

より効果的な事業に発展させる必要がある。

介護予防に限らず、プログラムを評価する際には、最終アウトカムだけでなく、それに関連するいくつかの要素を含めるのが一般的である。たとえば、Rossiら（2004）は、(1)ニーズの評価、(2)理論仮説の評価、(3)プロセスの評価、(4)アウトカム評価、(5)効率性の評価に整理している。すなわち、介護予防事業においても、最終的な成果や費用対効果だけでなく、当該事業のインプットやプロセス、中間アウトカムなどを設定する必要がある。こうした点を踏まえて、本研究班では、介護予防事業ベンチマーク指標群（2010年度版）を5要素（①インプット、②プロセス、③環境要素、④個人・行動要素、⑤効果アウトカム）と2側面（①効率性、②公正性）から構成した。各指標の詳細、および、指標群の選定・評価基準については別稿に記載している。

本報告では、本研究班が提案する介護予防事業ベンチマーク指標群の開発に際して、基礎資料として活用した先行研究および先行指標の概要をレビューする。

B. 方 法

研究班内のベンチマーク指標ワーキンググループのメンバー（近藤克則、尾島俊之、市田行信、近藤尚己、平井寛、斎藤雅茂）によって、複数回の検討会議を重ねてきた。

ここでは、介護予防事業ベンチマーク指標群の抽出に際して、主に参考にした（1）厚生労働省による「介護予防事業に係る市町村チェックリスト」、（2）日本福祉大学福祉政策評価センターで開発された「介護保険給付分析ソフト」、（3）日本福祉大学健康社会研究センターによる「AGES/J-AGES調査」の概要を取り上げる。

なお、本研究班が重視する「公平・公正」に関する指標については、別稿において、WHOによる国別保健システムの質の評価における公正性評価法と英国における政策の公正性追求のあり方（マーモット・レビュー）を解説し

ている。

C. 結 果

1. 介護予防事業に係る市町村チェックリスト（厚生労働省）

厚生労働省（2005）は、介護予防事業の導入に際して、「介護予防事業に係る市町村介護保険事業計画に関する報告書」を発表し、介護予防事業の目標値と設定方法に言及している。この報告書では、「アウトカム指標」「アウトプット指標」「プロセス指標」の3つの段階で、各保険者が介護予防事業の目標値を設定することが望ましいとし、その例として以下のような指標を挙げている。

－アウトカム指標

- ・要介護認定者数
- ・基本チェックリスト
- ・QOL／満足度／主観的健康感
- ・介護給付費総額

－アウトプット指標

- ・地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメント実施件数
- ・各事業の参加人数
- ・各事業の実施回数と件数
- ・総参加人数

－プロセス評価

- ・参加者把握の方法は適切か
- ・住民と参加者の参画の有無
- ・サービスを管理するシステム
- ・指標モニタリングシステムの有無
- ・関連機関との連携の有無

厚生労働省の研究班において、要介護高齢者の主観的健康感や（生活）満足度が、介護予防事業のアウトカムとして挙げられている点は注目される。しかし、これらは、あくまでも当該研究班が提案した「あるべき指標」の例であり、これらのデータが実際に全国的に収集・分析されているわけではない。こうした中で、いくつかの都道府県では、この指標例に基づいて保険者に対して介護予防事業評価に関する提案がされている。たとえば、表1は、兵庫県において、介護予防事業運営指針と

表1 介護予防事業評価に関する市町村チェックリスト

二次予防（特定高齢者）施策	
プロセス指標	
1	特定高齢者を適切に把握・選定するため複数の把握経路を確保しているか
2	特定高齢者に関する情報を提供した関係機関等に情報還元を行っているか
3	事業の企画・実施・評価に住民が参画しているか
4	事業の実施状況を把握しているか
5	事業の実施量と需要量の関係を的確に把握しているか
6	事業の実施状況の検証に基づき、次年度以降の実施計画の見直しを行っているか
7	事業に関する苦情や事故を把握しているか
8	事業の効果を分析する体制が確立しているか
9	関係機関と共有する情報の範囲、管理方法、活用方法等に関する取り決めをしているか
10	個人情報が共有されることについて対象者に十分な説明を行い同意を得ているか
11	教室終了後のフォローアップ教室を開催しているか
12	教室終了後に参加できるグループや教室があるか
アウトプット指標	
13	基本チェックリスト実施率は50%を超えているか
14	特定高齢者候補者把握率は12%を超えているか
15	特定高齢者把握率は10%を超えているか
16	特定高齢者介護予防事業参加者率は5%を超えているか
17	特定高齢者介護予防事業の参加率は50%を超えているか
18	各事業の実施回数は年間計画を達成しているか
アウトカム指標	
19	新規認定申請者数
20	新規認定者数（要介護度別）
21	「旧要支援+旧要介護1」の人数
22	介護予防事業参加者からの新規認定者数
23	主観的健康感
24	基本チェックリストの点数
一次予防（一般高齢者）施策	
プロセス指標	
25	介護予防事業に関する講演会、相談会等普及啓発を行っているか
26	介護予防に関するイベントを行っているか
27	介護予防のためのボランティア育成を行っているか
28	介護予防のための地域組織を育成しているか
29	既存の地域組織に介護予防の普及啓発を行っているか
30	小地域単位で介護予防や介護保険の普及啓発を行っているか
31	企画に住民が参加しているか
アウトプット指標	
32	介護予防事業に関する普及啓発の目標に対する実施率
33	介護予防に関するイベントの目標に対する実施率
34	介護予防のためのボランティア育成の目標に対する実施率
35	介護予防のための地域組織を育成の目標に対する実施率
36	既存の地域組織に介護予防の普及啓発の目標に対する実施率
37	新しく組織化された地域組織活動の数
アウトカム指標	
38	特定高齢者の割合
39	基本チェックリストの点数

兵庫県（2007）より作成。執筆者によって表現を若干変更した。

して、保険者に提示された評価指標である。

兵庫県では、前述の指標例に合わせて、「アウトカム指標」「アウトプット指標」「プロセス指標」という観点から、二次予防施策と一次予防施策を合わせて39の指標群を提示している。評価指標には「(1)特定高齢者を適切に把握・選定するため複数の把握経路を確保しているか」や「(7)事業に関する苦情や事故を把握しているか」といった運営体制をチェックするものだけでなく、「(13)基本チェックリスト実施率は50%を超えていているか」や「(15)特定高齢者把握率は10%を超えていているか」といった数値目標も含まれている。

しかしながら、この指標群はその後、十分に機能せず、2011年現在では使用されていない。その背景・要因は様々であろうが、各項目の評価基準が定かでないために、結果として有益な評価指標になりにくかったことが推測される。たとえば、「(10)対象者に十分な説明を行い同意を得ているか」という項目であれば、真に「十分な説明」であるかをどのように判断するかの方が重要である。アウトプット指標とアウトカム指標の一部を除き、こうした評価基準の曖昧さがあったために、自治体の介護予防運営に関する自己評価チェックリストにはなっても、相対化して他自治体と比較できるベンチマーク指標としては機能しなかったものと考えられる。

2. 介護保険給付分析ソフト (日本福祉大学福祉政策評価センター)

介護事業報告や介護サービス情報の公表、各種の介護保険業務データなど、現在では介護保険に関わる情報の公開が徐々に進んでいる。こうした既存データを活用した先行事例として、日本福祉大学福祉政策評価センターが開発、改良を重ねている「介護保険事業実績分析ソフト2008（2009年4月改定対応版）」がある（平野ら2008）。本ソフトは、自治体向けの分析支援ソフトとして2001年よりWeb上で無料公開し、2011年3月現在まで1,226保険者、合

併後の全国市町村でみると50%強の保険者にダウンロードされている。

本ソフトでは、都道府県国民健康保険団体連合会が保険者に提供する介護給付実績情報を加工することにより、サービス種別ではなく、利用者個人を分析することができる。本ソフトで出力される主要な指標は表2の通りである。利用者個人単位で介護情報を集計することにより、介護保険サービス利用後については「サービス利用の組み合わせ（サービス・パッケージ）別の一人当たり介護費用」や「利用者一人あたりの在宅介護サービス費用額」、「要介護別の支給限度額が8割以上の在宅高齢者の割合」といった指標を出力することができる。また、暗号化された被保険者番号に基づいて、「介護認定データ」や「介護保険賦課情報」と結合することができれば、新規要介護認定者数といった従来のアウトカム指標に加えて、当該地域における新規認定者の平均要介護度や新規利用者の介護費用、保険料段階間の介護費用格差、利用者の在宅介護期間などを出力することも可能である。

本ソフトで出力されるデータの特徴としては、第1に、追加調査を伴わないで収集されるものであることが挙げられる。昨今の社会調査における回収率の低さや行政・現場関係者への業務負担を考慮すると、この点は極めて重要な点である。第2に、本データは、もともとが行政資料であるため、当該地域に限れば、回収率100%の情報であることが挙げられる。このため、本データに基づくベンチマーク指標は、当該地域の実績値として測定誤差を最小にできるという利点がある。他方で、本データは、あくまでも介護保険の給付実績に関する情報しか含まれておらず、利用可能な変数が限られているという限界がある。たとえば、高齢者の健康状態や世帯構成は極めて重要な変数であるが、本ソフトでは把握できない。このため、既存の行政データのみで有用な介護予防ベンチマークを構成することは難しいといえる。既存の介護認定やサービス利用実績と独自調査を統

表2 介護保険給付分析ソフトで出力される主要な指標

		指標項目		2010年06月分		防衛介護	
保険者属性				主要サービス 利用率 (対在宅実人数)		訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ	
介護度別				訪問介護 通所介護 ・通所アライ		9.2%	
在宅サービス				訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ		8.3%	
介護費用総額(千円)				訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ		50.2%	
1人あたり費用額				訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ		46.4%	
介護保険料額月額				訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ		57.0%	
人致費用額				訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ		61.0%	
人致中程度率				訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ		10.6	
費用(対総額)				訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ		5.5	
費用(対総額)				訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ		7.3	
水準				訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ		7.5	
人致(対総数)				訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ		9.7	
サービス機能 3区分				訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ		1.1%	
水準				訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ		2.4%	
人致(対総数)				訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ		2.6%	
サービス機能				訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ		0.7%	
重複率				訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ		17.0%	
(要介護4・5)				訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ		13.0%	
費用				訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ		29.9%	
施設・在宅率				訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ		5.3%	
費用				訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ		1.9%	
水準				訪問介護 訪問看護 通所介護 ・訪問アライ		3.7%	
サービスパッケージ				費用(対総額)		3.0%	
水準				費用(対総額)		1.0%	
サービス機能				費用(対総額)		14.2%	
重複率				費用(対総額)		6.3%	
施設・在宅率				費用(対総額)		15.6%	
費用				費用(対総額)		1.9%	
重複率				費用(対総額)		231.501	
施設・在宅率				費用(対総額)		210.243	
費用				費用(対総額)		157.180	
水準				費用(対総額)		212.369	
施設サービス				費用(対総額)		112.733	
居住サービス				費用(対総額)		85.581	
参画標準				費用(対総額)		70.399	
平均要介護度				費用(対総額)		47.042	
対支給限度額比率				費用(対総額)		22.7%	
※「Jは上段にある指標の下位指標である				費用(対総額)		19.4%	
数値は実際のある保険者のもの				費用(対総額)		28.7%	
※「Jは上段にある指標の下位指標である				費用(対総額)		22.1%	
数値は実際のある保険者のもの				費用(対総額)		15.8%	
※「Jは上段にある指標の下位指標である				費用(対総額)		8.32%	
数値は実際のある保険者のもの				費用(対総額)		131.96	
※「Jは上段にある指標の下位指標である				費用(対総額)		107.823	
数値は実際のある保険者のもの				費用(対総額)		38.503	
※「Jは上段にある指標の下位指標である				費用(対総額)		93.85	
数値は実際のある保険者のもの				費用(対総額)		76.3%	
※「Jは上段にある指標の下位指標である				費用(対総額)		71.1%	
数値は実際のある保険者のもの				費用(対総額)		37.0%	
※「Jは上段にある指標の下位指標である				費用(対総額)		93.1%	
数値は実際のある保険者のもの				費用(対総額)		71.2%	
※「Jは上段にある指標の下位指標である				費用(対総額)		46.4%	
数値は実際のある保険者のもの				費用(対総額)		46.0%	
※「Jは上段にある指標の下位指標である				費用(対総額)		46.0%	
数値は実際のある保険者のもの				費用(対総額)		35.8%	

(C)日本福祉大学・福祉政策評議センター

合し、総合的なベンチマーク指標の構成を検討する必要がある。

3. AGES/J-AGES調査 (日本福祉大学健康社会研究センター)

独自調査による追加データに関しては、日本福祉大学健康社会研究センターにおいて、AGES (Aichi Gerontological Evaluation Study : 愛知老年学的評価研究) プロジェクトとして、既に3万人規模の高齢者に対する縦断調査(コホート研究)に取り組んできた。本調査は、郵送法による自記式調査であるが、回収率は5割前後と低くない。また、調査回答者について、その後の要介護への移行状況を追跡することにより、高齢者の要介護化に関する要因解明にむけた研究成果も数多く発表している。こうした中で、要介護を含む高齢者の健康には、個人レベルの変数だけでなく、地域レベルの変数(地域の所得格差やソーシャルキャピタルなど)も重要な規定要因になることが明らかにされつつある。

今回、介護予防ワーキンググループでは、当該プロジェクトを発展させ、要介護認定を受けていない一般高齢者(二次予防事業対象者)に対する10万人規模の調査を実施している(調査対象地域は別稿)。調査票には、基本チェックリストのほか、転倒・抑うつ・認知症・口腔・低栄養・閉じこもりなどの要介護リスクに関する諸変数や、生活習慣や疾患数、社会関係や地域活動へ参加状況、経済状態、心理状態などの「個人・行動要素」と同時に、地域単位のソーシャルキャピタルや所得格差、社会参加の環境などの「地域要素」を把握する項目が含まれている。

本調査は、高齢者個人を対象にしているが、全国から多くの自治体の協力が得られているため、自治体単位での比較が可能である。これにより、各種の要介護リスク者の発現率など介護予防において自治体間で比較すべき指標群を特定することを目指している。

D. 考 察

介護予防事業の評価に関しては、これまで大学や研究機関が個別の自治体を支援する取り組みはいくつか報告されている(東京都老人総合研究所による「Webによる介護予防評価システムv3.20」など)。しかし、介護予防や介護保険に関して、全国自治体の相対的な位置を示すことができるようなベンチマーク指標に関する直接的な先行研究は見当たらなかった。

そこで、本研究班では、当初、厚生労働省の研究班が示した「介護予防事業に係る市町村チェックリスト」の指標例、および、既存の介護給付データを活用した「介護保険給付分析ソフト」の指標を活用し、さらに独自調査(AGES/J-AGES調査)によるデータを統合させて、介護予防事業ベンチマーク指標群(2010年度版)を構成することとした。とくに、介護給付実績などの行政データには上記のいくつかの利点がある一方で、健康の社会的決定要因において重要な変数が含まれていない。このため、ベンチマーク指標群のなかでも、とくに「環境要素」と「個人・行動要素」に関しては、独自調査によるデータに基づいて、幅広い観点から評価項目を設定している。具体的な指標群については、ベンチマークリング・システムの開発に関する別稿に記載している。

なお、介護保険に限定しなければ、国内でもベンチマークを試みた事例は、厚生省老人保健福祉局による「全国市町村別健康マップ(昭和60~平成9年度)」、財団法人日本医療機能評価機構による「病院機能評価事業(平成9年以降)」、厚生労働省老健局による「保健事業評価マニュアル(平成8年、平成14年)」、健康日本21計画策定検討会による「健康日本21」など数多くある。しかし、その全てがその後も運用され、定着したわけではない。

前述した兵庫県の事例もまた県の主導によって評価項目が設定されたものの、その後定着には至らなかった。その背景は、評価項目の有益性や現場職員の負担感、予算上の問題など様々であろうが、ベンチマーク評価の定着の

ためには、そもそもベンチマークする目的を実践主体と共有し、現場で受け入れられる運用システムまでを検討・協議していくことが最も重要であると考えられる。設定したベンチマーク指標が格付けやレーティングを意図しているなくとも、数値にして相対化することによって結果的に誤った理解につながる可能性は否定できない。来年度以降は、運用面を含めてさらに作業を進める必要がある。

その際に、生態系管理の分野で用いられる「順応的管理」という方法は一定の参考になるものと考えられる。生態系管理の分野では、科学的に十分に解明されていない対象を扱うために、計画における未来予測の不確実性を認め、計画を継続的なモニタリング評価と検証によって隨時見直しと修正を行なながら管理するという手法が用いられるようである。介護予防事業に関しても、当初想定し得なかつた様々な波及効果が生じている可能性があるとすれば「順応的管理」に示されているような柔軟な評価指標の設定とプログラム評価システムを検討する必要があると考えられる。

E. 結論

介護予防ベンチマーク指標（2010年度版）の開発に際して、介護予防事業の評価に関するいくつかの先進的な取り組みを調べた。それにより、厚生労働省が当初示した介護予防事業評価の指標例と、既存の介護給付実績情報を活用したいいくつかの有益な指標が確認された。それと同時に、既存の指標だけでは、介護予防を含む健康の社会的決定要因として考慮すべき重要な変数を把握できず、独自調査によるデータを統合する必要があることが確認された。ベンチマーク指標の開発とともに、評価の定着にむけた実務・運用面での課題については今後さらに検討を重ねる必要がある。

F. 引用文献

平野隆之・笹川修（2008）「介護保険

給付分析ソフトの設計思想と到達点；保険者主体の評価ツール」『社会政策研究』8, pp176-188.

兵庫県（2007）介護予防事業運営指針（平成19年3月）.

http://web.pref.hyogo.jp/hw18/hw18_00000039.html

国土交通省湾岸局（2007）順応的管理による海辺の自然再生.

<http://www.mlit.go.jp/kowan/handbook/>

厚生労働省（2005）介護予防事業に係る市町村介護保険事業計画に関する報告書（研究班班長：鳥帽子田彰）

Rossi, PH. Lipsey, MW. & Freeman, HE. (2004) Evaluation: a systematic approach. 7th edition. Sage publication
(大島巖・平岡公一・森俊夫ほか：
プログラム評価の理論と方法：システムティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド、日本評論社、2005年)

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

自治体の介護予防ベンチマーク指標の作成

研究分担者 市田 行信（日本福祉大学健康社会研究センター客員研究員）
尾島 俊之（浜松医科大学健康社会医学講座教授）
平井 寛（日本福祉大学健康社会研究センター主任研究員）
近藤 尚己（山梨大学大学院医学工学総合研究部社会医学講座講師）
研究協力者 斎藤 雅茂（日本福祉大学地域ケア研究推進センター主任研究員）
鄭 丞媛（日本福祉大学健康社会研究センター主任研究員）
研究代表者 近藤 克則（日本福祉大学社会福祉学部教授）

要旨

本報告では、自治体の介護予防ベンチマーク指標の作成プロセスと、その作成プロセスについて説明した。作成プロセスとして、全体のフレームワーク作成、指標そのものを評価するための基準の作成、作業メンバーにより作成された指標の整理統合、を経て、全体のフレームワークの構成要素ごとに、①インプット：23指標、②プロセス：103指標、③環境要素：41指標、④個人・行動要素：52指標、⑤効果・アウトカム：19指標、合計238の指標が作成された。次年度以降、本年度の課題を踏まえた検討をひきつづき行っていく必要がある。

A. 目的

本報告では、作成された自治体の介護予防ベンチマーク指標の解説と、その作成プロセスについて説明した。

本年度の介護予防ベンチマーク指標作成作業の位置づけは、無数に考えられる介護予防ベンチマーク指標の中から、最終的な介護予防ベンチマーク指標の候補となるものを選定する作業といえる。次年度以降、さらなる絞込みを行っていくための準備と位置づけられ、本年度作成されたものは、途中経過としての案であり、測定可能性等にかかわらず広く可能性のある指標を収集、検討した。

B. 方法

作業プロセスは、以下のとおりである。

まず、第一のプロセスとして、本報告の研究代表者、研究分担者、研究協力者（以下、作成メンバー）により、全体のフレームワークを作成した（図1）。全体のフレームワークの構成要素は、最終的に①インプット、②プロセス、③環境要素、④個人・行動要素、⑤効果・アウトカムとなった（詳細は「介護保険の総合的政策評価ベンチマーク・システムの開発」）。これらの構成要素が、個別の介護予防ベンチマーク指標の上位概念となる、

第二プロセスとして、介護予防ベンチマーク指標そのものを評価し、取捨選択するための基準を作成した。最終的には正確性・内容的代表性・社会的受容性・学術的重要性・介入可能性・入手容易性、に絞り込まれた（詳細は「自治体の介護予防ベンチマーク指標の

評価基準に関する研究」)。

第三プロセスとして、各メンバーが作成した個別の介護予防ベンチマーク指標の原案を結合し、重複するものの削除、類似するものの統合を実施し、介護予防ベンチマーク指標の素案を作成した。そして、作成された素案を各メンバーが精査した上で研究会を実施し、全体のフレームワークや本研究事業の趣旨から不足しているものや不要なもの、また修正するものを明確化し、追加、削除、修正を行った。ここでは先行する指標作成の事例として、厚生労働省による「介護予防事業に係る市町村介護保険事業計画に関する報告書」(文献1)、兵庫県による「介護予防事業運営指針」(文献2)、日本福祉大学による「介護保険給付分析ソフト」(文献3)などが参考にされた(詳細は「介護予防ベンチマークに関する先行指標の整理」)。

第四のプロセスとして、上のプロセスにより挙げられた、介護予防ベンチマーク指標について、その公正や効率性を把握すべきものについて検討し明示した。

C. 結果

作成された介護予防ベンチマーク指標は、構成要素ごとに、①インプット：23指標、②プロセス：103指標、③環境要素：41指標、④個人・行動要素：52指標、⑤効果・アウトカム：19指標となり合計238指標となった(表1)。

介護予防ベンチマーク指標の全体は、表2に示した。各行が介護予防ベンチマーク指標を示している。各列がその作成された介護予防ベンチマーク指標の評価基準である。また、表内の右側の列には、介護予防ベンチマーク指標のうち効率性や公正を別の指標として把握すべきであるものを明示した。

表2の各セルには、列方向の評価基準で各行

の介護予防ベンチマーク指標を評価した場合の評価結果を◎・○・△・×の記号として示した。評価結果と記号の対応は、評価基準ごとに定義されており異なっている(図2)。

D. 考察

実際に作業を進める中で、様々な課題が明らかになった。たとえば、先行研究等では重要性が指摘されているものであっても、データが公表されていない場合や、測定困難なものが存在した。これについては、現段階では、測定方法や入手方法が未知のものについても、概念的に重要と考えられるものについては除外しなかった。次年度以降、測定方法や入手方法の詳細、代替可能な類似の指標等について検討を進めていく必要がある。

さらに、情報の空間的レベル等が異なる場合があり、指標化が単純でないものが存在した。例えば、自治体の介護予防ベンチマーク指標として情報を把握すべき対象としては、自治体レベルの施策から、個人レベルの健康状態、また、個別の事業などが対象となっている。最終的にはすべて自治体単位の指標とする必要があったため、指標化の際には幾通りかの指標化の選択肢が存在する場合もあったが、今回の介護予防ベンチマーク指標の作成においては、その作成のしやすさや、データの入手可能性、分かりやすさなどを考慮し総合的に判断し、指標化の方法を決定した。

効率性及び公正については、全体のフレームワーク上重要と考えられたため、現時点の案として、介護予防ベンチマーク指標に含めたが、次年度以降より詳細に検討していくことが必要である。

参考文献

- 1) 厚生労働省 (2005) 介護予防事業に係る

市町村介護保険事業計画に関する報告書

(研究班班長：鳥帽子田彰)

2) 兵庫県(2007)「介護予防事業運営指針(平成19年3月)」.

3) 平野隆之・笹川修(2008)「介護保険給付分析ソフトの設計思想と到達点；保険者主体の評価ツール」『社会政策研究』8,
pp176-188.

図1 治自体の介護予防ベンチマーク作成の際の全体のフレームワーク

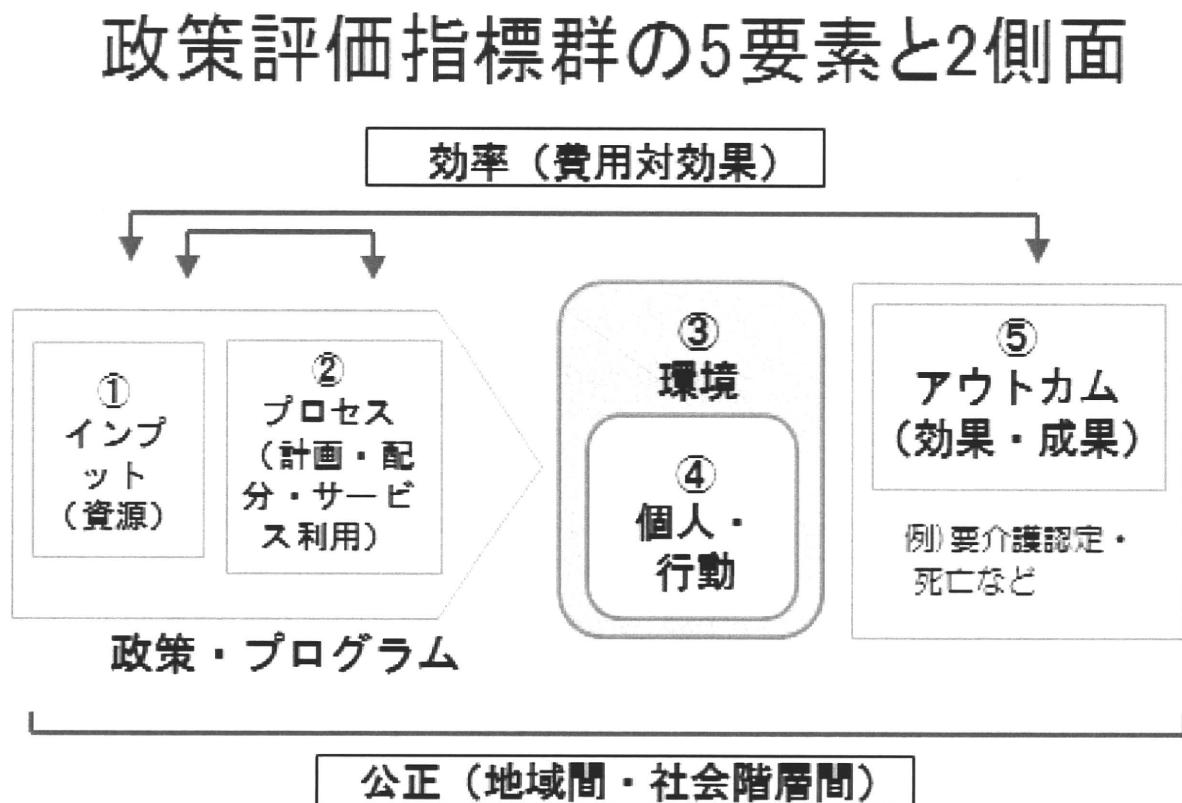


図2 ベンチマーク指標の評価基準

正確性:

指標としての信頼性と妥当性からなる。信頼性とは、保険者間信頼性、(異時点間)再現性の高さであり、妥当性は測定したい対象を捉えている度合い

◎:信頼性・妥当性が共に高いもの

○:信頼性・妥当性が一定程度あるもの

△:信頼性・妥当性にやや難があるもの

×:信頼性と妥当性に大きな問題があるもの

内容的代表性:

評価しようとする上位概念(フレームワーク上①～⑦)の要素の大きな部分を包含し、その概念を代表して捉えるのに相応しい度合い

◎:代表性の高いもの

○:ある程度の代表性があるもの

△:代表性にやや難があるもの

×:代表性に問題があるもの

社会的受容性:

「社会」には、介護保険担当の行政職や施設の職員、議員やマスコミ、一般市民・国民などの立場が含まれる。その指標を用いることが受け入れるか、その指標の意味がわかりやすいかなど、社会から広く受容されやすい度合い

◎:どの立場から見ても、受容性が高いもの

○:一部の立場ではあるが、受容性が高いもの

△:一つ以上の立場から、その指標の使用に対しクレームなどが予想されるもの

×:多くの立場から、受け入れられないもの

学術的重要性:

学術的・科学的にみて新規性があること、また介護予防に向けての機序などを学術的・科学的に考えた際の価値や重要性の度合い

◎:学術的にみた新規性や重要性が高いもの

○:学術的にみた重要性が有る程度高いもの

△:学術的にみた重要性が余り高くないもの

×:学術的にみた重要性がほとんどないもの

介入可能性:

自治体の政策決定者などの立場で考えた場合、3年程度の期間で介入により変化させることができるかの度合い

◎:容易に介入が可能なものの

○:介入が有る程度可能なものの

△:介入が難しいものの

×:介入が不可能と思われるものの

入手容易性:

指標作成に必要なデータ入手の容易性の度合い

◎:公表済みの既存統計等に存在するもの

○:未公表だが自治体内で既に把握、または実施済みのアンケート調査などで把握可能

△:今後のアンケート調査などを行えば入手可能と予想できるもの

×:入手可能性が未知数または入手困難なもの

表 1

大分類	小分類	指標数
①インプット	インプット全般	23
②プロセス	サービス	23
	事業	14
	事業の会場までの交通手段	2
	事業対象者の属性	4
	各事業の詳細	49
	計画	7
	情報管理	3
	予防事業終了後の対応	1
③環境要素	社会参加の環境	7
	ソーシャル・キャピタル	7
	構築環境	14
	背景・特性	13
④個人・行動要素	心理的	2
	社会関係リスク	13
	運動器リスク者割合	4
	口腔リスク者割合	9
	認知症リスク者割合	5
	うつリスク者割合	5
	重複リスク者割合	3
	個人背景	11
⑤効果・アウトカム	効果・アウトカム	19
合計		238

表2
○、△、×の差違は別紙参照

行番号	分類	指標	単位	正確性	内閣的 代表性	社会的 受容性	学術的 介入可能 性	入手方法	入手性 容易性	政策的 優先度 (行政制 度)	総合 判定 (次年度)	【O(測定すべき指標) △(測定すべき指標) □(測定すべき指標) 無印(測定しない指標)】		介護予防事業費 算額(高齢者一人 当たり)を算額を分 別する場合	
												自治体間	自治体内地区間		
1	①インプット(準備)	介護予防事業費(高齢者一人当たり)	円	○	○	△	×	公開資料(行政)	○						
2	インプット(全般)	介護予防評価事業費 1次予防(対象者一人当たり)	円	○	○	△	×	公開資料(行政)	○						
3		介護予防評価事業費 2次予防(対象者一人当たり)	円	○	○	△	×	公開資料(行政)	○						
4		介護予防事業別予算(事業種別ごとの構成)	構成比	○	○	△	×	公開資料(行政)	○						
5		介護予防事業別人員費(労働時間)事業種別ごとの構成	構成比	○	○	△	×	内部資料(行政)	○						
6		介護保険給付費(高齢者一人当たり)	円	○	○	△	×	内部資料(行政)	○						
7		介護者に対する社会保障費(高齢者一人当たり)	円	○	○	△	×	内部資料(行政)	○						
8		介護予防の施設設備の種別ごとの有無	有無	○	○	○	○	内部資料(行政)	○						
9		介護予防事業実施一般職スタッフ・医師の数	対象者との比率	○	○	○	△	内部資料(行政)	○						
10		介護予防事業実施一般職スタッフ・看護師の数	対象者との比率	○	○	○	△	内部資料(行政)	○						
11		介護予防事業実施一般職スタッフ・保健師の数	対象者との比率	○	○	○	△	内部資料(行政)	○						
12		介護予防事業実施一般職スタッフ・保健師の数	対象者との比率	○	○	○	△	内部資料(行政)	○						
13		介護予防事業実施一般職スタッフ・医師・看護師・保健師等医療従事者数の合計	対象者との比率	○	○	○	△	内部資料(行政)	○						
14		介護予防事業実施専門職スタッフ・理学療法士の数	対象者との比率	○	○	○	○	内部資料(行政)	○						
15		介護予防事業実施専門職スタッフ・作業療法士の数	対象者との比率	○	○	○	○	内部資料(行政)	○						
16		介護予防事業実施専門職スタッフ・健常運動指導士の数	対象者との比率	○	○	○	○	内部資料(行政)	○						
17		介護予防事業実施専門職スタッフ・研究者の数	対象者との比率	○	○	○	○	内部資料(行政)	○						
18		介護予防事業実施専門職スタッフ・准看護師の数合計	対象者との比率	○	○	○	○	内部資料(行政)	○						
19		介護予防事業実施一般職スタッフ・常勤人數合計	対象者との比率	○	○	○	○	内部資料(行政)	○						
20		介護予防事業実施その他のスタッフ常勤人數合計	対象者との比率	○	○	○	○	内部資料(行政)	○						
21		介護予防事業実施その他のスタッフ非常勤及び非常勤人數合計	対象者との比率	○	○	○	○	内部資料(行政)	○						
22		介護予防事業実施一般職スタッフ常勤及び非常勤人數合計	対象者との比率	○	○	○	○	内部資料(行政)	○						
23		介護予防事業実施専門職スタッフ常勤及び非常勤人數合計	対象者との比率	○	○	○	○	内部資料(行政)	○						
24		介護予防事業実施その他のスタッフ常勤及び非常勤人數合計	対象者との比率	○	○	○	○	内部資料(行政)	○						
25	②プロセス	介護保険料(所得区分別)	円	○	○	○	○	内部資料(行政)	○						
26	サービス	介護保険料(所得区分別)	円	○	○	○	○	内部資料(行政)	○						
27		保険料・サービス利用料の低所得者優遇措置の有無	有無	△	○	○	△	内部資料(行政)	○						
28		介護予防事業補助金サービス受給者割合	%	○	○	○	○	内部資料(行政)	○						
29		Accessibility Coverage 距離など利用参加やすい人の割合	%	△	○	○	○	内部資料(行政)	×					△	
30		介護保険事業計画の公平性に賛成しているか	有無	△	○	○	○	内部資料(行政)	○						
31		公平性が配慮されているに賛成するか	有無	△	○	○	○	内部資料(行政)	○						
32		介護予防事業計画の公平性について、地域住民権・サービス提供事業者・その他の利害関係者が受けられているか(計画策定時・計画策定後・定期的に監視)	有無	△	○	○	○	内部資料(行政)	○						
33		介護予防事業計画の公平性について、地域住民権・サービス提供事業者があるか	有無	△	○	○	○	内部資料(行政)	○						
34		市民が参加する委員会・監視会等で、介護予防サービスの公平性に関する検討が継続して行われるか	回数	○	○	○	○	内部資料(行政)	○						
35		要介護リスク一ヶ月予防事業の定員	%	○	○	○	○	内部資料(行政)	○						
36		地域包括支援センターへの問合せ・相談をしてきた件数/高齢者数割合	件数	○	○	○	○	内部資料(行政)	○						
37		ケアマネジメント件数	件数	○	○	○	○	内部資料(行政)	△					△	
38		全高齢者中、各事業に回以上参加した者の割合	%	○	○	○	○	内部資料(行政)	△					△	
39		基本エコクリス実施率は、高齢者人口の50%を超えているか(実庫算)	有無	○	○	○	○	内部資料(行政)	○					△	
40		基本エコクリス回収率	%	○	○	○	○	内部資料(行政)	△					△	
41		特定高齢者扶養者把握率は、高齢者人口の1%を超えているか(実庫算)	有無	○	○	○	○	内部資料(行政)	△					△	

行番号	分類	指標	単位	正確性 内面的 代表性	社会的 受容性 要性	介入可能 性	入手方法	入手 容易性	政策的 優先度 (行政側 の判断)	総合 判定 (次年度)	【O(測定すべき指標)△(測定すべきだが容易でない指標)】		介護予防事業予 算額(高齢者一 人当たり)を「母 母」	効率性(Effectiveness) △(測定すべき指標) 無印(測定しない指標)
											自治体間	自治体内地区間	社会時間	
42		特定高齢者の介護予防事業参加率は、50%を超過しているか(兵庫県)	有無	○	○	○	内部資料(行政)	△			○	○	△	
43		特定高齢者の介護予防事業参加者は、高齢者人口の5%を超過しているか(兵庫県)	有無	○	○	○	内部資料(行政)	△			○	○	△	
44		特定高齢者を適切に把握・選定するため直轄の把握経路を確保しているか(厚労省・兵庫県)	有無	△	○	○	内部資料(行政)	△			△	△	△	
45		事業の実施状況を把握しているか(厚労省・兵庫県)	有無	△	○	○	内部資料(行政)	△						
46		保険者・地域包括支援センター・事業実業者との情報共有のためのケア金庫の回数	回数	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	
47		通所型介護予防事業回数(件数)(厚労省)	対象者との比率	○	○	○	内部資料(行政)	△			○	○	○	
48	事業	訪問型介護予防事業回数(件数)(厚労省)	対象者との比率	○	○	○	内部資料(行政)	△			○	○	○	
49		事業開始回数	対象者との比率	○	○	○	内部資料(行政)	○			○	○	○	
50		事業参加者数の区べ人数	対象者との比率	○	○	○	内部資料(行政)	△			○	○	△	
51		事業参加者数の実入数	対象者との比率	○	○	○	内部資料(行政)	△			○	○	△	
52		各事業の参加率(参加者数÷参加予定数)	%	○	○	○	内部資料(行政)	△			○	○	△	
53		事業参加者割合(参加者数÷参加対象者数)	%	○	○	○	内部資料(行政)	△			○	○	△	
54		各事業の実施率(実施件数÷実施予定期)	%	○	○	○	内部資料(行政)	△			○	○	△	
55		事業実施回数は年間計画を達成しているか(兵庫県)	有無	△	○	○	内部資料(行政)	△			○	○	△	
56		介護予防事業に圖ずる懲戒金の実施回数(兵庫県)	対象者との比率	○	○	○	内部資料(行政)	△			○	○	△	
57		小地域単位で介護予防や介護保険の普及推進を行っているか(兵庫県)	有無	△	○	○	内部資料(行政)	△			○	○	△	
58		介護予防のためのランティア・地域組織を開設しているか(兵庫県)	有無	△	○	○	内部資料(行政)	△			○	○	△	
59		既存の地域組織ご介護予防の普及啓発を行っているか(兵庫県)	有無	△	○	○	内部資料(行政)	△			○	○	△	
60		事業実施場所の配置(個々の住民までの距離の平均)	平均距離	○	○	○	内部資料(行政)	△			△	△	△	
61		介護予防事業会員の一一定距離圏に含まれる一般高齢者の数の割合	%	○	○	○	内部資料(行政)	△			○	○	△	
62	事業の会場までの公共交通手段	企画への専門機関参画の有無	有無	△	○	○	内部資料(行政)	△			△	△	△	
63		各保険者が送迎業務を行っているか	有無	△	○	○	内部資料(行政)	△			△	△	△	
64		実施施設が送迎業務を行っているか	有無	△	○	○	内部資料(行政)	△			○	○	△	
65	事業対象者の属性	脳血管疾患の人の事業対象者に占める割合	%	△	×	△	○	×	△		△	△	△	
66		変形性関節症の人の事業対象者に占める割合	%	△	×	△	○	×	△		△	△	△	
67		腰痛症の人の事業対象者に占める割合	%	△	×	△	○	×	△		△	△	△	
68		高血压の人の事業対象者に占める割合	%	△	×	△	○	×	△		△	△	△	
69	各事業の詳細	①運動器の機能向上の実施箇所数(箇所)	対象者との比率	○	○	○	○	○	○		○	○	○	
70		①運動器の機能向上の実施回数(回/年)	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	
71		①運動器の機能向上の参加実入数(男:人)対象者に占める割合	%	○	○	○	○	○	○		○	○	○	
72		①運動器の機能向上の参加延べ人数(男:人)対象者に占める割合	%	○	○	○	○	○	○		○	○	○	
73		②栄養改善の実施回数(回/年)	対象者との比率	○	○	○	○	○	○		○	○	○	
74		①運動器の機能向上の参加延べ人数(女:人)対象者に占める割合	%	○	○	○	○	○	○		○	○	○	
75		②栄養改善の実施箇所数(箇所)	対象者との比率	○	○	○	○	○	○		○	○	○	
76		②栄養改善の実施回数(回/年)	対象者との比率	○	○	○	○	○	○		○	○	○	
77		②栄養改善の参加実入数(男:人)対象者に占める割合	%	○	○	○	○	○	○		○	○	○	
78		②栄養改善の参加延べ人数(男:人)対象者に占める割合	%	○	○	○	○	○	○		○	○	○	
79		②栄養改善の実施回数(回/年)	対象者との比率	○	○	○	○	○	○		○	○	○	
80		②栄養改善の参加実入数(女:人)対象者に占める割合	%	○	○	○	○	○	○		○	○	○	
81		③口腔機能改善の実施箇所数(箇所)	対象者との比率	○	○	○	○	○	○		○	○	○	
82		③口腔機能改善の実施回数(回/年)	対象者との比率	○	○	○	○	○	○		○	○	○	
83		③口腔機能改善の参加実入数(男:人)対象者に占める割合	%	○	○	○	○	○	○		○	○	○	
84		③口腔機能改善の参加延べ人数(男:人)対象者に占める割合	%	○	○	○	○	○	○		○	○	○	

行番号	分類	指標	単位	正確性 内面的 代表性	社会的 受容性 学術的情 報の導入可能 性	介入可能 性	入手方法	入手易 易性	政策的 優先度 (行政側) (次年度)	報告 期定期 (次年度)	[O] (測定すべき指標) 公正(Equality) □ (測定すべき指標) 純粋(Equality) □ (測定すべき指標) 無印 (測定しない指標)	効率性(Efficiency) □ (測定すべき指標) 純粋(Equality) □ (測定すべき指標) 無印 (測定しない指標)		
											自治体間	自治体内地区間	社会時間	介護防害業者一 対一の連携(事業 者と事業者)を分 母
85		③口腔機能改善の参加実入数(女:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	△	公開資料(行政)	○					○
86		③口腔機能改善の参加実入数(女:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	△	公開資料(行政)	○					○
87		①・②の組み合わせの実施箇所数(箇所)		対象者との比率	○	○	○	○	○	○	○	○		○
88		①・②の組み合わせの実施回数(回/年)		対象者との比率	○	○	○	○	○	○	○			○
89		①・②の組み合わせの参加実入数(男:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	△	公開資料(行政)	○					○
90		①・②の組み合わせの参加延べ人数(男:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	△	公開資料(行政)	○					○
91		①・②の組み合わせの参加実入数(女:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	△	公開資料(行政)	○					○
92		①・②の組み合わせの参加延べ人数(女:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	△	公開資料(行政)	○					○
93		①・③の組み合わせの実施箇所数(箇所)		対象者との比率	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
94		①・③の組み合わせの実施回数(回/年)		対象者との比率	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
95		①・③の組み合わせの参加実入数(男:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	△	公開資料(行政)	○					○
96		①・③の組み合わせの参加延べ人数(男:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	△	公開資料(行政)	○					○
97		①・③の組み合わせの参加実入数(女:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	△	公開資料(行政)	○					○
98		①・③の組み合わせの参加延べ人数(女:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	△	公開資料(行政)	○					○
99		②・③の組み合わせの実施箇所数(箇所)		対象者との比率	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
100		②・③の組み合わせの実施回数(回/年)		対象者との比率	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
101		②・③の組み合わせの参加実入数(男:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	△	公開資料(行政)	○					○
102		②・③の組み合わせの参加延べ人数(男:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	△	公開資料(行政)	○					○
103		②・③の組み合わせの参加実入数(女:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	△	公開資料(行政)	○					○
104		②・③の組み合わせの参加延べ人数(女:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	△	公開資料(行政)	○					○
105		①・②・③の組み合わせの実施箇所数(箇所)		対象者との比率	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
106		①・②・③の組み合わせの実施回数(回/年)		対象者との比率	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
107		①・②・③の組み合わせの参加実入数(男:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	△	公開資料(行政)	○					○
108		①・②・③の組み合わせの参加延べ人数(男:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	△	公開資料(行政)	○					○
109		①・②・③の組み合わせの参加実入数(女:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	△	公開資料(行政)	○					○
110		①・②・③の組み合わせの参加延べ人数(女:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	△	公開資料(行政)	○					○
111		その他の事業の実施箇所数(箇所)		対象者との比率	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
112		その他の事業の実施回数(回/年)		対象者との比率	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
113		その他の事業の参加実入数(男:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	○	△	公開資料(行政)	○				○
114		その他の事業の参加延べ人数(男:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	○	△	公開資料(行政)	○				○
115		その他の事業の参加実入数(女:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	○	△	公開資料(行政)	○				○
116		その他の事業の参加延べ人数(女:人) 対象者に占める割合	%	○	○	○	○	△	公開資料(行政)	○				○
117	計画	定期的に保険者が事業終了者に対して機会を提供している 事業の実施量と需要量の関係を把握しているか(厚労省・兵庫県)	有無	△	×	△	○	△	ヒアリング	×			△	△
118		事業実施状況の検証に基づき、次年度以降の実施計画の見直しを行っているか(厚労省・兵庫県)	有無	△	△	○	○	○	内部資料(行政)	△				
119		事業の効果を分析する体制が確立しているか(厚労省・兵庫県) 特定高齢者を適切に把握・選定するため算数の把握経験を確保しているか(厚労省・兵庫県)	有無	△	△	○	○	○	内部資料(行政)	△				
120		事業実施回数は年間計画を達成しているか(兵庫県)	有無	△	○	○	○	○	内部資料(行政)	△				
121	情報管理	特定高齢者に関する情報を提供した関係機関へ当該特定高齢者に対する事業の実施状況 についての質問調査を行っているか(厚労省・兵庫県)	有無	△	△	○	○	○	内部資料(行政)	△				
122		事業の効果を分析する体制が確立しているか(厚労省・兵庫県)	有無	△	△	○	○	○	内部資料(行政)	△				
123		事業実施回数は年間計画を達成しているか(兵庫県)	有無	△	△	○	○	○	内部資料(行政)	△				
124		定期的に保険者が事業終了者に対して機会を提供している 事業の実施量と需要量の関係を把握しているか(厚労省・兵庫県)	有無	△	○	○	○	○	内部資料(行政)	△				
125		事業実施状況の検証に基づき、次年度以降の実施計画の見直しを行っているか(厚労省・兵庫県)	有無	△	△	○	○	○	内部資料(行政)	△				
126		事業の効果を分析する体制が確立しているか(厚労省・兵庫県) 特定高齢者を適切に把握・選定するため算数の把握経験を確保しているか(厚労省・兵庫県)	有無	△	△	○	○	○	内部資料(行政)	△				
127		特定高齢者の個人情報を共有するようにについて、対象者に十分な説明を行い、同意を得ているか(厚労省・兵庫県)	有無	△	△	○	○	○	内部資料(行政)	△				

行 番 号	分類	指標	単位	正確性	内部的 一致性	社会的 受容性	判断的 重要性	介入可能 性	入手方法	入手 容易性	政策的 優先度 (行政方 面の判断)	報酬 (次年度)	【〇】(測定すべき指標)△(測定すべきが容易でない指標) □(測定すべき指標)無印(測定しない指標)		介護予防基準予 算額(高齢者分 人当たり)を分母 乗算	介護予防基 準予算額(事業 法人当たり)を分 母乗算	
													【〇】(測定すべき指標)△(測定すべきが容易でない指標) □(測定すべき指標)無印(測定しない指標)	社会陶腹時間			
128	予防事業終了後の対応	事業終了後の介入の実施有無	有無	△	△	○	◎	×	ヒアリング	×				△	△		
129	③環境要素	ボランティア参加機会の数(高齢者一人当たり)	数/人	○	○	○	○	○	アンケート	○				○			
130	社会参加の環境	高齢者就労機会の数(高齢者一人当たり)	数/人	○	○	○	○	○	入手法が未知	×							
131		交流のための施設数(高齢者一人当たり)	数/人	○	○	○	○	○	内部資料(行政)	△				○			
132		ボランティア組織数(高齢者一人当たり)	数/人	○	○	○	○	○	内部資料(行政)	△				○			
133		民主委員へ貢献高齢者一人当たり)	数/人	○	△	○	○	△	アンケート	○				○			
134		地域の社会参加の状況などを組織数(高齢者一人当たり)	数/人	○	△	○	○	△	アンケート	○				○			
135		「一般的に人は信用できるの質問に対してはいまおまかせ場合にどうする」の割合	%	○	○	○	○	○	アンケート	○				○			
136		「多くの場合は他の人のせいにこうとする」の質問に対してはいまおまかせ場合にどうする」の割合	%	○	○	○	○	○	アンケート	○				○			
137		ボランティアのグループに参加の割合	%	○	○	○	○	○	アンケート	○				○			
138		趣味の会に参加の割合	%	○	○	○	○	○	アンケート	○				○			
139		スポーツの会に参加の割合	%	○	○	○	○	○	アンケート	○				○			
140		活動への出席頻度 月1~2回以上の割合	%	○	○	○	○	○	アンケート	○				○			
141		活動への参加 やや自主的以上の割合	%	○	○	○	○	○	アンケート	○				○			
142		活動への参加 やや自動的以上の割合	%	○	○	○	○	○	アンケート	○				○			
143	構築環境	かかりつけの医療機関への交通費(コスト)	円	○	○	○	○	○	アンケート	○				○			
144		利用している介護・福祉施設への交通費(コスト)	円	○	○	○	○	○	アンケート	○				○			
145		交通の安全性	スケール	△	○	○	○	△	手方法が未知	×				○			
146		ハリアリ一度	スケール	△	○	○	○	△	手方法が未知	×				△			
147		轍地の量存量	スケール	△	○	○	○	△	手方法が未知	×				△			
148		歩道の量存量	スケール	△	○	○	○	△	手方法が未知	×				△			
149		walkability	スケール	△	○	○	○	△	手方法が未知	×				△			
150		治安(刑法犯者検挙数など)	数	○	○	△	○	△	手方法が未知	×				△			
151		介護サービス受給率(日割)	%	○	△	○	○	△	手方法が未知	×				○			
152		人資本利用者数(介護保険受給者数)	%	○	△	○	○	△	手方法が未知	×				○			
153		施設利用者数(介護保険受給者数)	%	○	△	○	○	△	手方法が未知	×				△			
154		施設4~5人敷居で施設利用者数	%	○	△	○	○	△	手方法が未知	×				○			
155		保険料控除の分布(介護保険料控除額)	%	○	△	○	○	△	手方法が未知	×				○			
156		利用者に占める第1~3段階の割合	%	○	△	○	○	△	手方法が未知	×				○			
157	背景・特性	利用者に占める第1~2段階の割合	%	○	△	○	○	△	手方法が未知	×				○			
158		高齢化率	平均値	○	○	○	○	○	手方法が未知	×				○			
159		後期高齢者割合	%	○	△	○	○	×	手方法が未知	×				○			
160		人口密度	数	○	○	○	○	△	手方法が未知	○				○			
161		都市的・農村的地理特性(4分類 農業センサス)	4分類	○	○	○	○	△	手方法が未知	○				△			
162		近隣の食料品店(1km ² にしめる割合)	数	○	○	○	○	△	手方法が未知	○				○			
163		公共交通機関・車(1km ² にしめる割合)	数	○	○	○	○	△	手方法が未知	○				△			
164		家庭の状況(住居区分)	%	○	△	△	△	×	手方法が未知	○				○			
165		一人当たり平均床数	平均値	○	○	○	○	△	手方法が未知	○				△			
166		通防者割合	%	△	○	○	○	△	手方法が未知	○				△			
167		税収(高齢者一人当たり)	円	○	△	△	△	×	手方法が未知	○				△			
168		平均可処分所得(介護保険料区分の利用)	円	○	△	△	△	×	手方法が未知	○				○			
169		生活保護者割合	%	○	△	△	○	×	手方法が未知	○				○			
170														○			

行 番 号	分類	指標	公正(Equity) [○(測定すべき指標) △(測定すべき指標) 無印=測定しない指標]								効率性(Efficiency) [○(測定すべき指標) △(測定すべき指標) 無印=測定しない指標]
			単位	正確性 の代表性	社会的 受容性	学術的 重視性	介入可能 性	入手方法	人手 容易性	政策的 優先度 (行政側 の判断)	
171	④個人・行動要素(同時に複数要素)										
172	心理的	主観的健常維持改善割合(「労働者・未就職」)	%	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
173	社会関係リスク	主観的健常維持改善割合(「労働者」)	%	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
174		社会活動指標平均スコア	平均値	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
175		同じくも高齢者割合(外出頻度が週に1回未満)	%	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
176		社会的に孤立した高齢者の割合(交流頻度が週に1回未満)	%	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
177		情緒的ソーシャルサポート(受給)ありの割合	%	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
178		手段的ソーシャルサポート(受給)ありの割合	%	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
179		情熱的ソーシャルサポート(提供)ありの割合	%	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
180		手段的ソーシャルサポート(提供)ありの割合	%	○	○	○	×	アンケート	○		○ △
181		効率高齢者割合	%	○	○	○	○	アンケート	○		○ △
182		相対的防災指標 (住宅設備、ライフラインの停止経験、など) 地域防災の参加頻度	スケール	○	○	○	×	アンケート	○		○ △
183		地図活用の参加頻度	平均値	○	○	○	○	アンケート	○		○ △
184		介護保険制度について理解している高齢者の割合	%	△	△	○	○	アンケート	○		△ △
185		介護予防についての正確な知識保有者割合	%	△	△	○	○	アンケート	○		△ △
186		社会活動実務のある人の割合	%	△	○	○	△	アンケート	○		○ △
187	運動器リスク者割合	1年間の筋力量	平均値	○	○	○	○	アンケート	○		○ △
188		歩行時間	平均値	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
189		運動系の趣味のある者の割合	%	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
190		基本チェックリスト運動項目該当者割合 (複数枚少ない)	%	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
191	口腔リスク者割合	主観的口腔健康良い者の割合	%	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
192		咀嚼力良い者の割合	%	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
193		基本チェックリスト口腔項目該当者割合	%	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
194		低栄養(BMI、自己申告の身長・体重による)	スケール	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
195		低栄養(アルブミン)	平均値	○	○	○	△	アンケート	○		△ △
196		低栄養(肉・魚等の摂取状況)	スケール	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
197		日M!	平均値	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
198		食事野菜果物・肉)	スケール	○	○	○	△	アンケート	○		△ △
199	認知症リスク者割合	物忘れ(人)	スケール	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
200		物忘れ(場所)	スケール	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
201		物忘れ(時間)	スケール	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
202		基本チェックリスト認知症項目該当者割合	%	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
203		生活機能維持改善割合(重労作)	%	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
204	リスク者割合	うつ傾向者割合(GDS15項目版で9点以上)	%	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
205		基本チェックリストうつ項目該当者割合	%	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
206		不眠の者の割合	%	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
207		SOC(ストレス耐忍能力)が低い人の割合	%	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
208		6つのリスク要因ある者	%	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
209	重複リスク者割合	認定のハイリスクの組み合わせ割合(これから探査)	%	○	○	○	△	アンケート	○		○ △
210		個人の社会参加	平均値	○	○	○	○	アンケート	○		○ △
211		リスク者割合(高齢化・肥満・喫煙・歯科疾患・口腔・運動なしのこれらがある者)	%	○	○	○	△	アンケート	○		△ △
212	個人背景										
213											

行番号	分類	指標	単位	正確性 内部的 代表性	社会的 妥当性	判断の 介入可能 性	入手方法	政策的 容易性	判定 枠(次半期) 枠(行政側 の判断)	【〇(測定すべき指標) △(測定すべきだが容易でない 指標) 無印(測定しない指標)】		介護予防事業者一 介護予防事業者一 算額(高齢者一 人当たり)を母 母	効率性(Efficiency) 公正(Equality) 測定する指標
										【〇(測定すべき指標) 無印(測定しない指標)】	【〇(測定すべき指標) 無印(測定しない指標)】		
214		被診受診者割合	%	○	○	○	○	○	○	アンケート	○	○	△
215		生活機能維持・改善割合(厚労省)	%	○	○	○	○	○	△	アンケート	○	○	△
216		運動機能項目(標準)	平均値	○	○	○	○	○	△	アンケート	○	△	△
217		最大歩行・握力・長座位体位困・ほか全10項目 疾患数	平均値	○	○	○	○	○	△	アンケート	○	○	△
218		内服薬数	平均値	○	○	○	○	○	△	アンケート	○	○	△
219		在勤勤務のある者の割合	%	○	○	○	○	○	△	アンケート	○	○	△
220		実施習慣のある者の割合	%	○	○	○	○	○	△	アンケート	○	○	△
221		就寝習慣のある者の割合	%	○	○	○	○	○	△	アンケート	○	○	△
222		低所得者の割合	%	○	○	△	○	○	△	アンケート	○	○	○
223		低学年者の割合	%	○	○	△	○	○	△	アンケート	○	○	○
224	⑤効果・アウトカム	要介護認定者割合・障害別・年齢別	%	○	○	○	○	○	△	アンケート	○	○	○
225		効果・アウトカム	%	○	○	○	○	○	△	公開資料(行政)	◎	○	○
226		新規要介護認定者割合・障害別・年齢別	%	○	○	○	○	○	△	公開資料(行政)	◎	○	○
227		GDLの良い者の割合	%	○	○	○	○	○	△	アンケート	○	○	△
228		GOL指標維持・改善割合(厚労省)	%	○	○	○	○	○	△	アンケート	○	○	△
229		都老研による健康意識QOL 日常生活の痛み・社会生活機能ほか全10項目	平均値	○	○	○	○	○	△	アンケート	○	○	△
230		要介護認定者割合・障害別	%	○	○	○	○	○	△	公開資料(行政)	◎	○	○
231		新規要介護認定者割合・障害別	%	○	○	○	○	○	△	公開資料(行政)	◎	○	○
232		幸福感度(1からwell-being尺度の良い者の割合(PQOLSなど))	%	△	○	○	◎	○	△	アンケート	○	△	△
233		絶死因死亡率	%	○	○	○	○	○	△	公開資料(行政)	◎	○	○
234		死因別死亡率	%	○	○	○	○	○	△	公開資料(行政)	◎	○	○
235		予防事業終了後の運動機能レベルの評価(各保険者が実施している、アセスメント項目による評価)とその後の運動機能レベルの評価(各保険者が実施している、アセスメント項目による評価)の差	△	○	○	○	○	○	△	ヒアリング	△	○	○
236		新規の要介護認定者申訴者数・前年比(厚労省・兵庫県)	%	△	○	○	○	○	△	ヒアリング	×	○	○
237		新規の要介護認定者数・前年比(厚労省・兵庫県)	%	○	○	○	○	○	△	公開資料(行政)	◎	○	○
238		新規利用者に占める要介護3以上の割合	%	○	○	○	○	○	△	公開資料(行政)	◎	○	○
239		新規利用者の平均要介護度	スケール	○	○	○	○	○	△	内部資料(行政)	△	△	△
240		新規利用者の要介護5に至るまでの期間	年	○	○	○	○	○	△	内部資料(行政)	△	△	△
241		要支援・要介護1の人数(厚労省・兵庫県)	%	○	○	○	○	○	△	公開資料(行政)	◎	○	○
242		※介護保険事業計画上の施設(自然法)	%	○	○	○	○	○	△	公開資料(行政)	◎	○	○
243		介護予防事業参加者からの新規認定者数(厚労省・兵庫県)	%	○	○	○	○	○	△	公開資料(行政)	◎	○	△

(備考)

日割 = 條件分析ソフト(日本福祉大学福祉政策評議会センター)

兵庫県 = 兵庫県介護予防事業監査指針(平成18年3月)

厚労省 = 介護予防事業に係る市町村介護保険事業計画に関する報告書(平成17年10月、主任研究員:鷲津田 彰)

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

介護保険の総合的政策評価ベンチマークに向けた調査の対象地域概要

研究分担者 平井 寛
(日本福祉大学 健康社会研究センター 主任研究員)

概要

2010年に地域在住自立高齢者を対象に行った自記式調査の対象介護保険者のうち、日本福祉大学が主担当となっている地域を中心に概要をまとめた。人口規模、高齢化率、人口密度、第一次産業就業割合などから各保険者の特徴を明らかにした。農村的特徴を持つ市町村が多く含まれる一方、大都市地域の保険者の市町村が少ないため、今後の参加勧奨が必要である。

A. 目的

地域在住高齢者を対象とした自記式の調査票データを収集して分析を行い結果を正しく解釈するためには、背景要因として対象地域にどのような特徴があるのかを把握しておくことが必要である。本稿では2010年に地域在住自立高齢者を対象に行った自記式調査の対象介護保険者のうち、日本福祉大学が主担当となっている地域を中心に概要をまとめ、今後の調査データ分析結果の解釈の際に役立てることを目的とする。

B. 方法

現在の人口規模と高齢化の現状、都市農村的特性、産業の特徴（第一次産業）の概要整理については「統計でみる市区町村のすがた」「市町村の姿」に整理されている国勢調査その他のデータを用いる。

また、各保険者（市町村）の歴史的背景等については各市町村のホームページ、文献等から情報を収集する。

C. 結果

1. 調査対象地域全体の概観

調査対象地域全体の地図（図1）と担当大学・調査時期（表1）を示した。北海道から沖縄まで様々な特徴を持つ市町村が調査対象地域となっている。しかし本州については十和田市、岩沼市以外の参加市町村は太平洋ベルト地帯に位置しており、日本海側など他地域の市町村が含まれていない。

2. 統計でみる各保険者の概要

1) 人口規模・65歳以上人口と割合等
(表2)

人口規模は、検討中の柏市を除けば、半田市（115485人）が最も大きく、東海市、西尾市がそれに次いでいる。もっとも人口規模が小さいのは早川町である。人口集中地区人口は大きな市だけでなく、比較的規模の小さい美瑛町や一色町などにもみられる。知多市や東浦町、度会町、幡豆町は昼間人口割合が小さく、ベッドタウン的な特徴がみられる。

65歳以上の人口割合が最も高いのは、早

川町の48.4%で、次に十津川村、高梁市で高い割合となっている。65歳以上の割合が

高い市町村は高齢夫婦、高齢単身の割合も高いが、度会町や吉良町、幡豆町のように

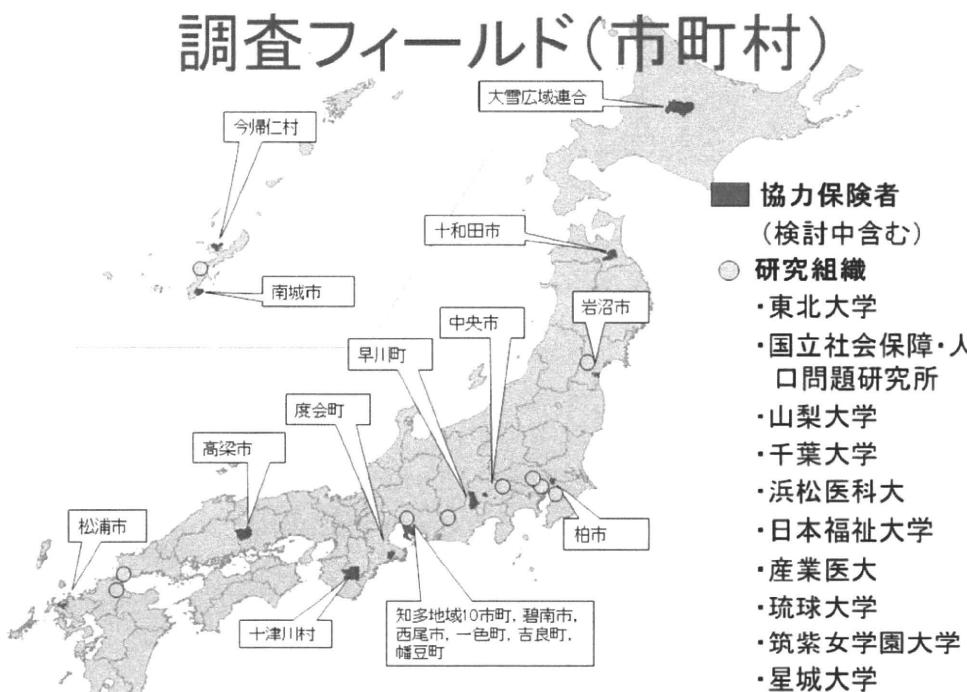


図1 対象地域の位置

表1 調査対象地域(候補)一覧

担当大学	都道府県	保険者名	調査時期・状況
日本福祉大学	愛知県	知多北部広域連合(4自治体)	第一期・実施済
		半田市	第二期・実施済
		常滑市	第一期・実施済
		阿久比町	第一期・実施済
		武豊町	第一期・実施済
		美浜町	第一期・実施済
		南知多町	第一期・実施済
		碧南市	第二期・実施済
		西尾市	第二期・実施済
		一色町	第二期・実施済
		吉良町	第二期・実施済
		幡豆町	第二期・実施済
	奈良県	十津川村	第二期・実施済
	三重県	度会町	第二期・実施済
	長崎県	松浦市	第二期・実施済
	岡山県	高梁市	第三期実施準備中
	青森県	十和田市	第三期実施準備中
東北大学	宮城県	岩沼市	第一期・実施済
琉球大学	沖縄県	今帰仁村	第一期・実施済
		南城市	第三期実施準備中
山梨大学	山梨県	中央市	第二期・実施済
		早川町	第二期・実施済
千葉大学	千葉県	柏市	検討中
国立社会保障・人口問題研究所	北海道	大雪広域連合 (東川・東神楽・美瑛)	第二期・実施済