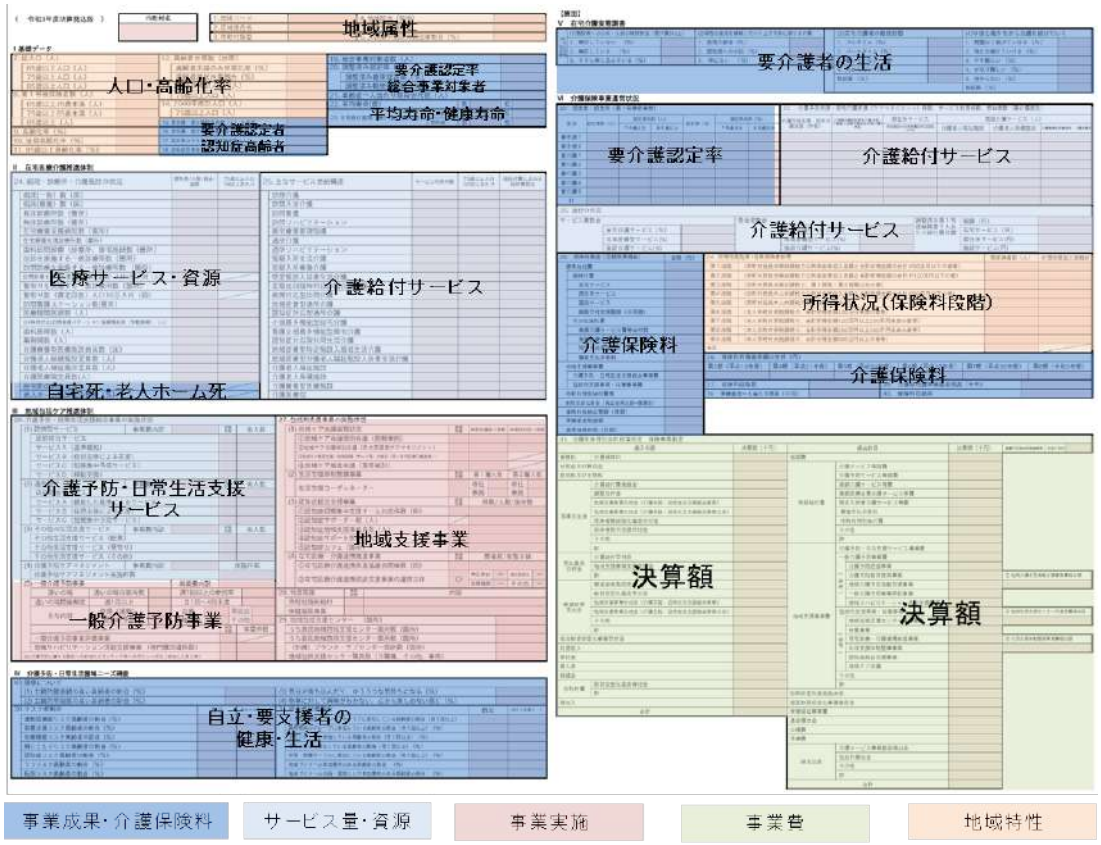


図１：介護保険「保険者シート」の構成

○ 詳しくは、「介護保険「保険者シート」」Web サイトをご覧ください。
URL：https://hokenja-sheet.jp/

２．研修会の基本的考え方

○ 本研修会の基本的な考え方は下記の３つです。

１） この研修は、保険者シートを活用して、介護保険・地域包括ケア、PDCA サイクルに関する基本的な内容やデータを扱う「基本研修」です。

○ この研修は、図２の「２．都道府県・圏域単位　基本研修」です。
保険者・市町村の担当者が、日頃の業務の中で、データを活用し、アウトカム（成果）を意識しながら事業を展開していくための「入口」として位置づけています。
この研修をきっかけに、テーマ別研修など他研修や都道府県の保険者・市町村支援と合わせて、地域マネジメント力が強化されることが期待されます。

○ また、この研修は、介護保険・高齢者福祉に関わる係長級の方を主な対象として想定し構成していますが、他の職位の方も参加することができます。

○ 保険者シート事務局にて開催する「０．保険者シート説明会」「１．都道府県担当者意見交換会」（図２）に、企画前に参加するとよりスムーズです。
「０．保険者シート説明会」の動画は、保険者シート Web サイト（https://hokenja-sheet.jp/）にも掲載しています。

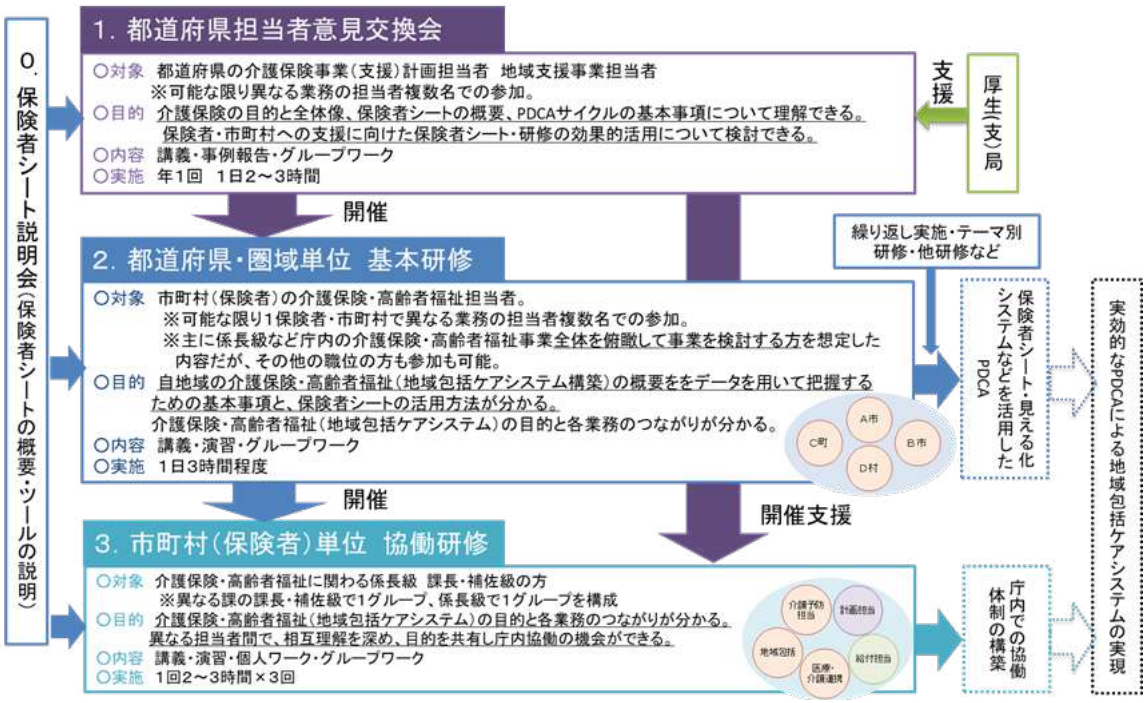


図２：保険者シートを活用した研修プログラムの体系

２） この研修は、あらゆる介護保険・高齢者福祉に関わる担当者が対象です。

○ 事業を効果的に行うためには、全ての担当課・係が目的を共有し、同じ方向性をもって業務を推進し、協働することが肝要です。
このため、この研修は、図３の「①高齢者福祉」に関わる介護保険事業計画担当と地域支援事業担当が揃って参加することを推奨しています。

○ また、この研修後さらに、ひとつの保険者・市町村の単位で、他の「①高齢者福祉」の担当者や、役所外の「②地域包括支援センター・生活支援コーディネーターなど各事業コーディネーター（委託も含む）」、「③役所内の関係部署」と議論をする場や研修（図２「３．市町村（保険者）単位　協働研修」）に発展させることもできます。

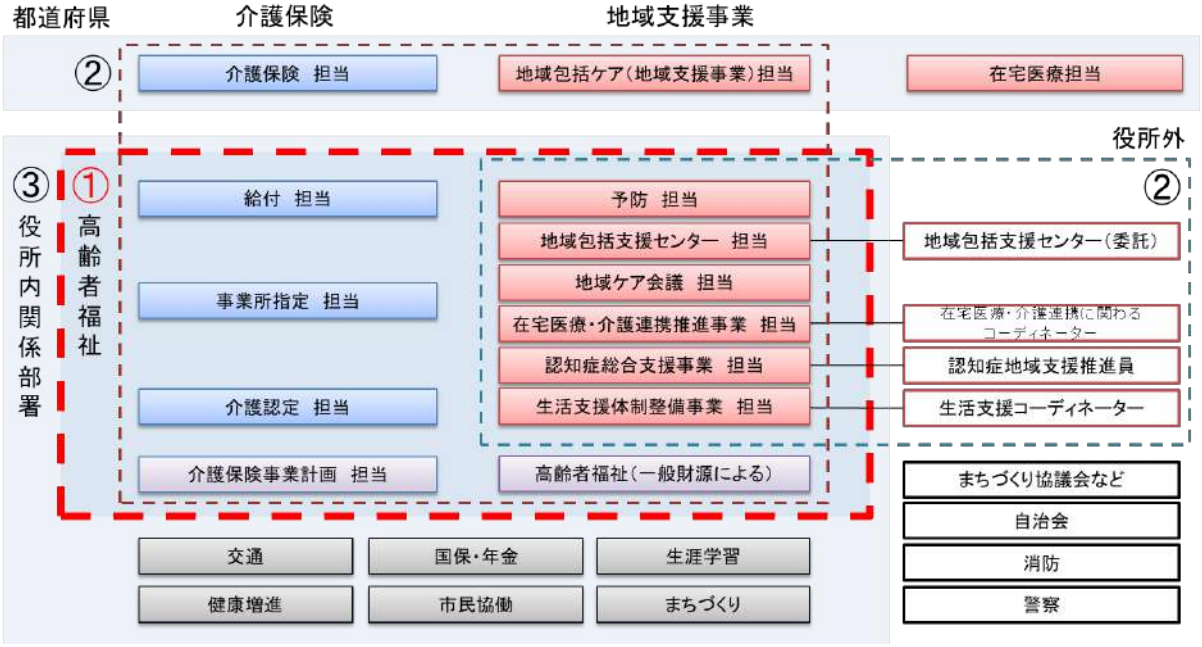


図３：介護保険「保険者シート」の共有範囲（イメージ）

３） 他の保険者・市町村との意見交換・情報交換（グループワーク）を組み込んでいます。

○ 自らの地域への理解を深めるためには、まずは地域間比較が重要です。
なるべく人口規模などが似たような保険者・市町村でグループを構成し、保険者・市町村間の違いに着目しながら、意見交換・情報交換を進めます。

○ この研修をきっかけに、保険者・市町村を越えて日頃から情報交換し合える関係が作られることも期待しています。

３．研修会の開催例

○ 午後半日（13 時～17 時）で開催します。
※１日で開催することも可能（例：午前：講義、午後：演習・グループワーク）。

○ 現地開催、オンライン開催、現地・オンラインのハイブリットの開催のいずれでも開催可能です。

＜プログラムの例＞

時刻	所要時間		内容	担当など
12:30～			受付開始	
13:00～	5	はじめに	あいさつ	●●県●●●●部 ●●●●課 ●●　●●
13:05～	40	講義	介護保険の目的・全体像と介護保険基本ロジックモデル　介護保険事業計画策定とデータ活用	●●●●●● ●●　●●
13:45～	50	講義	介護保険「保険者シート」を活用した地域の現状把握と自地域の進む方向性の考え方	●●●●●● ●●　●●
14:35～	10	休憩		
14:45～	65	演習	介護保険「保険者シート」のデータで自地域の現状を確認し、さらに必要な情報や、自地域の進む方向性や事業の在り方について考えます。	参加者全員
15:50～	40	グループ意見交換	複数自治体の小グループに分かれて、演習でまとめた内容を共有し、意見交換や情報交換しながら、自地域への理解を深めます。 １．グループ発表 ２．意見交換・情報交換	参加者全員
16:30～	30	全体共有まとめ	グループ意見交換の内容を全体で共有し、理解を深めます。 １．全体発表 ２．講評 ３．質疑応答	参加者全員
17:00		閉会	連絡事項	

４．研修会開催までの手順（チェックリスト）

○ 以下の手順を参考に、研修会の企画と準備を行います。時期は目安です。

○ オンライン開催を想定した手順です。
〔　　〕は、現地開催又はハイブリット開催の場合に必要な事項です。

（１）４か月前まで

□　運営の中心となる担当者で、研修目的や開催に向けて話し合います
- □　都道府県の介護保険事業支援計画担当と地域支援事業担当が共同で企画・開催し、保険者・市町村の両担当に出席を依頼することが望ましいです。
- □　両担当で、管内保険者・市町村にどのような課題があるのか、どのようになって欲しいのか、研修開催の目的を共有しましょう。

□　保険者シート説明会等に参加もしくは動画視聴します
- □　保険者シート事務局が年１回程度開催する保険者シート説明会と都道府県担当者意見交換会に、両担当で参加されると企画がスムーズです。
- □　保険者シート説明会は、動画視聴も可能です。
  保険者シート Web サイト https://hokenja-sheet.jp/

（２）３か月前まで

□　開催概要を作成します
- □　作成の際には、研修概要（別紙１）と以下の情報を参考にしてください。
  ※研修の企画や講師等について、医療経済研究機構保険「保険者シート」事務局（hokenja-sheet@ihep.jp）にてご協力できますので、ご連絡ください。

□　開催方法を決めます
- □　オンライン開催、現地開催、又は現地・オンラインのハイブリット開催のいずれか決めます。
- □　オンラインを用いる場合は、Web 会議アプリケーション（Zoom、Webex 等）が利用可能か確認します。保険者・市町村も利用しやすいものであることも考慮します。

□　開催主体を決めます
- □　想定される主催：都道府県担当課

□　研修会の日程を決めます
- □　本マニュアルでは半日の研修を想定していますが、１日開催とすることも可能です（「３．研修開催例」参照）。
- □　効果的な演習・グループワークのために、３～５保険者・市町村で１グループを構成し、１～２グループに１名のファシリテーターの配置が望ましいです。これが実現できるよう、圏域ごとに開催するなど、日程を分けて開催することも検討します。グループ分けの詳細は「（５）１週間前まで」を参照してください。

□　講師の候補者に依頼します

- □　講師の候補者を選び、依頼します。
- □　２ヶ月前までには、講師が確定することをめざします。
- □　講師は、介護保険制度、地域包括ケアシステム、政策・事業評価（ロジックモデル）、データ活用、介護保険「保険者シート」に精通している方が望ましいです。
- □　演習、グループワークの進行は、都道府県担当者も担うことができます。
- □　講義・演習・グループワークの資料と扱いの詳細は、「８．研修資料」を参照ください。資料は講師が独自に作成することも可能です。

□　受講対象者を決めます

- □　受講対象とする保険者・市町村の担当や職位などを決定します。
- □　本研修は、介護保険・高齢者福祉に関わる係長級の方を主な対象として想定していますが、他の職位の方も参加することはできます。
- □　保険者・市町村の介護保険事業計画担当と地域支援事業担当が揃って、１保険者・市町村につき複数人で参加することを推奨します。
- □　保険者シートにデータを登録していない、Web サイトのアカウントを持っていない保険者・市町村も参加できます。

□　参加や協力を募る関係部署等を決めます

- □　都道府県庁の関係部署や出先機関（保健所、健康福祉事務所、振興局など）、地方厚生（支）局が想定されます。
- □　オブザーバーとしての参加が想定されます。
- □　グループワークのファシリテーターとしての協力が可能かどうか検討します。

□　開催場所を決めます

- □　会場下見を行います。

<u>会場のチェックポイント</u>

- □　平面の会場で、稼働式の机・椅子の会場が望ましいです（写真１参照）
- □　長机３つ程度を合わせて、６～８人で取り囲んで１グループ（写真２参照）とし、それが必要グループ数できる会場の広さが望ましいです

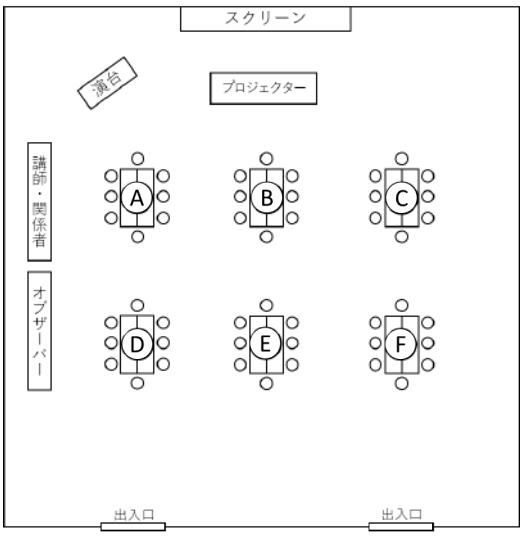
写真１：会場例

写真２：１グループ（長机３つ）あたり６～８名

- □　会場までの公共交通機関によるアクセスを確認します
- □　駐車場の有無を確認します
- □　トイレ・自動販売機の位置、入口からの導線を確認します
- □　研修当日の受付場所、必要に応じて講師との事前打ち合わせ場所を検討します
- □　最低限必要な機材（マイク等の音響設備、プロジェクター、スクリーン。「別紙７必要物品リスト」を参照）が会場で借用できるか確認します
- □　ハイブリット開催の場合は、Wi-Fi 環境を確認します。

□　会場図を作成します

会場図（例）



＜記載する事項＞
- 受講者席とグループ名
- 演台
- スクリーンやプロジェクターの位置
- 講師・関係者席
- オブザーバー席
- 受付　など

□　（必要に応じて）日程と会場について、保険者・市町村、参加・協力を依頼する関係部署に連絡します

□　日程を確保してもらうため、保険者・市町村や、関係部署に、研修の開催やその日程を連絡します。

（３）１ヶ月半前まで

□　講師を決定します

□　講師が決定したら、講師依頼文（別紙３）と講師派遣依頼文（別紙４）を作成し、正式に依頼を行います。

□　受講者の募集を開始します

□　研修概要（別紙１）と参加申込書（別紙２）を用いて、保険者・市町村に参加を募集します。

□　オンライン開催の場合、１保険者・市町村の端末数と端末ごとの参加者が分かるように募集をします。

□　オブザーバー参加者の募集を開始します

□　講師と打合せの日程を調整します

（４）２週間前まで

□　受講者、オブザーバー参加者の募集を締め切ります

□　講師との打ち合わせを行います

（５）１週間前まで

□　名簿を作成します
　□　参加者名簿（別紙５）を参考にしてください。
　□　オンライン開催の場合は、「端末」の欄を設けて名簿を作成します。

□　受講者のグループ分けを行います
　□　１グループに３～５市町村、人数はおよそ８名以下を目安に構成します。
　□　グループ分けは、保険者・市町村の人口規模を基本に、地理的条件（中山間地、離島等）や各種圏域を考慮します。
　□　１つの保険者・市町村の介護保険事業計画担当と地域支援事業担当が、同一グループに入るように構成します。

□　講師に参加者名簿、グループ分けを連絡します

使用する資料
研修概要（別紙１）　参加者名簿・グループワーク名簿（別紙５）

□　講師から更新・作成した資料を提出してもらいます
　「８．資料例」の資料を修正、削除等した場合、講師独自に作成した場合など。
　※資料の扱いの詳細は、「８．資料例」をご覧ください。

□　「資料５ 介護保険「保険者シート」を活用した地域の現状把握」を作成します
　保険者シート Web サイト（https://hokenja-sheet.jp/）の可視化ツールから管内のグラフを出力し、パワーポイントの該当箇所に貼り付けます。

□　保険者シートをダウンロードします
　□　保険者シート Web サイト（https://hokenja-sheet.jp/）に、都道府県アカウントでログインし、保険者シート（PDF）をダウンロードします。
　□　国、開催都道府県、管内保険者・市町村のもの、それぞれ１年分以上をダウンロードします。
　□　各保険者・市町村に、該当保険者・市町村の保険者シートに加え、国と開催都道府県の保険者シートを１セットにして、資料として配布します。

□　その他、作成・更新した資料を完成させます

□　受講後のアンケートを作成します
　□　アンケート（別紙６）を参考に、受講後のアンケートを作成します。

□　Web 会議アプリケーションの設定をします

□　講師、ファシリテーター、運営スタッフに資料一式などをメールで送信します
　□　Web 会議アプリケーションの接続情報、接続時の注意事項（名前の変更）、接続開始時間、事前の接続テスト、などを案内します。
　□　事前打ち合わせのため、開始 30 分前の接続（もしくは会場集合）を案内します。
　□　運営スタッフには、当日運営・スタッフ分担表（と現地開催の場合は会場図）を添付します。
　□　ファシリテーターには、当日までに資料５と資料６を事前に読み、担当グループの保険者・市町村の特徴と、グループワークの流れを把握してもらうよう依頼しま

す。

□ 受講者、オブザーバー参加者に、資料一式などをメールで送信します
- □ 資料に合わせて、Web 会議アプリケーションの接続情報、接続時の注意事項（名前の設定）、接続開始時間、事前の接続テスト、などを案内します。
- □ 資料一式はファイルサイズが大きいため、資料送付には大容量ファイル送信システムなどを利用します。

（６）前日まで

□ Web 会議アプリケーションの接続テストを行います
- □ 必要な保険者・市町村、オブザーバーに実施します。音声やビデオテストも行います。

□ 当日運営・スタッフ分担表を作成します
- □ 当日運営・スタッフ分担表（別紙８）を参考にしてください

□ 研修資料一式を印刷、配布の準備をします
- □ グラフが含まれる資料は、数字などを見やすくするため、カラー印刷、A4 に１スライドでの印刷を推奨します。

□ 研修会で用いる物品を準備します
- □ 必要物品リスト（別紙７）を参考にしてください。

（７）前日

□ 当日使用するパソコンに資料ファイルを保存します

□ すべてのファイルが開けるかを確認します

（８）研修会当日

□ 講師、ファシリテーター、運営スタッフと、研修の流れと役割分担を確認します
- □ 開始 30 分前に集合し、当日運営・スタッフ分担表で確認します。
- □ ファシリテーターと、ファシリテートのポイント（「５．各パートのポイントとファシリテート」参照）、時間配分を確認します。

□ 当日運営・スタッフ分担表に準じて実施します
- □ 講義が開始したら、欠席の受講者を確認し、１グループの保険者・市町村数や参加人数が少なすぎる場合には、グループを再編し調整します。

（９）研修会終了後

□ 受講者や講師の意見を聴取し研修会を振り返ります
- □ アンケート結果や当日の様子を踏まえ、今後の取組みや次回の研修会について協議します。

□ アンケート・演習シートを回収して集計します

- □ 研修終了後１週間を目途にアンケートを回収します
- □ アンケート集計結果や、演習シートを、次回の研修など保険者・市町村支援に活用します。

５．各パートのポイントとファシリテート

○　各パートのポイント

	ポイント	講師選択のポイント
開会挨拶／趣旨説明	・「資料３：研修の趣旨」を使用します。 ・この研修会の開催について趣旨と目標を伝えます。	主催する都道府県担当課
講義		
介護保険の目的・全体像と介護保険基本ロジックモデル	・「資料４：介護保険の目的・全体像と介護保険ロジックモデル」を使用します。 ・介護保険事業の効果的な実施に向けて、以下の事項を学びます。 ➢ 介護保険法の目的とその目的を達成するためのツールである各種事業 ➢ ＰＤＣＡサイクルとロジックモデルの考え方	介護保険や政策・事業評価に精通する行政職員、または外部講師
講義		
介護保険「保険者シート」を活用した地域の現状把握	・「資料５：介護保険「保険者シート」を活用した地域の現状把握」を使用します。 ・データ活用に向けて、以下の事項を学びます。 ➢ 保険者シートを活用したデータの読み解き方 ➢ 基本ロジックモデルに基づく自地域の現状把握 ・先に演習でどのようなことを行うのか説明すると、よりスムーズに演習に入ることができます。 ・データの紹介では、その特徴が顕著な自治体は具体的な名前を上げて注意を促していくこともできます。 ※資料では演習テーマを２つ用意していますが、いずれか一方に絞ることも可能です。この場合は、このパートで示すデータもテーマに合わせて絞ります。	地域の介護保険・地域包括ケアの状況をデータから把握している行政職員、または外部講師
演習		
	・「資料６：演習説明」「演習シート」を使用します。 ・講義を踏まえて、テーマ（演習シート）に沿って、自地域の現状・課題を把握し、対応策について検討する思考過程を体験します。 ・各自治体の介護保険事業計画担当者と地域支援事業担当者が同じテーマ（演習シート）に取組み、話し合いながら進めることで、地域の現状と課題についての共有、相互理解を目指します。 ・演習の進め方 １）各自治体で取り組むテーマ（演習シート）の選択 ２）各自で演習シートに記入 →ここまで 15 分 ３）自治体内で話し合い、演習シート①をまとめ、演習シート②～④に記入 →45 分 ・全体の思考過程を学び体験することが重要なので、演習シート記入の途中で止まってしまう場合は、一定時間で区切って次の作業に移るよう促します。 ※上記３）にて、10 分を過ぎても演習シート②に進んで	説明と進行：都道府県担当者。司会と兼ねることも可能。

	いない場合、約 20 分を過ぎても演習シート③に進んでいない場合は、一度作業を切って、次の項目に進むようにアナウンスします。 ・オンライン開催の場合には、演習の進捗状況を把握しにくいため、一定時間（目安は自治体内での話合い開始後 10 分後）経過後、各保険者・市町村に進捗状況や困っている点を尋ねます。適宜書き方を助言したり、次の作業に移ることを促したりすることで、進捗状況をそろえていくことが有効です。	
グループワーク		
	・「資料７：グループ意見交換」を使用します。 ・各グループに分かれ、演習でまとめた内容を、複数の保険者・市町村で共有し、意見・情報交換します。 ・地域の違いとその要因に注目して意見交換、情報交換することで、自地域への理解を深めます。 ・ファシリテーターは、グループワークの流れを理解したうえで、円滑に意見交換・情報交換が進むように、時間管理と共に、例えば以下を参考にファシリテートを行います。 ➢ 意見が出ない場合に、他の保険者・市町村に参考になりそうな点をコメントして、該当する保険者・市町村に話題を振る。 ➢ 自治体が発表した現状や課題について、基本ロジックモデル等から関連がありそうな要因を指摘する。 ➢ 参考になる自治体の取組を紹介する。 ➢ 自治体の発表が時間通りに進むように促す。	説明と進行：都道府県担当者。司会と兼ねることも可能。 ファシリテーター：保険者・市町村支援を行う都道府県の担当者や外部講師
全体発表		
講評	・講評は、各グループから推薦された保険者・市町村の発表から、他保険者・自治体にも参考になる以下のようなポイントについてコメントし、参加者全体の理解を深めます。 ➢ データの見方や解釈のポイント ➢ 実践への活かし方、発展のさせ方　等	講義担当者などコメントができる方
閉会		
閉会挨拶	・事務連絡（アンケートの回答等）など	

○ グループワークの円滑な運営のため、各グループにファシリテーターを置くことが望ましいです。
○ ファシリテーターには、都道府県で保険者・市町村支援にあたっている方（出先機関の方も含む）や外部講師が想定されます。
○ ファシリテーターには、①事前に演習やグループワークの資料（資料５・資料６）を読み担当グループの保険者・市町村の特徴と、グループワークの流れを把握してもらうこと、②研修開始 30 分前に集合し、演習・グループワークの流れと方法、ファシリテートのポイントについて説明をする、等の準備が考えられます。

６．備考

○ オンライン開催で研修にかかる費用は、概ね以下が想定されます。
- 講師謝金
- Web 会議アプリケーション利用料（必要な場合）

○ 現地開催で研修にかかる費用は、概ね以下が想定されます。
- 講師謝金
- 資料印刷費　（グラフなどは可能な限りカラー印刷を推奨します）
- 会場借り上げ費

○ 研修会（演習・グループワークを除く講義部分）について、欠席した保険者・市町村が見たり、保険者・市町村内で共有したりすることができるように、研修終了後の動画配信（YouTube の限定公開など）を行うこともできます。
動画配信を行う場合は、講師に、録画と動画配信の了承を得ます。受講者には、研修の案内に記載した上で、冒頭の趣旨説明時に説明します。

７．書式例

○ 次ページから、本研修会を実施する上で必要となる書類について、その書式例をまとめています。

- 別紙１：研修概要
- 別紙２：参加申込書
- 別紙３：講師依頼文
- 別紙４：講師派遣依頼文
- 別紙５：参加者名簿・グループワーク名簿
- 別紙６：アンケート
- 別紙７：必要物品リスト
- 別紙８：当日運営・スタッフ役割分担表

○ 各書式に記載されている「別紙●」という番号は、「２．研修会開催までの手順（チェックリスト）」の「（１）４か月前まで」～「（９）研修終了後」に記載した番号と対応しています（例：「別紙１　研修概要」→「（２）３か月前まで」の項で使用）。

○ 編集できるファイル形式での各別紙の様式は、保険者シートWebサイトに掲載しています。
都道府県ID又は保険者IDでログインすると、ワードやエクセル、パワーポイントでダウンロードできます（一般アカウントIDではダウンロードできません）。
ログインするためには、アカウント登録が必要です。ID、パスワードを取得ください。

別紙１

介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会

◆概要

目的	介護保険「保険者シート」を活用した講義・演習・グループワークを通じて、地域の実態把握や効果的な地域マネジメントに向けたデータ活用の基本事項を学びます。
主催	●●県●●●●部●●●●課
日時	●●●●年●月●●日（●）　13：00～17：00
場所	＜オンライン研修の場合＞ オンライン開催（●●●●利用）　※URL 等は参加登録いただいた方に後日ご案内いたします。 ＜現地研修の場合＞ ●●●●　会議室 ●●県●●市●●●●　（地図、最寄り駅、周辺駐車場の案内は別添をご覧ください）
対象	●●県内の保険者・市町村の、 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）のご担当者 ※１保険者・市町村から介護保険計画担当、地域支援事業担当、両方の担当者が複数人で出席いただくことが望ましいです。
参加登録	●　方法：別紙の参加登録用紙にご記入の上、●●●●●にメールで送信ください。 ●　メール送信先：●●●●●●●●● メールアドレス：　●●●●●@●●●●● ●　期限：●●年●月●●日（●）
その他	●資料について１週間程度前に配布いたしますので、事前にご一読の上ご参加ください。 ＜動画配信をする場合＞ ●当日の研修（演習・グループワークを除く）の模様は録画し、後日保険者・市町村の方（参加されていない保険者・市町村の方を含む）に対象を限定して動画配信いたします。
問合せ先	●●●●県●●●●部●●●●課 担当：●●・●●・●● 電話：●●●-●●●-●●●●　　E-mail：●●●●●@●●●●●

＜参考：介護保険「保険者シート」について＞
https://hokenja-sheet.jp/posts/cwwcklie70/　※医療経済研究機構提供

◆プログラム　※当日の内容・時間配分・担当者は変更になる場合があります。

時刻	所要時間		内容	担当など
12:30～			受付開始	
13:00～	5	はじめに	あいさつ	●●県●●●●部●●●●課 ●●　●●
13:05～	40	講義	介護保険の目的・全体像と介護保険基本ロジックモデル　介護保険事業計画策定とデータ活用	●●●●●● ●●　●●
13:45～	50	講義	介護保険「保険者シート」を活用した地域の現状把握と自地域の進む方向性の考え方	●●●●●● ●●　●●
14:35～	10	休憩		
14:45～	65	演習	介護保険「保険者シート」のデータで自地域の現状を確認し、さらに必要な情報や、自地域の進む方向性や事業の在り方について考えます。	参加者全員
15:50～	40	グループ意見交換	複数自治体の小グループに分かれて、演習でまとめた内容を共有し、意見交換や情報交換しながら、自地域への理解を深めます。 １．グループ発表 ２．意見交換・情報交換	参加者全員
16:30～	30	全体共有まとめ	グループ意見交換の内容を全体で共有し、理解を深めます。 １．全体発表 ２．講評 ３．質疑応答	参加者全員
17：00		閉会	連絡事項	

別紙２

介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会
参加申込書

申込先　：　●●県●●●●部●●●●課　　●●●●●●●●@●●●●●
締め切り：　●●●年●月●●日（●））

連絡ご担当者様

氏名	
所属	
職位	
電話番号	―　　―
FAX 番号	―　　―
メールアドレス	@

使用端末１：

氏名	所属	職位

使用端末２：

氏名	所属	職位

使用端末が 3 台以上になる場合は、本用紙をコピーしてお使いください。

別紙３

●●第●●●●号
●●●年●●月●●日

●●●●●●●●●●●●●
●●●●●●●●●
●●●●●　●●●　●●●　様

●●県●●●●部
●●●●課長

●●●●●●●●●●●●●●●●研修会に係る講師依頼について

時下、ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。
標記研修会の開催に当たり、下記のとおり、講師をお引き受けいただきますよう、お願い申し上げます。

記

１　日　　時　　●●●●年●月●日（●）●●:●●～●●:●●

２　開催方法　　オンライン研修
（※現地開催の場合
場　　所　　●●●●●●●●●●　会議室
（●●県●●市●●●●●●●●●●））

３　依頼内容
・介護保険の目的・全体像、介護保険基本ロジックモデルの講義
・介護保険「保険者シート」を活用した演習・グループワークへの助言
・全体の講評

４　旅費・謝金
本県の規定によりお支払いいたします。

【担　当】
●●県●●●●部●●●●課　●●
TEL：000-000-0000 FAX：000-000-0000
E-Mail：●●●●●●●●@●●●●

別紙４

●●第●●●●号
●●●年●●月●●日

●●●●●●●●●●●●●
●●●●●●●●●
●●●●●　●●●　●●●　様

●●県●●●●部
●●●●課長

●●●●●●●●●●●●●●●●研修会に係る講師の派遣依頼について

時下、ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。
標記研修会の開催に当たり、貴所属の●●●●様に、下記のとおり講師をお引き受けいただきたく、御了承くださいますようよろしくお願い申し上げます。

記

１　日　　時　　●●●●年●月●日（●）●●:●●～●●:●●

２　開催方法　　オンライン研修
（※現地開催の場合
場　　所　　●●●●●●●●●●　会議室
（●●県●●市●●●●●●●●●●））

３　依頼内容
・介護保険の目的・全体像、介護保険基本ロジックモデルの講義
・介護保険「保険者シート」を活用した演習・グループワークへの助言
・全体の講評

４　旅費・謝金
本県の規定によりお支払いいたします。

【担　当】
●●県●●●●部●●●●課　●●
TEL：000-000-0000 FAX：000-000-0000
E-Mail：●●●●●●●●@●●●●

別紙５　介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会
参加者名簿

No.	市町村	部・課・係	氏名	職位	端末名
1					●●市１
2					●●市２
3					●●町１
4					●●町２
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

●オブザーバー

No.	所属		氏名	職位
1				
2				
3				

●講師

No.	所属		氏名	職位
1				
2				
3				

●事務局

No.	所属		氏名	職位
1				
2				
3				
4				

介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会
グループワーク名簿

グループ	No.	都道府県	市町村	部・課・係	氏名	職位	端末名
1	1						●●市１
	2						●●市２
	3						●●町１
	4						●●町２
	5						
	6						
	7						
	8						
	9						
	10						
2	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
	9						
	10						
	11						
3	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
	9						
4	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						

別紙６

介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会

参加者アンケート

本日は研修会にご参加いただき、誠にありがとうございました。
●●県で行う研修について皆さまに活用していただけるものとなるよう、研修終了後にアンケートへのご協力をお願いしております。
ご協力いただきますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

【問１】　ご所属の自治体に当てはまる□に☑してください。。

□　市　　□　町・村　　□　広域連合・介護保険事務組合

【問２】　あなたの経験年数を記入してください。

（ア）　保険者・市町村の職員　＿＿＿＿　年目
（イ）　介護保険関連業務担当／高齢者福祉業務担当　＿＿＿＿　年目

【問３】　あなたの現在の職位に当てはまる□に☑してください。

□部長級　□課長級　□課長補佐級　□係長級　□係員級
□その他（　　）

【問４】　現在の担当業務で当てはまるものすべての□にチェック☑してください。

□ 介護保険事業計画策定　□ 介護給付　□ 保険料賦課徴収　□ 要介護認定
□ 事業所指定　□ 総務　□ 相談支援　□ 指導監査
□ 一般介護予防事業
□ 介護予防・生活支援サービス事業　□ 生活支援体制整備事業
□ 認知症総合支援事業　□ 在宅医療・介護連携推進事業
□ 地域包括支援センター運営　□ 保健事業と介護予防の一体的実施
□ 介護給付適正化事業　□ 重層的支援体制整備事業
□ その他（具体的に：ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。）

【問５】本日の研修会について、ご自身にとって役に立つ内容であったかどうか、お考えに最も近い場所１つの□にチェック☑してください。

	とても役に立つ	まあ役に立つ	どちらでもない	あまり役に立たない	全く役に立たない
１．研修会全体を通して	□	□	□	□	□
２．【講義】介護保険の目的・全体像と介護保険基本ロジックモデル　介護保険事業計画策定とデータ活用	□	□	□	□	□
３．【講義】介護保険「保険者シート」を活用した地域の現状把握と自地域の進む方向性の考え方	□	□	□	□	□
４．【演習】	□	□	□	□	□
５．グループ発表・意見交換	□	□	□	□	□
６．全体発表・コメント	□	□	□	□	□

【問６】今回の研修会について、改善点やご意見など記入してください。

ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。

【問７】その他、ご要望やご意見、ご感想などご自由に記入してください。

ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。

◇◆◇◆◇◆　質問は以上です。ご協力ありがとうございました。◇◆◇◆◇◆

別紙７

必要物品リスト

	必要物品	用途・備考	チェック
会場設営	看板	建物入り口と研修室入口等に設置	
	方向案内	主要なバス停や駐車場から会場まで、会場入り口から研修室までに適宜設置	
	会場内案内図	会場図を利用、受付用と会場扉に拡大印刷したものを用意	
	席札	A4 用紙に大きく「講師席」等と記載し印刷し、会場設営時に設置	
	グループ番号札	１～７などのグループ番号や記号を大きく印刷し、グループテーブルに設置	
	講師席用水		
	講師席用紙コップ		
	マイク・スピーカー		
	プロジェクター		
	スクリーン		
	ノートパソコン		
	USB メモリ	研修スライドのデータバックアップ用	
	ポインター		
	ストップウォッチ	グループワークなどの時間管理用に必要があれば準備	

	必要物品	用途・備考	チェック
受付	名簿	別紙３を受付用に準備	
	受付表示	受講者と傍聴者の受付を別にする際に各自で作成	
	参加者用資料	受講者、傍聴者、関係者、講師、当日スタッフ用に加え、予備を用意	
	アンケート回収箱	研修終了前に会場出口に設置	
	筆記用具		
	メモ用紙		
	ガムテープ		
	セロテープ		
	はさみ		

別紙8

時刻	所要時間	項目	タイトル・概要	詳細内容　時間配分	演者・役割など	司会	主催者	演者１	演者２	運営	事務局
12:20										Web会議	●
12:30			Web会議接続開始・開場 講師・ファシリテーター・運営スタッフ打合せ		打合せをオンラインで行う場合は、ブレイクアウトルームなどを設定して利用する					参加者・オブザーバー・ファシリテーター接続許可	●
12:55			開始前アナウンス	資料確認・音声チェック・ミュート・画面オンなどアナウンス		●					
										zoom録画オン	●
13:00	5	はじめに	あいさつ		●●●●		●			資料が届いていないなどの対応	●
			本研修の趣旨			●				出欠確認	●
13:05	40	講義	介護保険の目的・全体像とロジックモデル 介護保険事業計画策定とデータ活用		●●●●			●		ミュート管理	●
13:45	50	講義	演習の説明と介護保険「保険者シート」の●●県データの紹介	演習の流れの説明 読み解き例の紹介 ●●県データの紹介	●●●●				●	欠席者の確認と状況に応じてグループの再編と調整	●
14:35	10	休憩								zoom録画一時停止・再開	●
14:45	65	演習	介護保険「保険者シート」と可視化ツールのグラフで自地域の現状を確認し、さらに必要な情報や、自地域の進む方向性や事業の在り方についてまとめます。	１．演習方法や情報の確認　５分 ※同じ保険者・市町村で端末が違い、話ができない自治体は手上げしてもらう。 ２．各自治体で演習シートを１枚選ぶ ３．個人で演習シート①を（中心に）記入する　15分 ４．同じ保険者・市町村内（もしくは個人）で、①を確認し演習シート②～④を埋める。45分	※端末が異なるために話ができない自治体は、予備のブレイクアウトルームへ招待 ※途中で、各保険者・市町村に進捗を尋ねて、全体に向けて、書き方のアドバイスをする。⇒全体の進捗を把握し、そろえる。 ※最低演習シート③まで記入する。	●				ブレイクアウトルームが必要な自治体のみ移動	●
15:50	40	グループ意見交換	演習でまとめた内容を、複数市町村の小グループ内で共有し、意見交換や情報交換しながら、自地域について理解を深めます。	１．グループ意見交換・全体意見交換の流れの説明・グループ分け　５分 ※ここからグループブレイクアウトルームなどグループごとに分かれる ※オブザーバーがいる場合には、各グループに入ることがある旨周知する ２．グループ発表　１保険者・市町村２分×４・５自治体　15分 ３．全体発表する保険者・市町村の推薦　5分 ４．グループ内で意見交換・情報交換　20分 ※ここから全体メインルームに戻る	演者１・２、もしくはファシリテーターは、分担したグループワークのタイムマネジメントと、ファシリテートを行う。 司会は、目安の時間が来たら、全体に終了時刻と残り時間をアナウンスする。	● ●		●	●	ブレイクアウトルームの開始 オブザーバーも割り振る zoom録画一時停止 グループワークのタイムマネジメント ブレイクアウトルームの停止	● ● ● ●
16:30	30	全体共有	グループ意見交換の内容を全体で共有し、意見交換しながら、まとめます。	１．全体発表　１保険者・市町村２分×４グループ　約15分 ２．講評　5分 ３．質疑応答　10分		●		●	●	zoom録画再開	●
17:00		閉会	事務連絡	・アンケートへの協力を依頼する。 ・演習シートご提供のお願い（PDF・画像ファイルで）		●				zoom録画停止	
			参加者退室・解散後反省会			●	●	●	●		●

８．資料例

○ 次ページから本研修会で使う資料例をまとめています。

- 資料１：プログラム
- 資料２：参加者名簿・グループワーク名簿（別紙５と同じファイル）
- 資料３：研修の趣旨
- 資料４：介護保険の目的・全体像と介護保険ロジックモデル
- 資料５：介護保険「保険者シート」を活用した地域の現状把握
- 資料６：演習説明
- 資料７：グループ意見交換
- 資料８：参考_保険者シート Web サイトの比較ツール・可視化ツールの使い方
- 演習シート「B1.居宅等での暮らし」
- 演習シート「B2.介護予防等・社会参加」

○ この他に、各保険者・市町村に、国、開催する都道府県、該当保険者・市町村の保険者シートの１年以上分を１セットにし、資料として配布します。

○ 編集できるファイル形式での各資料は、保険者シート Web サイトに掲載しています。
都道府県 ID 又は保険者 ID にてログインすると、ワードやエクセル、パワーポイントでダウンロードできます（一般アカウント ID ではダウンロードできません）。
ログインするためには、アカウント登録が必要です。ID、パスワードを取得ください。

○ 資料３・４・６・７・８、演習シートについて、改変される場合には、医療経済研究機構　介護保険「保険者シート」事務局（hokenja-sheet@ihep.jp）までご連絡ください。
資料５について、保険者シート Web サイトの可視化ツールを使って、都道府県管内の保険者・市町村のデータに差し替える場合には、連絡不要です。
可視化ツールの使い方は、資料８を参照ください。

資料１

介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会

◆概要

目的	介護保険「保険者シート」を活用した講義・演習・グループワークを通じて、地域の実態把握や効果的な地域マネジメントに向けたデータ活用の基本事項を学びます。
主催	●●県●●●●部●●●●課
日時	●●●●年●月●●日（●）　13：00～17：00
場所	＜オンライン研修の場合＞ オンライン開催（●●●●利用） ※Zoom の場合は、ミーティング ID やパスコードを記載。 ＜集合研修の場合＞ ●●●●　会議室

◆プログラム

時刻	所要時間		内容	担当など
12：30～			受付開始	
13：00～	5	はじめに	あいさつ	●●県●●●●部 ●●●●課 ●●　●●
13：05～	40	講義	介護保険の目的・全体像と介護保険基本ロジックモデル　介護保険事業計画策定とデータ活用	●●●●●● ●●　●●
13：45～	50	講義	介護保険「保険者シート」を活用した地域の現状把握と自地域の進む方向性の考え方	●●●●●● ●●　●●
14：35～	10	休憩		
14：45～	65	演習	介護保険「保険者シート」のデータで自地域の現状を確認し、さらに必要な情報や、自地域の進む方向性や事業の在り方について考えます。	参加者全員
15：50～	40	グループ意見交換	複数自治体の小グループに分かれて、演習でまとめた内容を共有し、意見交換や情報交換しながら、自地域への理解を深めます。 １．グループ発表 ２．意見交換・情報交換	参加者全員
16：30～	30	全体共有まとめ	グループ意見交換の内容を全体で共有し、理解を深めます。 １．全体発表 ２．講評 ３．質疑応答	参加者全員
17：00		閉会	連絡事項	

資料２　介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会
参加者名簿

No.	市町村	部・課・係	氏名	職位	端末名
1					●●市１
2					●●市２
3					●●町１
4					●●町２
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

●オブザーバー

No.	所属		氏名	職位
1				
2				
3				

●講師

No.	所属		氏名	職位
1				
2				
3				

●事務局

No.	所属		氏名	職位
1				
2				
3				
4				

介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会
グループワーク名簿

グループ	No.	都道府県	市町村	部・課・係	氏名	職位	端末名
1	1						●●市１
	2						●●市２
	3						●●町１
	4						●●町２
	5						
	6						
	7						
	8						
	9						
	10						
2	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
	9						
	10						
	11						
3	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
	9						
4	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						

資料3

介護保険「保険者シート」を活用した
地域マネジメントの推進に関する研修会
―研修の趣旨―

研修の目標

介護保険保険者・自治体の地域マネジメント力が強化している
（地域の現状を把握し、進む方向性を見出し、事業の効果を評価し、関係者や住民に説明する、力が高まる）

この研修の目標

データ活用の基本事項を学び、データを活用することへの自信が高まる

＜基本的な考え方＞

1. この研修は「基本研修」です。

介護保険・地域包括ケア、事業評価において基本的な内容やデータを扱います。

2. あらゆる介護保険・高齢者福祉に関わる担当者を対象にしています。

全ての担当課・係が、目的を共有し、同じ方向性で業務を推進し、協働することが肝要です。
保険者シートは、異なる担当課・係の方どうしの議論の場に活用されることも期待されます。
この研修では介護保険事業計画担当と地域支援事業担当が揃って受講されることを推奨しています。

3. 他地域との意見交換・情報交換（グループワーク）を重視しています。

自地域への理解を深めるには、地域間比較が重要です。
他地域との共通点や違いについて着目しながら、意見交換、情報交換してください。
また、研修後に日ごろから情報交換し合える仲間を作っていただきたいです。

資料４

介護保険の目的・全体像と介護保険基本ロジックモデル
介護保険事業計画策定とデータ活用

本日の構成

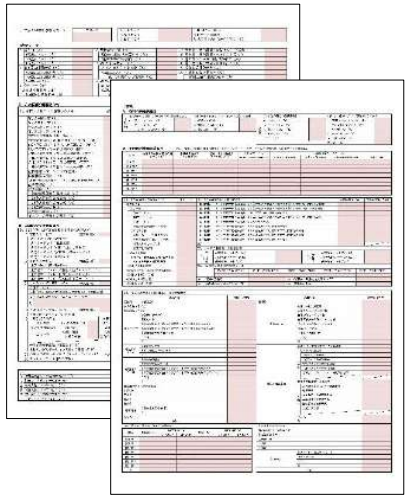
1. 介護保険「保険者シート」とは

2. 介護保険事業計画と地域包括ケアシステム

3. 介護保険の目的と全体像　ー介護保険基本ロジックモデルー

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/

【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

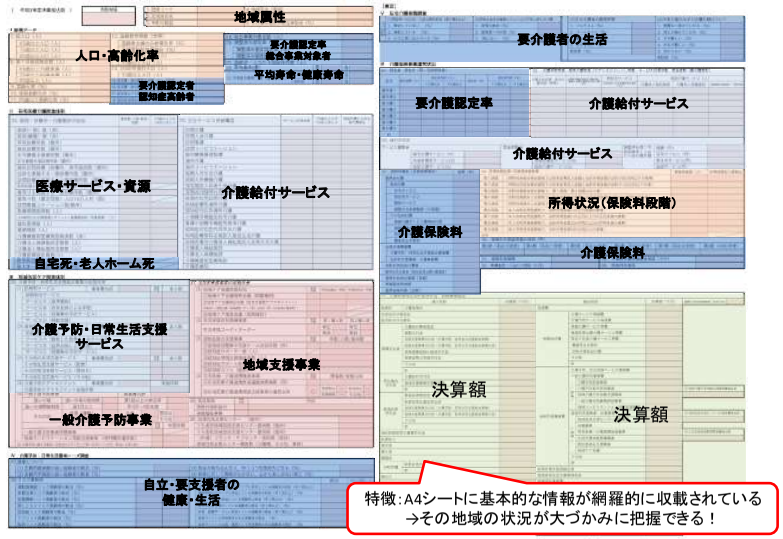
介護保険「保険者シート」の基本コンセプト

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。

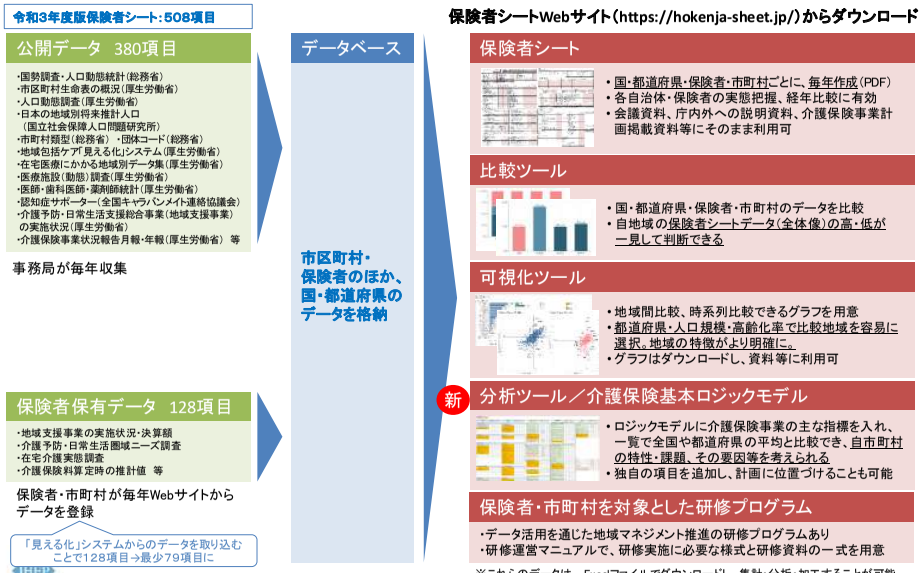
（1）公表データから作成するものであること。
（2）既存のデータを利用して、簡単に作成できること。
（3）時系列の分析が可能であること。
（4）地域間比較が可能であること。
（5）保険者の位置が分かること。
（6）保険者の進むべき方向が分かること。

※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（令和3年度版）



保険者シートの仕組みとツール



介護保険「保険者シート」で何ができるのか

自治体の課題

- 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。
- 市町村ごとの特性を踏まえた事業の実施
- 介護保険事業のPDCAサイクル、適正な評価の実施
- 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
- 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

保険者シートを使うことで

- **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
- 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
- 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
- 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
- **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

介護保険におけるPDCAサイクルが求められるなか、**市町村での事業評価は必須**（総合事業は法律に位置づけ）。
日々の業務で忙しい市町村において、この事業評価等に必要なデータのうち、**公開データがすでに入力された保険者シートを活用することはその負担軽減**となる。

地域包括ケア「見える化」システムと保険者シートシステム

	保険者シートシステム	地域包括ケア「見える化」システム
データ内容	・A4 1枚表裏で介護保険における基本的な成果、事業実施、資源・予算が網羅的に掲載 ・ユーザーの選択が不要 ・市町村（保険者）単位のデータ	・自治体の地域分析に必要なデータ等を収載 ・ユーザーが関心に合わせて選択できる ・日常生活圏域や2次医療圏のデータも
機能・ツール	①公開データが入った保険者シートをダウンロード可 ②比較ツール（いくつかの自治体を選択して比較） ③可視化ツール（全国の自治体と比較可能） ④分析ツール（指標の関連を見て、要因を探ることが可能） ※すべてのデータセットのダウンロードも可能	①現状分析（比較したい自治体と項目を選択） ※高齢化率、認定率等に基づき、自治体を選択可 ②取組事例 ③（自治体向け）計画の実行管理機能、給付等推計機能
分析（解釈）	・研修等により、ロジックモデルと組み合わせて、成果と事業実施を関連付けて解釈・分析 ・給付データに加えて、ニーズ調査や在宅介護実態調査、医療、事業実施、決算額も踏まえて解釈・分析できる	・データと要因の把握についてマニュアル等が配布 ※介護保険事業（支援）計画策定のための地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き（平成29年6月30日厚生労働省老健局介護保険計画課）
公開	・データ提供した市町村が同意しない場合を除き、すべて公開	・原則公開だが、ニーズ調査等は自治体限定

使い方（イメージ）

① まず市町村の介護保険事業全体を見ていただく（比較ツール・分析ツール）

② 多様な項目から詳細に確認・分析 項目によっては日常生活圏域等単位で確認

③ 研修等も活用したアウトカムを踏まえた分析も（可視化ツール等）

【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

2. 介護保険事業計画と地域包括ケアシステム

介護保険制度における市町村及び都道府県の役割

厚生労働省資料

介護保険制度では、市町村を保険者としつつ、国、都道府県等が、役割に応じて市町村を重層的に支える仕組みとなっている。

市町村の役割

○介護保険制度創設時に、介護サービスの地域性や市町村の老人福祉や老人保健事業の実績、地方分権等の流れを踏まえ、国民に最も身近な行政単位として、**介護保険の保険者**とされた。

○ **3年を一期として介護保険事業計画を策定し、サービスの見込み量の推計等を行うとともに、保険料を設定**。

都道府県の役割

○介護保険法第5条において、「介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない」とされており、介護保険事業の保険給付の円滑な実施の支援のための介護保険事業支援計画を策定

○ その他、財政安定化基金の設置、報告徴収の実施、事業者の指定、費用負担等、給付と負担の両面において役割を担っている。

介護保険法（平成9年法律第123号）
（国及び地方公共団体の責務）
第五条（略）
2 都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない。
3 国及び地方公共団体は、**被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、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のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策**を、医療及び居住に 関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

地域包括ケアシステムの構築について

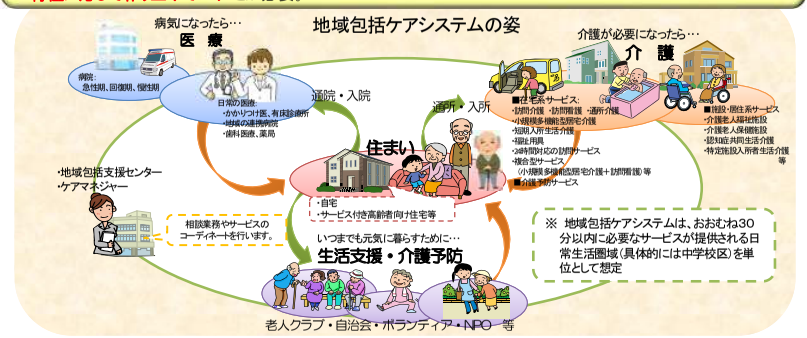
厚生労働省資料

○ 団塊の世代が75歳以上となる**2025年を目途に**、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現**。

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。

○ 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要。



社会保障審議会 介護保険部会（第106回）資料１－１より抜粋

第9期計画において記載を充実する事項（案）

■ 第９期の基本指針においては、介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」等を踏まえて、主に以下の事項について記載を充実してはどうか。

1 介護サービス基盤の計画的な整備（P8～14）
- ○中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要性（P8～11, 14）
- ○医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化（P12）
- ○サービス提供事業者を含め、地域の関係者とサービス基盤の整備の在り方を議論することの重要性（P11）
- ○居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することの重要性（P13）
- ○居宅要介護者の在宅生活を支える定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及（P13）

2 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組（P15～31）
- ○総合事業の充実化について、第９期計画に集中的に取り組む重要性（P15）
- ○地域リハビリテーション支援体制の構築の推進（P16）
- ○認知症高齢者の家族やヤングケアラーを含む家族介護者支援の取組（P17）
- ○地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備等（P17）
- ○重層的支援体制整備事業などによる障害者福祉や児童福祉など他分野との連携促進（P17）
- ○認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえた施策の推進（P18）
- ○高齢者虐待防止の一層の推進（P19～22）
- ○介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進（P19, 23）
- ○地域共生社会の実現という観点からの住まいと生活の一体的支援の重要性（P24）
- ○介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための情報基盤を整備（P25）
- ○地域包括ケアシステムの構築状況を点検し、結果を第9期計画に反映。国の支援として点検ツールを提供（P26～28）
- ○保険者機能強化推進交付金等の実効性を高めるための評価指標等の見直しを踏まえた取組の充実（P29, 30）
- ○給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化、介護給付費の不合理な地域差の改善と給付適正化の一体的な推進（P31）

3 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上の推進（P32～43）
- ○ケアマネジメントの質の向上及び人材確保（P32）
- ○ハラスメント対策を含めた働きやすい職場づくりに向けた取組の推進（P33, 34）
- ○外国人介護人材定着に向けた介護福祉士の国家資格取得支援等の学習環境の整備（P35, 36）
- ○介護現場の生産性向上に資する様々な支援・施策に総合的に取り組む重要性（P37）
- ○介護の経営の協働化・大規模化により、サービスの品質を担保しつつ、人材や資源を有効に活用（P38）
- ○文書負担軽減に向けた具体的な取組（標準様式例の使用の基本原則化、「電子申請・届出システム」利用の原則化）（P39）
- ○財務状況等の見える化（P40, 41）
- ○介護認定審査会の簡素化や認定事務の効率化に向けた取組の推進（P42, 43）

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

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

行政機関の「計画」に対する考え方

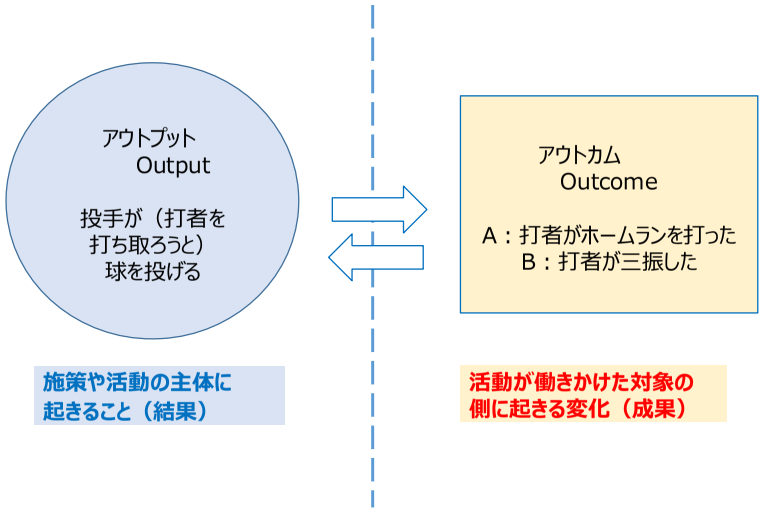
行政機関では「計画通りに実施する」という意味での計画性を重視するあまり、柔軟に計画を変更すべきというマネジメント・サイクルとは矛盾してしまう。

	行政機関が予定どおりに予算や事業を執行するための計画	ＰＤＣＡマネジメント・サイクルにおける計画「Ｐ」
性格	計画は当初決めたとおり実行するもの	計画は柔軟に改善、修正、変更するもの
内容	（予算に基づく）事業の一覧・体系	とるべき作戦活動の体系
策定目的	予算執行の根拠として参照し、確実に事務・事業を執行するため	成果(アウトカム）をどのようにして実現するのかを記述し、共有するため

出典：北大路信郷「市民協働型プログラム評価におけるロジック・モデルの活用」習志野市 講演資料2015年5月を一部改変

3. 介護保険の目的と全体像
ー介護保険基本ロジックモデルー

アウトプットとアウトカム



出典：国際医療福祉大学教授壇岡健一氏講演資料
【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

ロジックモデル

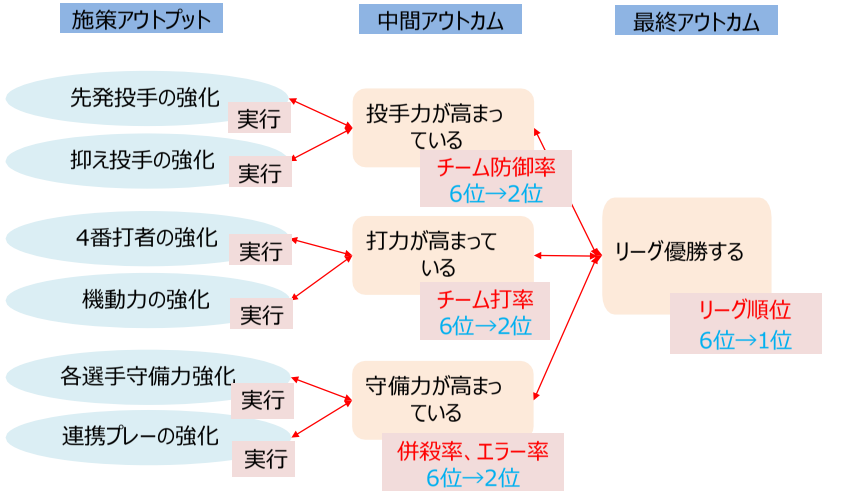
■ 都道府県循環器病対策推進計画策定指針

令和2年10月29日健が発1029第1号　厚生労働省健康局がん・疾病対策課 長通知
「都道府県循環器病対策推進計画の策定にかかる指針について」

＜課題解決に向けた施策の立案及び目標の設定＞
抽出された課題を解決するために、具体的な方法を論理的に検討し、できる限り実効性のある施策を盛り込むとともに、各々の施策と解決すべき課題との連関を示すことが重要である。その際には、**ロジックモデルなどのツールの活用**も検討する。

【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

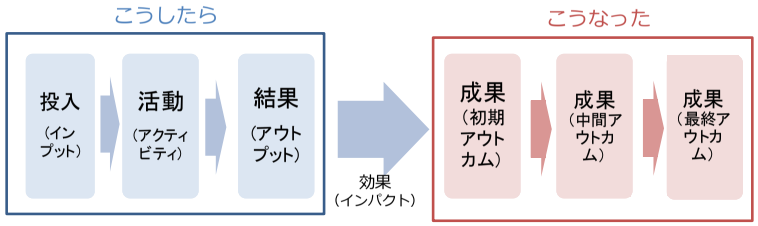
野球の場合（立案時）



出典：国際医療福祉大学教授壇岡健一氏講演資料

【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

ロジックモデル：投入・活動・結果・成果の論理構造図



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

目的を達成するために介護保険はどうあるべきか

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。

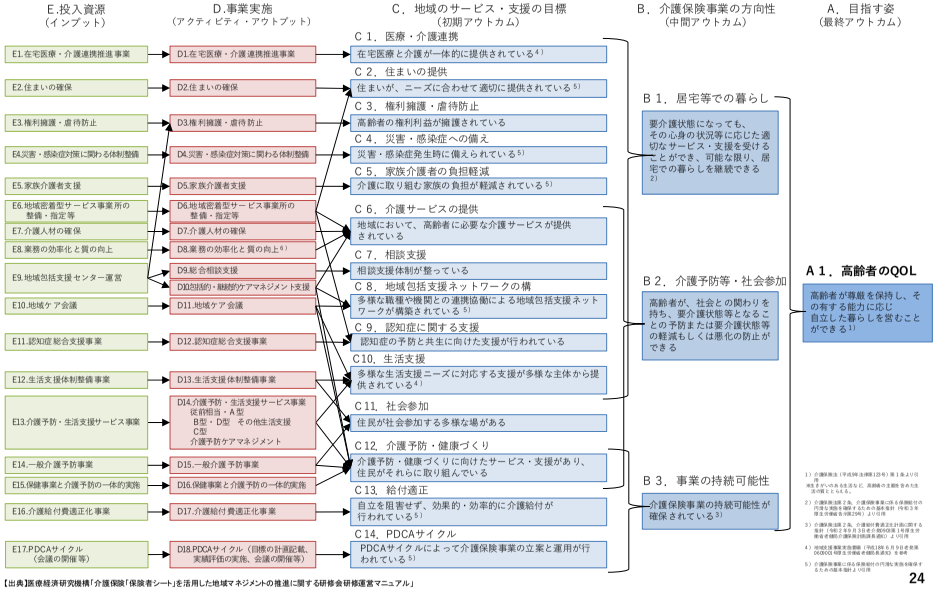
②適切なサービス

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。

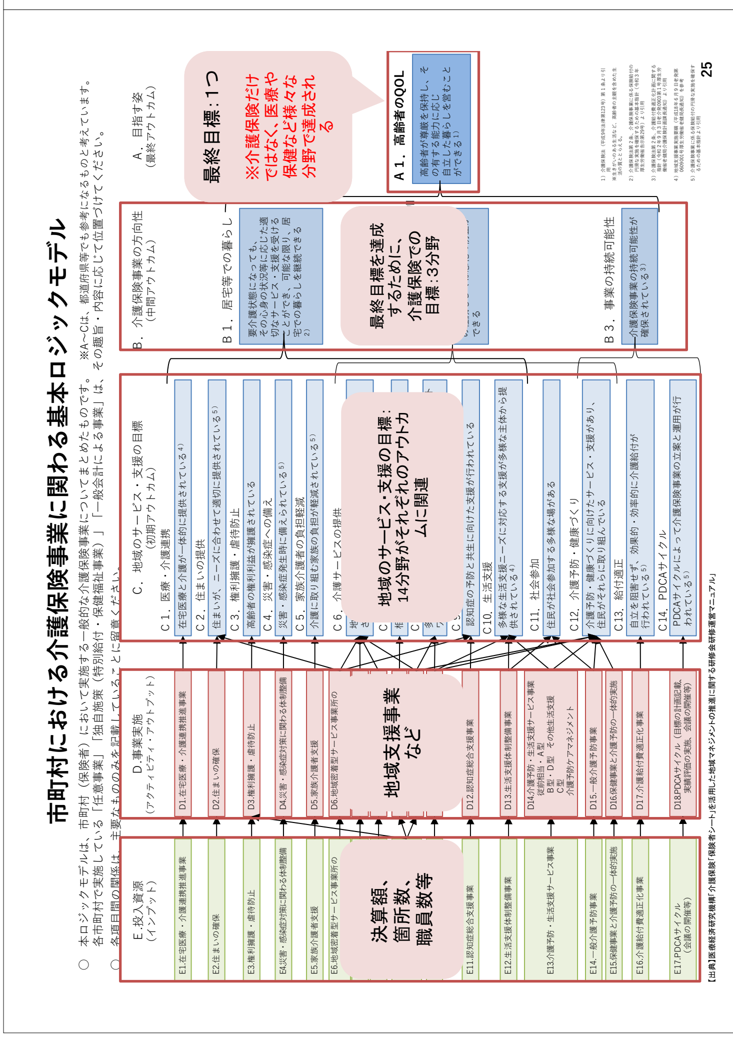
③居宅における日常生活

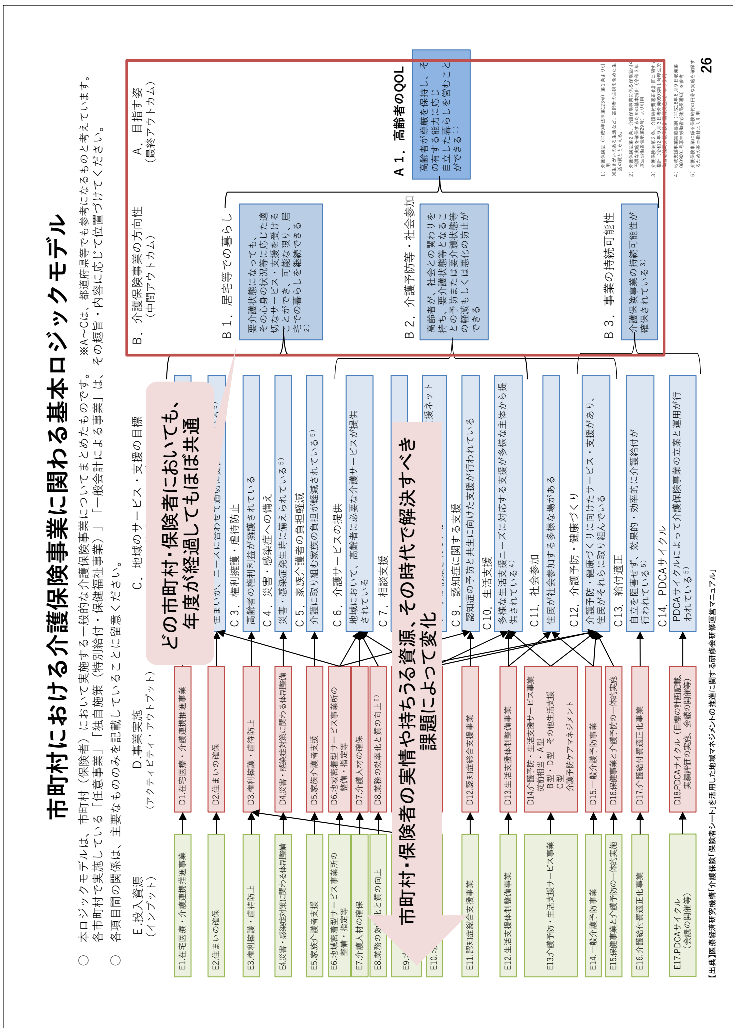
市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル

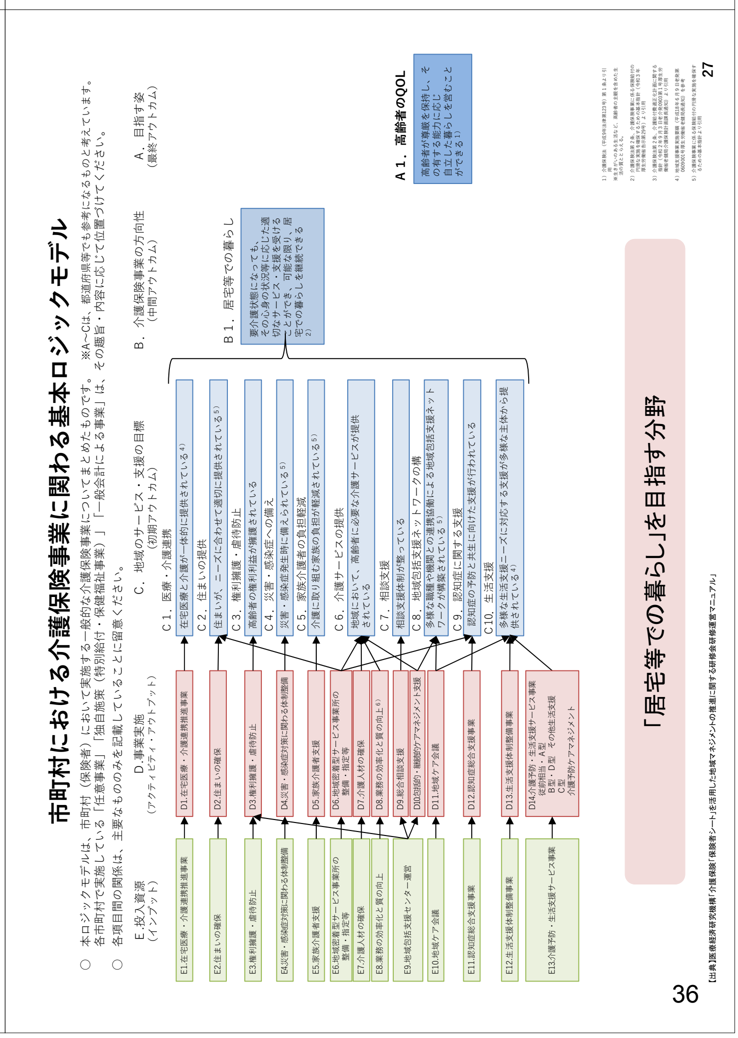
○　本ロジックモデルは、市町村（保険者）において実施する一般的な介護保険事業についてまとめたものです。　※A～Cは、都道府県等でも参考になるものと考えています。
各市町村で実施している「任意事業」「独自施策（特別給付・保健福祉事業）」「一般会計による事業」は、その趣旨・内容に応じて位置づけてください。
○　各項目間の関係は、主要なもののみを記載していることに留意ください。

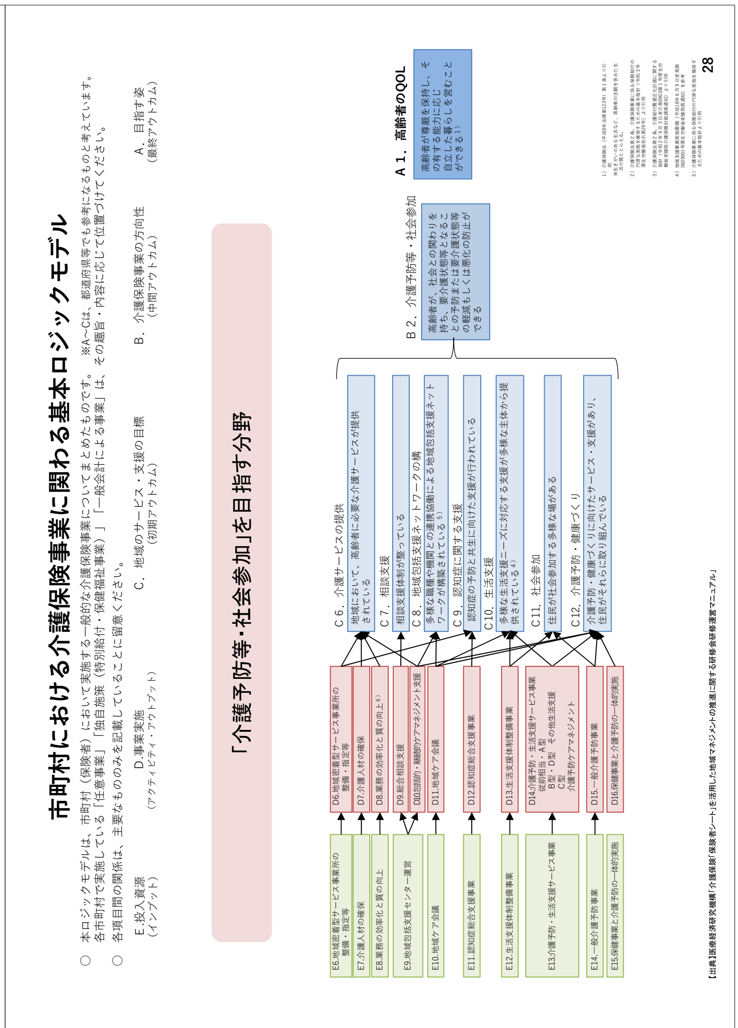


1）介護保険法（平成9年法律第123号）第1条より引用
2）介護保険法第2条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な提供を確保するための基本的な指針（平成18年厚生労働省令第29号）より引用
3）介護保険法第2条、介護保険事業計画に関する基本的な指針（平成18年厚生労働省告示第396号）より引用
4）地域医療構想実施期間（平成28年6月9日閣議決定）
5）介護保険事業に係る保険者の円滑な実施を確保するための基本指針より引用


市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル
○ 本ロジックモデルは、市町村（保険者）において実施する一般的な介護保険事業についてまとめたものです。 ※A~Cは、都道府県等でも参考になるものと考えています。
各市町村で実施している「任意事業」「独自施策（特別給付・保健福祉事業）」「一般会計による事業」は、その趣旨・内容に応じて位置づけてください。
○ 各項目間の関係は、主要なもののみを記載していることに留意ください。
E.投入資源（インプット）
D.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・支援の目標（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）
A1. 高齢者のQOL
高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した暮らしを営むことができる1）
B1. 居宅等での暮らし
要介護状態になっても、その心身の状況等に応じた適切なサービス・支援を受けることができ、可能な限り、居宅での暮らしを継続できる2）
B3. 事業の持続可能性
介護保険事業の持続可能性が確保されている3）
C1. 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）
C2. 住まいの提供
住まいが、ニーズに合わせて適切に提供されている5）
C3. 権利擁護・虐待防止
高齢者の権利利益が擁護されている
C4. 災害・感染症への備え
災害・感染症発生時に備えられている5）
C5. 家族介護者の負担軽減
介護に取り組む家族の負担が軽減されている5）
C6. 介護サービスの提供
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
住民が社会参加する多様な場がある
C12. 介護予防・健康づくり
介護予防・健康づくりに向けたサービス・支援があり、住民がそれらに取り組んでいる
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5）
C14. PDCAサイクル
PDCAサイクルによって介護保険事業の立案と運用が行われている5）
D1.在宅医療・介護連携推進事業
D2.住まいの確保
D3.権利擁護・虐待防止
D4.災害・感染症対策に関わる体制整備
D5.家族介護者支援
D6.地域密着型サービス事業所の整備・指定等
D12.認知症総合支援事業
D13.生活支援体制整備事業
D14.介護予防・生活支援サービス事業 従前相当・A型 B型・D型 その他生活支援 C型 介護予防ケアマネジメント
D15.一般介護予防事業
D16.保健事業と介護予防の一体的実施
D17.介護給付費適正化事業
D18.PDCAサイクル（目標の計画記載、実績評価の実施、会議の開催等）
E1.在宅医療・介護連携推進事業
E2.住まいの確保
E3.権利擁護・虐待防止
E4.災害・感染症対策に関わる体制整備
E5.家族介護者支援
E6.地域密着型サービス事業所の
E11.認知症総合支援事業
E12.生活支援体制整備事業
E13.介護予防・生活支援サービス事業
E14.一般介護予防事業
E15.保健事業と介護予防の一体的実施
E16.介護給付費適正化事業
E17.PDCAサイクル（会議の開催等）
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
最終目標を達成するために、介護保険での目標：3分野
地域のサービス・支援の目標：14分野がそれぞれのアウトカムに関連
地域支援事業など
決算額、箇所数、職員数等
【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」
25


市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル
A1. 高齢者のQOL
B1. 居宅等での暮らし
B2. 介護予防等・社会参加
高齢者が、社会との関わりを持ち、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止ができる
B3. 事業の持続可能性
C6. 介護サービスの提供
地域において、高齢者に必要な介護サービスが提供されている
C7. 相談支援
C9. 認知症に関する支援
認知症の予防と共生に向けた支援が行われている
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
26


市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル
A1. 高齢者のQOL
B1. 居宅等での暮らし
C7. 相談支援
相談支援体制が整っている
C8. 地域包括支援ネットワークの構築
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5）
D9.総合相談支援
D10.包括的・継続的ケアマネジメント支援
D11.地域ケア会議
E9.地域包括支援センター運営
E10.地域ケア会議
「居宅等での暮らし」を目指す分野
36
27


市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル
A1. 高齢者のQOL
B2. 介護予防等・社会参加
「介護予防等・社会参加」を目指す分野
28

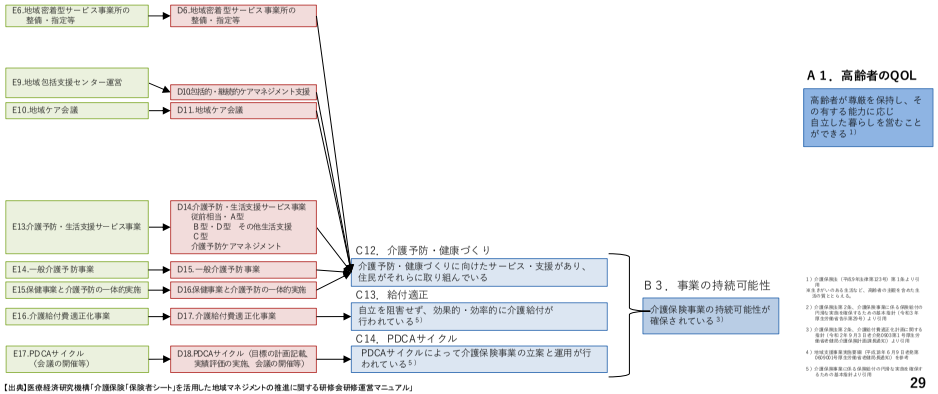
市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル

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

○ 各項目間の関係は、主要なもののみを記載していることに留意ください。

E.投入資源（インプット） D.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・支援の目標（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）

「事業の持続可能性」を目指す分野



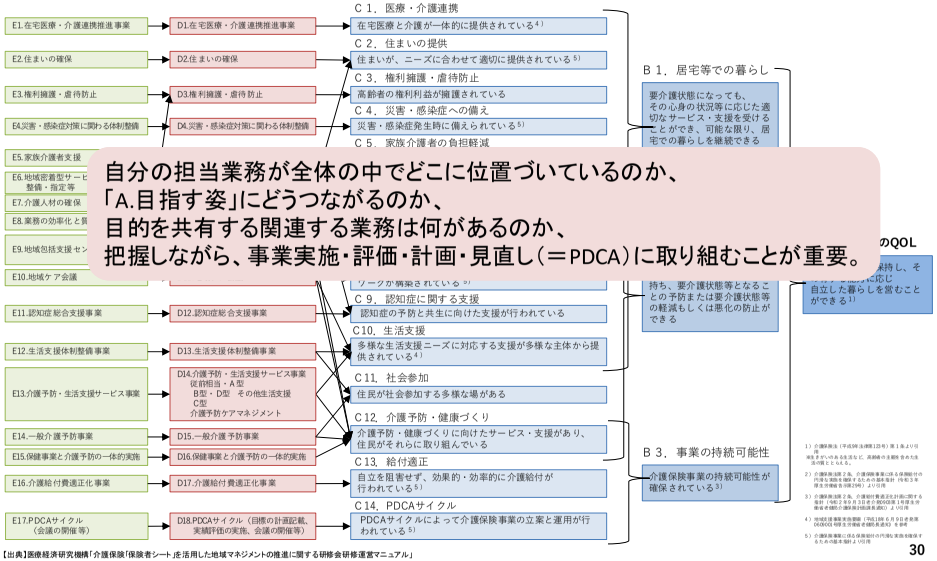
市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル

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

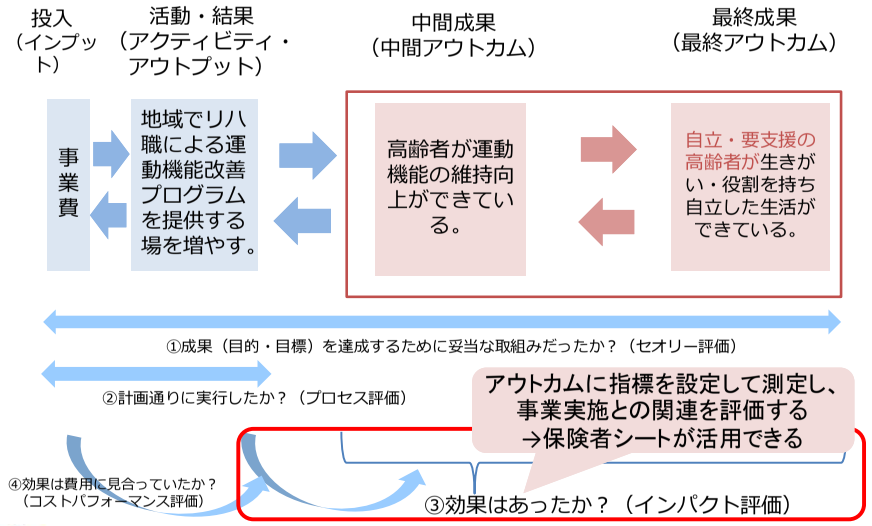
○ 各項目間の関係は、主要なもののみを記載していることに留意ください。

E.投入資源（インプット） D.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・支援の目標（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）

自分の担当業務が全体の中でどこに位置づいているのか、
「A.目指す姿」にどうつながるのか、
目的を共有する関連する業務は何があるのか、
把握しながら、事業実施・評価・計画・見直し（＝PDCA）に取り組むことが重要。



事業評価の例



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

成果を測定するモノサシ＝指標

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

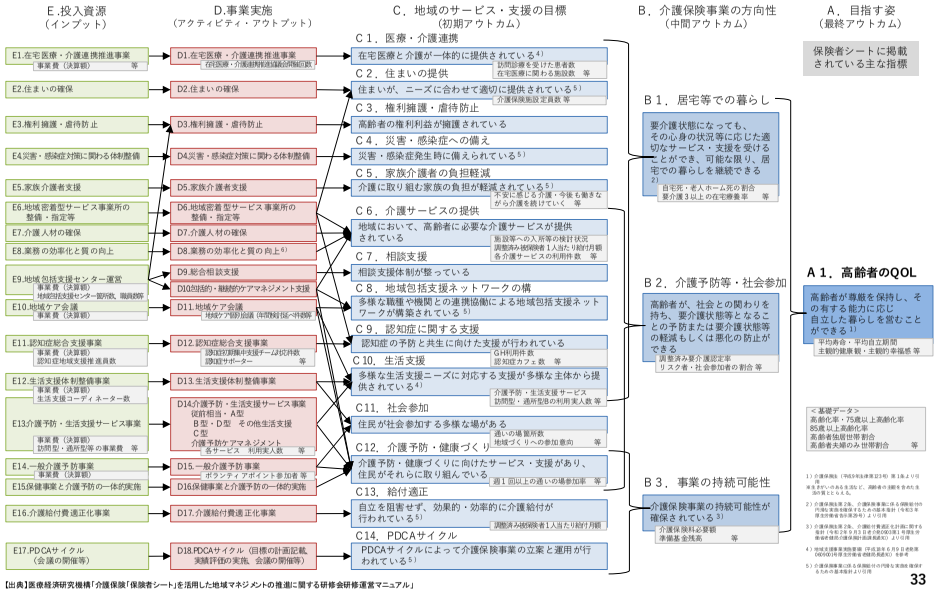
注：定義は、厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（医政地発0331第3号 2017年3月31日）

市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル

○ 本ロジックモデルは、市町村（保険者）において実施する一般的な介護保険事業についてまとめたものです。 ※A～Cは、
各市町村で実施している「任意事業」「独自施策（特別給付・保健福祉事業）」「一般会計による事業」は、その趣旨・内

保険者シートは、資源～成果が網羅的に掲載

○ 各項目間の関係は、主要なもののみを記載していることに留意ください。



【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

資料５

介護保険「保険者シート」を活用した地域の現状把握と自地域の進む方向性の考え方

研修の流れについて（演習以降）

介護保険「保険者シート」を使って、地域の現状を把握し、
進む方向性について考えましょう。

1. 自治体で取り組む演習シートをどちらか選びます。
「B1.居宅等での暮らし」（わがまちの高齢者は居宅での暮らしを継続できているのか？）
「B2.介護予防等・社会参加」（わがまちの高齢者は社会との関わりを持ち、介護予防ができてるのか？）

＜演習＞
2. 各自で、演習シートの「①保険者シートから分かること」に記入します。

3. 各自治体で、話し合いながら、①をまとめた上で、②～④に記入し、演習シートを完成させます。

＜グループ意見交換＞
4. グループに分かれて、各自治体の演習シートの内容を発表し、意見交換・情報交換をします。

＜全体発表＞
5. 各グループから推薦された自治体の方に、全体で発表していただきます。

【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

保険者シートの仕組みとツール

令和3年度版保険者シート：508項目

公開データ　380項目
・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）　等

事務局が毎年収集

保険者保有データ　128項目
・地域支援事業の実施状況・決算額
・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
・在宅介護実態調査
・介護保険料算定時の推計値　等

保険者・市町村が毎年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128項目→最少79項目に

データベース

市区町村・保険者のほか、国・都道府県のデータを格納

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

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・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

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、資料等に利用可

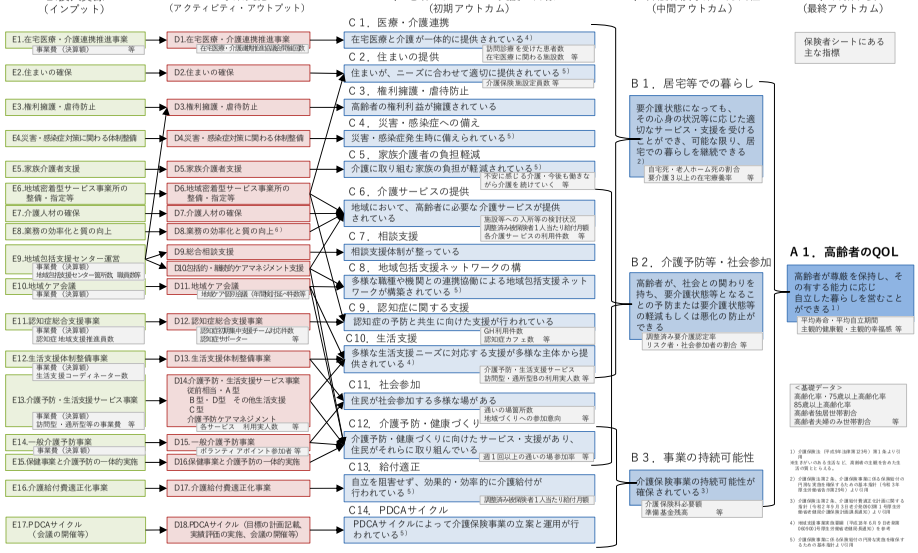
新 **分析ツール／介護保険基本ロジックモデル**
・ロジックモデルに介護保険事業の主な指標を入れ、一覧で全国や都道府県の平均と比較でき、自市町村の特性・課題、その要因等を考えられる
・独自の項目を追加し、計画に位置づけることも可能

保険者・市町村を対象とした研修プログラム
・データ活用を通じた地域マネジメント推進の研修プログラムあり
・研修運営マニュアルで、研修実施に必要な様式と研修資料の一式を用意

※これらのデータは、Excelファイルでダウンロードし、集計・分析・加工することが可能

市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル

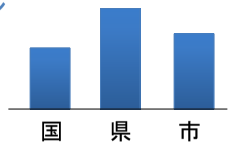
○ 本ロジックモデルは、市町村（保険者）において実施する一般的な介護保険事業についてまとめたものです。　※A～Cは、都道府県等でも参考になるものと考えています。
各市町村で実施している「任意事業」「独自施策（特別給付・保健福祉事業）」「一般会計による事業」は、その趣旨・内容に応じて位置づけてください。
○ 各項目間の関係は、主要なもののみを記載していることに留意ください。

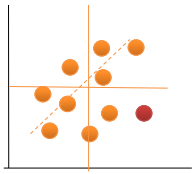


【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

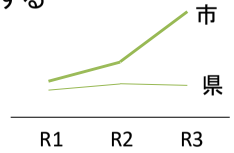
データを見るポイント

1. 「何を知りたいのか」アウトカムを明確にしてから見る
   指標＝モノサシ
2. 平均と比較する

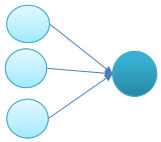




3. 分布（位置）を確認する
4. 時系列で比較する



5. 要因を考える

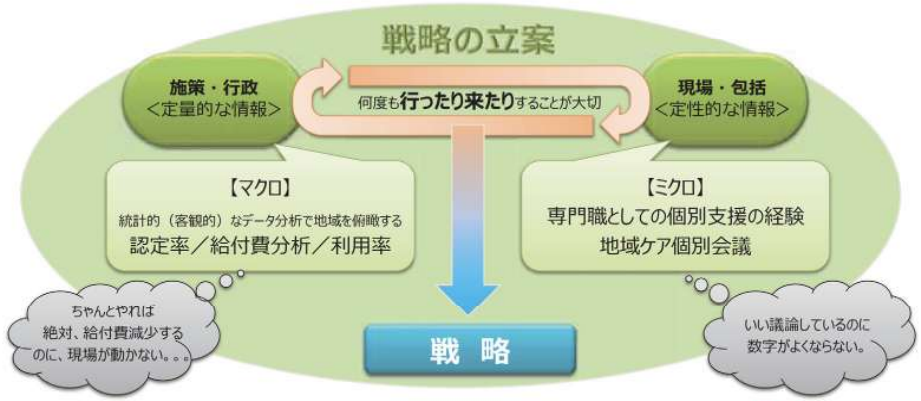


【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

戦略はどう生まれるのか？

■マクロとミクロを行ったり来たり

- 着任するなり「最初から戦略が立案できる」という人はいない。多くのキーパーソンは、**個別支援の事例（ミクロ）**と**地域全体の改善（マクロ）**を「行き来」しながら、試行錯誤して、解決に向けたシナリオを作成している。
- ミクロの情報や体験を得る場としては「地域ケア個別会議」が、またマクロの情報を得るには、KDBや「見える化」システム、要介護認定データ、レセプトデータなど保険者が所有するデータを活用して指標化することも。



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

【出典】三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社、平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域支援事業における連動性の確保に関する調査研究」報告書概要版

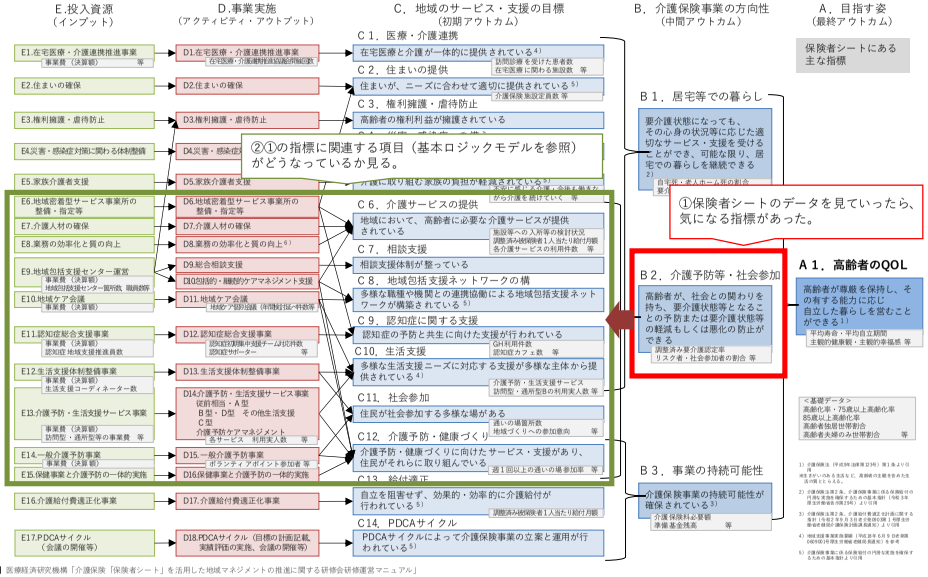
保険者シートの読み解き例

1. 介護予防
2. 包括報酬型サービス（小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等）の整備
3. 在宅医療・介護連携

市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル

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

○ 各項目間の関係は、主要なもののみを記載していることに留意ください。

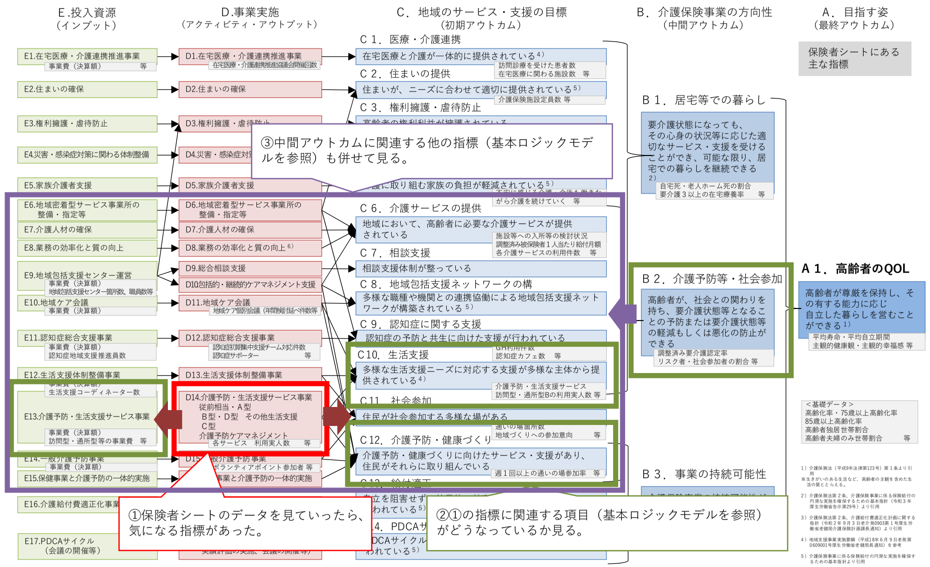


【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル

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

○ 各項目間の関係は、主要なもののみを記載していることに留意ください。



【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

9

保険者シートの読み解き例①（介護予防：総合事業の見直しと生活支援体制の構築）

①保険者シートから分かること

・総合事業について、通所型・訪問型ともに、従前相当の利用が全国や都道府県の平均と比べて非常に多い。【No 26】

＜関連する項目＞
・調整済み軽度認定率が高い。【No20】
・在宅系サービスの利用件数が非常に高く、特に通所介護は全国の2倍近くと高い一方で、訪問介護は全国の半分。【No25】

②保険者シート以外の情報

・見える化システムにより、デイとショートステイの日数・回数が全国よりかなり高い。

③ ①②を踏まえた検討

・訪問介護人材を要支援者の利用に割かれ、要介護者へのサービス提供が十分に賄えていないため、デイとショートステイの利用を増やしているのではないかと考えた。
・市内にはサ高住が多く、訪問介護もサ高住での利用が主で、地域の高齢者を支えるサービスとして機能しているか疑問が湧いた。

④ ③を確認・深める調査等

・包括やケアマネジャーに話を聞いたところ、訪問介護事業所はどこも空きがなく、サービス調整ができない状況であることが確認された。

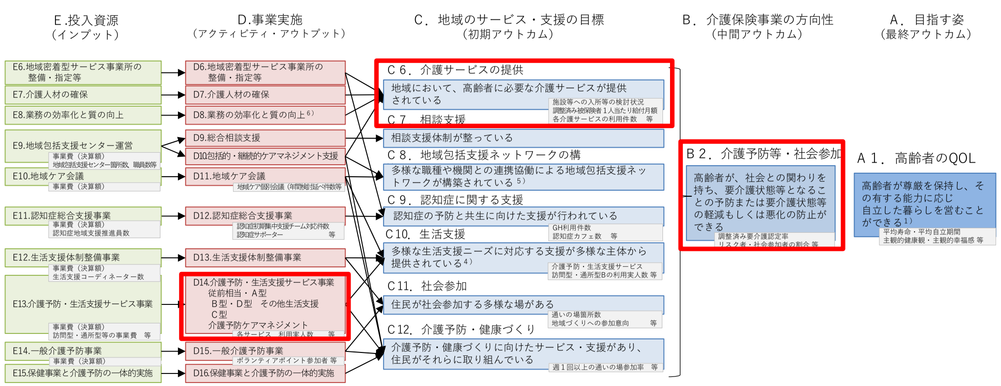
⑤事業の方向性・見直し

・要支援者のケアマネジメントやサービス提供が、本人の回復可能性を見極め、生活行為を取り戻すための支援となっているか、地域ケア会議を通じて関係者と振り返りを行っていく。
・SCと連携し、フォーマルサービスによらない、地域の多様な資源を活用した生活支援体制を構築していく。

【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

10

保険者シートの読み解き例①（介護予防：総合事業の見直しと生活支援体制の構築）



①保険者シートから分かること

・総合事業について、通所型・訪問型ともに、従前相当の利用が全国や都道府県の平均と比べて非常に多い。【No 26】

＜関連する項目＞
・調整済み軽度認定率が高い。【No20】
・在宅系サービスの利用件数が非常に高く、特にデイは全国の2倍近い一方で、訪問介護は全国の半分。【No25】

②保険者シート以外の情報

・見える化システムにより、デイとショートステイの日数・回数が全国よりかなり高い。

③ ①②を踏まえた検討

・訪問介護人材を要支援者の利用に割かれ、要介護者へのサービス提供が十分に賄えていないため、デイとショートステイの利用を増やしているのではないかと考えた。
・市内にはサ高住が多く、訪問介護もサ高住での利用が主で、地域の高齢者を支えるサービスとして機能しているか疑問が湧いた。

④ ③を確認・深める調査等

・包括やケアマネジャーに話を聞いたところ、訪問介護事業所はどこも空きがなく、サービス調整ができない状況であることが確認された。

⑤事業の方向性・見直し

・要支援者のケアマネジメントやサービス提供が、本人の回復可能性を見極め、生活行為を取り戻すための支援となっているか、地域ケア会議を通じて関係者と振り返りを行っていく。
・SCと連携し、フォーマルサービスによらない、地域の多様な資源を活用した生活支援体制を構築していく。

【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

11

保険者シートの読み解き例②
（包括報酬型サービス：独居世帯の増加を踏まえた小規模多機能型居宅介護の整備）

①保険者シートから分かること

・施設・居住系の受給率は高い。特に居住系は、軽度者の受給率がかなり高い。在宅サービス受給率が非常に低い【No32】。

＜関連する項目＞
・独居世帯割合は高い【No12】。
・調整済み認定率は、軽度・重度ともにかなり低い【No20】。
・地域密着型サービスは、GHが中心で小規模多機能型居宅介護はない【No25】。
・総合事業は、訪問型・通所型ともに従前相当が高い【No 26】。訪問介護は利用者の半数、デイはその40%が要支援者【No32】。

②保険者シート以外の情報

・見える化システムにより、全国と比較してデイ事業所の定員はかなり高く、訪問介護従事者は著しく少ないことが分かった。

③ ①②を踏まえた検討

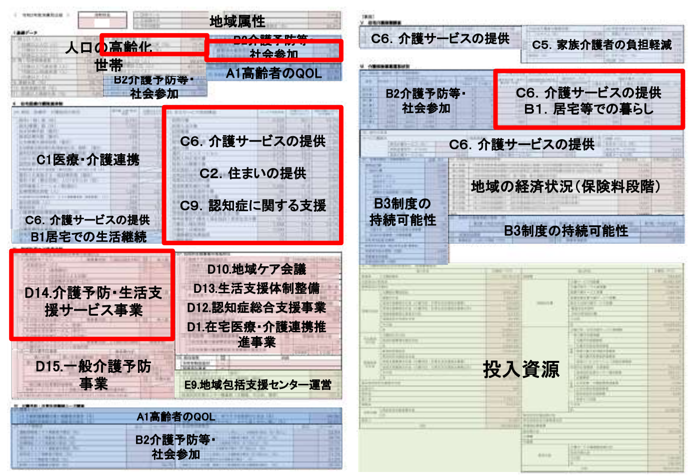
・訪問介護・デイ事業所のターゲットが要支援になり、要介護者を支えるサービスとなっていない可能性があると考えた。
・また、独居世帯等、多様な生活上の不安やニーズ抱えた高齢者を住み慣れた自宅で切れ目なく支援する体制が弱く、GHを含めた施設入所志向が強いという仮説を立てた。

④ ③を確認・深める調査等

・ケアマネジャーにヒアリングを行ったところ、在宅生活の継続を希望する高齢者は多いが、訪問介護事業所は空きがなく、自宅に訪問して支援できるサービスが不足していること、独居世帯が多く、遠く離れた親族からは日常的な見守りのニーズが高く、施設入所を選択するケースが多いことが伺えた。

⑤事業の方向性・見直し

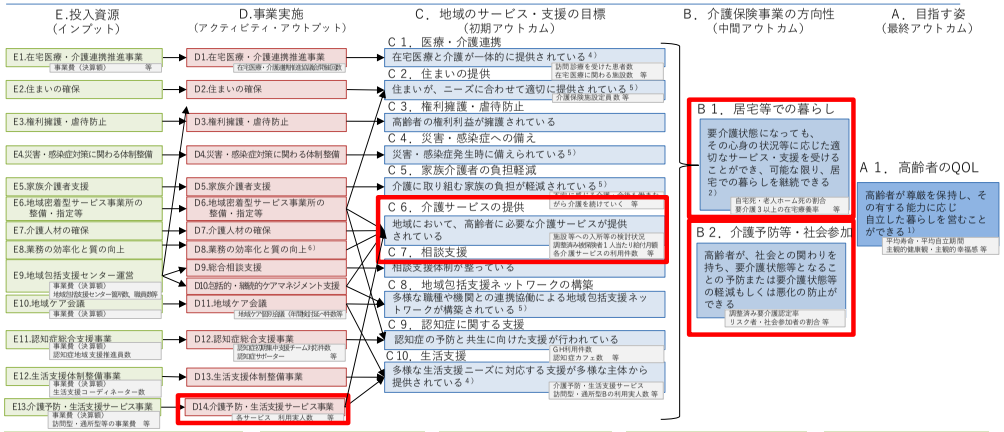
・計画に、自宅での生活を、通所、訪問、泊りを組み合わせて切れ目なく支援できる小規模多機能型居宅介護の整備を盛り込んだ。



【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

12

保険者シートの読み解き例②（包括報酬型サービス：独居世帯の増加を踏まえた小規模多機能型居宅介護の整備）



①保険者シートから分かること

・施設・居住系の受給率は高い。特に居住系は、軽度者の受給率がかなり高い。在宅サービス受給率が非常に低い【No32】。

＜関連する項目＞
・独居世帯割合は高い【No12】。
・調整済み認定率は、軽度・重度ともにかなり低い【No20】。
・地域密着型サービスは、GHが中心で小規模多機能型居宅介護はない【No25】。
・総合事業は、訪問型・通所型ともに従前相当が高い【No 26】。訪問介護は利用者の半数、デイはその40%が要支援者【No32】。

②保険者シート以外の情報

・見える化システムにより、全国と比較してデイ事業所の定員はかなり高く、訪問介護従事者は著しく少ないことが分かった。

③ ①②を踏まえた検討

・訪問介護・デイ事業所のターゲットが要支援になり、要介護者を支えるサービスとなっていない可能性があると考えた。
・また、独居世帯等、多様な生活上の不安やニーズ抱えた高齢者を住み慣れた自宅で切れ目なく支援する体制が弱く、GHを含めた施設入所志向が強いという仮説を立てた。

④ ③を確認・深める調査等

・ケアマネジャーにヒアリングを行ったところ、在宅生活の継続を希望する高齢者は多いが、訪問介護事業所は空きがなく、自宅に訪問して支援できるサービスが不足していること、独居世帯が多く、遠く離れた親族からは日常的な見守りのニーズが高く、施設入所を選択するケースが多いことが伺えた。

⑤事業の方向性・見直し

・計画に、自宅での生活を、通所、訪問、泊りを組み合わせて切れ目なく支援できる小規模多機能型居宅介護の整備を盛り込んだ。

保険者シートの読み解き例③
（在宅医療・介護連携：希望する方が可能な限り自宅で最期を迎えられる）

①保険者シートから分かること

・自宅死の割合が低い【No24】。

＜関連する項目＞
・現在の生活に不安を感じている方が多く、施設入所を検討している者の割合も高く【No44】、要介護3以上では、施設利用者の割合が高い【No32】。
・医療機関医師数や薬剤師数、病床数や診療所数は多いが、在支診数や24時間対応訪看ステーション看護職員数は少ない【No24】。
・訪問介護、デイ、ショートステイ等、在宅サービスは平均に近い【No25】。

②保険者シート以外の情報

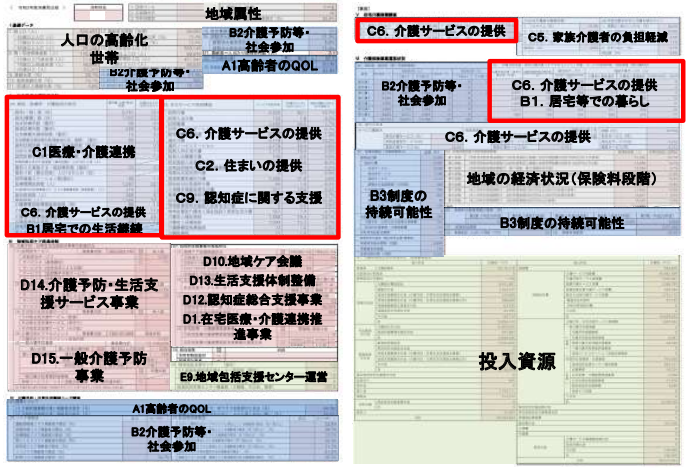
・「介護が必要になった場合に介護を受けたい場所」（独自調査）は、他の自治体と比較し、「自宅」を選択している者の割合が多い。

③ ①②を踏まえた検討

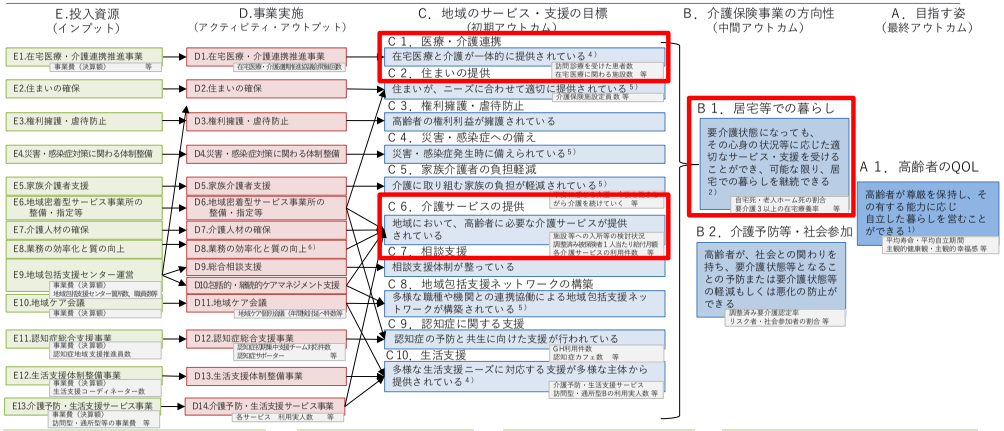
・要介護度が重くなると自宅で最期まで過ごす者は少ない。住民の「自宅で過ごしたい」という希望を実現できていない可能性がある。これは、在宅生活を支える医療・介護サービス提供体制が十分に整っていないことが一つの要因として考えられた。

④事業の方向性・見直し

・市の在宅医療提供体制について、今後の方針や在り方を県担当者に確認し、協議する。
・在宅医療・介護連携推進協議会で、データを示し、現状と課題について協議する。
・ケアマネジメントの在り方について、地域のケアマネジャーに状況を確認するとともに、本人ニーズをとらえているか確認を行う。
・看護小規模多機能型居宅介護について、公募の実施を含めて構築を検討する。



保険者シートの読み解き例③（在宅医療・介護連携：希望する方が可能な限り自宅で最期を迎えられる）



①保険者シートから分かること

・自宅死の割合が低い【No24】。

＜関連する項目＞
・現在の生活に不安を感じている方が多く、施設入所を検討している者の割合も高く【No44】、要介護3以上では、施設利用者の割合が高い【No32】。
・医療機関医師数や薬剤師数、病床数や診療所数は多いが、在支診数や24時間対応訪看ステーション看護職員数は少ない【No24】。
・訪問介護、デイ、ショートステイ等、在宅サービスは平均に近い【No25】。

②保険者シート以外の情報

・「介護が必要になった場合に介護を受けたい場所」（独自調査）は、他の自治体と比較し、「自宅」を選択している者の割合が多い。

③ ①②を踏まえた検討

・要介護度が重くなると自宅で最期まで過ごす者は少ない。住民の「自宅で過ごしたい」という希望を実現できていない可能性がある。これは、在宅生活を支える医療・介護サービス提供体制が十分に整っていないことが一つの要因として考えられた。

④事業の方向性・見直し

・市の在宅医療提供体制について、今後の方針や在り方を県担当者に確認し、協議する。
・在宅医療・介護連携推進協議会で、データを示し、現状と課題について協議する。
・ケアマネジメントの在り方について、地域のケアマネジャーに状況を確認するとともに、本人ニーズをとらえているか確認を行う。
・看護小規模多機能型居宅介護について、公募の実施を含めて構築を検討する。

保険者シートのデータ紹介

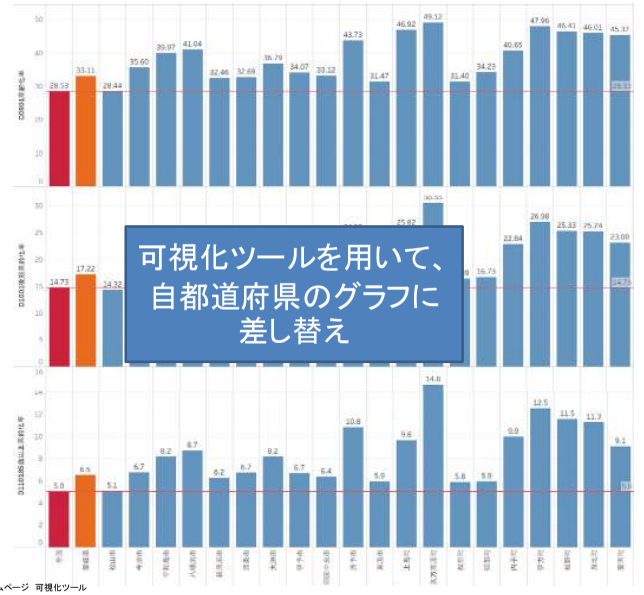
以下の資料は、医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」を●●県にて●●県内のデータを差し替えたもの。

0. 基礎データ

①高齢化率
②高齢者世帯割合

①高齢化率

・介護の必要性は、年齢を重ねるとともに高まっていく。年齢階級別の要介護認定率は、65～69歳で2.9%、75歳～79歳で12.5%、85歳～89歳で49.0%。
介護サービスの需要の観点からは、75歳以上、85歳以上の高齢者の割合が重要。



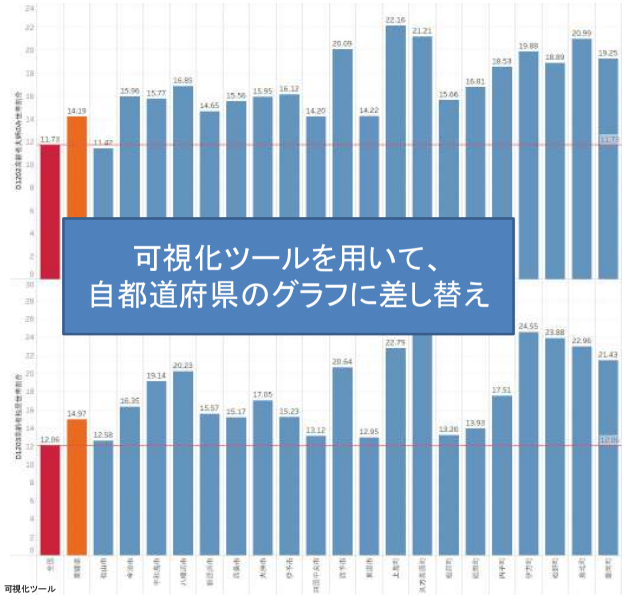
【出典】介護保険「保険者シート」ホームページ　可視化ツール

同じ高齢化率の自治体でも、75歳～、85歳～の高齢化率は異なる。

→現在75歳以上、85歳以上の高齢化率が低い自治体は、今後急激に介護需要が増えていく。

②高齢者世帯割合

・高齢者独居世帯や高齢者夫婦のみ世帯の割合が高まると、生活支援や、介護ニーズ（訪問介護等のサービス、要介護認定に影響）が高くなる。



【出典】介護保険「保険者シート」ホームページ　可視化ツール

1. 最終アウトカム

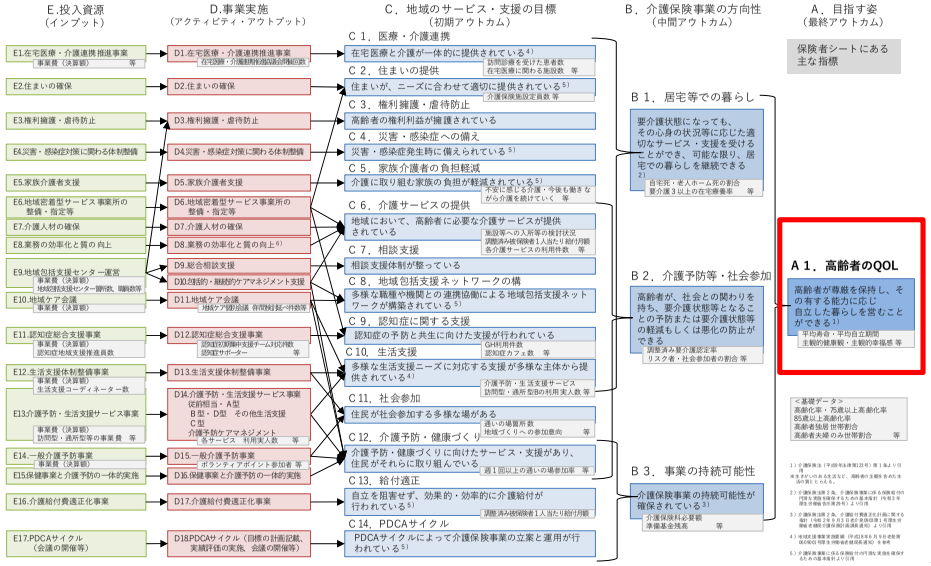
高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した暮らしを営むことができる

③平均寿命
④平均寿命・健康寿命
⑤主観的健康観・主観的幸福感

市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル

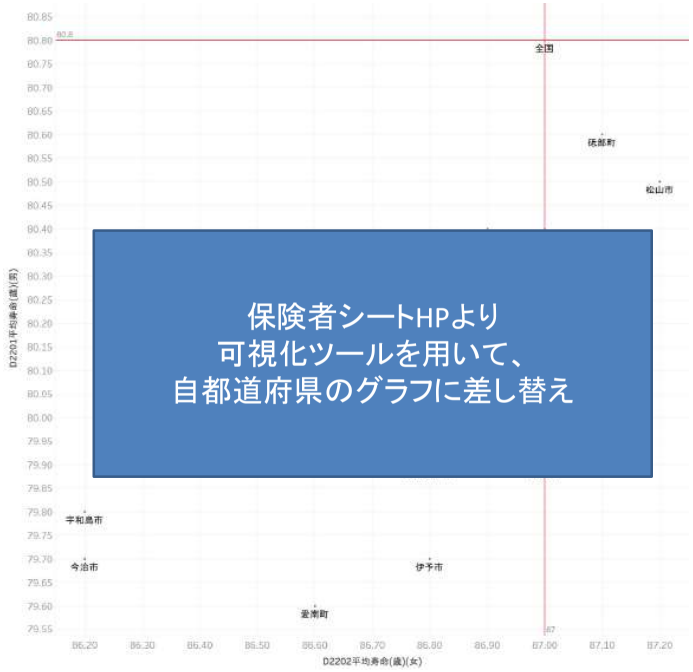
○ 本ロジックモデルは、市町村（保険者）において実施する一般的な介護保険事業についてまとめたものです。 ※A～Cは、都道府県等でも参考になるものと考えています。
各市町村で実施している「任意事業」「独自施策（特別給付・保健福祉事業）」「一般会計による事業」は、その趣旨・内容に応じて位置づけてください。

○ 各項目間の関係は、主要なもののみを記載していることに留意ください。



【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

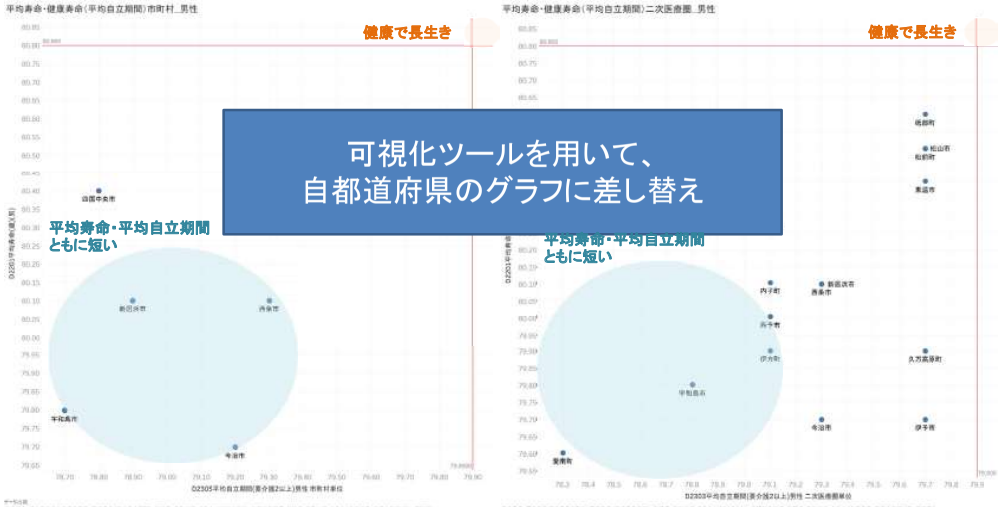
③平均寿命



【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP、元データは厚生労働省「平成27年市区町村別生命表」

④平均寿命・健康寿命（平均自立期間） 男性

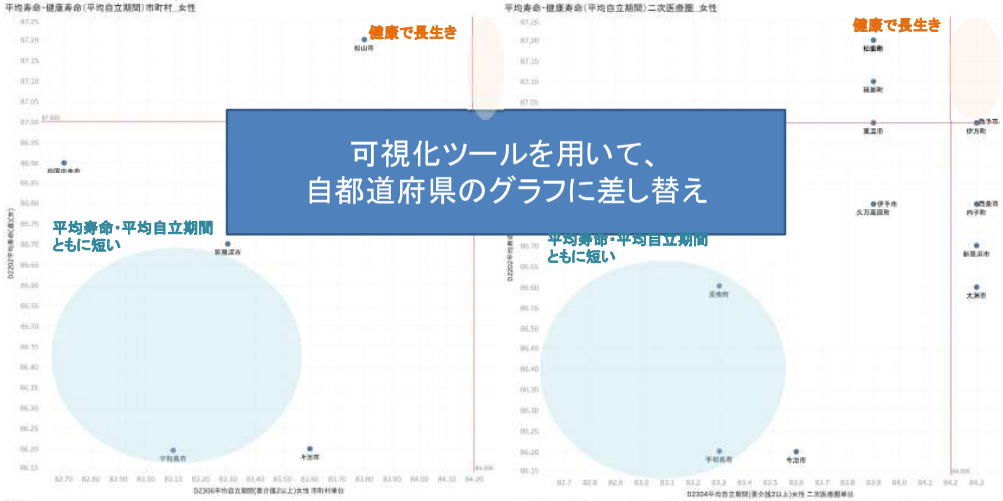
【留意点】・保険者シートにデータ登録がない自治体は掲載されていないが、KDBで見ることができるため、職場に戻って比較していただくことが可能。
・平均自立期間について、一定規模以下の自治体は市町村単位で算出されていないため、2次医療圏単位を見る。



【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
平均寿命：厚生労働省「平成27年市区町村別生命表」
健康寿命（平均自立期間）：KDBシステムより保険者・市町村データ入力（令和2年度。赤線は2019年全国値）

④平均寿命・健康寿命（平均自立期間） 女性

【留意点】・保険者シートにデータ登録がない自治体は掲載されていないが、KDBで見ることができるため、職場に戻って比較していただくことが可能。
・平均自立期間について、一定規模以下の自治体は市町村単位で算出されていないため、2次医療圏単位を見る。

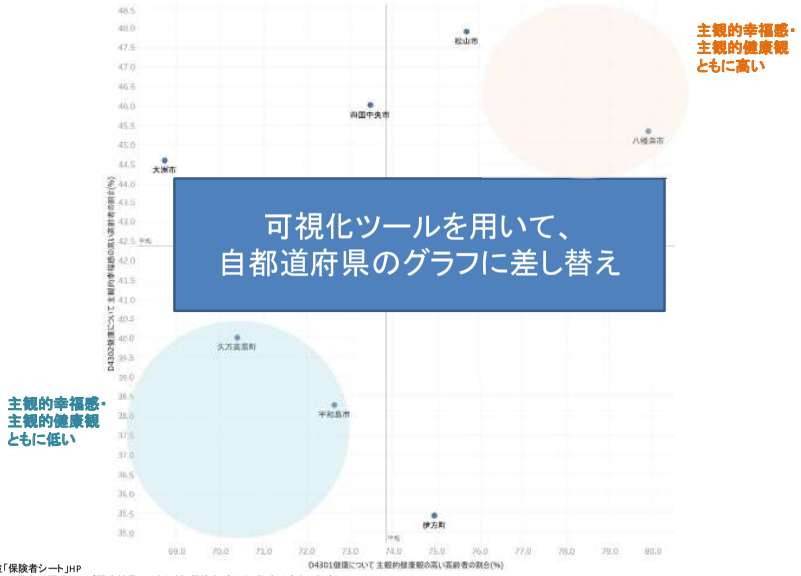


【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
平均寿命：厚生労働省「平成27年市区町村別生命表」
健康寿命（平均自立期間）：KDBシステムより保険者・市町村データ入力（令和2年度。赤線は2019年全国値）

⑤主観的幸福感・主観的健康観

・主観的幸福感・主観的健康観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。

【留意点】・保険者シートにデータ登録がない自治体は掲載されていないが、第８期計画に向けて行った介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果で比較可能。
・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果であるため、要介護者の回答がないことに留意。



可視化ツールを用いて、
自都道府県のグラフに差し替え

【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果より市町村・保険者が入力（数字は令和２年度）

2．中間アウトカム（1）

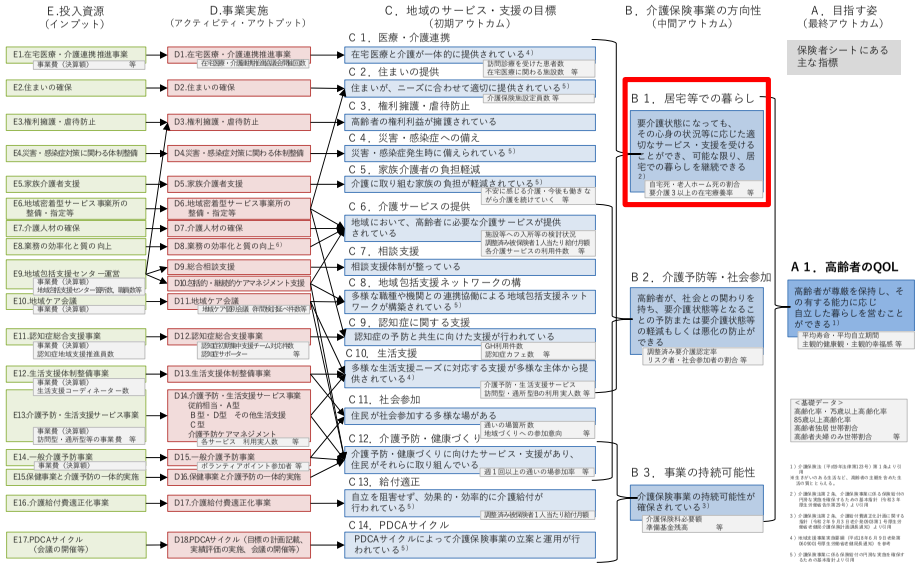
要介護状態になっても、その心身の状況等に応じた適切なサービス・支援を受けることができ、可能な限り、居宅での暮らしを継続できる

⑥自宅死・老人ホーム死の割合
⑦在宅療養率

市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル

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

○ 各項目間の関係は、主要なもののみを記載していることに留意ください。



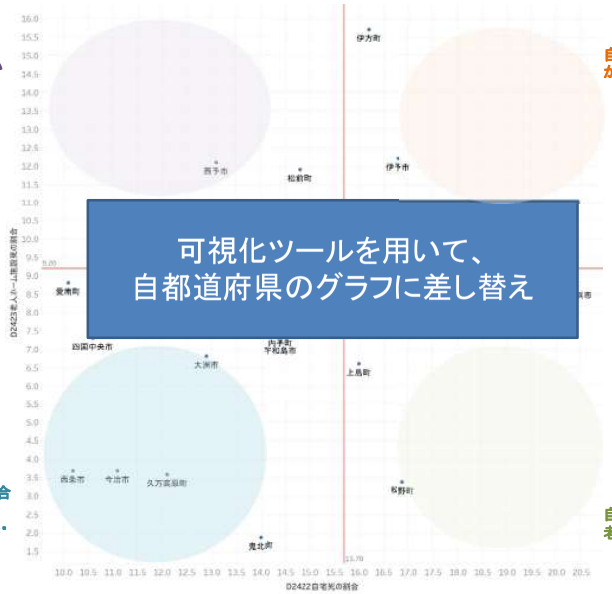
【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

⑥自宅死・老人ホーム死の割合

【留意点】・小規模自治体では１人の死亡で大きく変動するため、時系列の推移、数年の平均値で傾向を確認することも重要。
・死亡した一時点の「場所」を示す。「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」を把握することも重要。

自宅死の割合が低く
老人ホーム死の割合が高い

自宅死・老人ホーム死の割合
がともに高い



可視化ツールを用いて、
自都道府県のグラフに差し替え

自宅死・老人ホーム死の割合
がともに低い
（病院・診療所、介護医療院・
老健等が多い）

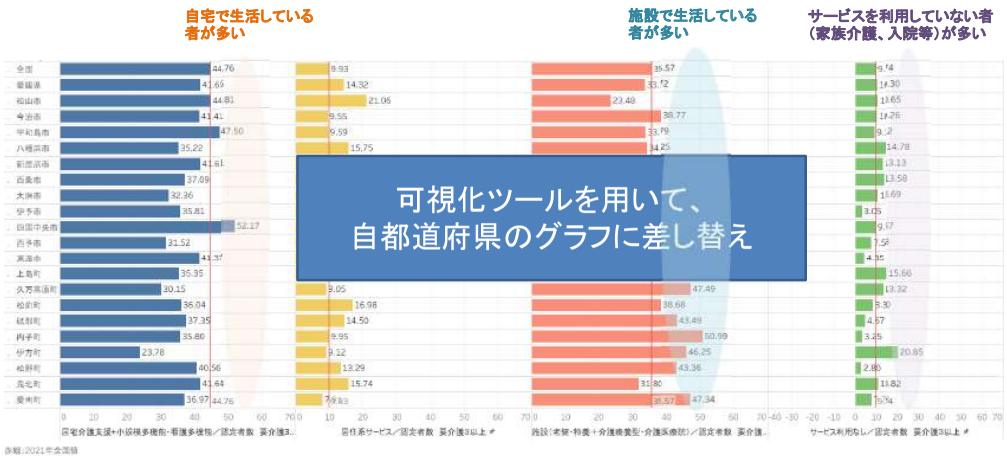
自宅死の割合が高く、
老人ホーム死の割合が低い

【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
厚生労働省「人口動態統計」（令和２年度）

数字は令和2年度

⑦在宅療養率（要介護3以上）

【留意点】・「サービス利用なし」は、要介護認定者数から各介護サービスの利用者数を引いたもの。同じ月にサービス変更した場合は複数回カウントされるため、
サービス受給者数が要介護認定者数を上回り、「サービス利用なし」がマイナスになっていることがある。



【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
厚生労働省「介護保険事業状況報告（月報）（令和4年3月分）」

3．中間アウトカム（2）

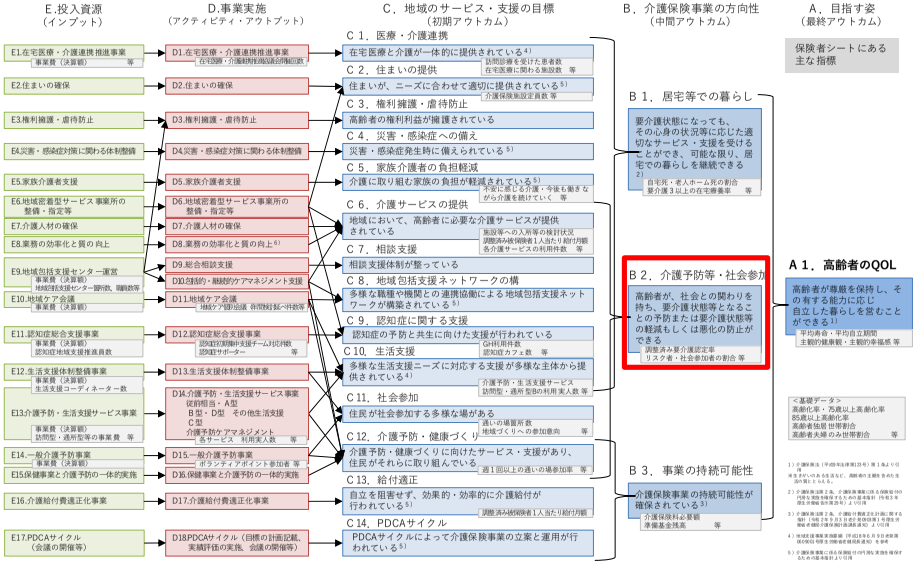
高齢者が、社会との関わりを持ち、要介護状態等となることの予防または
要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止ができる

⑧調整済要介護認定率
⑨リスク者の割合
⑩社会参加者の割合

市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル

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

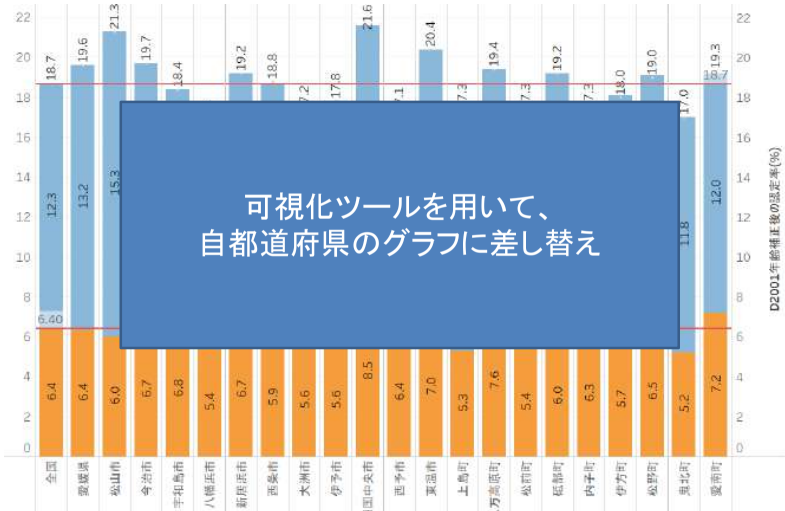
○ 各項目間の関係は、主要なもののみを記載していることに留意ください。



【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

⑧調整済要介護認定率

【留意点】・「軽度認定率」・「重度認定率」は、それぞれ「要介護2以下」・「要介護3以上」の認定率。
・地域のサービス提供体制や高齢者の世帯状況（単身世帯が多いほど認定率が高くなる傾向あり）に影響を受けること、「軽度認定率」は当該自治体の総合事業の実施方針により大きく影響されること（基本チェックリストを原則とする自治体は認定率が低くなる）に留意。

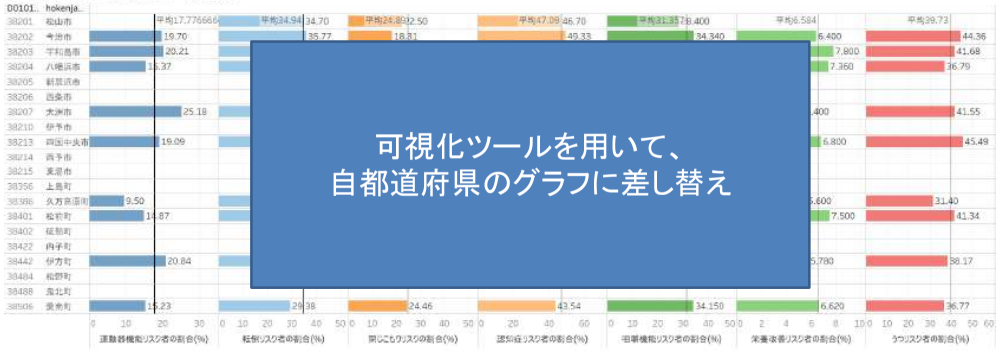


【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
地域包括ケア「見える化」システム（令和2年度）

⑨リスク者の割合

【留意点】・保険者シートにデータ登録がない自治体は掲載されていないが、第8期計画に向けて行った介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果で比較可能。
・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査は、要介護者の回答がないこと、また、自治体によって対象が異なるため、「自立＋要支援」を対象にした結果と、「自立」のみの結果を分けて記載している。

【分布】リスク者の割合（自立＋要支援）

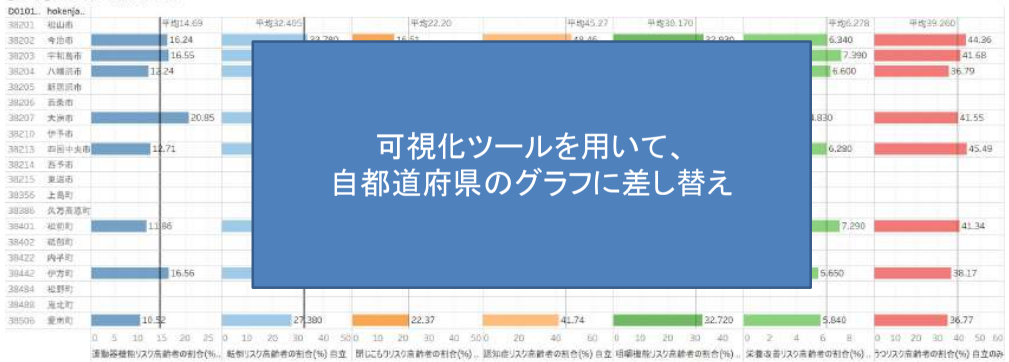


【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果をもとに保険者・市町村入力（令和3年度）

⑨リスク者の割合

【留意点】・保険者シートにデータ登録がない自治体は掲載されていないが、第8期計画に向けて行った介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果で比較可能。
・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査は、要介護者の回答がないこと、また、自治体によって対象が異なるため、「自立＋要支援」を対象にした結果と、「自立」のみの結果を分けて記載している。

【分布】リスク者の割合（自立）

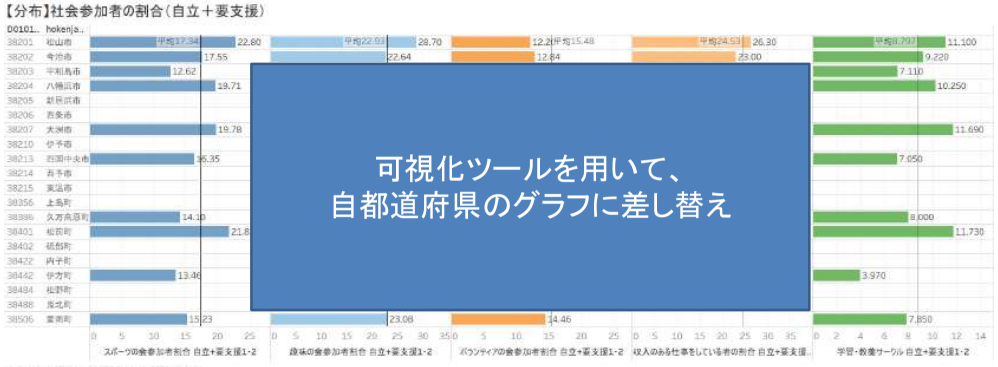


【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果をもとに保険者・市町村入力（令和3年度）

⑩社会参加者の割合

【留意点】・保険者シートにデータ登録がない自治体は掲載されていないが、第8期計画に向けて行った介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果で比較可能。
・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査は、要介護者の回答がないこと、また、自治体によって対象が異なるため、「自立＋要支援」を対象にした結果と、「自立」のみの結果を分けて記載している。

【分布】社会参加者の割合（自立＋要支援）

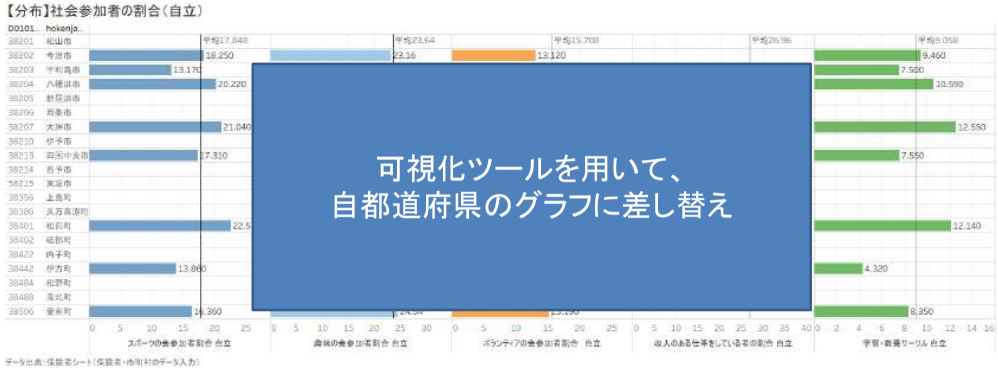


【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果をもとに保険者・市町村入力（令和3年度）

⑩社会参加者の割合

【留意点】・保険者シートにデータ登録がない自治体は掲載されていないが、第8期計画に向けて行った介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果で比較可能。
・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査は、要介護者の回答がないこと、また、自治体によって対象が異なるため、「自立＋要支援」を対象にした結果と、「自立」のみの結果を分けて記載している。

【分布】社会参加者の割合（自立）



【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果をもとに保険者・市町村入力（令和3年度）

4．初期アウトカム

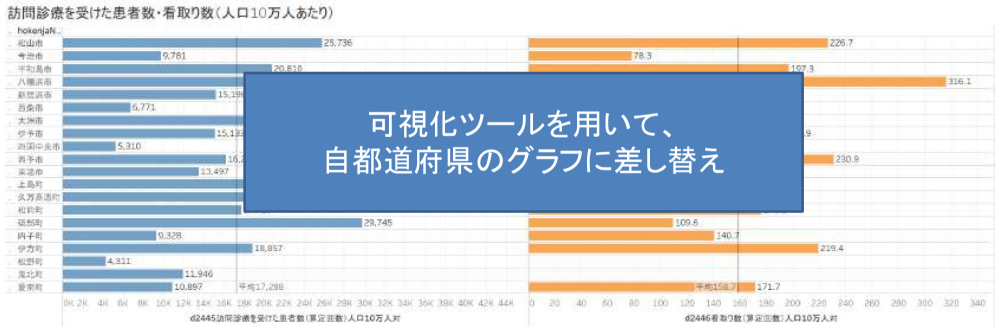
⑪訪問診療を受けた患者数・看取り数
⑫在宅医療に関わる施設数
⑬病床数・診療所数・医療従事者数
⑭介護施設
⑮在宅生活の継続と不安な介護無しの割合
⑯今後も働きながら介護を続けていけそう
⑰調整済み第1号被保険者１人あたり給付月額
⑱主な介護サービス利用件数
⑲地域での活動の意向
⑳週１回以上の「通いの場」参加率

市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル

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

【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

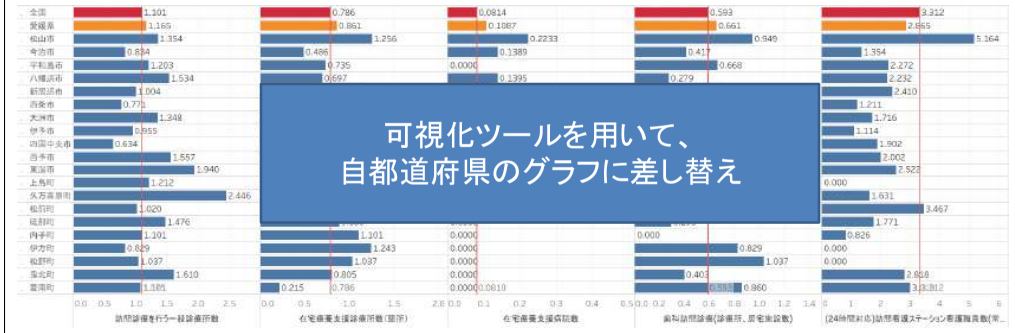
C1．医療・介護連携
⑪訪問診療を受けた患者数・看取り数（人口10万人あたり）



可視化ツールを用いて、
自都道府県のグラフに差し替え

【グラフ出典】介護保険「保険者シート」JHP
地域包括ケア「見える化」システム（医療計画策定支援データブック、2019年）

C1．医療・介護連携
⑫在宅医療に関わる施設数（75歳以上1000人あたり）



可視化ツールを用いて、
自都道府県のグラフに差し替え

【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
厚生労働省「在宅医療に係る地域別データ集」（2020年）

C1. 医療・介護連携
⑬病床数・診療所数・医療従事者数（75歳以上人口1000人あたり）

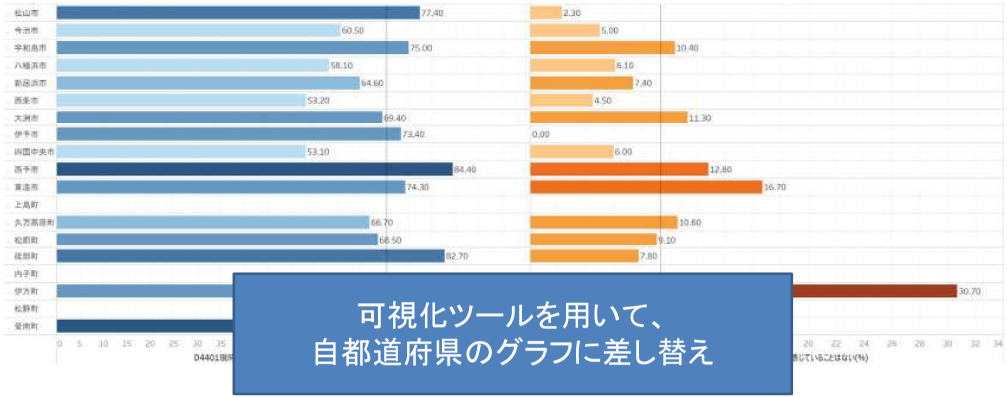
【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
厚生労働省「在宅医療に係る地域別データ集」（2020年）

C2. 住まいの提供
C6. 介護サービスの提供
⑭介護施設（75歳以上人口1000人あたり）

【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（令和3年）

C5. 家族介護者の負担軽減
C6. 介護サービスの提供
⑮在宅生活の継続と不安な介護無しの割合

【留意点】・保険者シートにデータ登録がない自治体は掲載されていないが、第8期計画に向けて行った在宅介護実態調査の結果で比較可能。

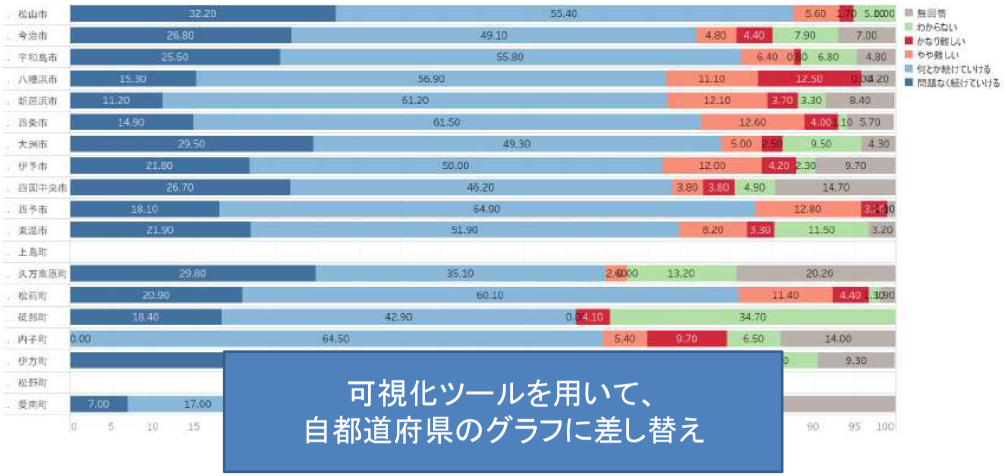


【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
在宅介護実態調査の結果をもとに保険者・市町村入力（令和3年度）

数字は令和2年度

C5. 家族介護者の負担軽減
C6. 介護サービスの提供
⑯今後も働きながら介護を続けていけそう

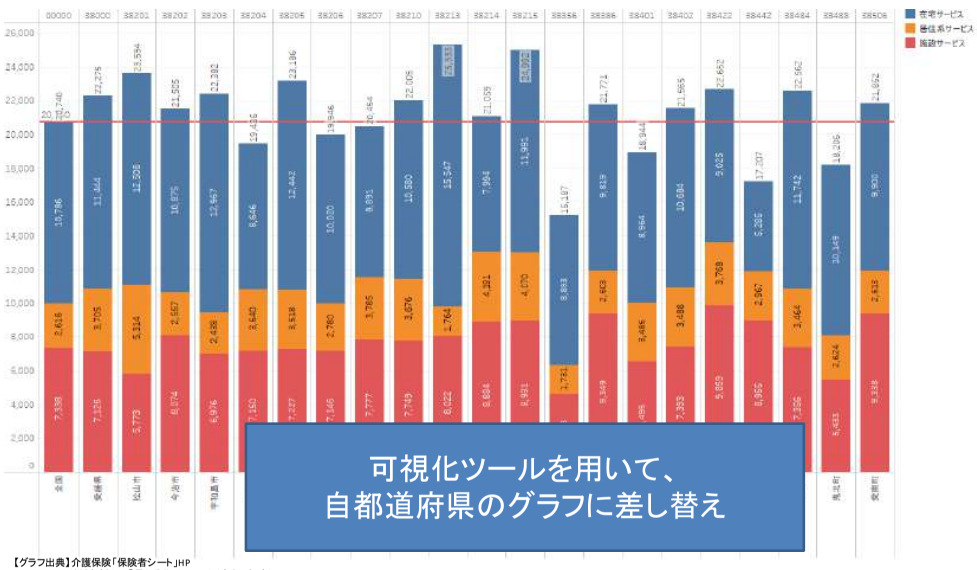
【留意点】・保険者シートにデータ登録がない自治体は掲載されていないが、第8期計画に向けて行った在宅介護実態調査の結果で比較可能。



【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
在宅介護実態調査の結果をもとに保険者・市町村入力（令和3年度）

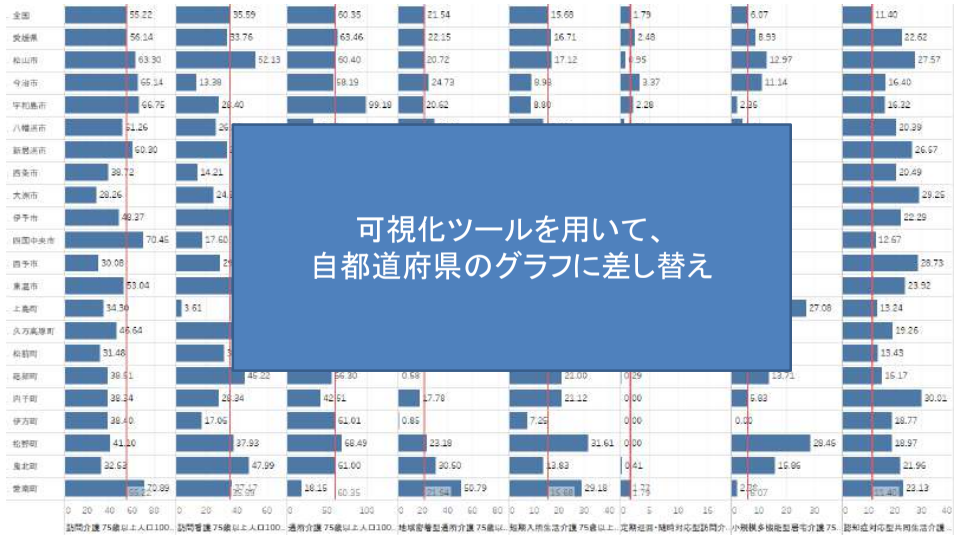
数字は令和2年度

C6. 介護サービスの提供
C13. 給付適正
⑰調整済み第1号被保険者1人あたり給付月額



【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
地域包括ケア「見える化」システム（令和2年度）

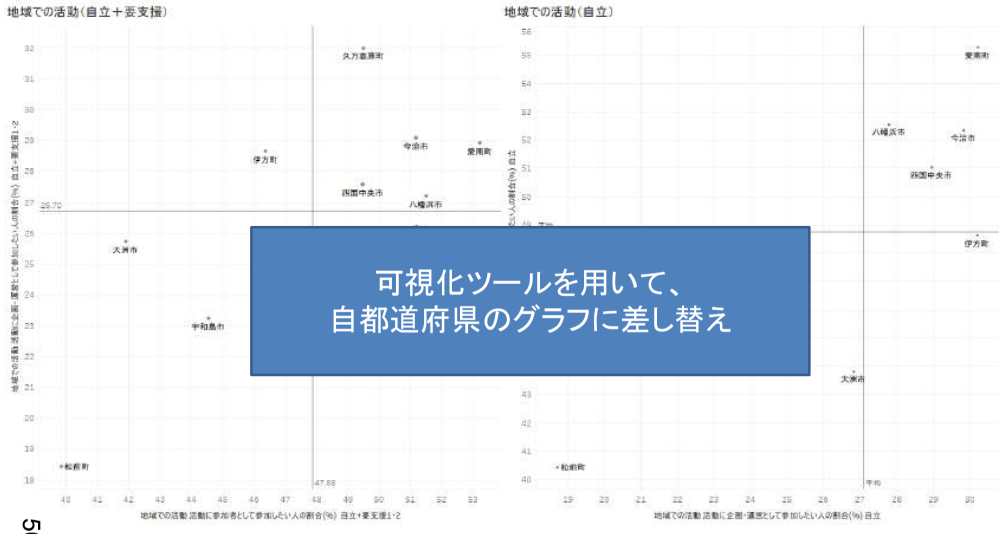
C6. 介護サービスの提供
C9. 認知症に関する支援
⑱主な介護サービス利用件数（75歳以上人口1000人あたり）



【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
厚生労働省「介護保険事業状況報告（月報）（令和4年3月分）」

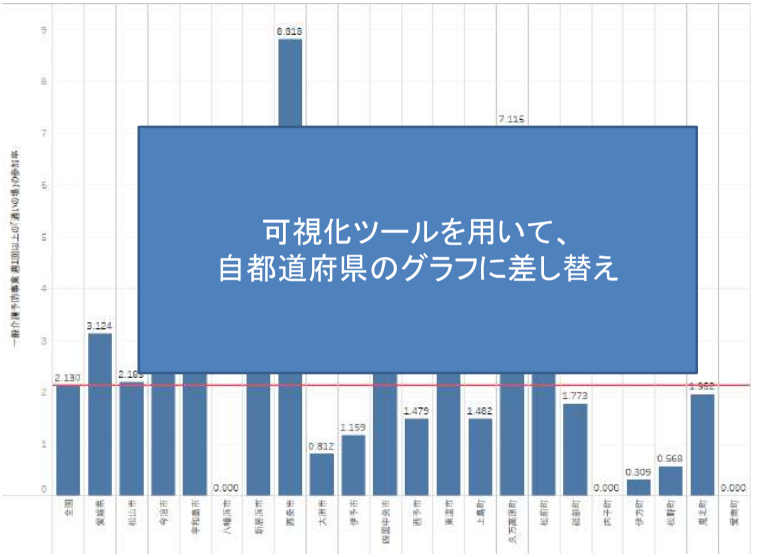
C10. 生活支援
⑲地域での活動の意向

【留意点】・保険者シートにデータ登録がない自治体は掲載されていないが、第8期計画に向けて行った介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果で比較可能。
・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査は、要介護者の回答がないこと、また、自治体によって対象が異なるため、「自立＋要支援」を対象にした結果と、「自立」のみの結果を分けて記載している。



【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果をもとに保険者・市町村入力（令和3年度）

C12. 介護予防・健康づくり
⑳週1回以上の「通いの場」参加率



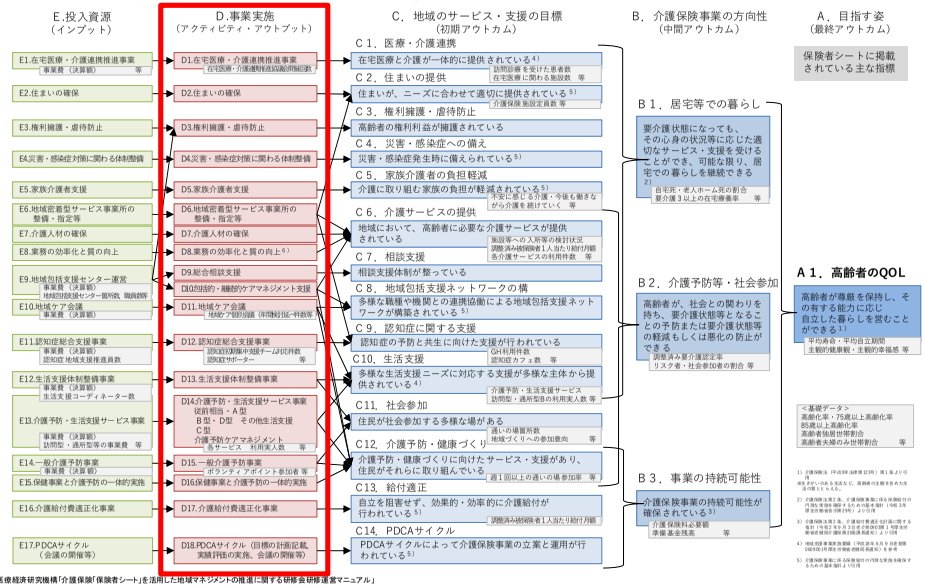
【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和2年度実施分）に関する調査結果」

5. 事業実施（アクティビティ、アウトプット）

㉑地域ケア会議個別会議　年間検討件数
㉒介護予防・生活支援サービス事業　訪問型サービス　実利用人数
㉓介護予防・生活支援サービス事業　通所型サービス　実利用人数

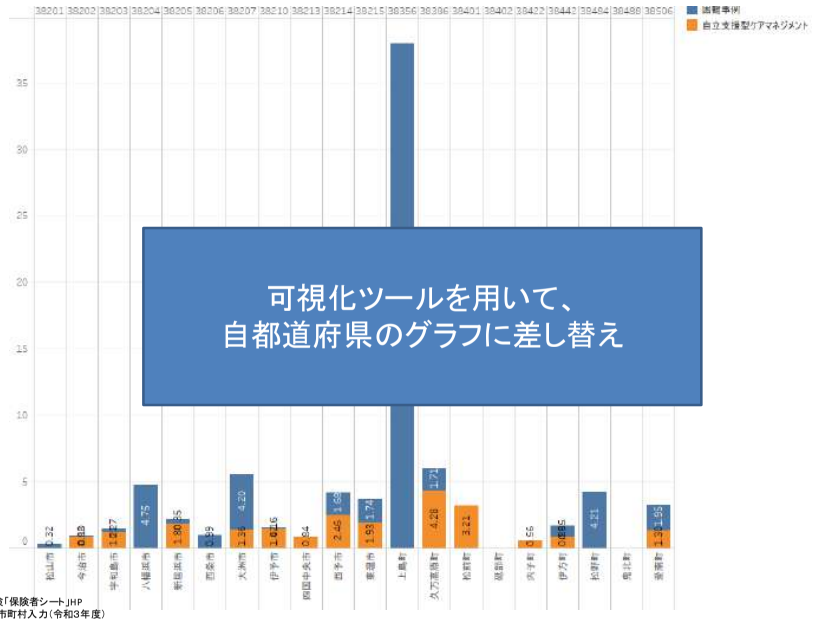
市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル

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



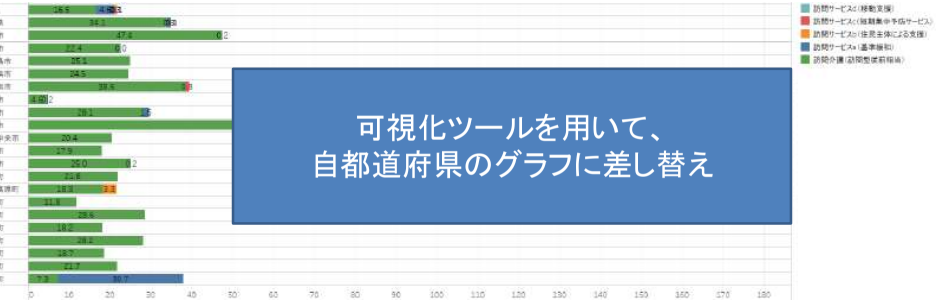
【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

D11.地域ケア会議
㉑地域ケア会議個別会議　年間検討件数（75歳以上人口1000人あたり）



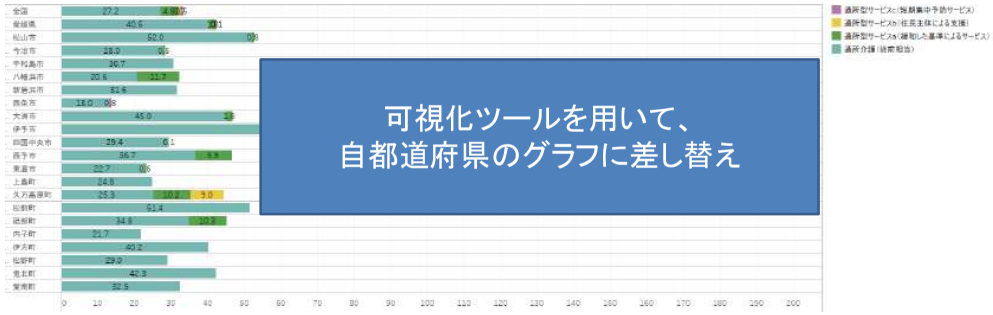
【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
保険者・市町村入力（令和3年度）

D14.介護予防・生活支援サービス事業
㉒介護予防・生活支援サービス事業　訪問型サービス　実利用人数（75歳以上人口1000人あたり）



【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
厚生労働省「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（令和2年度実施分）に関する調査結果」

D14.介護予防・生活支援サービス事業
㉓介護予防・生活支援サービス事業　通所型サービス　実利用人数（75歳以上人口1000人あたり）



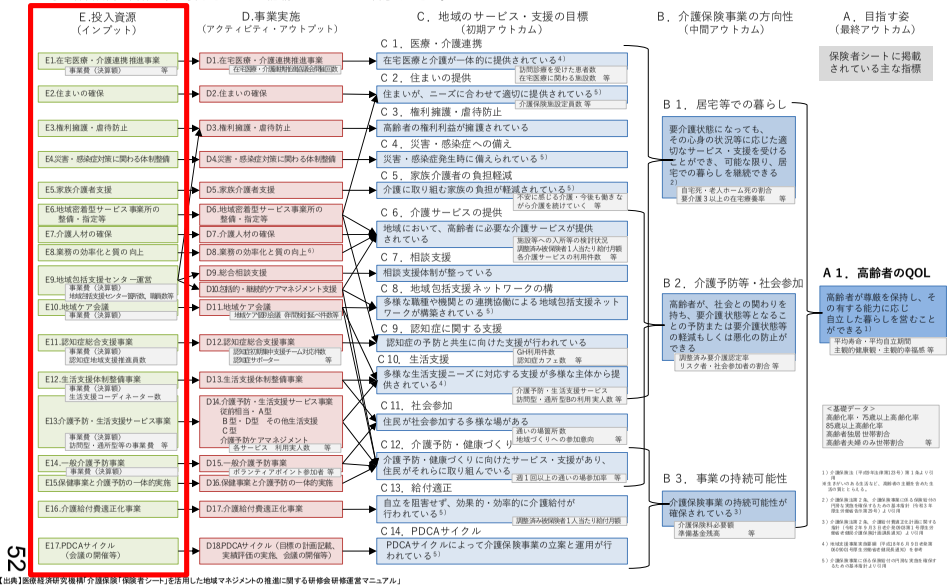
【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和2年度実施分）」に関する調査結果」

6. 投入資源（インプット）

㉔地域支援事業費　一般介護予防事業費
㉕地域支援事業費　包括的支援事業・任意事業費
㉖地域支援事業費　包括的支援事業・任意事業費内訳
㉗地域包括支援センター　人員体制（3職種、その他、事務）

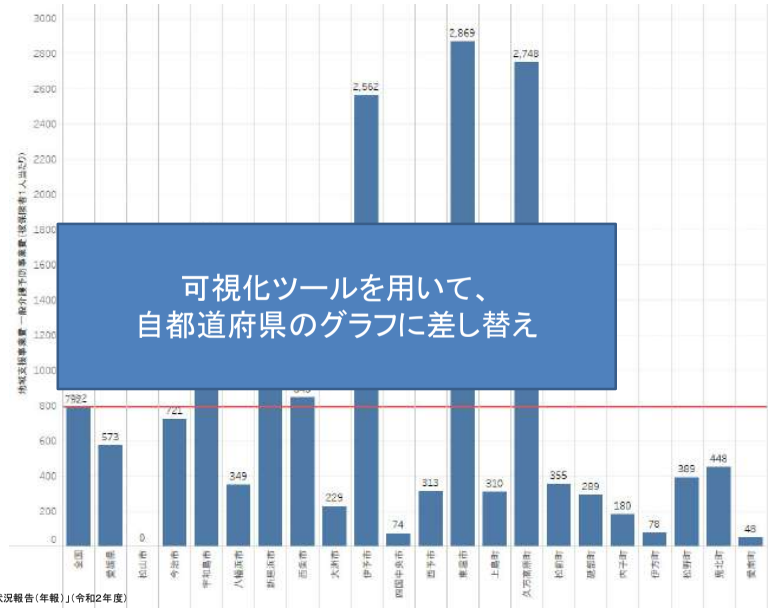
市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル

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



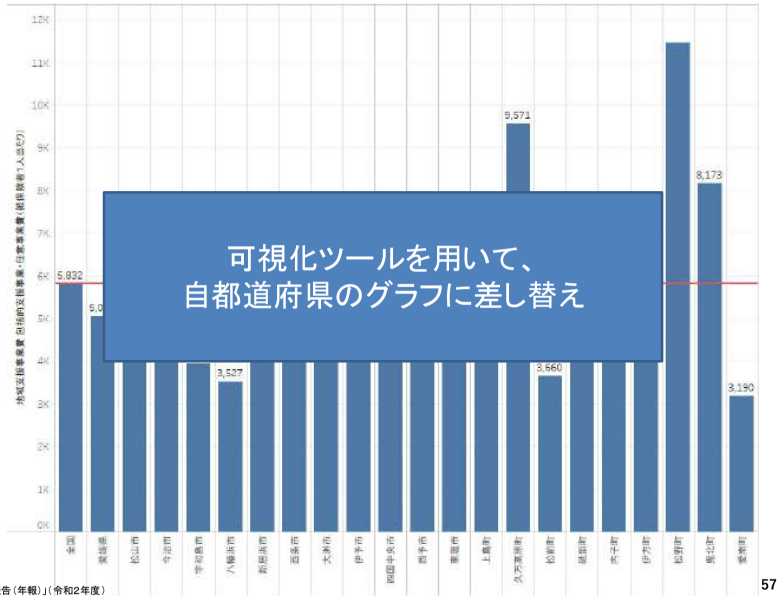
【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

E14.一般介護予防事業
㉔地域支援事業費　一般介護予防事業費（被保険者1人あたり）



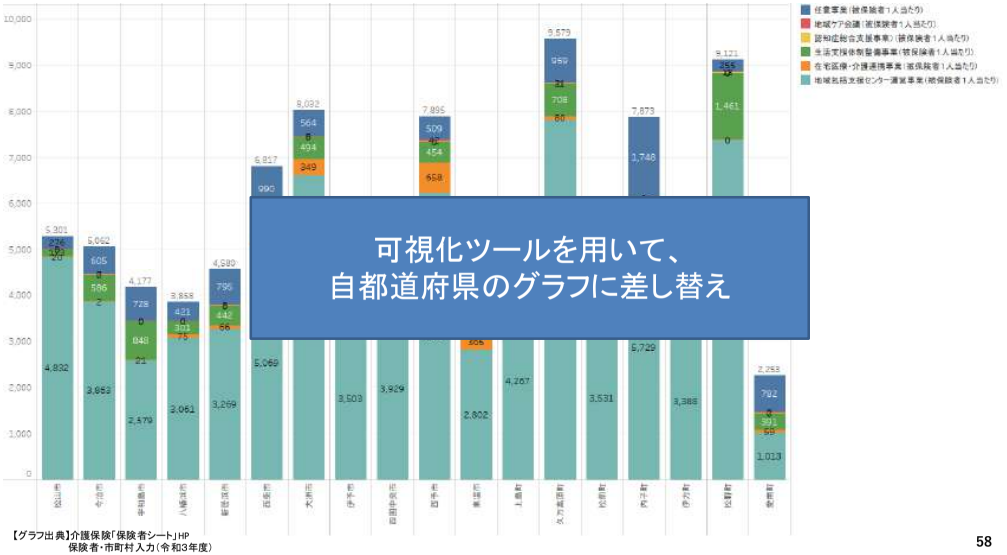
【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」（令和2年度）

E1.在宅医療・介護連携推進事業、E9.地域包括支援センター運営
E10.地域ケア会議、E11.認知症総合支援事業、E12.生活支援体制整備事業
㉕地域支援事業費　包括的支援事業・任意事業費（被保険者１人あたり）



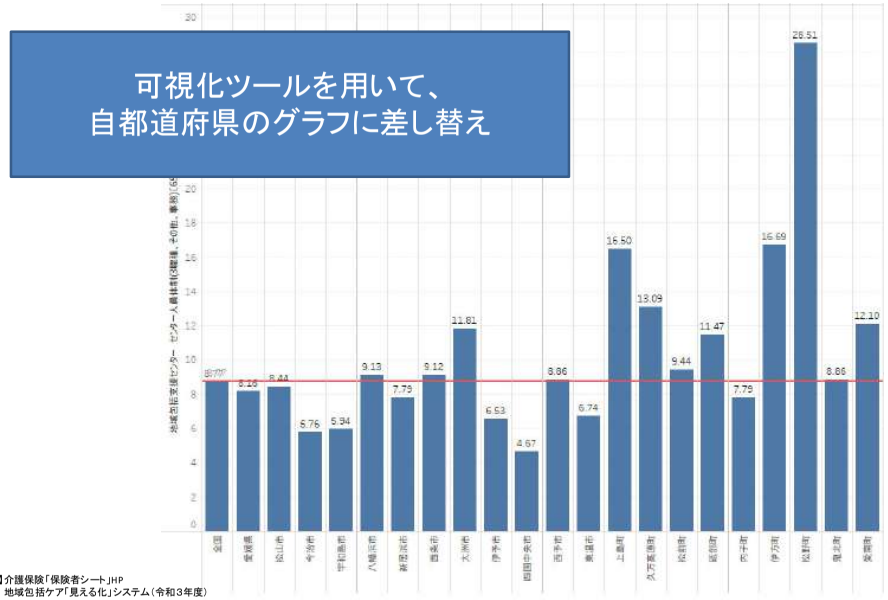
【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」（令和2年度）

E1.在宅医療・介護連携推進事業、E9.地域包括支援センター運営
E10.地域ケア会議、E11.認知症総合支援事業、E12.生活支援体制整備事業
㉖地域支援事業費　包括的支援事業・任意事業費内訳（被保険者１人あたり）



【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
保険者・市町村入力（令和3年度）

E9.地域包括支援センター運営
㉗地域包括支援センター　人員体制（3職種、その他、事務）（65歳以上人口10000人あたり）



【グラフ出典】介護保険「保険者シート」HP
地域包括ケア「見える化」システム（令和3年度）

資料６

＜演習＞
介護保険「保険者シート」を使って、地域の現状を把握し、進む方向性について考える

1

演習

介護保険「保険者シート」を使って、地域の現状を把握し、
進む方向性について考えましょう。

１．自治体で取り組む演習シートをどちらか選びます。

「Ｂ１．居宅等での暮らし」　（わがまちの高齢者は居宅での暮らしを継続できているのか？）
「Ｂ２．介護予防等・社会参加」　（わがまちの高齢者は社会との関わりを持ち、介護予防ができてるのか？）

２．各自で、以下を参考に演習シート「①保険者シートから分かること」に記入。

・資料５の「保険者シートのデータ紹介」のグラフ
→全国、県、他市町村と比較した自地域の「位置」を確認してください。
※各年度の実数は、令和２年度版、令和３年度版　保険者シートを参照。

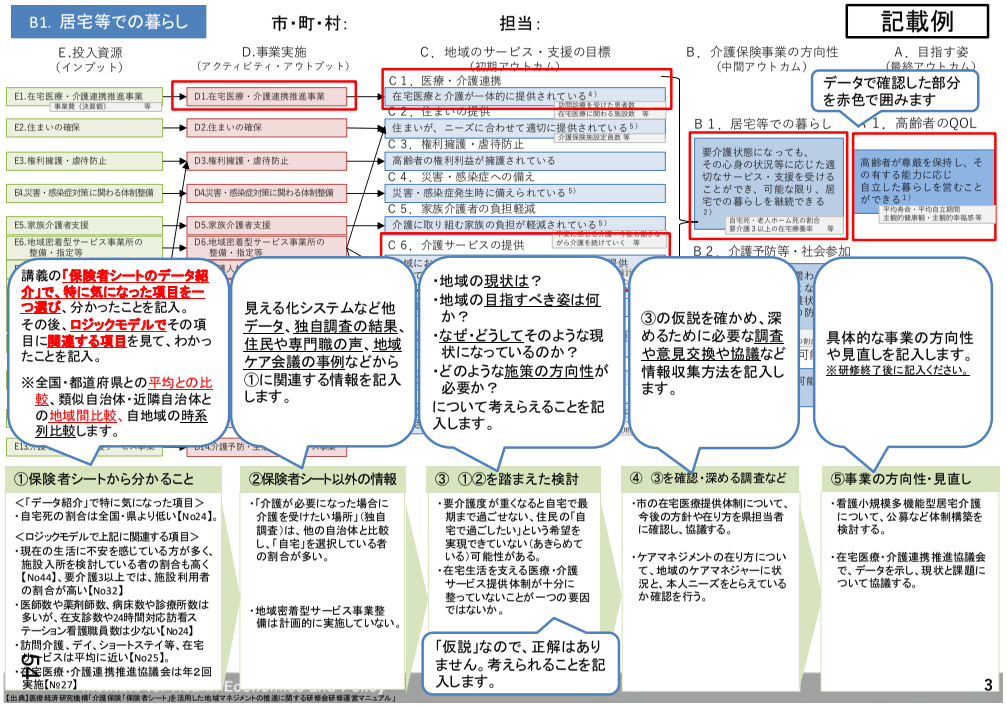
・資料５の「保険者シートの読み解き例」
→記入の参考にしてください。

３．各自治体で、話し合いながら、①をまとめ、②～④に記入。
（⑤は研修終了後に記入してください。）

【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

Institute for Health Economics and Policy

2

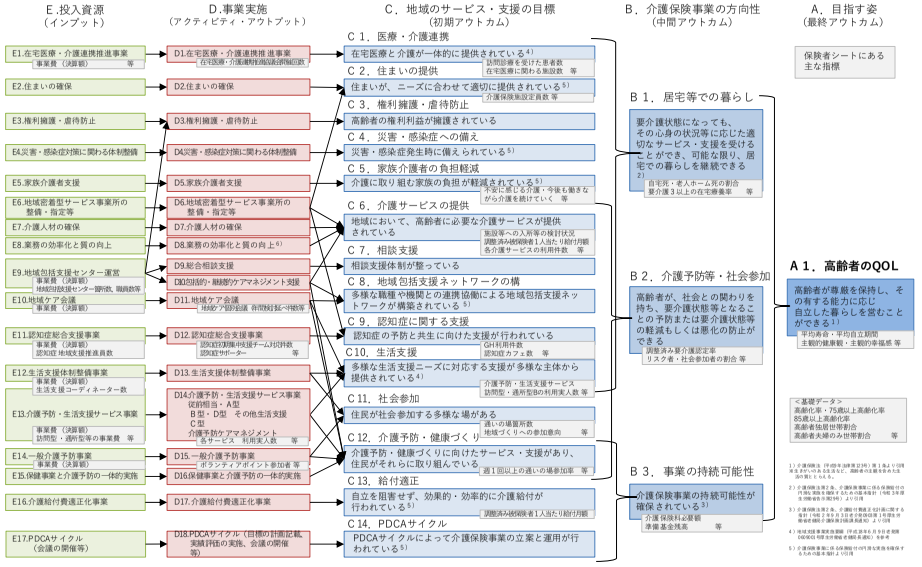


【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

3

市町村における介護保険事業に関わる基本ロジックモデル

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

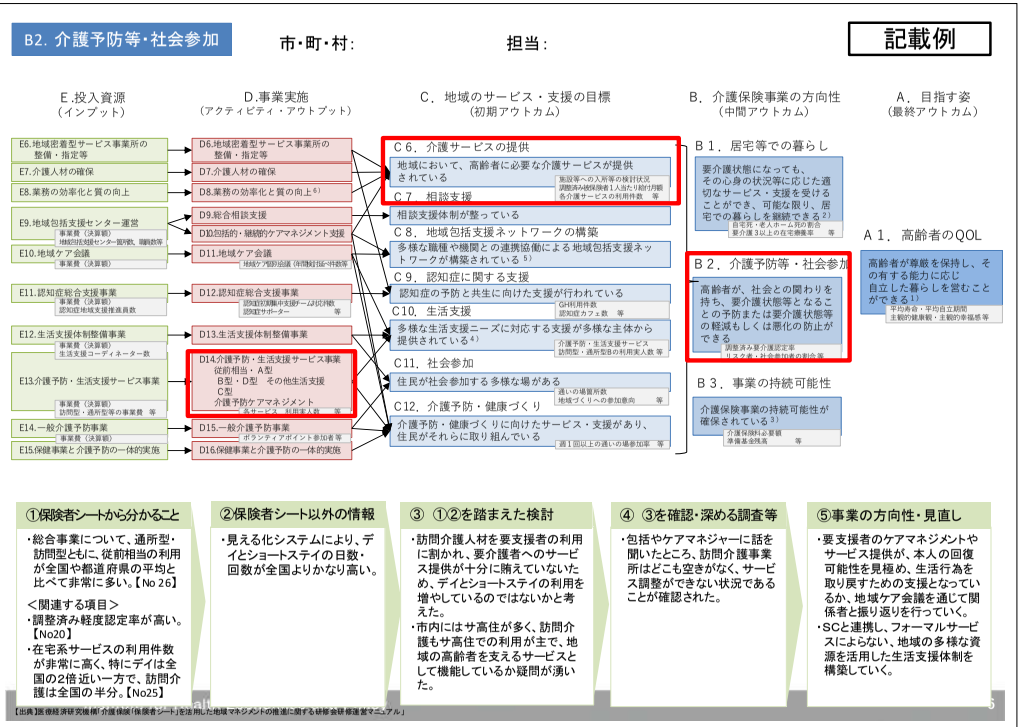


【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

4

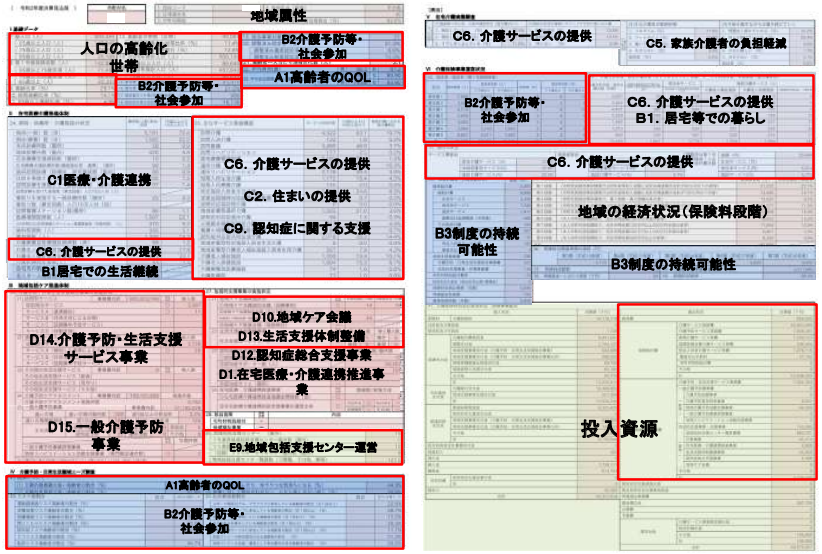
「B1. 居宅等での暮らし」に関連して主にみる場所

【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」



【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

「B2. 介護予防等・社会参加」に関連して主に確認する場所



【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

資料７

＜グループ意見交換＞

本資料は、医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」より作成

グループ意見交換・全体発表の流れ

介護保険「保険者シート」から分かったこと・考えられたことを、他の地域と共有し、比較しながら、自地域の現状と進む方向性について理解を深めましょう。

1. グループ内で演習内容の発表　（目安15分）
2. 全体発表する自治体の推薦
3. グループ内で意見交換・情報交換　（目安25分）
4. 全体発表・コメント・質疑応答　（目安30分）

グループ発表１

演習内容をグループで発表します

（目安：15分）
1. 司会者、タイムキーパーを決めます。
   ・司会者：グループ名簿の1番目の方
   ・タイムキーパー：グループ名簿の2番目の方

2. 各自治体から、演習シートの内容について①～④の流れで報告ください。
   発表は、１自治体あたり2分です。
   パワーポイントファイルに入力した自治体は画面共有しながら、
   発表してください。

3. 他の自治体の発表時は、自地域との違いや共通点に着目し、それを参考に、
   自地域の演習シートに追記できることはないかを考えながら聞いてください。
   資料5のグラフを見ながら発表を聞いていただくとより有効です。

グループ発表２

グループで１自治体を全体発表に推薦してください

- 各自治体の発表を聞いて、全体発表で発表する自治体をグループで1つ選び、推薦してください。
  ＜推薦理由の例＞
  （1）保険者シートのデータを丁寧に読めている
  （2）良くまとまっていて、分かりやすい
  （3）データの読み方と解釈について、講師のコメントをもらいたい
  （4）データの読み方と解釈が難しいので、講師と全体で考えて欲しい
  （5）グループで共通する事項や問題点が含まれている
- 司会者の方に、推薦理由を全体発表時にひとこと報告いただきます。
- 発表する自治体が決まったら事務局にお知らせください。

グループ発表３

グループ内で意見交換・情報交換を行います。

（目安：25分）
以下の事項について、グループ内で意見交換・情報交換等を行います。

・他の自治体の発表を聞いて、自地域の演習シートの
　① 保険者シートから分かること
　② 保険者シート以外の情報
　③ ①②を踏まえた検討
　④ ③を確認・深める調査など
　をもっと追加したり深めたりできそうと思った点と、とその理由、質問など
　について、自治体間で意見交換ください。

・発表した取組等に関する各自治体での状況について、情報交換します。

・推薦された自治体の方は、上記も踏まえて、発表に向けて準備をお願いします。

全体発表

推薦された自治体の発表とコメント

- 発表時間は1グループ2分です。
- 発表の冒頭に、グループの司会の方は、推薦理由を一言お話しください。
- 推薦された自治体の方は、発表ください。
- 発表に対して、ご感想・ご質問がある方は、挙手、もしくは、チャットからお願いします。

資料８

＜参考＞
介護保険「保険者シート」Webページの
比較ツール・可視化ツールの使い方

本資料は、医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」より

介護保険「保険者シート」Webページ

比較ツール：比較条件の設定

比較ツール：比較結果の閲覧①

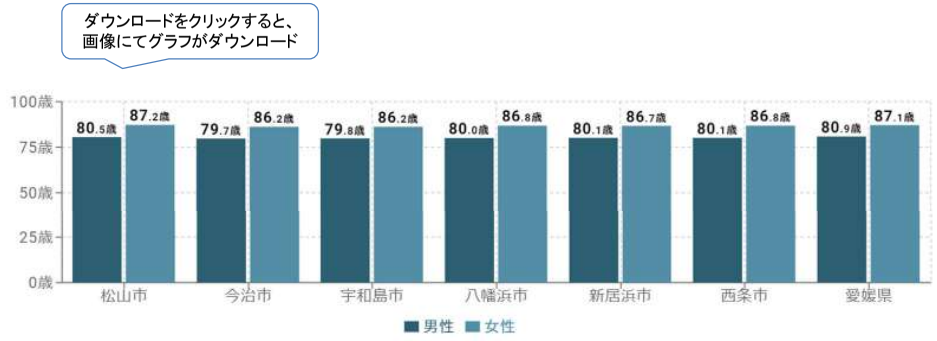
比較ツール：比較結果の閲覧②

5

比較ツール：比較結果の閲覧③

6

比較ツール：比較結果の閲覧④



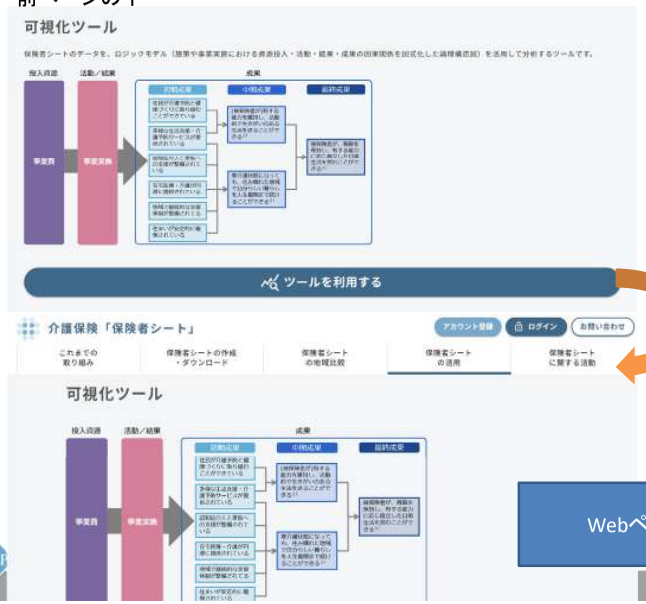
資料等に使いたいグラフを、個別にダウンロードすることが可能。

保険者シートを活用する①

8

保険者シートを活用する②

前ページの下



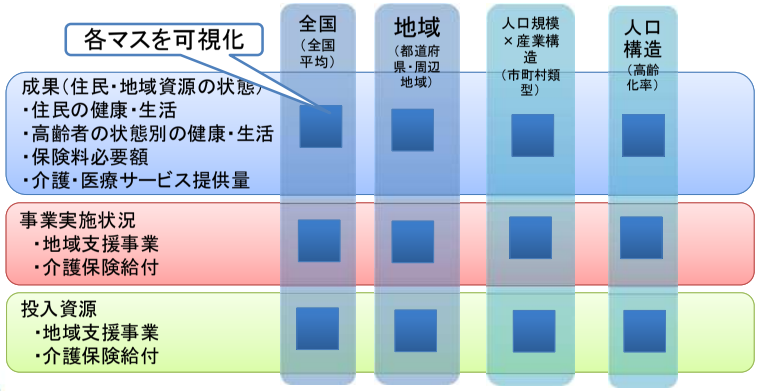
「ツールを利用する」をクリックすると、「可視化ツール」のページに

Webページは調整中・・・

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）

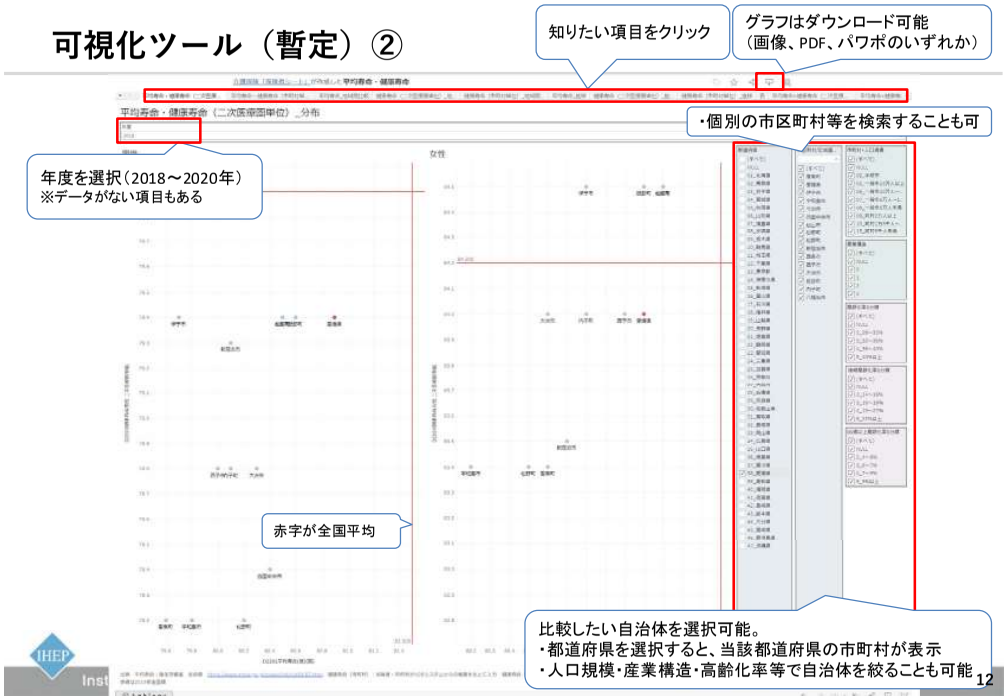
  と比較した時の、相対的な位置や特徴が分かる



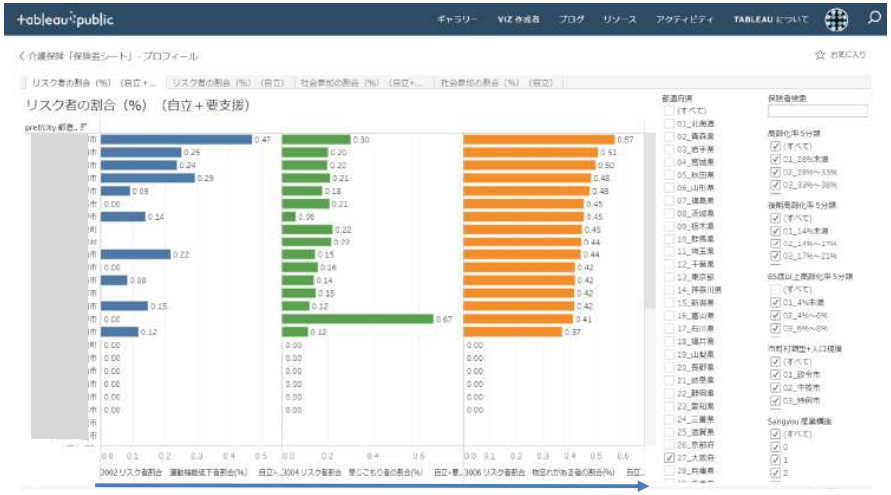
可視化ツール（暫定）①

現在Tableau Publicに掲載
https://public.tableau.com/app/profile/.62784794

可視化ツール（暫定）②



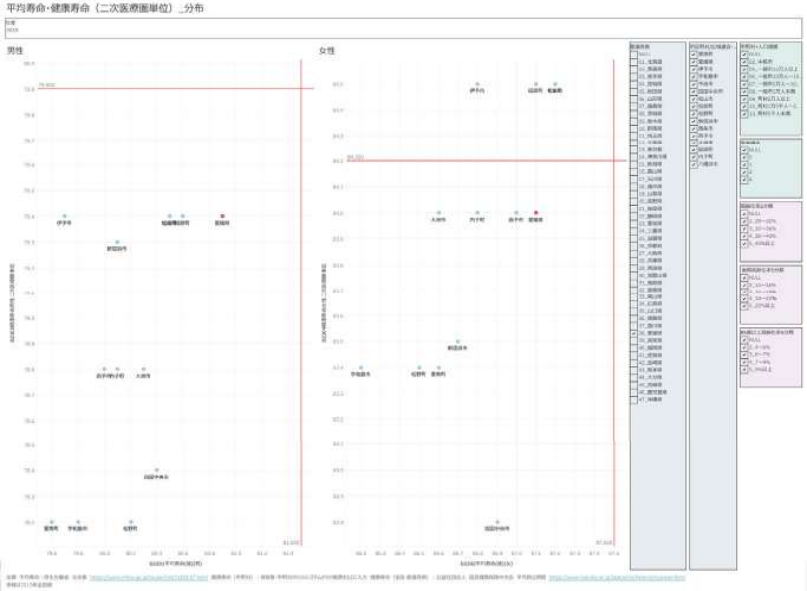
可視化ツール（暫定）③



同じ指標内の詳細についてバランスが把握できる

可視化ツール（暫定）③

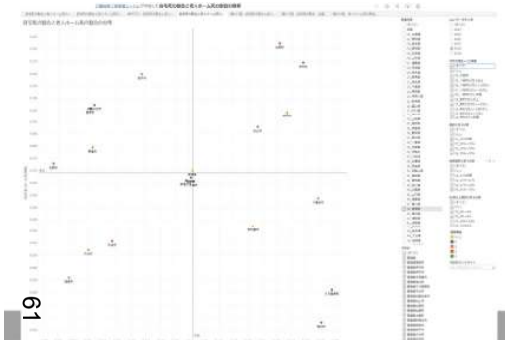
ダウンロードした画像

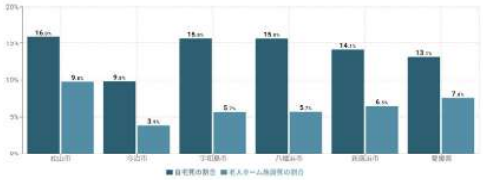


比較ツールと可視化ツールの特徴

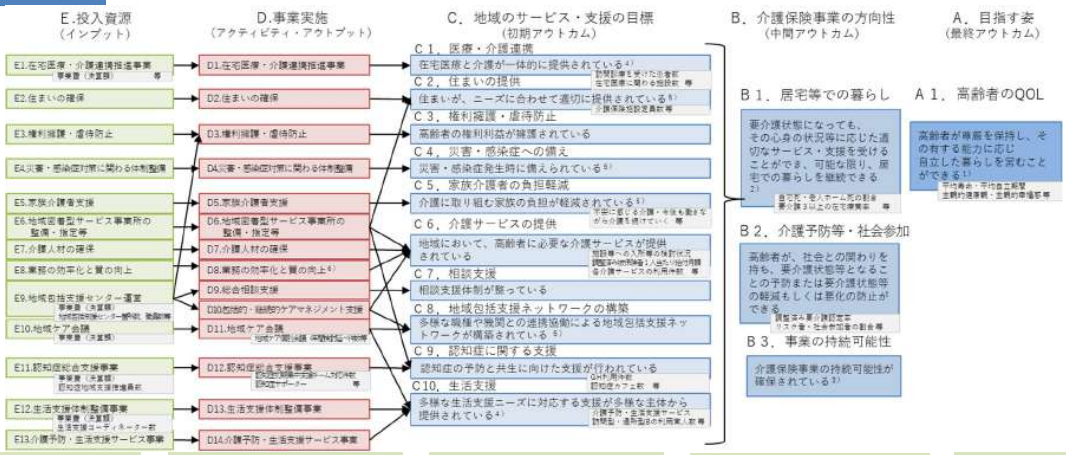
可視化ツール	比較ツール
・多様なグラフから個別のグラフを見ていく	・保険者シートの主な指標が一覧できる
・全国すべての自治体との比較が可能 ・比較する自治体は、同一都道府県内のほか、同規模自治体、高齢化率等で絞ることが可能	・最大７自治体までの比較
・指標を組み合わせたグラフ（例：平均寿命と健康寿命）や経年のグラフ（2018年～）あり	・単年の指標ごとのグラフ

例）自宅死・老人ホーム死の割合





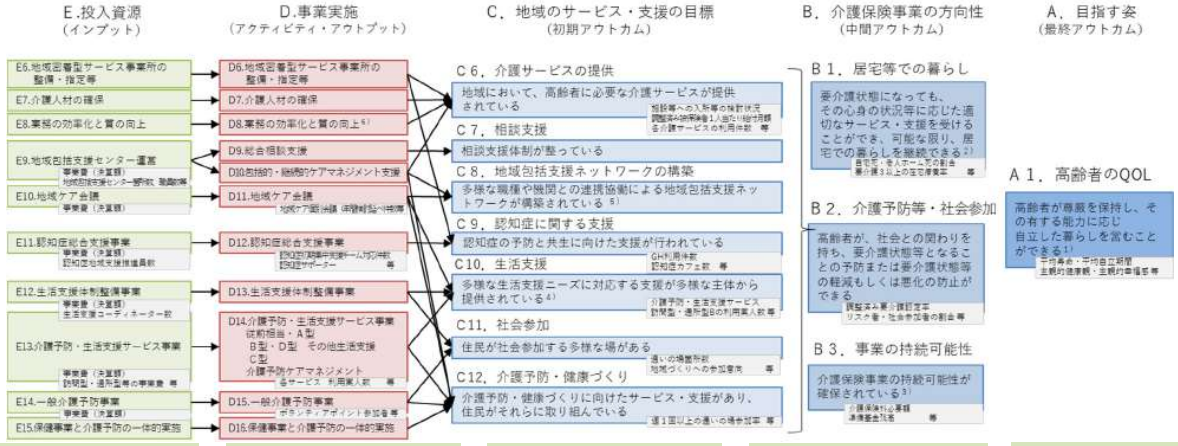
B1. 居宅等での暮らし　市・町・村:　　担当:



①保険者シートから分かること	②保険者シート以外の情報	③ ①②を踏まえた検討	④ ③を確認・深める調査など	⑤事業の方向性・見直し
<「データ紹介」で特に気になった項目＞ <ロジックモデルで上記に関連する項目＞				

【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

B2. 介護予防等・社会参加　市・町・村:　　担当:



①保険者シートから分かること	②保険者シート以外の情報	③①②を踏まえた検討	④ ③を確認・深める調査など	⑤事業の方向性・見直し
<「データ紹介」で特に気になった項目＞ <ロジックモデルで上記に関連する項目＞				

【出典】医療経済研究機構「介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメントの推進に関する研修会研修運営マニュアル」

このマニュアルは、令和４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保険者の地域マネジメント強化に資する調査研究事業」により作成しています。

令和５年３月　初版発行

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
〒105-0001　東京都港区虎ノ門 1-21-19 東急虎ノ門ビル３F
TEL：03-3593-8918　　FAX：03-3506-8528
MAIL：hokenja-sheet@ihep.jp

禁無断転載

８．介護保険「保険者シート」説明会、

都道府県担当者意見交換会　概要

4 令和 年度 介護保険「保険者シート」説明会

第2回 介護保険「保険者シート」を活用した保険者・市町村支援に関する都道府県担当者意見交換会

目的	介護保険「保険者シート」と効果的に活用いただくためのツールなどのご案内
日時	2022 年 9 月 12 日（月） 午前の部 10：00 ～ 12：00 （9：30 ～接続開始） 午後の部 13：00 ～ 15：00 （※都道府県担当者のみ）
開催方法	オンライン開催（Zoom 利用）
対象	1．市町村・保険者・都道府県の介護保険事業（支援）計画担当者、地域包括ケア関連業務担当者 2．介護保険「保険者シート」Web ページにアカウント登録している方 3．介護保険「保険者シート」にご関心がある方

参加申込・最新情報は

ihep225.com

参加申込　9 月 7 日（水）までに、申し込み専用サイト https://ihep225.com/ に登録ください。

お願い
- ご自分の地域、もしくはご関心のある地域の保険者シートを保険者シート Web ページ https://hokenja-sheet.jp/ からダウンロードし、お手元に準備して参加いただくとスムーズです。ダウンロード方法は保険者シート Web ページをご覧ください。
- 参加登録時・終了後に簡単なアンケートへの回答をお願いします。
- 当日の内容（グループ意見交換は除く）は録画、後日限定配信を予定しています。
- 午後の部は都道府県担当者の方のみご参加ください。午前の部はどなたでもご参加いただけます。
- オブザーバーとして厚生労働省地方厚生局や本事業関係者が参加します。

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

プログラム ※開始時間・内容は変更になる場合があります。

午前の部

09：30	Zoom 接続確認開始
10：00	介護保険「保険者シート」の概要
10：10	介護保険事業計画策定とデータ活用（厚生労働省老健局介護保険計画課　菅野遥奈）
10：30	介護保険「保険者シート」の効果的な活用に向けて ―介護保険基本ロジックモデルと介護保険「保険者シート」―（医療経済研究機構　服部真治）
11：00	介護保険「保険者シート」の比較ツール・可視化ツールの使い方（医療経済研究機構　柳史生）
11：40	介護保険「保険者シート」のデータ登録について
11：50	質疑応答
12：00	終了

午後の部 都道府県担当者意見交換会―介護保険事業計画策定支援と保険者シート― ※都道府県担当者のみ参加イベント

13：00	都道府県での介護保険「保険者シート」の活用の紹介（医療経済研究機構　松本佳子）
13：20	【事例報告】長野県での活用事例と保険者・市町村支援（長野県健康福祉部介護支援課　小林志伸）
13：35	【演習】 実際に、比較ツール、可視化ツールを使って管内データを概観していただきます。 あらかじめ、保険者シート Web ページにアクセスした状態でご参加ください。（医療経済研究機構　柳史生）
13：55	【グループ意見交換】小グループに分かれて、保険者・市町村が計画策定に向けて保険者シートを含めデータを活用する上での課題や支援、について情報交換・意見交換いただきます。
14：40	【全体意見交換】 質疑応答・まとめ
15：00	終了

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
Institute for Health Economics and Policy

令和 4 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保険者の地域マネジメント強化に資する調査研究事業」
＜本件担当・お問い合わせ先＞ 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会　医療経済研究機構 政策推進部
担当：柳・松本・相田・金澤 E-mail：hokenja-sheet@ihep.jp　電話：0120-568-535
※当機構は在宅勤務体制のため電話がつながりにくくなっております。恐れ入りますが、お問い合わせは、上記説明会専用サイトからお願いいたします。

９．都道府県・圏域単位　基本研修　概要

令和４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保険者の地域マネジメント強化に資する調査研究事業」

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― （2022 年 12 月 28 日版）

◆概要

目的	介護保険「保険者シート」を活用した講義・演習・グループワークを通じて、地域の実態把握や効果的な地域マネジメントに向けたデータ活用の基本事項を学びます。
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	2023 年　1 月　20 日　（金）　13:00～16:30　（受付:12:30～）
開催方法	現地・オンラインのハイブリット開催　※ご都合に合わせてどちらでもご参加いただけます。 ＜現地＞　鹿児島県ホテル自治会館（鹿児島県市町村自治会館）　ホール ＜オンライン＞　zoom利用　（参加登録いただいた方にzoomURLをお知らせします）
対象	鹿児島県内の保険者・市町村の、 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）のご担当者 ※1市町村から介護保険計画業務担当、地域支援事業担当、両方の担当者の出席が望ましいです。
オブザーバー	調査研究事業の検討委員、厚生労働省担当官がオブザーバーとして出席いたします。
お願い	● この研修は、介護保険や地域包括ケアシステムに関して、地域マネジメントや計画策定に向けたデータ活用の基本事項を学ぶ内容となっております。介護保険「保険者シート」ホームページ（https://hokenja-sheet.jp/）のアカウントをお持ちでない自治体の方、保険者シートデータ登録をされていない自治体の方もご参加いただけます。どうぞ奮ってご参加ください。 ● 研修プログラムの効果検証のため参加前後に参加者お一人ずつにアンケートをお願いしております。参加登録時に、アンケートに回答の上、ご提出ください。 ● 参加登録：令和5年1月 13 日（金）までに、参加される方皆さまのお名前、参加方法（現地かオンラインか）をお知らせください。
参考	介護保険「保険者シート」について、概要、活用の基本的考え方、ツール、について説明した資料と動画を公開しております。事前にご覧いただけると研修内容の理解がスムーズです。 介護保険「保険者シート」説明会 動画掲載 URL：https://hokenja-sheet.jp/posts/cwwcklie70/
お問合せ先	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 介護保険「保険者シート」事務局　担当：柳・松本・金澤 電話：03-3593-8918　E-mail：hokenja-sheet@ihep.jp

◆プログラム　※当日の内容・時間配分・担当者は変更になる場合があります。

	時刻	所要時間 （220 分）		内容	担当など
	12:30～			受付開始	
1	13:00～	5	はじめに	あいさつ・本研修の趣旨	鹿児島県　高齢者生き生き推進課 医療経済研究機構
2	13:05～	15	講義	介護保険事業計画策定とデータ活用	稲城市高齢福祉課 調査研究事業ワーキングメンバー 荒井崇宏
3	13:20～	20	講義	介護保険の目的・全体像と介護保険基本ロジックモデル	医療経済研究機構 服部真治
4	13:40～	40	講義	介護保険「保険者シート」を活用した地域の現状把握と自地域の進む方向性の考え方	医療経済研究機構
5	14:20～	40	演習	介護保険「保険者シート」と可視化ツールのグラフで自地域の現状を確認し、さらに必要な情報や、自地域の進む方向性や事業の在り方について考えます。	参加者全員
	15:00～	10	休憩		
6	15:10～	60	グループ 意見交換	複数自治体の小グループに分かれて、演習でまとめた内容を共有し、意見交換や情報交換しながら、自地域への理解を深めます。 1.　各自治体で演習内容のまとめ 2.　グループ内で演習内容の共有 3.　グループ内で意見交換・情報交換 4.　全体発表に向けたまとめ	参加者全員
7	16:10～	20	全体共有 まとめ	グループ意見交換の内容を全体で共有し、理解を深めます。 1.　全体発表 2.　講評 3.　質疑応答	参加者全員
	16:30		閉会	事務局より連絡事項	

令和４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保険者の地域マネジメント強化に資する調査研究事業」

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」

―奈良県研修会―

◆概要

目的	介護保険「保険者シート」を活用した講義・演習・グループワークを通じて、地域の実態把握や効果的な地域マネジメントに向けたデータ活用の基本事項を学びます。
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 ／ 奈良県
日時	2023 年 1 月 27 日 （金） 13:30～17:00
場所	オンライン開催（zoom 利用） ※URL 等は参加登録いただいた方に後日ご案内いたします。
対象	奈良県内の保険者・市町村の、 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）のご担当者 ※1市町村から介護保険計画業務担当、地域支援事業担当、両方の担当者の出席が望ましいです。 ※この研修は、介護保険や地域包括ケアシステムに関して、地域マネジメントや計画策定に向けたデータ活用の基本事項を学ぶ内容となっております。介護保険「保険者シート」ホームページ（https://hokenja-sheet.jp/）のアカウントをお持ちでない自治体の方、保険者シートデータ登録をされていない自治体の方もご参加いただけます。どうぞ奮ってご参加ください。
オブザーバー	調査研究事業の検討委員、厚生労働省担当官、他府県担当者がオブザーバーとして出席いたします。
参加登録	● 方法：別紙の参加登録用紙と、アンケートにご記入の上、保険者シート事務局にメールで送信ください。 ● メール送信先：医療経済研究機構　介護保険「保険者シート」事務局 メールアドレス：　hokenja-sheet@ihep.jp ● 期限：令和 5 年 1 月 20 日（金） ● 研修プログラムの効果検証のため参加前後に参加者お一人ずつにアンケートをお願いしております。参加登録時に、回答済のアンケートを参加人数分のご提出をお願いいたします。
参考	介護保険「保険者シート」について、概要、活用の基本的考え方、ツール、について説明した資料と動画を公開しております。事前にご覧いただけると研修内容の理解がスムーズです。 介護保険「保険者シート」説明会 動画掲載 URL：https://hokenja-sheet.jp/posts/cwwcklie70/
お問合せ先	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 介護保険「保険者シート」事務局　担当：柳・松本・金澤 電話：03-3593-8918　　E-mail：hokenja-sheet@ihep.jp

◆プログラム　※当日の内容・時間配分・担当者は変更になる場合があります。

	時刻	所要時間 （220 分）		内容	担当など
	13:00～			Zoom 入室開始	
1	13:30～	5	はじめに	あいさつ	奈良県福祉医療部医療・介護保険局地域包括ケア推進室 室長　安田太津子
2	13:35～	30	講義	介護保険の目的・全体像と介護保険基本ロジックモデル　介護保険事業計画策定とデータ活用	医療経済研究機構 政策推進部　副部長 服部真治
3	14:05～	50	講義	演習の進め方と介護保険「保険者シート」の奈良県データの紹介	医療経済研究機構 柳史生
	14:55	10	休憩		
4	15:05～	50	演習	介護保険「保険者シート」と可視化ツールのグラフで自地域の現状を確認し、さらに必要な情報や、自地域の進む方向性について考えます。	参加者全員
5	15:55～	45	グループ 意見交換	複数自治体の小グループに分かれて、演習でまとめた内容を共有し、意見交換や情報交換しながら、自地域への理解を深めます。 1.　グループ発表 1.　意見交換・情報交換	参加者全員
6	16:40～	20	全体共有 まとめ	グループ意見交換の内容を全体で共有し、理解を深めます。 1.　全体発表 2.　講評 3.　質疑応答	参加者全員
	17:00		閉会	事務局より連絡事項	

介護保険「保険者シート」を活用した地域マネジメント強化のための研修会

◆概要

目的	介護保険制度や地域包括ケアシステムの構築に関して、講義と介護保険「保険者シート」を活用した演習・グループ意見交換を通じて、地域の実態把握や効果的な地域マネジメントに向けたデータ活用の基本事項を学びます。
主催	愛媛県　保健福祉部　生きがい推進局　長寿介護課
日時	2023 年　2 月　2 日　（木）　午前の部：10 時～12 時　午後の部：13 時～16 時
場所	オンライン開催（zoom 利用）　※URL 等は参加登録いただいた方に後日ご案内いたします。
対象	愛媛県内の保険者・市町の介護保険に関わる業務（事業）のご担当者 ※1市町から介護保険計画担当、地域支援事業担当、両方の担当者の出席が望ましいです。 ※この研修は、介護保険や地域包括ケアシステムに関して、地域マネジメントや計画策定に向けたデータ活用の基本事項を学ぶ内容となっております。介護保険「保険者シート」ホームページ（https://hokenja-sheet.jp/）のアカウントをお持ちでない自治体の方、保険者シートデータ登録をされていない自治体の方もご参加いただけます。どうぞ奮ってご参加ください。
参考	介護保険「保険者シート」について、概要、活用の基本的考え方、ツール、について説明した資料と動画を公開しております。事前にご覧いただけると研修内容の理解がスムーズです。 介護保険「保険者シート」説明会 動画掲載 URL：https://hokenja-sheet.jp/posts/cwwcklie70/
お問合せ先	

◆プログラム　※当日の内容・時間配分・担当者は変更になる場合があります。

	時刻	所要時間 （220 分）		内容	担当など
	9:30～			zoom アクセス開始	
午前の部					
1	10:00～	5	はじめに	あいさつ	愛媛県　保健福祉部 生きがい推進局　長寿介護課
2	10:05	65	講義	介護保険の目的・全体像と介護保険基本ロジックモデル　介護保険事業計画策定とデータ活用	医療経済研究機構 政策推進部　副部長 服部真治
3	11:10	40	講義	事業評価・PDCA サイクルの基本事項	医療経済研究機構 松本佳子
4	11:50	10		質疑応答	
	12:00			休憩	
午後の部					
5	13:00～	5	講義	午後の部の趣旨	医療経済研究機構 松本佳子
6	13:05～	50	講義	演習の進め方と介護保険「保険者シート」の愛媛県データの紹介	医療経済研究機構 柳史生
7	13:55～	60	演習	介護保険「保険者シート」と可視化ツールのグラフで自地域の現状を確認し、さらに必要な情報や、自地域の進む方向性や事業の在り方について考えます。	参加者全員
	14:55～	10	休憩		
8	15:05～	35	グループ 意見交換	複数自治体の小グループに分かれて、演習でまとめた内容を共有し、意見交換や情報交換しながら、自地域への理解を深めます。 1.　グループ発表 2.　意見交換・情報交換	参加者全員
9	15:40～	20	全体発表 まとめ	グループ意見交換の内容を全体で共有し、理解を深めます。 1.　全体発表 2.　講評 3.　質疑応答	参加者全員
	16:00		閉会	連絡事項	

10. 市町村（保険者）単位　協働研修　概要

介護保険「保険者シート」を活用した協働研修　１日目

◆概要

目的	第９期介護保険事業計画の策定に向けて、庁内関係者が介護保険の全体像や自らの担当する業務の位置づけを理解し、関係部署が連携して取り組むことができる体制を構築する。 １日目：データからみた長野市の現状（課題・強み）を共有する
日時	9 月 22 日（木）13:00～16:00　（会場準備：12:30～）
場所	長野市役所　第2庁舎　10階　会議室202
参加者	名簿をご覧ください。
お願い	・研修開始前と、１日目終了後の2回、アンケートにご回答ください。 ・本日の内容は記録のため録画いたしますのでご了承ください。 ・オブザーバーとして厚生労働省担当官や本事業関係者が参加しております。

◆プログラム　※時間は変更になる場合があります。

	開始時間		項目・内容	講師など
1	13:00～	15	本研修の趣旨と流れ、介護保険「保険者シート」の概要	医療経済研究機構 松本佳子
2	13:15～	40	【講義】 次期介護保険事業計画の策定と介護保険「保険者シート」の活用	医療経済研究機構 服部真治
3	13:55～	40	【講義・演習】 データに基づく長野市の傾向	医療経済研究機構 柳史生
	14:35～	10	休憩	
4	14:45～	55	【グループワーク】 「長野市民の、介護が必要な状態になっても、暮らしの場での尊厳ある生活、を支え続けていくために」 ①データから見た長野市の課題・強みのまとめ ②長野市として取り組むべき課題・強みとその要因 ※各担当課・係の混合の2グループに分かれて、グループワークを行います。各グループには、長野県庁のご担当者とファシリテーターとして医療経済研究機構の職員が入ります。	参加者全員
5	15:40～	15	グループ発表・全体共有	参加者全員
6	15:55～	5	2 日目に向けた個人ワークとアンケートのお願い	
	16:00		終了	

介護保険「保険者シート」を活用した協働研修　第2回

◆概要

目的	第９期介護保険事業計画の策定に向けて、庁内関係者が介護保険の全体像や自らの担当する業務の位置づけを理解し、関係部署が連携して取り組むことができる体制を構築する。 第２回：長野市の目指す姿（アウトカム）とは
日時	11 月 21 日（月）13：00～16：00　（会場準備：12：30～）
場所	長野市役所　会議室
参加者	名簿をご覧ください。
お願い	・終了後に、アンケートにご回答ください。 ・本日の内容は記録のため録画いたしますのでご了承ください。 ・オブザーバーとして厚生労働省担当官や本事業関係者が参加しております。

◆プログラム　※時間は変更になる場合があります。

	開始時間		項目・内容	講師など
1	13:00～	5	第１回の振り返りと第２回の流れ	医療経済研究機構 柳　史生
2	13:05～	50	個人ワークの共有（１人２分程度） グループワーク	
3	13:55～	30	【講義・練習】 ロジックモデルの作成と指標設定	医療経済研究機構 松本　佳子
	14:25～	10	休憩	
4	14:35～	75	【グループワーク】 「長野市民の、介護が必要な状態になっても、暮らしの場での尊厳ある生活、を支え続けていくために」 次期計画策定に向けたロジックモデルの作成 ※各担当課・係の混合の２グループに分かれて、グループワークを行います。各グループには、長野県庁のご担当者とファシリテーターとして医療経済研究機構の職員が入ります。	参加者全員
5	15:50～	10	グループ発表・全体共有	参加者全員
	16:00		３日目に向けた個人ワークとアンケートのお願い 終了	

介護保険「保険者シート」を活用した協働研修　第３回

◆概要

目的	第９期介護保険事業計画の策定に向けて、庁内関係者が介護保険の全体像や自らの担当する業務の位置づけを理解し、関係部署が連携して取り組むことができる体制を構築する。 第３回：長野市としてこれから必要な取り組み、庁内協働の体制づくり
日時	１月 13 日（金）13：00～16：00　（会場準備：12：30～）
場所	長野市役所　講堂
参加者	名簿をご覧ください。
お願い	・終了後に、アンケートにご回答ください。 ・本日の内容は記録のため録画いたしますのでご了承ください。 ・オブザーバーとして厚生労働省担当官や本事業関係者が参加しております。

◆プログラム　※時間は変更になる場合があります。

	開始時間		項目・内容	講師など
1	13:00～	5	第２回の振り返りと第３回の流れ	医療経済研究機構 柳　史生
2	13:05～	30	個人ワークの共有（１人２分程度）	
3	13:35～	25	【講義】 要介護者の在宅生活を支える介護サービスの整備と生活支援	医療経済研究機構 服部　真治
4	14:00～	30	【グループワーク】 次期計画検討に向けたロジックモデルに基づく取組と庁内連携① ※各担当課・係の混合の２グループに分かれて、グループワークを行います。各グループには、長野県庁のご担当者とファシリテーターとして医療経済研究機構の職員が入ります	参加者全員
	14:30～	10	休憩	
5	14:40～	65	【グループワーク】 次期計画検討に向けたロジックモデルに基づく取組と庁内連携②	参加者全員
6	15:45～	15	グループ発表・全体共有	参加者全員
	16:00		アンケートのお願い 終了	

令和４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
保険者の地域マネジメント強化に資する調査研究事業報告書

令和５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

〒105-0001　東京都港区虎ノ門 1-21-19　東急虎ノ門ビル３階

TEL：03-3593-8918　　FAX：03-3506-8528

PJ: No. 22324

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。