

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学研究費研究事業）
総括研究報告書

2040年を見据えた地域特性に応じた介護サービス提供体制の
最適化と科学的介護の推進に関する調査研究

研究代表者 陣内裕成

日本医科大学・医学部・准教授/国立大学法人筑波大学・医学医療系・客員研究員

研究要旨

本研究は、2040年を見据え、介護DBデータ等を活用し、人口構成の影響を補正したサービス提供量の地域差指標（介護SCR）および将来需要推計の手法を確立することで、地域特性に応じた介護サービス提供体制の最適化と科学的介護の推進を支援する。4つの地域粒度（都道府県・二次医療圏等）と3階層227区分のサービス区分に基づき、2021～2023年度の介護SCRと2050年までの将来推計について6つのデータファイルを構築した。これにより、圏域内の需給ミスマッチや広域流入出が客観的に可視化され、医療SCRとの連携も含めた中長期的な資源配置の客観的参照値が提示された。介護DB等の利用環境を整備し、自治体ヒアリングを基に実務に即した階層型サービス区分を老健局と設計した。これと、当該集計に関する特例ルール等を踏襲し、加算・減算を除外したレセプトコード出現数ベースでの3か年分の介護SCR算出および2050年までの5年刻みの将来推計を行い、データセットを完成させた。当該データセットは、厚生労働省の見える化システム上で公開される見込みが立ち、第10期介護保険事業計画の策定や、医療・介護のシームレスな広域計画の基礎資料として活用される予定である。

研究分担者氏名・所属研究機関名
及び所属研究機関における職名

田宮菜奈子	国立大学法人筑波大学・ 医学医療系・特任教授
渡邊多永子	国立大学法人筑波大学・ 医学医療系・特任准教授
小宮山潤	国立大学法人筑波大学・ 医学医療系・特任助教
中谷友樹	東北大学・大学院 環境科学研究所・教授
植嶋大晃	関西医科大学・医学部・メディ カルデータサイエンス講座・講師 /国立大学法人筑波大学・医学 医療系・客員研究員

A. 研究目的

本研究は、2040年を見据えた持続可能な地域包括ケアシステムの構築に向け、介護DB（介護保険総合データベース）に格納された介護レセプトデータ等を分析し、地域特性に応じた介護サービス提供体制の最適化と科学的介護の推進を目指す。

2040年には、団塊ジュニア世代が65歳以上となり、高齢者人口の増加と生産年齢人口の減少が同時進行する。また、独居高齢者の増加など、社会環境の急激な変化に直面する。こうした状況に対応するため、厚生労働省は地域包括ケアシステムの深化・推進を図り、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施や、介護DB等の活用による医療・介護サービスの質の向上を推進している。しかし、介護分野では、医療分野におけるNDB（匿名医療保険等関連情報データベース）を活用した分析のように、全

国の地域差を評価するための標準化指標（SCR等）が十分に整備されておらず、地域間の客観的な比較が困難である。また、サービス提供状況に影響を与える地理的変数（人口集中度、アクセシビリティ、気候変動等）の影響も把握する必要がある。さらに、LIFEに蓄積された利用者のADL、栄養状態、認知機能等の情報を、地域特性に応じた介護サービスの質向上やケア内容の見直しに活用するための検討は行われているものの、具体的な活用事例の提示や現場への普及という点ではまだ十分とは言えない。

本研究では、これらの課題に対応するため、令和7年度から令和8年度にかけて以下の調査研究を行う。調査研究1では、介護DB等のデータを用いた地域差分析手法を開発し、地域特性に応じた介護サービス提供体制に関する提言を行う。調査研究2では、空間疫学的手法を用いた地域偏在性の背景要因の解明、将来の介護需要の推計を行うとともに、地域レベルの介護アウトカム指標の検討や、人口減少地域、都市部、一般市等の地域特性に応じ、地域包括ケアシステムの深化、医療介護連携の強化、介護予防・健康づくり、認知症ケアの推進等の課題に対応するための、2040年に向けた持続可能な介護サービス提供体制に関する想定される課題の検討を行う。本研究の成果は、2040年に向けた介護サービス提供体制の構築に関する政策立案に資するとともに、高齢者の自立支援と介護予防・重度化防止に貢献することが期待される。また、今後の介護保険法改正や介護報酬改定、第10期介護保険事業計画策定等の政策推進に資する調査研究となる。

なお、当該調査研究は方法論を含めた検討を含む計画のため、「研究方法」には研究全体の計画を、

「研究結果」には当該研究で確立した方法論とそこから得られた成果物について記述している点に留意されたい。

B. 研究方法

本研究の目的を達成するため、令和7年度から令和8年度にかけて、介護DB等の公的データベースを統合したデータセットを構築し、以下の2つの調査研究を軸とした多角的な分析を実施する（図）。

調査研究1 地域差分析手法の開発（R7）

- 1) 介護DB及びe-Stat等で必要なデータの利用申請と倫理審査を進める。本調査研究に必要な地域粒度（都道府県、二次医療圏、市町村単位）が含まれるようにする。
- 2) 基本集計とデータの分布を確認後、各種介護サービスの粒度を考慮したうえでの利用状況（サービス種類コード及び項目コード含む。利用率、利用頻度、費用等）を解析する手法を開発する。
- 3) 地域差指標（SCR等）の特性から、サービス種類によってその影響の程度が異なる可能性を考慮し、利用上の留意点を整理したうえで、都道府県、二次医療圏、市町村単位で算出し比較する。
- 4) 基本的な地域差要因となる年齢構成、要介護度構成、その他地域特性を考慮した標準化を行うことにより、地域間の比較可能性を高める。

調査研究2 地域差指標を用いた空間疫学研究と将来推計（R7-8）

- 5) 介護DBデータを精査し、事業所情報及び利用者情報（ADL、栄養状態、認知機能等）の基本集計とデータの分布を確認する。これらをもとに、地域レベルのアウトカム指標等を検討するとともに、介護アウトカムと関連するサービス要素の探索的検討を行う。
- 6) 調査研究1で開発した地域差指標を用いて、空間疫学の専門家である研究分担者の中谷友樹氏を中心に、地域差指標の分布特性（地域偏在性）を明らかにする。
- 7) 地域差指標の分布に関連する人口静態・動態情報を含む地理的・社会的な地域要因を特定する。
- 8) 人口推移に基づく地域差指標の将来推計モデルを構築する。全国および都道府県、二次医療圏、市町村等の地域ごとに、介護DBやe-Stat等の地域特性データを用いて、介護サービスと医療サービスの提供状況、人口構造、経済状況、社会資源等の地域特性を分析し、各地域の将来の介護需要を予測する。
- 9) 「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会の中間とりまとめ等を参考に、人口減少地域、都市部、一般市等の地域特性に応じ、地域包括ケアシステムの深化、医療介護連携の強化、介護予防・健康づくり、認知症ケアの推進等の課

題に対応するための、2040年に向けた持続可能な介護サービス提供体制に関する想定される課題を抽出する。

（倫理面への配慮）

本研究は「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に基づき、必要な倫理審査委員会の審査・承認を得たうえで実施する。また、主として厚生労働省が提供する介護DB等の公的データベースを用いた分析を中心とするため、それらの二次利用にあたっては、厚生労働省が定めている「匿名介護保険等関連情報データベース（介護保険総合データベース、介護DB）の利用に関するガイドライン」等に定められている事項について忠実に遵守する。当該目的の範囲での利用を徹底し、他の情報を照合する行為、不当な目的での利用、安全管理措置の不履行等がないよう細心の注意を払う。

C. 研究結果

本研究の実施にあたり、介護DB等の二次利用申請・審査手続きを進めるとともに、セキュリティを担保した解析室の設置と管理体制の整備を完了した。これにより、最も早期の段階でデータを安全に解析可能な状態へと移行させた。

続いて、介護給付および介護予防予防給付におけるサービス区分と、分析の軸となる地域粒度（都道府県、二次医療圏、老人福祉圏域、市区町村等）を策定した。これらを基盤として、足元の実績データに加えて国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」等の将来人口推計データを統合した、解析用データセットの構築に着手した。

自治体の事業計画担当職員を対象としたヒアリング調査を実施した結果、自治体の人口規模や探索目的（政策課題の抽出、あるいは詳細な資源偏在の把握など）によって、参照したいサービス区分の粒度が異なるという実態が確認された。これに対応するため、老健局との協議を経て、上2桁のサービス種類コードよりも詳細な実態を把握できる、以下の3階層・7区分からなる独自のサービス区分（合計227区分）を設計した。

【大区分】制度設計やサービスの基本特性による区分

- 区分1：介護給付と予防給付の分類
- 区分2-1：居宅系サービスと施設系サービスの分類
- 区分2-2：居宅系サービスのうち、居住系サービスを施設系サービスと同等に扱う分類
- 区分2-3：提供形態（訪問、通所等）やサービス特性（多機能等）による分類

【中区分】サービス種別と提供内容による区分

- 区分3：基本的なサービス種別と提供内容による分類

【細区分】サービス種別・提供内容、事業所、職種等による区分

- 区分4-1：事業所種別や規模、提供職種、地域密着型等の別を考慮した大まかな分類
- 区分4-2：上記の要素をより細分化した詳細な分類（訪問介護の身体・生活援助の別や、通所リハの事業所規模別など）

なお、特定福祉用具販売ならびに住宅改修（およ

び介護予防特定福祉用具販売・介護予防住宅改修)については、いわゆる償還払いのサービスであり、国民健康保険団体連合会(国保連)に事務委託を行っている保険者のデータのみが蓄積されている。他の給付サービスとはデータの参照範囲や特性が異なることから、分析の正確性を担保するため、(極めて重要なサービス区分であるが)今回のSCR集計対象からは除外する措置をとった。また、純粋な地域間比較を可能にするため、基本報酬に係るレセプトコード出現数(レセプト件数)をカウント対象とし、加算・減算に係るコードは一律で除外している。

地域特性に応じた分析および医療介護連携の議論に資するため、地域区分は以下の4粒度を必須として策定した。

都道府県別： 47地域
二次医療圏別： 330地域
老人福祉圏域別： 336地域
市町村(特別区含む)別： 市町村単位(1,741市区町村、ただし将来推計は1,730地域)

本区分に沿って「利用者住所地ベース(需要側)」および「事業所所在地ベース(供給側)」の双方での集計可能性を担保するため、データソースの仕様精査とデータクリーニングを行った。その際、保険者管轄(市町村等)と二次医療圏・老人福祉圏域が完全に一致しない地域を想定し、対象年ごとの市区町村対応表を整備して紐付けの正確性を確認している。また、データベース間の不整合や偏りを防ぐため、以下の特例的集計ルールを適用した。

政令指定都市の扱い：「匿名介護保険等関連情報データベースの利用に関するガイドライン(第3版)」に基づき、20の政令指定都市については行政区単位ではなく「市単位」で一元的に集計を行った。

医療・福祉圏域の調整：二次医療圏における「川崎北部」と「川崎南部」は、老人福祉圏域の「川崎」と整合させる形で一致させた。

福島県浜通り地域の扱い：将来人口推計において、福島県の13市町村(いわき市、相馬市、南相馬市、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯館村)は「浜通り地域」として一括して推計されている。これに対応し、二次医療圏および老人福祉圏域の「相双」と「いわき」を統合し、「浜通り地域」として集計・構築することで、人口統計との整合性を完全に確保した。

上記のサービス区分および地域区分に基づき、全国平均を「100」として人口構成の影響を統計的に補正した「介護SCR(Standardized Claim Ratio)」、および2025年を「100」として将来の変化率を投影した「将来推計」のデータセットを構築した。異なる参照データベースの特性を考慮しつつ、結果として以下の計6個のパッケージデータファイルを成果物として完成させた。

① 過去実績データ(3か年単年度集計パッケージ:2021~2023年度)

2021年度、2022年度、2023年度の各実績データを単年度ごとにまとめ、各年度の全国平均を100としたデータセットである。年度ごとの数値の振れ幅(特に人口が小さい地域や限定的なサービス区分における変動)を3か年の推移として客観的に確認できるよう設計している。

利用者住所地ベース(需要の把握)：

SCRPACKRMED2021_2023(全国、47都道府県、329二次医療圏、1,741市区町村)
SCRPACKRWEL2021_2023(全国、47都道府県、336老人福祉圏域、1,741市区町村)

事業所所在地ベース(供給・資源配置の把握)：

XSCRPACKRMED2021_2023(全国、47都道府県、329二次医療圏、1,741市区町村)
XSCRPACKRWEL2021_2023(全国、47都道府県、336老人福祉圏域、1,741市区町村)

② 将来推計データ(2025~2050年・5年刻みパッケージ)

2023年度の各市町村の実績出現率をベースライン(据え置き)とし、純粋に人口構造の変化のみが将来の需要増減(伸び率)に与える影響を2050年まで投影したデータセットである。2025年の期待値を100として算出し、ピークアウトの時期や減少速度の地域差を可視化している。

利用者住所地ベース：

SCRPACKRMPRED2025_2050(全国、47都道府県、329二次医療圏、1,730市区町村 ※浜通り地域統合等による)
SCRPACKRWELPRED2025_2050(全国、47都道府県、336老人福祉圏域、1,730市区町村 ※同上)

当該データセットは、厚生労働省の見える化システム上で公開される見込みが立ち、第10期介護保険事業計画の策定や、医療・介護のシームレスな広域計画の基礎資料として活用される予定である。

D. 考 察

本研究で構築した介護SCR(Standardized Claim Ratio)は、高齢化率をはじめとする地域の人口規模や性・年齢構成の影響を統計的に補正した上で、全国平均を「100」としてサービス提供量を相対化した指標である。従来の「受給率」による地域間比較では、高齢化の進展度合いや個々の利用量の差異が混在し、地域差の本質的な要因解釈が困難であった。これに比べ、介護SCRは人口構造の差異では説明しきれない「純粋な地域差」を浮き彫りにする点において有用性が高い。

さらに、本集計では加算・減算に係るコードを一律で除外して基本報酬(レセプトコード出現数)に絞ったことで、より提供量に近いレベルでの比較が可能となった。したがって、100を大きく上回る、あるいは下回る地域が存在する場合、その差異は人口動態によるものではなく、当該地域独自の介護資源の配置状況、主治医やケアマネジャーによるケアの傾向、あるいは提供体制の実際的な整備

状況といった「政策的・構造的要因」に起因することが示唆される。自治体は本指標を端緒として、自地域のサービス提供の実態を多角的に検証し、地域特性に応じた適正な資源配置の検討へ繋げることが可能となることが期待できる。

介護保険事業計画は被保険者の「利用者住所データベース」で策定されるため、本研究の介護SCRも同ベースの集計を基本としている。しかし、サービス種別によっては隣接市町村や広域圏域での整備を前提としているため、「事業所所在地ベース」との組み合わせが不可欠といえる。作成したデータセットには、「利用者住所データベース」に加えて、「事業所所在地ベース」を含めているため、需要（利用者側）と供給（事業所側）の双方の視点をクロス分析することで、自圏域内の需要が十分に域内の資源で充足されているか、あるいは近隣自治体へ依存しているかという資源の偏在を可視化することも可能と考えられる。このことは、市町村単位の枠組みを越え、二次医療圏といった広域単位での「医療・介護連携」のシームレスな計画策定に資する基礎データとなることが期待できる特徴といえる。

本研究では将来推計データの作成を進めることもできた。具体的には、2023年度の足元の利用率（性・年齢階級別出現率）を据え置き、純粋に人口構造の変化のみを2050年まで投影したものである。2040年を見据えた計画策定においては、単なる「需要の増加」のみならず、各地域における「ピークアウトの時期」や「減少速度」に着目することが重要と考えられる。人口減少や高齢化の速度は自治体や圏域によって非対称であり、急激な需要増の後に急激な減少（ピークアウト）が訪れる地域では、固定的な施設整備（ハードウェア）を進めることは将来的な過剰投資のリスクを伴う。したがって、将来の需要の勢いや減少速度を見据え、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といった、需要の変動に柔軟かつ機動的に対応できる多機能系・訪問系の「ソフトな供給体制」へのシフトを中長期的に計画する際、本推計値は有用な基礎資料となることが期待される。ただし、将来推計値は確定的な需要予測ではなく、各地域の今後の施策や介入効果を検証するための「参照値（ベースライン）」としての性質を持つことに留意する必要がある。また、各地域の政策的動向や潜在的なニーズは反映されていないため、このベースラインと将来の実績値との乖離を追うことで、自治体独自の政策介入がどのような効果をもたらしたかを客観的に評価する対照群として機能することも期待できる。

他にも、介護レセプトデータを用いた地域差分析には、システム上の限界や数値解釈上の留意点が存在する。被保険者数が少ない小規模自治体や、利用者が限定的な細かいサービス区分においては、単年度の利用者の増減によってSCRの数値に大きな振れ幅（年度間変動）が生じやすい。本研究において2021～2023年度の3か年実績を並列パッケージ化した狙いの一つは、単年度の特異的な変動に惑わされず、変動の程度や変化の傾向を鳥瞰できるようにした点にある。実務においては、単年度の数値のみで判断せず、3か年の推移を確認した上で、分析の目的に応じた適切なサービス区分の粒度

（階層構造）を選択して読み取ることが求められる。

今後は、構築したデータセットを実務で有効に機能させるため、地域医療構想や介護保険事業計画の策定に携わる自治体・圏域の計画策定担当者が向き合う政策課題を想定した、具体的なユースケースの検討と提案を進めている。

さらに、介護SCRのもつ指標の特性や応用可能性を引き続き調べることに並行して、サービス提供量の多寡に関連する地理要因の検討や地域レベルの介護アウトカム指標との関連分析等に展開していき、医療・介護連携の強化、療養病床の転換、地域密着型サービスの重点配置、人口減少地域と都市部における資源配置の最適化など、当該データセットが、今後の介護保険事業計画の策定や、医療・介護のシームレスな広域計画の基礎資料として活用しやすくなるための分析に着手していく予定である。

E. 結 論

本研究は、2040年に向けた介護サービス提供体制の最適化に資するため、介護DB等を活用した地域差指標（介護SCR）および将来需要推計の手法を確立した。4つの地域粒度と3階層227のサービス区分に基づき、加算・減算を除外したレセプトコード出現数ベースの3か年実績および2050年までの将来推計データセットを構築した。これにより、圏域内の需給ミスマッチや広域流入出が可視化され、医療SCRとも連携可能な中長期の客観的参照値が提示された。本成果は厚生労働省の見える化システムで公開予定であり、第10期介護保険事業計画や医療・介護の広域計画の基礎資料として活用されることが期待される。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表
該当なし
2. 学会発表
該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
厚生労働省の地域包括ケア「見える化」システムにおいて公表される（予定）。

調査研究 地域差分析と将来推計

調査研究1

[R7]

地域差分析手法の開発と将来推計



① 介護DB・LIFEデータの利用申請、倫理審査等

介護DB・LIFEデータやeSTAT等のデータ利用申請と倫理審査を進める。地域種別(都道府県、二次医療圏、市町村)を含む。

② 分布に応じた利用状況把握手法の開発

基本集計とデータ分布確認後、介護サービスの粒度を考慮した利用状況(サービス種類・項目コードごとの利用率、頻度、費用等)を解析する手法を開発

③ 地域差指標の算出と一覧化及び比較

地域差指標(SCR等)の特性から、サービス種別ごとに影響が異なる留意点を整理し、地域別に算出・比較する。年齢構成、要介護度構成、その他地域特性を考慮した標準化により、地域間の比較可能性を高める。

④ 将来推計モデルの構築

人口推移に基づく地域差指標の将来推計モデルを構築する。地域差指標のユースケースを検討する。全国および都道府県、二次医療圏、市町村等の地域ごとに集計する。

調査研究2

[R7-8]

地域差指標を用いた空間疫学研究と将来推計



⑤ 介護DB・LIFEデータの精査、アウトカム指標等の検討

介護DBに加え、LIFEデータを精査し、事業所情報及び利用者情報(ADL、栄養状態、認知機能等)の基本集計とデータの分布を確認する。地域レベルのアウトカム指標等を検討する。

⑥ 地域差指標の地域偏在性と関連要因の特定

調査研究1で開発した地域差指標を用いて、地域差指標の分布特性(地域偏在性)を明らかにする。地域差指標に関連する域要因を特定する。

⑦ 提供体制に係る想定課題の抽出

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会の中間とりまとめ等を参考に、データ分析ならびに現場視察や学会におけるシンポジウム等の開催を通じて、地域特性に応じた地域包括ケアシステムの深化等、2040年に向けた持続可能な介護サービス提供体制に関する課題を抽出する。

最終目標

介護DB等のデータを活用し、2040年を見据えた各地域の実情に応じた効率的かつ質の高い介護サービス提供体制の構築に向けた提言を行うとともに、科学的介護を推進することで、高齢者の自立支援と介護予防・重度化防止に貢献する。

期待される効果

- 1) 地域特性に応じた介護サービス提供体制の最適化
- 2) 医療と介護の連携強化
- 3) データに基づく科学的介護の推進
- 4) 自立支援、介護予防・重度化防止の推進
- 5) 実効性の高い政策づくりへの貢献

図 本研究の調査研究の流れ

介護SCRの概説と利用上の留意点

令和8年●月●日

I. 本資料の位置づけについて

本資料は、介護保険総合データベース（以下「介護DB」という。）を用いて作成した介護SCR（Standardized Claim Ratio）と将来推計のデータセットを活用するうえで、基本的事項の概説と留意点について整理したものである。介護SCRは、介護サービス提供量の地域差を調べるための指標であり、また将来推計は、各地域における需要の変化率を把握するためのものである。なお、介護保険事業計画や医療・介護連携に関する議論においては、医療SCR（内閣府ホームページ（<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/chiikisa>）で公開。以下同じ。）もあわせて参照されたい。

II. 地域、人口データ及びサービス区分について

（１）地域の設定

介護SCRは、都道府県、二次医療圏（2025年6月時点）、老人福祉圏域（2025年6月時点）、市町村（特別区を含む。以下同じ。）の4区分で算出した。なお、各市町村の個別の取扱いは、「匿名介護保険等関連情報データベースの利用に関するガイドライン（第3版）」およびデータソースの集計仕様に準拠した。詳細は別添1の表脚注を参照されたい。

（２）使用した人口データ

介護SCRの算出に用いる人口データは、住民基本台帳人口（各年1月時点）である。例えば、2023年度介護SCRの算出においては、2024年1月時点の住民基本台帳人口を使用している。また、将来推計人口は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を用いた。

（３）サービス提供量の指標と区分設定の考え方

サービス提供量の指標としては、介護DBに収載されているレセプトコード出現数（レセプト件数）を用いた。サービス区分については、6桁のサービス種類コードに基づき、独自に設定した7つの区分により構成している（参照：下記サービス区分表）。サービス区分の策定にあたっては、複数の自治体担当者へのヒアリングを実施した。その結果、自治体の人口規模や集計目的によっては、上2桁のコード（例：11=訪問介護、12=訪問入浴介護など）よりも詳細な粒度での把握が必要とのニーズが確認された。本区分は、こうした現場の要望に対応すべく、厚生労働省老健局との協議を経て設計したものである。

○サービス区分表（詳細は別添2～4を参照）

【大区分】制度設計やサービスの基本特性による区分

区分1 介護給付と予防給付

区分2-1 居宅系サービスと施設系サービス

区分2-2 居宅系サービスの中で居住系サービスを施設サービスと同じ区分と分類

区分2-3 提供形態（訪問、通所など）とサービス特性（多機能など）による分類

【中区分】サービス種別と提供内容による区分

区分3 基本的なサービス種別と提供内容による分類

【細区分】サービス種別と提供内容、事業所、職種などによる区分

区分4-1 事業所種別や規模、提供職種、地域密着型との別を考慮した大まかな分類

区分4-2 事業所種別や規模、提供職種、地域密着型との別を考慮した分類

III. 介護SCRについて

（１）基本的な考え方

介護SCRとは、当該地域の人口構成が全国と同じであると仮定した場合に、予測されるレセプトコード出現数（期待値）に対して、実際の出現数（実測値）がどの程度乖離しているかを、全国平均を「100」として算出した指標である。公式は以下のとおりである（年齢は原則5歳階級）。

$$SCR = \frac{\sum \text{性・年齢別レセプトコード出現数}}{\sum (\text{性・年齢別人口} \times \text{全国の性・年齢別レセプトコード出現率})} \times 100$$

本指標が100を上回れば、当該介護サービスの提供量が全国の平均的な水準よりも多いことを意味し、100を下回れば少ないことを意味する。

（2）本指標の特徴

介護SCRは、利用者住所地ベースでの集計を基本としている。これは、介護保険事業計画が被保険者（利用者）の住所地を基準として策定されるためである。一方で、地域の提供体制や資源の偏在を把握する観点から、事業所所在地ベースでの集計も併せて実施している。これら2つの視点を組み合わせることで、当該地域におけるサービスの需要（利用者側）と供給（事業所側）の双方の実態把握に活用されたい。

介護SCRでは、人口規模および性・年齢構成の影響が統計学的に補正されている。したがって、算出された地域差は、これら以外の要因（地域の提供体制やケアの傾向など）によるものと解釈できる。例えば、従来用いられてきた「受給率（一定期間の受給者数を第1号被保険者数で除した値）」を用いて地域差を比較する場合、人口規模は考慮できても、高齢化率などの人口構成の差異や、受給者1人あたりの利用量の違いまでは反映されず、提供量の多寡を解釈することは困難であった。これに対し、介護SCRは、利用者数の多寡を示す指標ではなく、人口および人口構造の差異では説明しきれないサービス提供量の地域差を可視化する指標として有用である。

なお、地域間のサービス提供量を純粋に比較する観点から、本集計ではサービス種類コードに含まれる加算・減算に係るコードを除外している。また、集計対象には第1号及び第2号被保険者の双方を含めている。

ただし、一部のコードには、ケアの所要時間や人員の要件の組み合わせが含まれている。例えば、訪問介護の11-1111「人員1人で20分以上30分未満」と11-1221「人員2人で30分以上1時間未満」などが当てはまるが、この場合、いずれも区分4-2の「訪問介護（身体介護が中心）」のレセプト出現数1件としてカウントされ、所要時間や人員の多寡は考慮されていない点に留意されたい。

IV. 将来推計について

（1）基本的な考え方

将来推計は、将来推計人口および性・年齢構成の変化に対し、足元のサービス提供状況を投影している。将来需要の水準は、2025年の推計人口に期待されるレセプトコード出現数を「100」として算出している。公式は以下のとおりである（年齢は原則5歳階級）。

$$\text{推計値} = \frac{\sum (\text{各推計年の性・年齢別推計人口} \times \text{2023年の性・年齢別レセプトコード出現率})}{\sum (\text{2025年の性・年齢別推計人口} \times \text{2023年の性・年齢別レセプトコード出現率})} \times 100$$

2030年以降の数値が100を上回れば、当該地域のサービス需要が2025年時点よりも増加することを意味し、100を下回れば減少することを意味する。ここで、性・年齢階級別の出現率は2023年度の実績値で据え置き、2025年以降の各推計年の人口推計値を乗じることで算出している点に留意されたい。これは、将来の需要変化のうち、純粋に人口構造の推移に起因する影響を抽出することを目的とした設定である。なお、将来推計は指標の性質上、利用者住所地ベースのみで作成している。

本指標は需要の増加のみならず、ピークアウト後の減少時期やその減少速度に着目し、将来の資源配置を検討する際の基礎資料として活用されることを想定している。そのため、推計期間は2050年までとしている。

（2）本指標の特徴

将来推計で示された数値は、介護 SCR と目的も意味も全く異なる点に留意されたい。介護 SCR が、同一年度内における地域間の比較を目的とするものに対し、本指標は、あくまで各地域の人口と人口構造の変化に伴う「増減の勢い（伸び率）」を把握するためのものであり、地域間の絶対的な多寡を示すものではない。

例えば、2040 年の値が「160」である場合、性・年齢層別のサービス利用状況が現状のまま継続すると仮定すると、2025 年を基準として 2040 年には需要が約 1.60 倍に増加することを示している。一方で、2040 年において、A 市の推計値が 160 で B 市が 120 であった場合、それは「A 市の増加の勢いが B 市より強い」ことを意味するに留まる。この数値をもって「A 市の提供量が B 市より多くなる」と判断することはできない。あくまで各地域の 2025 年時点を 100 とした際の「変化の度合い」を示している。

本指標は、各地域の政策的動向（例：療養病床の転換、地域密着型サービスの重点整備など）を反映したものではない。また、便宜上「需要」という表現を用いているが、これは足元のサービス提供状況が最適であることを前提としたものではなく、潜在的なニーズや提供内容の偏りも加味されていない。

したがって、本指標はあくまで現状の延長線上にある「参照値（ベースライン）」として捉えるべきである。各地域の今後の施策の必要性や介入効果を検討するための比較対照として活用されたい。

V. その他の留意点について

（1）単年度集計の数値変動に関する留意点

介護 SCR は、各年度の実績に基づく単年度集計である。そのため、被保険者数の少ない市町村や利用者が限定的なサービス区分においては、年度ごとの数値に変動（振れ幅）が生じやすい特性がある。介護 SCR のデータセットには、2023 年度だけでなく 2021・2022 年度の数値も併記した。数値を読み取る際は、単年度の数値のみで判断せず、3 か年の推移を確認した上で、分析目的に応じた適切なサービス区分の粒度を選択することが重要である。

（2）事業所所在地ベースの集計に関する留意点

事業所所在地ベースの集計は、介護 DB の事業所台帳に付与された事業所所在地市町村番号に基づいている。集計結果を用いる際には、実際の所在地とは異なる市町村でカウントされるケースが一部で確認されている点に留意されたい。

（3）将来推計の 2030 年以降の数値の変動に関する留意点

将来推計は、介護 SCR（全国平均を参照）とは異なり、当該市町村自身のレセプトコード出現率をベースに算出している。そのため、分母（人口）が小さい場合には、介護 SCR 以上に数値の振れ幅が大きくなる可能性がある。このため、数値を読み取る際は、細かい粒度のサービス区分のみで判断せず、分析目的に応じた適切なサービス区分の粒度を選択されたい。

また、将来推計の推移において、2025 年（100）から一旦大きく低下した後、再び上昇しピークアウトするような挙動を示すケースが確認されている。このような場合や、2025 年時点ですでに将来推計人口と実際人口に乖離が生じている場合は、その影響を鑑みて数値を解釈する必要がある。

（4）医療 SCR との比較に関する留意点

医療 SCR は「医療機関所在地ベース」で集計される指標である。一方、介護 SCR は、前述のとおり、「利用者住所地ベース」での集計を基本としており、両者の算出基準が異なる点に留意されたい。

また、医療 SCR の解釈にあたっては、近隣自治体間での流出入（境界を越えた受診）の影響を受ける。そのため、市町村単位の数値のみでなく、二次医療圏などの広域単位での値を参照することも、地域の実態を正確に把握する上で有効なアプローチである。

○データファイルの構造

ファイル名	地域※	参照人口	参照レセプト	基準	サービス 区分数	地域数	行数
SCRPACKRMED2021_2023	全国	2022～2024（各年 1 月）	2021～2023（各年度）	全国・サービス区分別	227	1	227
	└ 都道府県	2022～2024（各年 1 月）	2021～2023（各年度）	全国・サービス区分別	227	47	10,669
	└ 二次医療圏	2022～2024（各年 1 月）	2021～2023（各年度）	全国・サービス区分別	227	329	74,683
	└ 市区町村	2022～2024（各年 1 月）	2021～2023（各年度）	全国・サービス区分別	227	1,741	395,207
SCRPACKRWEL2021_2023	全国	2022～2024（各年 1 月）	2021～2023（各年度）	全国・サービス区分別	227	1	227
	└ 都道府県	2022～2024（各年 1 月）	2021～2023（各年度）	全国・サービス区分別	227	47	10,669
	└ 老人福祉圏域	2022～2024（各年 1 月）	2021～2023（各年度）	全国・サービス区分別	227	336	76,272
	└ 市区町村	2022～2024（各年 1 月）	2021～2023（各年度）	全国・サービス区分別	227	1,741	395,207
xSCRPACKRMED2021_2023	全国	2022～2024（各年 1 月）	2021～2023（各年度）	全国・サービス区分別	227	1	227
	└ 都道府県	2022～2024（各年 1 月）	2021～2023（各年度）	全国・サービス区分別	227	47	10,669
	└ 二次医療圏	2022～2024（各年 1 月）	2021～2023（各年度）	全国・サービス区分別	227	329	74,683
	└ 市区町村	2022～2024（各年 1 月）	2021～2023（各年度）	全国・サービス区分別	227	1,741	395,207
xSCRPACKRWEL2021_2023	全国	2022～2024（各年 1 月）	2021～2023（各年度）	全国・サービス区分別	227	1	227
	└ 都道府県	2022～2024（各年 1 月）	2021～2023（各年度）	全国・サービス区分別	227	47	10,669
	└ 老人福祉圏域	2022～2024（各年 1 月）	2021～2023（各年度）	全国・サービス区分別	227	336	76,272
	└ 市区町村	2022～2024（各年 1 月）	2021～2023（各年度）	全国・サービス区分別	227	1,741	395,207
SCRPACKRMEDPRED2025_2050	全国	2025～2050（5 年刻み各年 10 月）	2023 年度	全国・サービス区分別	227	1	227
	└ 都道府県	2025～2050（5 年刻み各年 10 月）	2023 年度	全国・サービス区分別	227	47	10,669
	└ 二次医療圏	2025～2050（5 年刻み各年 10 月）	2023 年度	全国・サービス区分別	227	329	74,456
	└ 市区町村	2025～2050（5 年刻み各年 10 月）	2023 年度	全国・サービス区分別	227	1,730	392,710
SCRPACKRWELPRED2025_2050	全国	2025～2050（5 年刻み各年 10 月）	2023 年度	全国・サービス区分別	227	1	227
	└ 都道府県	2025～2050（5 年刻み各年 10 月）	2023 年度	全国・サービス区分別	227	47	10,669
	└ 老人福祉圏域	2025～2050（5 年刻み各年 10 月）	2023 年度	全国・サービス区分別	227	336	76,045
	└ 市区町村	2025～2050（5 年刻み各年 10 月）	2023 年度	全国・サービス区分別	227	1,730	392,710

※1 「匿名介護保険等関連情報データベース（介護保険総合データベース、介護 DB）の利用に関するガイドライン（第3版）」に基づき、政令指定都市 20 市（札幌市、仙台市、さいたま市、千葉市、横浜市、川崎市、相模原市、新潟市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市、大阪市、堺市、神戸市、岡山市、広島市、北九州市、福岡市、熊本市）は、行政区単位ではなく市単位で集計した。また、二次医療圏の「川崎北部」と「川崎南部」は、老人福祉圏域の「川崎」と一致させた。

※2 人口推計において、福島県のいわき市、相馬市、南相馬市、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯舘村の 13 市町村は「浜通り地域」として推計されているため、人口推計の市町村は、「浜通り地域」とした。

※3 人口推計において、「浜通り地域」は、二次医療圏「相双」と「いわき」、老人福祉圏域「相双」と「いわき」を合わせた地域であるため、「相双」と「いわき」は、「浜通り地域」として集計した。

資 料

厚生労働科学研究費補助金〈長寿科学政策研究〉「2040 年を見据えた地域特性に応じた
介護サービス提供体制の最適化と科学的介護の推進に関する調査研究」（研究代表者：陣内裕成）

○介護 SCR におけるサービス区分（介護給付）

区分 1	区分 2-1	区分 2-2	区分 2-3	区分 3	区分 4-1	区分 4-2
介護給付系	居宅系	居宅系	訪問系	訪問介護	訪問介護（身体介護が中心）	訪問介護（身体介護が中心）
					訪問介護（身体介護＋生活援助、通院等乗降介助）	訪問介護（身体介護＋生活援助）
					訪問介護（生活援助が中心）	訪問介護（生活援助が中心）
				訪問入浴介護	訪問入浴介護（看護職員＋介護職員）	訪問入浴介護（全身浴・看護職員＋介護職員）
					訪問入浴介護（介護職員のみ）	訪問入浴介護（部分浴・看護職員＋介護職員）
						訪問入浴介護（全身浴・介護職員のみ）
				訪問看護	訪問看護（保健師・看護師）	訪問看護（指定訪問看護ステーション、保健師・看護師）
					訪問看護（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）	訪問看護（指定訪問看護ステーション、理学・作業・言語聴覚士）
						訪問看護（病院・診療所、保健師・看護師）
				訪問リハビリテーション	訪問リハビリテーション（病院・診療所）	訪問リハビリテーション（病院・診療所）
					訪問リハビリテーション（介護老人保健施設・介護医療院）	訪問リハビリテーション（介護老人保健施設）
						訪問リハビリテーション（介護医療院）
				居宅療養管理指導	居宅療養管理指導（医師）	居宅療養管理指導（医師）
					居宅療養管理指導（歯科医師）	居宅療養管理指導（歯科医師）
					居宅療養管理指導（管理栄養士）	居宅療養管理指導（管理栄養士）
					居宅療養管理指導（薬剤師）	居宅療養管理指導（薬剤師）
					居宅療養管理指導（歯科衛生士等）	居宅療養管理指導（歯科衛生士等）
			通所系	定期巡回・随時対応訪問介護看護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
				通所介護	夜間対応型訪問介護	夜間対応型訪問介護
					通所介護（認知症対応型を除く）	通所介護（通常規模型）
						通所介護（大規模型）
						地域密着型通所介護
						療養通所介護費・短期利用療養通所介護
					認知症対応型通所介護	認知症対応型通所介護（単独型）
						認知症対応型通所介護（併設型）
						認知症対応型通所介護（共用型）
				通所リハビリテーション	通所リハビリテーション（介護老人保健施設・介護医療院）	通所リハビリテーション（通常規模型、介護老人保健施設）
						通所リハビリテーション（大規模型、介護老人保健施設）
						通所リハビリテーション（通常規模型、介護医療院）
						通所リハビリテーション（大規模型、介護医療院）
				通所リハビリテーション	通所リハビリテーション（病院・診療所・介護医療院）	通所リハビリテーション（通常規模型、病院・診療所）
						通所リハビリテーション（大規模型、病院・診療所）

（次頁につづく）

資 料

厚生労働科学研究費補助金〈長寿科学政策研究〉「2040 年を見据えた地域特性に応じた
介護サービス提供体制の最適化と科学的介護の推進に関する調査研究」（研究代表者：陣内裕成）

（続き）

区分 1	区分 2-1	区分 2-2	区分 2-3	区分 3	区分 4-1	区分 4-2
介護給付系	居宅系	居宅系	短期入所系	短期入所生活介護	短期入所生活介護	短期入所生活介護（単独型）
				短期入所療養介護	短期入所療養介護（介護老人保健施設・介護医療院）	短期入所生活介護（併設型）
						短期入所療養介護（介護老人保健施設）
						短期入所療養介護（介護医療院）
					短期入所療養介護（病院・診療所）	短期入所療養介護（療養病床を有する病院）
						短期入所療養介護（診療所）
		施設居住系	居住系	特定施設入居者生活介護	特定施設入居者生活介護	特定施設入居者生活介護（短期利用以外）
						特定施設入居者生活介護（短期利用）
				地域密着型特定施設入居者生活介護	地域密着型特定施設入居者生活介護	地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用以外）
						地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用）
				認知症対応型共同生活介護	認知症対応型共同生活介護	認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）
						認知症対応型共同生活介護（短期利用）
		居宅系	多機能系	小規模多機能型居宅介護	小規模多機能型居宅介護	小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）
				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	看護小規模多機能型居宅介護（短期利用）
			住環境整備系	福祉用具貸与	福祉用具貸与	看護小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）
				福祉用具貸与	福祉用具貸与	看護小規模多機能型居宅介護（短期利用）
		施設系	施設居住系	支援系	居宅介護支援	福祉用具貸与（用具別※詳細は別添 4 参照）
				介護老人福祉施設	介護老人福祉施設	居宅介護支援
						介護老人福祉施設
						介護老人福祉施設（在宅強化型）
						介護老人福祉施設（在宅強化型）
						介護老人福祉施設（加算型）
						介護老人福祉施設（基本型）
						介護老人福祉施設（基本型）
						介護老人福祉施設（その他）
				介護医療院	介護療養型医療施設	介護老人福祉施設（その他）
						介護療養型医療施設
						介護療養型医療施設
				介護医療院	介護医療院	介護療養型医療施設
						介護医療院（Ⅰ型）
						介護医療院（Ⅱ型）
						介護医療院（特別）

※特定福祉用具販売及び住宅改修は、いわゆる償還払いのサービスであり、国民健康保険団体連合会に事務委託を行っている保険者のデータに限られ、参照範囲が異なることから当該集計には含めていない。また、介護療養型医療施設は 2024 年（令和 6 年）3 月 31 日をもって廃止された。

資料

厚生労働科学研究費補助金〈長寿科学政策研究〉「2040 年を見据えた地域特性に応じた
介護サービス提供体制の最適化と科学的介護の推進に関する調査研究」（研究代表者：陣内裕成）

○介護 SCR におけるサービス区分（介護予防給付）

区分 1	区分 2-1	区分 2-2	区分 2-3	区分 3	区分 4-1	区分 4-2
予防給付系	居宅系	居宅系	訪問系	介護予防訪問入浴介護	介護予防訪問入浴介護（看護職員＋介護職員）	介護予防訪問入浴介護（全身浴・看護職員＋介護職員）
					介護予防訪問入浴介護（介護職員）	介護予防訪問入浴介護（部分浴・看護職員＋介護職員）
						介護予防訪問入浴介護（全身浴・介護職員）
						介護予防訪問入浴介護（部分浴・介護職員）
				介護予防訪問看護	介護予防訪問看護（保健師・看護師）	介護予防訪問看護（指定訪問看護ステーション、保健師・看護師）
						介護予防訪問看護（病院・診療所、保健師・看護師）
						介護予防訪問看護（指定訪問看護ステーション、理学・作業・言語聴覚士）
				介護予防訪問リハビリテーション	介護予防訪問リハビリテーション（病院・診療所）	介護予防訪問リハビリテーション（病院・診療所）
					介護予防訪問リハビリテーション（介護老人保健施設・介護医療院）	介護予防訪問リハビリテーション（介護老人保健施設）
						介護予防訪問リハビリテーション（介護医療院）
				介護予防居宅療養管理指導	介護予防居宅療養管理指導（医師）	介護予防居宅療養管理指導（医師）
					介護予防居宅療養管理指導（歯科医師）	介護予防居宅療養管理指導（歯科医師）
					介護予防居宅療養管理指導（薬剤師）	介護予防居宅療養管理指導（薬剤師）
					介護予防居宅療養管理指導（管理栄養士）	介護予防居宅療養管理指導（管理栄養士）
					介護予防居宅療養管理指導（歯科衛生士等）	介護予防居宅療養管理指導（歯科衛生士等）
			通所系	介護予防通所介護	介護予防認知症対応型通所介護	介護予防認知症対応型通所介護（単独型）
						介護予防認知症対応型通所介護（併設型）
						介護予防認知症対応型通所介護（共用型）
				介護予防通所リハビリテーション	介護予防通所リハビリテーション（介護老人保健施設・介護医療院）	介護予防通所リハビリテーション（介護老人保健施設）
					介護予防通所リハビリテーション（病院・診療所）	介護予防通所リハビリテーション（介護医療院）
			短期入所系	介護予防短期入所生活介護	介護予防短期入所生活介護	介護予防短期入所生活介護（単独型）
						介護予防短期入所生活介護（併設型）
				介護予防短期入所療養介護	介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設・介護医療院）	介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設）
					介護予防短期入所療養介護（療養病床を有する病院・診療所）	介護予防短期入所療養介護（介護医療院）
						介護予防短期入所療養介護（療養病床を有する病院）
						介護予防短期入所療養介護（診療所）
			居住系	介護予防特定施設入居者生活介護	介護予防特定施設入居者生活介護	介護予防特定施設入居者生活介護
				介護予防認知症対応型共同生活介護	介護予防認知症対応型共同生活介護	介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）
			多機能系	介護予防小規模多機能型居宅介護	介護予防小規模多機能型居宅介護	介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用）
						介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）
			住環境整備系	介護予防福祉用具貸与	介護予防福祉用具貸与	介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用）
						介護予防福祉用具貸与（用具別※詳細は別添 4 参照）
			支援系	居宅介護予防支援	居宅介護予防支援	居宅介護予防支援

※ 介護予防特定福祉用具販売及び介護予防住宅改修は、いわゆる償還払いのサービスであり、国民健康保険団体連合会に事務委託を行っている保険者のデータに限られ、参照範囲が異なることから当該集計には含めていない。

資 料

厚生労働科学研究費補助金〈長寿科学政策研究〉「2040 年を見据えた地域特性に応じた
介護サービス提供体制の最適化と科学的介護の推進に関する調査研究」（研究代表者：陣内裕成）

○サービス区分（区分 4-2）福祉用具貸与・用具別一覧

介護給付
福祉用具貸与（車いす貸与）
福祉用具貸与（車いす付属品貸与）
福祉用具貸与（特殊寝台貸与）
福祉用具貸与（特殊寝台付属品貸与）
福祉用具貸与（床ずれ防止用具貸与）
福祉用具貸与（体位変換器貸与）
福祉用具貸与（手すり貸与）
福祉用具貸与（スロープ貸与）
福祉用具貸与（歩行器貸与）
福祉用具貸与（歩行補助つえ貸与）
福祉用具貸与（徘徊感知機器貸与）
福祉用具貸与（移動用リフト貸与）
福祉用具貸与（自動排泄処理装置貸与）

介護予防給付
介護予防福祉用具貸与（予防車いす貸与）
介護予防福祉用具貸与（予防車いす付属品貸与）
介護予防福祉用具貸与（予防特殊寝台貸与）
介護予防福祉用具貸与（予防特殊寝台付属品貸与）
介護予防福祉用具貸与（予防床ずれ防止用具貸与）
介護予防福祉用具貸与（予防体位変換器貸与）
介護予防福祉用具貸与（予防手すり貸与）
介護予防福祉用具貸与（予防スロープ貸与）
介護予防福祉用具貸与（予防歩行器貸与）
介護予防福祉用具貸与（予防歩行補助つえ貸与）
介護予防福祉用具貸与（予防徘徊感知機器貸与）
介護予防福祉用具貸与（予防移動用リフト貸与）
介護予防福祉用具貸与（予防自動排泄処理装置貸与）