

老人クラブは、自らの老後を健全で豊かなものにするための自主的な組織であり、生きがいつくり、健康づくり、レクリエーションなどを通じて高齢者が「自らの生活を豊かにする楽しい活動」や、高齢社会の主役として、高齢者の持っている経験や知恵を活かして「地域を豊かにする社会活動」に取り組んでいる。

こうした老人クラブ活動の育成を図るとともに、高齢者の社会活動を振興するため、国の助成制度が設けられている。

⑦ その他

高齢者向け住宅の確保に関する諸施策や、バリアフリーのまちづくりに関する諸施策は、高齢者の在宅生活支援、自立支援等の観点からみて非常に重要な施策である。

また、高齢者に対して臨時的・短期的な就業やその他の軽易な就業の機会を確保・提供するなどの活動を行っているシルバー人材センター（原則として市町村の区域ごとに1団体に限り都道府県知事が指定）に対する支援（補助対象経費の2分の1ずつを国と市町村が補助）は、高齢者の生きがいつくりや社会的活動に参加する機会の保障に資する施策である。

3 自治体における指標設定の例

本研究においては、全国の自治体を対象にアンケート調査を実施したところである（C-第1参照）が、回答を寄せていただいた自治体において設定している高齢者福祉分野の政策評価指標をみると、「政策貢献性」や「成果性」（住民にとっての効用が示されること）といった条件を満たしているものは非常に少ないのが現状である。すなわち、大部分の指標は、「ホームヘルプサービスの利用回数」、「特別養護老人ホームの定員数」、「在宅介護支援センターの箇所数」、「老人クラブ加入率」などといった「結果指標」にとどまっており、厳密な意味での「成果指標」とはなっていない。

こうした全般的な状況の中で、いくつかの自治体においては、「政策貢献性」や「成果性」といった視点を考慮に入れた指標設定を行っている興味深い例もみられた。ここでは、そのような例について紹介することとしたい。

(1) 栃木県

栃木県では、「栃木県総合計画『とちぎ21世紀プラン』」（平成13年3月策定）の中で、「高齢者の自立支援と生きがいつくりの推進」という施策の目標として、次のような指標設定を行っている。

(図表C-4-4) 栃木県の例

指 標	基 準	目 標	長 期 目 標
元気高齢者 (注) の割合	86.7% (H10)	90.0% (H17)	90.0% (H27)
訪問介護年間利用回数 (高齢者100人当たり)	224回 (H10)	900回 (H17)	1,000回 (H27)

(注) 寝たきりや痴呆などの要介護高齢者を除く高齢者

ここで使用されている2つの指標のうち、「訪問介護年間利用回数」の方は、典型的な「結果指標」であり、どこの自治体でも使用しているものである。

一方、「元気高齢者の割合」という指標は、「自立支援」や「介護予防」といった高齢者福祉分野の政策目的の達成度を評価しようとするものと考えられ、指標の数値の算定が適切に行われるのであれば、一つの有効な「成果指標」となり得るものである。

ただし、ここでの「元気高齢者」の定義は「要介護高齢者を除く高齢者」となっているが、要介護認定の申請を行えば要介護となるにもかかわらず、あえて申請を行わない者（以下「潜在的要介護者」という。）の存在をどう考えるかという問題があるように思われる。すなわち、介護保険制度の浸透により、潜在的要介護者が認定申請を行うようになったために、見かけ上の要介護者数が増えた場合、このことが政策評価上マイナスに評価されてしまうおそれがあるので、注意が必要である。

(2) 和歌山県

和歌山県では、「新生わかやまベンチマーク～数字で示す政策目標～」(平成14年3月策定)の中で、「安心して暮らす—みんなで支え合う」という施策の目標として、次のような指標設定を行っている。

(図表C-4-5) 和歌山県の例①

指 標	H 8	H 1 2	目 標 値 (H 1 6)
高齢者の寝たきり率 (注1) (%)	2. 0	1. 9	1. 8
要介護認定を受けている人 の中で、介護サービスを利用 している高齢者の割合 (%)	—	79. 6 [79. 3]	94. 0
特別養護老人ホームのベッ ド数 (ベッド数/千人)	16. 0 [12. 4]	16. 3 [13. 7]	18. 1

(注1) 出典は、「和歌山県老人福祉行政における基礎資料調査」(県長寿社会推進課)。

「寝たきり」の定義は、「老衰・傷病等のため6か月以上臥床しており、日常生活に支障のある者」(在宅の者に限る。)とされている。

(注2) []内の数字は、全国平均。

これらの指標のうち、「特別養護老人ホームのベッド数」は、典型的な「結果指標」である。

一方、「高齢者の寝たきり率」は、「自立支援」や「介護予防」といった高齢者福祉分野の政策目的の達成度を評価しようとするものと考えられ、指標の数値の算定が適切に行われるのであれば、一つの有効な「成果指標」となり得る(その率が低いほどプラスに評価できる)ものである。

ただし、この「高齢者の寝たきり率」は、在宅の寝たきり高齢者数を全高齢者数で除した率とされていることから、在宅の寝たきり高齢者をどんどん施設に移すといった流れが強まったために在宅の寝たきり高齢者が減少した場合に、そのことが指標上はプラスに評価されてしまうおそれがあるという問題があるように思われる。「寝たきり率」という指標を使用する場合、(技術的に把握可能であれば、)施設入所者も含めた「寝たきり率」を使用する方が望ましいのではないだろうか。

また、この「高齢者の寝たきり率」の数値は、和歌山県が独自に行っている調査によるものであるが、全国一律の基準で行われている要介護認定のデータを活用する方法も考えられるであろう。

次に、「要介護認定を受けている人の中で、介護サービスを利用している高齢者の割合」という指標についてであるが、これはおそらく、この割合が高ま

れば、それだけ高齢者の「自立支援」や「在宅生活の継続への支援」につながるであろうという考え方に基づくものであり、と考えられる。しかし、「自立支援」や「在宅生活の継続への支援」といった政策目的の達成度は、介護サービスの利用割合のみならず、サービスの質の高さや、サービス内容の適切さといったことも影響を与えていることから、この指標を純粋な「成果指標」とみることにはできないように思われる。

さらに、和歌山県では、「元気に働く——働く場がある」という施策の目標として、次のような指標設定を行っている。

(図表C-4-6) 和歌山県の例②

指 標	H 8	H 1 2	目 標 値 (H 1 6)
企業に雇用されている高齢者の割合 (%)	1 2 . 5 [1 6 . 2]	1 2 . 8 [1 8 . 1]	1 4 . 0
シルバー人材センターによる年間就労延べ人数 (人)	—	1 3 7 , 4 5 7	1 6 0 , 0 0 0

(注) [] 内の数字は、全国平均。

これらの指標は、第一義的には、労働政策の観点から設定されているものであるが、高齢者福祉の観点からも、「社会的活動に参加でき、生きがいを持てる生活の保障」という政策目的の達成度を、ある程度示すものとみることができよう。ただし、高齢者の就労を通じた生きがいづくりは、企業による雇用やシルバー人材センターを通じての就労以外にも、様々な形態があり得るところであり、政策評価に当たっては、この点も併せ考慮する必要があると思われる。

(3) 岡山県

岡山県では、「新世紀おかやま夢づくりプラン」(平成14年3月策定)の中で、「助け合いのあふれる安心で安全な社会——すこやかな国おかやまの実現——すこやか生活支援プログラム」という施策の目標として、次のような指標設定を行っている。

(図表C-4-7) 岡山県の例

指 標	現 況	平成14年度の目標	目 標 (平成18年度)
65歳時の健康寿命	男：15.5歳 女：18.0歳	住民主体の健康づくりを進めるため、市町村の健康づくり行動計画の策定を支援する（6市町村→34市町村）。	男：16.0歳 女：19.0歳

この指標は、福祉分野の指標というよりも、保健医療分野の指標としての色彩が濃いものであるが、単なる「平均寿命」ではなく、「健康寿命」としている点が注目される点であり、高齢者福祉の観点からみても、「自立支援」や「介護予防」といった政策目的の達成度をある程度示しているものとみることができるようと思われる。

(4) 香川県

香川県では、平成13年度から導入している「行政評価システム」の中で、「高齢者を支える社会システムの充実」という施策の評価のため、12の指標を設定している。それらのほとんどは、施設の整備量に関する「結果指標」であるが、次の指標は、ある程度「成果指標」としての性格を持つものとみることができるようではないだろうか。

(図表C-4-8) 香川県の例

指 標	平成12年度 実績値	平成13年度 実績値	平成17年度 目標水準
居宅サービス利用率(注) (毎年度10月利用分)(%)	64.4	67.5	—

(注) 介護保険における全サービス利用者に対する居宅サービス利用者の割合。

この「居宅サービス利用率」という指標は、「在宅生活の継続への支援」という政策目的の達成度をある程度示すものとして、参考にすべきと思われる。ただし、利用されている居宅サービスの質や内容の適切さについては、この指標では評価できないことも念頭に置いておく必要がある。

なお、香川県では、施設サービスの整備量に関する指標については、平成17年度の目標水準を定めているが、この「居宅サービス利用率」という指標に

については、そのような目標水準は定めないまま、その数値の推移を見守っていくという姿勢をとっている。

(5) 長崎県

長崎県では、平成13年度から政策評価制度を本格導入しているが、その中で、身体拘束廃止推進事業の成果指標として、「身体拘束を行っている介護保険施設等の数（ただし、入所者（利用者）の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除く。）」という指標を設定し、平成15年度において、「身体拘束を行っている介護保険施設等の数をゼロにする」という目標を掲げている。

身体拘束の廃止自体は、高齢者福祉の「目的」ではなく、むしろ、施設入所者（利用者）の尊厳を守るとともに、質の高い施設ケアを提供することを通じて高齢者の「自立支援」を図るという大きな目的を達成するための「手段」であるということに注意する必要があるが、身体拘束廃止という微妙な問題を含む政策課題に対して、明確な数値目標を設定して施策の推進を図ろうとしている点は評価できる。

ただし、この指標を有効に活用していくためには、身体拘束禁止の例外とされる「入所者（利用者）の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合」の解釈・運用が適切に行われることが前提となる。

(6) 神戸市（政令指定都市）

神戸市（兵庫県）では、「“こうべ”の市民福祉総合計画2010」（平成14年2月策定）の中で、「高齢者の社会参加を促進する」という施策の評価のため、次の2つの指標を設定している。

これらの指標は、数値の把握が的確にできるのであれば、「社会的活動に参加でき、生きがいを持てる生活の保障」という政策目的の達成度を示す「成果指標」として有効に活用できるものであるように思われる。

(図表C-4-9) 神戸市の例

指 標	平成12年度 実績値	目標値 (平成18年度)
社会活動に参加している在宅高齢者の割合 (65歳以上の在宅高齢者のうち、学習や教養を高めるための活動、自治会や町内会の活動、老人クラブ活動、スポーツ・レクリエーション活動等への参加率)	38.1%	6割
ボランティア活動への参加を希望する在宅高齢者の割合 (65歳以上の在宅高齢者のうち、ひとり暮らし高齢者の訪問・話し相手、高齢者へのふれあい給食等に参加の意志のある者の割合)	32.8%	—

これらの指標の数値は、神戸市独自の調査により把握しているものであると思われるが、全国の自治体間で比較可能な指標とするためには、「社会活動に参加」とか「ボランティア活動への参加を希望」といった概念の定義や具体的な調査方法について、全国的な統一化を図る必要があるであろう。

(7) 豊田市 (中核市)

豊田市 (愛知県) では、「第6次豊田市総合計画推進計画」(平成13年3月策定)の中で、「高齢者が健康で生きがいのある生活のできるまちづくり」及び「保健・医療・福祉サービスが必要に応じて利用できる安心感のあるまちづくり」という政策の評価のため、次のような指標を設定している。これらの指標は、できる限り市民にわかりやすい指標を提示しようという意欲の感じられるものとなっており、非常に興味深い。

(図表C-4-10) 豊田市の例

① 「高齢者が健康で生きがいのある生活のできるまちづくり」に関する指標

指 標	現 状 値	目 標 値 (H15)	目 標 値 (H22)
老後の生活に不安を感じない 市民の割合	20% (H12)	24%	29%
健康を実感している高齢者の 割合	65% (H12)	67%	70%
何らかの地域活動へ参加して いる高齢者の割合	43% (H12)	47%	55%
就労している高齢者の割合 (週1日程度以上仕事をして いる割合)	38% (H10)	40%	44%

(注) この表における指標の数値は、全て豊田市独自の調査によって把握されるものである。

② 「保健・医療・福祉サービスが必要に応じて利用できる安心感のあるまちづくり」に関する指標

指 標	現 状 値	目 標 値 (H15)	目 標 値 (H22)
前期高齢者(65～74歳)の長生き率 [1000人-65～74歳の年齢調整 死亡率(人口千人当たり)]	千人当たり 982.4 (H11)	千人当たり 982.5	千人当たり 984
在宅サービスに対する利用者の 満足度	67% (H12)	80%	85%

(注) 「在宅サービスに対する利用者の満足度」の数値は、豊田市独自の調査によって把握されるものである。

まず、「老後の生活に不安を感じない市民の割合」という指標についてであるが、この指標の数値は、市の高齢者福祉施策のみならず、国レベルの社会保障制度のあり方や経済状況など様々な要因の影響を受けるものであり、具体的にどんな施策の達成度を示しているのかがわかりにくい点が難点であるが、市の政策のあり方を考える上での参考になる指標ではあろう。

「健康を実感している高齢者の割合」という指標は、福祉分野の指標という

よりも、保健医療分野の指標としての性格が強いであろう。

「何らかの地域活動へ参加している高齢者の割合」及び「就労している高齢者の割合」という指標については、数値の把握が的確にできるのであれば、「社会的活動に参加でき、生きがいを持てる生活の保障」という政策目的の達成度を示す「成果指標」として有効に活用できるものであるように思われる。

「前期高齢者（65～74歳）の長生き率」という指標は、福祉分野の指標というよりも、保健医療分野の指標としての性格が強いものであるが、高齢者福祉の観点からみても、「自立支援」や「介護予防」といった政策目的の達成度がある程度示しているものとみることができるよう思われる。また、上記（3）の岡山県の例のように、「健康寿命」という概念をも併せ使用することも考えられるであろう。

「在宅サービスに対する利用者の満足度」という指標については、「在宅生活の継続への支援」という政策目的の達成度がある程度示す指標であると思われるが、「満足度」というものは、利用者側の要求レベルによっても左右されるものであり、一概にサービスの質の高さのみを的確に反映しているものとはいえない面があることに注意する必要がある。

4 高齢者福祉分野の指標設定の考え方

高齢者福祉分野における望ましい政策評価指標を設定するに当たっては、上記1－（3）において整理を行った高齢者福祉分野の政策目的の達成度をできる限りの確に示す指標を採用するという視点が極めて重要である。さらに、このことと一部重複するが、C－第3において整理を行った政策評価指標設定の共通条件（1客観性、2普遍性、3政策貢献性、4成果性、5説明容易性、6継続性、7代表性）を十分勘案する必要がある。

以上のような考え方に基づき、本研究では、全国の自治体間で比較可能な指標として、以下のような指標を設定することを提案したい。

（1）要介護・要支援認定率

① 具体的指標

【指標1－A】要介護・要支援認定率

- ・ 介護保険第1号被保険者（65歳以上の被保険者）に占める要介護・要支援認定者の割合

【指標1－B】要介護2以上認定率

- ・ 介護保険第1号被保険者に占める要介護2以上の要介護認定者の割合

② 趣旨

- ・ 介護保険制度の創設により、全国一律の客観的な基準による要介護・要支援認定が行われるようになり、認定結果についての様々なデータが全国的に集積されるようになったことは、高齢者保健福祉に関する研究に活用する観点からみても、大きな意義を有するものである。例えば、今後、全国的な年齢ごとの要介護度の分布データ等が集積できれば、様々な活用が可能であろう。

高齢者福祉分野の政策評価指標の検討に当たっても、こうした要介護・要支援認定のデータを有効に活用することを積極的に考えるべきである。

- ・ 「要介護・要支援認定率」については、本来、その率が低いほど介護や支援を要しない元気な高齢者が多いということを意味することから、その率が低いほど、高齢者の「自立支援」や「介護予防」の観点からみて望ましいと考えられる。こうした考え方に基づき、「要介護・要支援認定率」を政策評価指標として使用する。（→【指標1-A】）
- ・ ただし、「要介護・要支援認定率」の数値については、申請すれば要介護又は要支援と認定される状態にあるにもかかわらず申請を行わない者（以下「潜在的な要介護・要支援者」という。）が要介護・要支援認定者にカウントされないという問題があることに注意する必要がある。

市町村によっては、介護保険制度が住民に十分浸透していないために（または、介護サービス基盤の整備が遅れており、サービス利用の可能性が限定的であるために）、潜在的な要介護・要支援者が多くなっていることにより「要介護・要支援認定率」が低くなっている場合もあり得る。このような理由で「要介護・要支援認定率」が低くなっていることを政策評価上プラスに評価することは適当ではない。

また、同一市町村の状況をフォローしていく場合においても、徐々に介護保険制度の住民への浸透が進んでいくことにより、潜在的な要介護・要支援者が認定申請を行うようになったために、「要介護・要支援認定率」が上昇した場合に、それを政策評価上マイナスに評価することは適当ではない。

- ・ 一方、図表C-4-11により各都道府県における要介護・要支援認定率を比較してみると、都道府県間で認定率のバラツキが大きいのは、要支援と要介護1であり、要介護2～5の各要介護度の認定率についてはバラツキは小さいものとなっていることがわかる。

また、介護保険施行後、要介護・要支援認定を受けた者のうち、特に要支援と要介護1の者の人数の増加が著しいというデータも示されている。

(図表C-4-12)。

以上のような実態に鑑みると、介護保険制度の住民への浸透度が認定率に及ぼす影響が特に大きいのは、要支援と要介護1ではないかと推測されるところである。

- ・ こうしたことから、介護保険制度の浸透度による影響を極力排除する観点から、当面は、要支援及び要介護1のケースを除外した「要介護2以上認定率」を併せて評価指標として使用する。(→【指標1-B】)

③ 留意事項

- ・ 「要介護・要支援認定率」や「要介護2以上認定率」については、第1号被保険者(65歳以上の者)に占める後期高齢者(75歳以上)の割合(以下「後期高齢者割合」という。)の違いの影響を受けるので、実際に指標として用いる場合には、この点について補正を行うことが望ましい。
- ・ すべての市町村で、要介護認定が本当に同じレベルで適切に行われているかどうかについては、現時点では、全く問題がないとはいえないが、認定調査員、介護認定審査会委員や主治医に対する研修などを通じて、さらに各市町村における要介護認定の精度が高まることを期待したい。

(2) 平均要介護度

① 具体的指標

【指標2-A】 要介護・要支援認定を受けている介護保険第1号被保険者の平均要介護度(以下単に「平均要介護度」という。)

(注) ここでいう「平均要介護度」とは、要支援を0、要介護1を1、要介護2を2、要介護3を3、要介護4を4、要介護5を5として、平均値を算出したものである。

【指標2-B】 介護保険第1号被保険者の「平均要介護度財政影響指数」

(注) ここでいう「平均要介護度財政影響指数」とは、第1号被保険者について、次の算式により算出される数値である。

* 「平均要介護度財政影響指数」 = {要支援の支給限度基準額(6,150単位) × 要支援の者の数 + 要介護1の支給限度基準額(16,580単位) × 要介護1の者の数 + 要介護2の支給限度基準額(19,480単位) × 要介護2の者の数 + 要介護3の支給限度基準額(26,750単位) × 要介護3の者の数 + 要介護4の支給限度基準額(30,600単位) × 要介護4の者の数 + 要介護5の支給限度基準額(35,830単位) × 要介護5の者の数} ÷ 第1号被保険者数

(図表C-4-12) 要介護認定者数の推移

○ 要介護認定を受けた人は、2年半で約115万人増加(52%)

2000年4月末	2001年4月末	2002年11月末
218万人	258万人	333万人

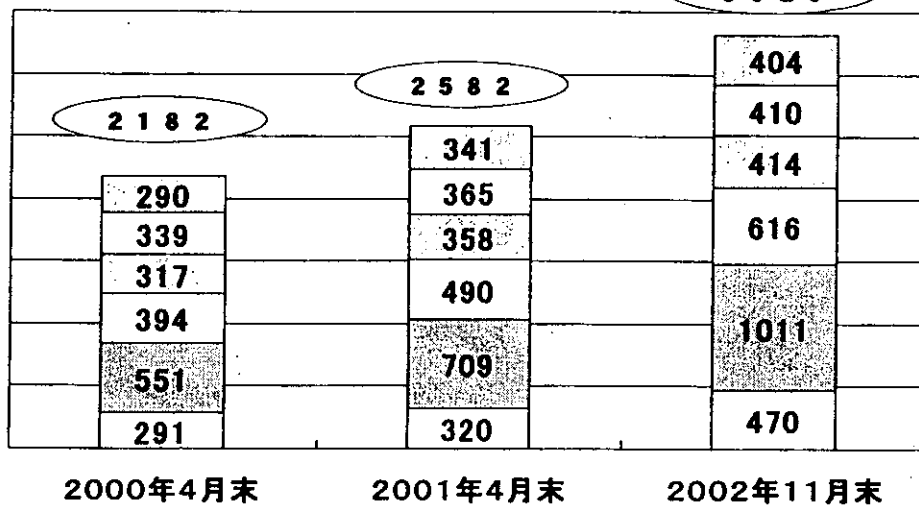
(出典：介護保険事業状況報告)

※ 特に、要支援・要介護1の認定を受けた者が大幅に増加(76%)

(要介護度別認定者数の推移)

2000年4月末からの増加率

(単位：千人)



計	52%
5	39%
4	21%
3	31%
2	56%
1	83%
支	62%

□ 要支援 □ 要介護1 □ 要介護2 □ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5

(出典：介護保険事業状況報告)

資料：厚生労働省老健局「全国高齢者保健福祉・介護保険関係主管課長会議資料(平成15年2月25日)」

【指標 2-C】平均要介護度の変化率

- ・ 集団を固定して、一定期間の変化率をみる。例えば、第1期介護保険事業計画の始期である平成12年4月時点の要介護・要支援認定者の平均要介護度とその3年後（平成15年3月）における同一集団の平均要介護度の変化率を指標として使用する。（この場合、当該3年間に死亡した者については、最初から存在しなかったものとして変化率を算定する。）

【指標 2-D】ある時点における各要介護度ごとの集団の一定期間（例えば3年）経過後の平均要介護度

- ・ 例えば、第1期介護保険事業計画の始期である平成12年4月時点において要介護3であった者の集団の平均要介護度が、3年後（平成15年3月）においてどうなっているかをみる。（その他の要介護度の集団についても、同様に、3年後の変化をみる。）

② 趣旨

- ・ 他の条件が同じ場合には、基本的に、「平均要介護度」が低いほど、「自立支援」、「介護予防」の観点から望ましいと評価できる。こうした考え方に基づき、「平均要介護度」を政策評価指標として使用する。（→【指標 2-A】）。
- ・ しかし、「要介護・要支援認定率」が違う場合に、要介護・要支援認定者の「平均要介護度」だけを単純に比較することは、政策評価の観点からは問題がある。

また、「平均要介護度」については、要支援を0、要介護1を1、要介護2を2、要介護3を3、要介護4を4、要介護5を5として平均値を算出することとしているが、こうした方法については、「要介護5の者が1人いるのと、要介護1の者が5人いるのとは、政策評価の観点からみて、同じ重みで評価してよいのか？」という疑問が生じる。

さらに、要支援を0として扱うことについても、その妥当性に疑問が残るところである。

以上のようなことから、このため、要介護・要支援認定を受けていない第1号被保険者の存在も考慮に入れるとともに、各要介護度の政策評価の観点からの重みを「支給限度基準額」の多寡により評価する（すなわち、介護保険財政への影響の大きさにより評価する）観点から、新たに「平均要介護度財政影響指数」という指標を設定する。（→【指標 2-B】）

この「平均要介護度財政影響指数」という指標に対しては、「支給限度額に対する実際の利用割合を考慮する必要はないのか？」という疑問を持つ向きもあるかもしれないが、この「平均要介護度財政影響指数」は、被

保険者が「権利」としてどのくらいサービスが使えるかという視点から、各要介護度のウエイト付けをしようとするものであり、実際の利用割合については考慮しないものとする。

- ・ 自立から新たに要支援や要介護1になった者が急増すると、「平均要介護度」が下がることになること等を考慮すると、集団を固定して変化率をみる視点も必要である。すなわち、集団を固定してみた場合には、平均要介護度の上昇率が抑制されていればいるほど望ましいと評価できる。（→【指標2-C】）
- ・ さらに、より詳細に評価しようとする場合には、ある時点での各要介護度の集団の平均要介護度が一定期間経過後にどうなったかをみることも考えられる。（→【指標2-D】）

③ 留意事項

- ・ 「平均要介護度」や「平均要介護度財政影響指数」については、後期高齢者割合の違いの影響を受けるので、実際に指標として用いる場合には、この点についての補正を行うことが望ましい。
- ・ 指標2-C及び指標2-Dのように集団を固定してその変化をフォローしていくことが、市町村の実務上容易に対応可能かどうかについては、検証の必要がある。

(3) 在宅サービスの利用状況

① 具体的指標

【指標3-A】 介護保険サービスを利用している第1号被保険者に占める在宅サービス利用者の割合（以下「在宅サービス利用者割合」という。）

【指標3-B】 第1号被保険者に係る介護保険給付費に占める在宅サービス給付費の割合（以下「在宅サービス給付費割合」という。）

② 趣旨

- ・ 一般に、「在宅生活の継続への支援」の観点からみて、「在宅サービス利用者割合」及び「在宅サービス給付費割合」が高いほど望ましいと考えられる。

③ 留意事項

- ・ 「在宅サービス利用者割合」及び「在宅サービス給付費割合」という指

標は、在宅サービスの量を評価するものではあるが、在宅サービスの質の評価を行うものとはなっていない点に留意する必要がある。

サービスの質については、「自立支援」につながるようなものとなっているか（要介護度の上昇を抑え、または、軽減させるようなものになっているか）という観点から評価できるので、上記指標 2-A～Dを活用すべきである。

(4) 在宅死の割合

① 具体的指標

【指標 4】（65歳以上の）死亡者に占める在宅での死亡者の割合

② 趣旨

- ・ 一般に、「在宅での死亡者の割合」が高いほど、死期の迫った人が在宅で療養を続けていくために必要となる支援体制が充実しているものと予想され、「在宅生活の継続への支援」の観点からみて望ましいと考えられる。

③ 留意事項

- ・ 各市町村においては、65歳以上に限定した情報を（少なくとも個人ごとには）保有しているものと考えられるが、集計が容易に行えるかという点については、検証を行う必要がある。

65歳以上に限定したデータの集計が難しい場合には、次善の策として、全年齢のデータを使用することも考えられる。（人口動態統計では、全年齢のデータが掲載されている。）

- ・ 「在宅での死亡者の割合」には、高齢者福祉施策のみならず、保健医療サービスの提供基盤のあり方など様々な要因が影響を及ぼしていることを考慮する必要がある。

(5) 高齢者の就業率

① 具体的指標

【指標 5】高齢者（65歳以上の者）の就業率

- ・ 「就業率」のデータについては、国勢調査におけるものを使用する。

(注) 国勢調査における「就業者」の定義・・・調査期間中、賃金、給料、諸手当、営業収益、手数料、内職収入など収入（現物収入を含む。）になる仕事を少しでもした人。なお、収入になる仕事を持っているが、調査期間中、少しでも仕事をし

なかった人のうち、次のいずれかに該当する場合は就業者とする。

(ア) 勤めている人で、休み始めてから30日未満の場合、又は30日以上休んでいても賃金や給料をもらったか、もらうことになっている場合

(イ) 個人経営の事業を営んでいる人で、休業してから30日未満の場合

また、家族の人が自営業（個人経営の農業や工場・店の仕事など）の手伝いをした場合は、無給であっても、収入になる仕事をしたこととして、就業者に含める。

② 趣旨

- ・ 一般に、就業率が高いほど、「社会的活動に参加でき、生きがいを持てる生活の保障」の観点から望ましいと評価できる。

③ 留意事項

- ・ 国勢調査のデータは5年に1回しか使用できないが、これはやむを得ないものとする。

(6) 高齢者のグループ活動への参加状況

① 具体的指標

【指標6】65歳以上の者のグループ活動への参加状況

- ・ 具体的な内容については、例えば、図表C-4-13の内閣府「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」（平成13年）におけるグループ活動への参加状況に関する調査内容のようなものが考えられる。

② 趣旨

- ・ 一般に、グループ活動への参加率が高いほど、「社会的活動に参加でき、生きがいを持てる生活の保障」の観点から望ましいと評価できる。

③ 留意事項

- ・ 恒常的に把握されているデータではないので、全国の市町村間で比較可能な指標とするためには、各市町村において、統一的な方法で調査を新たに実施する必要がある。

5 自治体における検証結果

(1) 検証の方法・内容

(図表C-4-13) 我が国における高齢者のグループ活動への参加状況

	男			女		
	総数	65～74歳	75歳以上	総数	65～74歳	75歳以上
	総数	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
社会福祉活動	10.7%	11.6%	8.5%	7.3%	9.4%	4.0%
趣味活動	13.6%	14.4%	11.9%	20.2%	23.7%	14.7%
健康維持のための活動	15.6%	16.1%	14.4%	10.8%	14.4%	5.1%
環境保護のための活動	11.2%	10.2%	13.6%	5.3%	6.1%	4.0%
消費者保護のための活動	1.2%	1.8%	0.0%	1.8%	2.5%	0.6%
政治活動	2.7%	3.2%	1.7%	0.4%	0.4%	0.6%
宗教活動・教会活動	4.5%	4.6%	4.2%	6.6%	8.6%	3.4%
町内会・自治会活動	28.0%	29.1%	25.4%	20.2%	21.6%	18.1%
その他	4.2%	3.2%	6.8%	4.2%	3.6%	5.1%
参加していない	45.9%	45.3%	47.5%	52.7%	47.1%	61.6%
無回答	0.5%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

資料：内閣府「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」(平成13年)

(この調査は、60歳以上の男女(施設入所者を除く)を対象に、2001年1～2月に実施。日本については、層化二段無作為抽出法に基づき標本抽出、回収サンプル数は、1,158(うち、65歳以上の者は、858)。

上記4において提案を行った各指標の妥当性について判断するための参考とする観点から、次のような検証作業を行った。

① 協力市町村

北海道内の1市3町（人口規模の大きい順に、A市、B町、C町、D町とする。）に検証作業について、協力を依頼した。

なお、これら1市3町の高齢化の状況を全国及び全道と比較すると、次のとおりである。

(図表C-4-14) 高齢化の状況の比較（平成14年10月1日現在）

	65歳以上 人口割合 (%)	75歳以上 人口割合 (%)	65歳以上人口に占める 75歳以上人口の割合 (後期高齢者割合)(%)
全 国	18.5	7.9	42.5
北 海 道	19.2	8.0	41.5
A 市	20.9	8.7	41.5
B 町	26.0	11.7	45.0
C 町	25.9	11.8	45.6
D 町	27.6	12.3	46.5

資料：全国値は、総務省統計局「男女、年齢階級別全国推計人口」（平成14年10月1日現在、概算値）、全道値及び各市町村の数値は、北海道保健福祉部高齢者保健福祉課調べによる。

② 検証の内容

(ア) 協力市町村において、実際に各指標の数値を算定し、全国値、全道値との比較を行っていただいた。

ただし、指標6については、各市町村統一的なデータは存在しないので、算定の依頼は行っていない。

また、指標1-Aから指標2-Bまでの数値の算定に当たっては、後期高齢者割合の違いを考慮した補正は行っていない。

(イ) 特に指標2-C、指標2-D、指標4について、協力市町村に対し、データ把握の容易性に関する照会を行った。

(ウ) 上記4において提案を行った指標全体について、協力市町村から意見をお聴きした。

(2) 検証結果

① 各指標の実際の算定

協力市町村に、実際に各指標の数値を算定していただいた結果を整理したものが、図表C-4-15である。

各指標ごとの算定結果について注目すべきと思われる点などについて整理すれば、次のとおりである。

(ア) 要介護・要支援認定率関係

【指標1-A】要介護・要支援認定率

- ・ B町(14.8%)、C町(14.2%)、D町(12.7%)、A市(12.3%)の順で「要介護・要支援認定率」が高くなっている。
- ・ A市については、後期高齢者割合が協力市町村の中で最も低いことが、「要介護・要支援認定率」を最も低いものとしている面があることも予想される。一方、他の3町については、「要介護・要支援認定率」の順位と、後期高齢者割合の順位とが異なっており、後期高齢者割合以外の要素が影響を与えているものと考えられる。

【指標1-B】要介護度2以上認定率

- ・ 今回の協力市町村のケースでは、指標1-Aの「要介護・要支援認定率」と順位が一緒になっている。
- ・ A市を除く3町については、後期高齢者割合にそれほど大きな違いはないにもかかわらず、「要介護度2以上認定率」にかなりの差が生じている点が注目される。

(イ) 平均要介護度関係

【指標2-A】平均要介護度

- ・ 後期高齢者割合が最も高いD町において、平均要介護度が最も低くなっている点が注目される。その大きな要因は、要介護・要支援認定者に占める要支援の割合が非常に高い(22.7%)ことであるが、これが、「自立支援」や「介護予防」という政策目的がよく達成できているからなのか、それとも、介護保険制度が住民によく浸透しており、潜在的な要介護・要支援者が少ないことによるものなのかが問題となる。この点については、D町では、指標1-Aの要介護・要支援認定率も比較的低い率となっていることを考え合わせると、相対的に「自立支援」や「介護予防」という政策目的がよく達成できていると評価することができるように思われる。

【指標2-B】「平均要介護度財政影響指数」