

厚生労働省老人保健事業推進費等補助金

令和3年度老人保健健康増進等事業

地域づくりに関する調査研究事業

報告書

令和4年（2022年）3月

株式会社サーベイリサーチセンター

目 次

| | |
|-------------------------------|-----------|
| I 調査研究事業の概要 | 1 |
| 1. 調査研究事業の課題及び事業の流れ | 2 |
| 2. 調査研究事業の推進 | 5 |
| II 取組効果に関する評価の試行 | 7 |
| 1. 評価の設計 | 8 |
| 2. 試算の結果 (step1) | 11 |
| 3. 試算の改善結果 (step2) | 13 |
| III 取組実態の把握 | 17 |
| 1. アンケート調査の設計 | 18 |
| 2. アンケート調査の実施概要 | 23 |
| 3. アンケート調査の結果 | 28 |
| 3-1. 取組の工夫 | 28 |
| 3-2. 民間との連携 | 48 |
| 3-3. 取組の成果 | 55 |
| 3-4. 長期的な視点での取組 | 61 |
| IV 取組の事例 | 70 |
| 1. 事例の全体像 | 71 |
| 2. 事例 | 76 |
| 2-1. 集い | 76 |
| ・大阪府大東市 | 76 |
| ・高知県須崎市 | 83 |
| ・高知県四万十市 | 92 |
| 2-2. 互い | 100 |
| ・北海道美瑛町 | 100 |
| ・北海道栗山町 | 109 |
| ・埼玉県寄居町 | 117 |
| 2-3. 互い (民間連携) | 125 |

| | |
|----------|-----|
| ・愛知県豊明市 | 125 |
| ・愛知県豊田市 | 134 |
| 2-4. 知恵 | 144 |
| ・大阪府寝屋川市 | 144 |
| ・大分県佐伯市 | 151 |

V 結びにかえて 161

資料編 165

| | |
|-------------------|-----|
| 1. 市区町村調査票 | 166 |
| 2. 市区町村社会福祉協議会調査票 | 170 |
| 3. 調査票添付資料 | 174 |

I 調査研究事業の概要

1. 調査研究事業の課題及び事業の流れ

(1) 調査研究課題

- ・介護予防・日常生活支援総合事業等については、市町村によって取組にばらつきがあるほか、今般の新型コロナウイルスの影響等により、地域を取り巻く状況についても大きく変化している。
こうした実情も踏まえつつ、高齢者の生活を支える仕組みについて、地域全体で構築していくことが重要となる。
- ・本事業では、これからの地域づくりの在り方について、長期的な視点から具体的な課題等を整理する。これを踏まえ、「地域づくり戦略」等の現在の媒体についても、先行的な事例を把握し、盛り込むべき内容等について整理する。

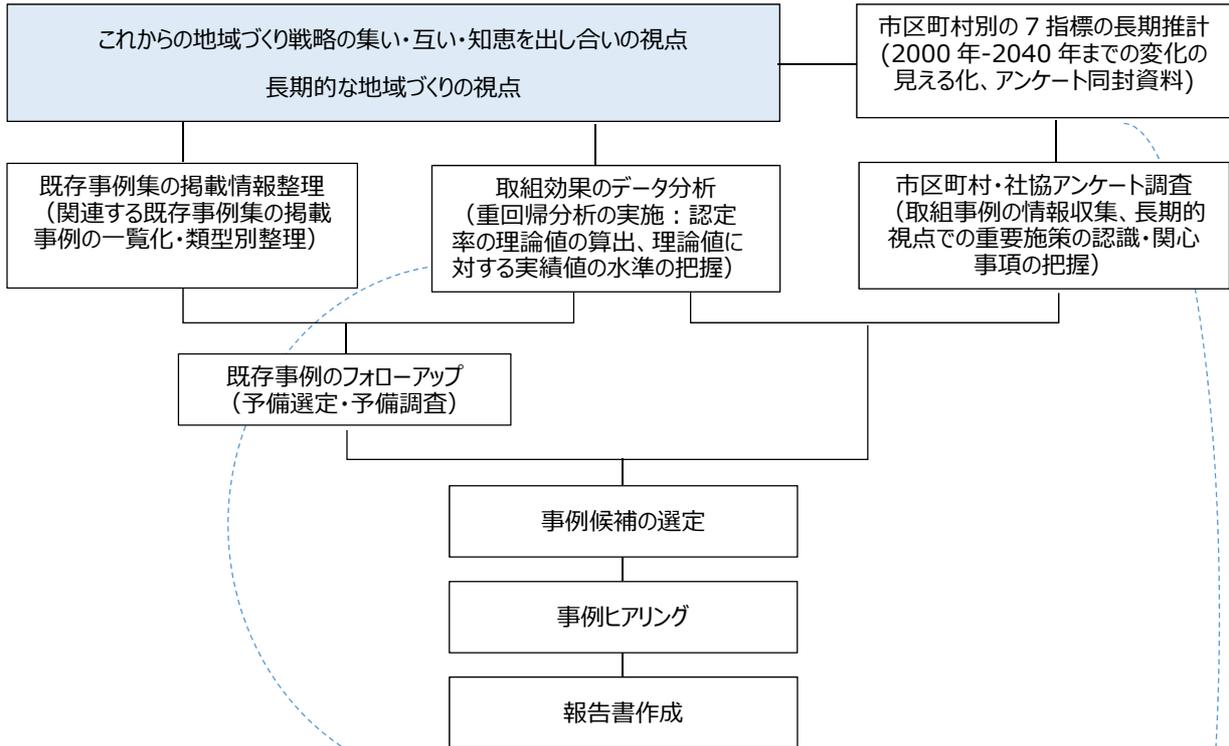
(2) 調査研究課題の展開と調査研究事業の流れ

- ・長期的な視点での基本的な取組課題は、地域を取り巻く状況の大きな変化を踏まえた上で、将来に渡って必要な支援を提供できる体制を地域全体で構築していくことにある。その過程では、必要とされる支援と提供可能な支援との差を埋めていくことが求められる。差の解消に向けて、支援の提供体制の充実を図る取組は当然必要だが、それだけにとどまらず、支援ニーズの発生をより小さく抑えていく予防的な取組も重要である。長期的な視点のもとでは、顕在化した課題への対処にとどまらず、課題の発生抑制といった根本的な対策に視線を向けることがより容易になる。
- ・差の解消には量的な側面と質的な側面とがあり、量的な側面では支え手の確保や課題の発生抑制が、質的な側面では支援提供体制の整備（連携や仕組みづくり）等がその具体的な課題となる。さらに、長期的な視点では、地域の変化に合わせて取組を継続的に調整していく適応能力の向上も重要となる。本調査研究の主題である介護予防・日常生活支援総合事業等は、支え手の確保・支援提供体制の整備、ニーズの発生抑制、地域の適応能力の向上等を総合的に進める一つの仕組みである。既に第6期・第7期が終了しており、最低2回はこれらの取組の評価・見直しが各地で行われていることから、その具体的な課題や成果も地域単位で把握されていると見込まれる。また、第6期・第7期の取組の成果が地域に蓄積され、客観的なデータに現れてくる可能性も期待される。
- ・そこで本事業においては、統計データの分析を通じて全国を俯瞰し、取組の効果が得られている可能性のある地域を把握する。その上で、これまでに類似の事例集で紹介されている事例との対応を確認し、既存の事例でフォローすべき候補の目途をつける。併せて、全市区町村及び全市区町村社会福祉協議会にアンケート調査を行い、地域づくりに関する課題を把握するとともに、各地の取組情報を収集する。既存の紹介事例でフォローする取組についてはアンケート調査の回答結果も踏まえて確定する。他方、アンケート調査によって新たに把握できた取組についても統計データと紐づけて整理し、取組の効果が出ていると見込まれる地域を事例として選定する。
- ・選定した取組事例については、市区町村・社会福祉協議会から資料を収集して整理する。そのうち、特に各地で応用を見込みやすい取組については、ヒアリングを通じて詳細な情報を収集する。ヒアリングにおいては、現

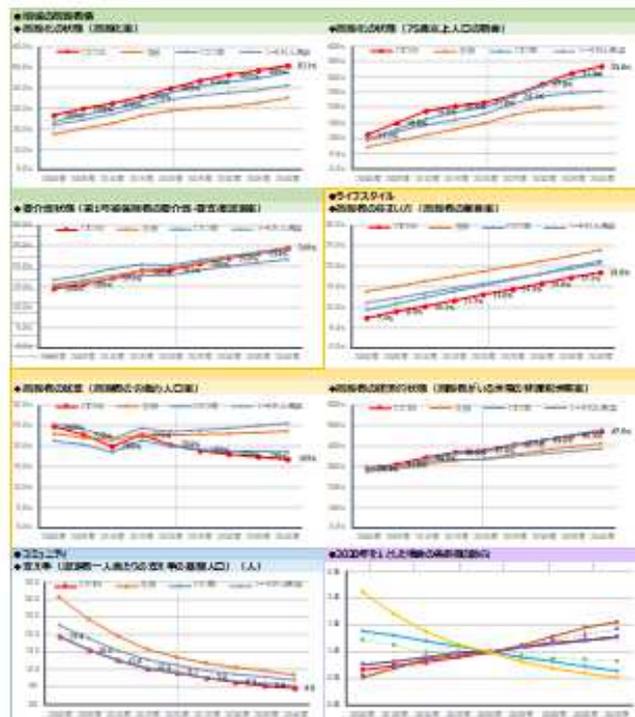
在に至るまでの取組の経過等を確認した上で、長期的な視点から取組の深化・発展の創出等の状況を合わせて整理する。

- ・介護保険事業も含め、福祉分野の取組においては、短期的なローリングで主に事務事業レベルの評価・見直しが繰り返されてきた。地域包括ケアシステムの構築に向けて長期的な視点も求められることとなっているが、実際には長期的な視点でバックキャスティング（将来のある時点からさかのぼって見ること。将来に想定される状況に対応できるように、あるいはその状況を避けるために、今すべきこと等を検討する際に有効とされる方法）やシナリオプランニング（長期的視点で将来の不確実性も考慮した幅のある複数のシナリオづくり）等による検討作業はほぼ行われていないと見込まれる。前述の、現在に至るまでの長期的な取組経過等を確認していく作業は、短期的なローリングによる個別の見直しを長期的な取組全体の深化・発展の過程においてとらえる作業となる。これにより、個々の見直しが長期的にどのような役割を担ってきたのかがより明確になる。こうした観点での情報提供が、各地での長期的な視点での取組の促進にも役立つと期待される。本調査研究事業においては、このようなスタンスで臨むこととする。
- ・これまで地域包括ケアシステムの目標とされてきた 2025 年が身近に迫り、2040 年問題への対応にも視線が向かっている。介護保険が導入されてから既に 20 年が経過しているが、2040 年までもおよそ 20 年の道のりとなる。過去 20 年の取組過程をたどっていくことで、2040 年問題への対応の過程も見すえやすくなる可能性があることから、本調査研究で取り上げる事例については、なるべく長期を遡って取組経過を追っていくこととする。

図表 I -1-1 【本調査研究事業の流れ】



| 領域 | 選定指標 | 重回帰分析 |
|-------------|-------------------------|--|
| 高齢者像 | 高齢化率 | ① 6 指標を説明変数として認定率の重回帰モデルを導出 ② 重回帰モデルを用いて、各保険者の認定率の理論値を算出 ③ 認定率の理論値に対する実績値の水準を把握 ④ 理論値に対して実績値が低い場合、6 変数で説明されていない要因（取組の効果を含む）が認定率を押し下げていると考えられることから、理論値に対して実績値が低い保険者に注目してリスト化 |
| 高齢者のライフスタイル | 単身率（家族） | |
| | 労働参加率（仕事） 非課税世帯率（家計） | |
| 生活環境・コミュニティ | 可住地人口密度 | |
| 広域的な地域性 | 広域（都道府県）の認定率 | |



2. 調査研究事業の推進

(1) 調査研究事業の体制

・本調査研究事業は、有識者による検討会議を設置して推進した。

図表 I -2-1【検討会議委員】

| 委員 | 所属 | 備考 |
|------|----------------|----|
| 近藤克則 | 千葉大学予防医学センター教授 | |
| 都築晃 | 藤田医科大学講師 | |
| 中村一朗 | 国際長寿センター室長 | |
| 服部真治 | 医療経済研究機構主席研究員 | |
| 宮城孝 | 法政大学現代福祉学部教授 | 座長 |
| 和気純子 | 東京都立大学人文社会学部教授 | |

図表 I -2-2【検討会議等の実施経過】

| 開催 | 日程 | 議 題 |
|-----------|-----------------------|--|
| 個別ヒアリング | 2021年11月16日～ 12月3日 | <ul style="list-style-type: none"> ・調査研究の趣旨・概要 ・事例選定に向けたマクロ評価（統計解析（試算）） ・事例候補の抽出 ・調査項目 |
| 第1回検討会議 | 2021年12月21日 | <ul style="list-style-type: none"> ・事例選定の視点 ・事例候補の選定 ・自由議論 |
| 第2回検討会議 | 2022年2月15日 | <ul style="list-style-type: none"> ・アンケート調査結果 ・事例の追加候補 ・事例のまとめ方 ・報告書の構成 |
| メールでの意見収集 | 2022年3月28日送信 | <ul style="list-style-type: none"> ・報告書案 |

(2) アンケート調査の実施

- ・全市区町村、市区町村社会福祉協議会を対象にアンケート調査を実施した。

図表 I -2-3【アンケート調査の実施】

| 調査 | 対象数 | 期間 |
|--------------------|--------|----------------------------------|
| 市区町村アンケート調査 | 1741 件 | 2021 年 12 月 20 日～2022 年 1 月 31 日 |
| 市区町村社会福祉協議会アンケート調査 | 1741 件 | 2021 年 12 月 20 日～2022 年 1 月 31 日 |

(3) 事例のヒアリング

- ・10 地域の取組についてヒアリングを行った。

図表 I -2-4【ヒアリングの実施】

| 地域 | ヒアリング先 | 日程 | 備考 |
|---------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 北海道美瑛町 | 社会福祉法人美瑛慈光会 | 2022 年 3 月 14 日 | オンライン |
| 北海道栗山町 | 栗山町福祉課地域包括支援センター 栗山町社会福祉協議会 | 2022 年 3 月 8 日 | オンライン |
| 埼玉県寄居町 | 寄居町福祉課 寄居町社会福祉協議会 | 2022 年 2 月 16 日 | 訪問 |
| 愛知県豊明市 | 豊明市健康長寿課、市民協働課 | 2022 年 3 月 1 日 | 訪問 |
| 愛知県豊田市 | 豊田市未来都市推進課 | 2022 年 3 月 1 日 | 訪問 |
| 大阪府大東市 | 大東市高齢介護室 | 2022 年 2 月 28 日 | オンライン |
| 大阪府寝屋川市 | 寝屋川市高齢介護室 | 2022 年 3 月 2 日 | 訪問 |
| 高知県須崎市 | 須崎市長寿介護課 | 2022 年 2 月 14 日 | オンライン |
| 高知県四万十市 | 四万十市高齢者支援課 | 2022 年 1 月 26 日 | 訪問 |
| 大分県佐伯市 | 佐伯市高齢者福祉課地域包括支援センター | 2022 年 2 月 18 日 | オンライン |

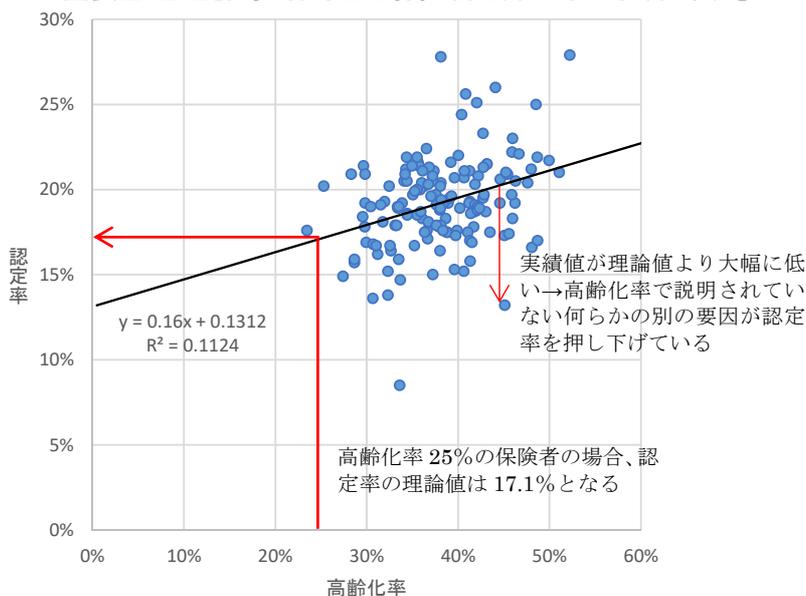
Ⅱ 取組効果に関する評価の試行

1. 評価の設計

(1) 取組効果の評価に向けた試算の設計（マクロデータを用いた評価）

- ・長期的な視点では、支援ニーズの発生を抑えていく予防的な取組の重要性がより高まることから、各地の取組が認定率の低下につながっているかどうか注目して各地の取組成果の評価を行う。なお、高齢になるほど認定率も高くなる傾向がある。こうした効果により、高齢化の進行が地域における取組の効果を相殺してしまう可能性もある。したがって、単純に認定率の変動だけを見て取組の評価を行うと、せっかくの取組の効果を見逃してしまう可能性がある。逆に、例えば、前期高齢者の転入増加によって取組とは無関係に一時的に認定率が下がることもあり得る。年齢の影響を取り除いた年齢調整済み認定率という指標もあるが、認定率に影響を及ぼす要因は年齢だけではなく他にもあると見込まれる。そこで、認定率等の統計データをそのまま用いるのではなく、多様な要因を考慮した分析を行ってから評価につなげていくこととする。ここでは重回帰分析という手法を用いることとする。
- ・重回帰分析は回帰分析の一種である。回帰分析を行うと予測モデルが得られる。予測モデルとは、例えば、高齢化率が既に分かっている場合に、高齢化率のデータを用いて認定率を予測する計算式のことである。高齢化率を x 、認定率を y とすると、認定率 y の予測モデルは $y = a x + b$ で示される（下図に示す北海道の例では、 $y = 0.16 x + 0.1312$ （右上がりの直線））。ここで、予測モデルで求められた y は、予測モデルから得られた理論的な値（理論値）であり、実際の認定率（実績値：下図の例では青い点）とは必ずしも一致しない。よって、仮にある地域の実績値が理論値 y よりも低ければ、その地域では高齢化以外の何らかの要因が認定率を低める方向に影響していることとなる。その何らかの要因（要因は一つとは限らない）に、地域の取組の効果が含まれている可能性がある。

図表 II-1-1【例】北海道の保険者の認定率の予測モデル】



- ・重回帰分析では、高齢化率以外にも、いくつかの要因を想定して予測モデルを得ることができる。上式の $a \times$ の部分を増やすことができるため、重回帰分析の予測式は $y = a_1 x_1 + a_2 x_2 + a_3 x_3 + \dots + a_n x_n + b$ というように示される。 x_1 を高齢化率、 x_2 を単身率…として未知の要因の部分を狭めていくことが可能となる。
- ・本分析では、認定率を上下する要因として次表に示す5つの指標を選定した。なお、要因として扱える変数は市区町村・保険者レベルで統計データが整備されている指標に限られる。また、要因として扱う変数間に強い相関（厳密には多重共線性という）がある場合、一般的に分析に支障が生じる。このような分析上の支障を予め避けるため、要因の領域を、高齢者本人の状況、生活スタイル、生活環境と大きく分け、さらに生活スタイルを家族構成・住まい方、仕事、家計に分けて、意味的に対応する代表的な指標を選定した。

図表Ⅱ-1-2【重回帰分析で用いる指標（説明変数）の選定】

| 領域 | 選定指標 | 意味 | 認定率への影響の仮説 |
|---------------------------|---------|-----------------------------------|--|
| 高齢者像 | 高齢化率 | 地域における高齢化の状況を表す。 | 高齢化率が高いほど認定率が高い |
| 高齢者のライフスタイル (家族・仕事・家計) | 単身率 | 地域の高齢者の家族構成・住まい方の状況を表す。 | 単身率が高いほど（家族・社会とのコミュニケーション機会が乏しく、社会的フレイルのリスクが高くなり）認定率が高い |
| | 労働参加率 | 地域の高齢者の労働参加及びその意向の水準を表す。 | 労働参加率が高いほど（社会参加・QOLが高く、社会的・精神的フレイルのリスクが高くなり）認定率が低い |
| | 非課税世帯率 | 地域の高齢者の家計（経済的豊かさ・困窮）の水準を表す。 | 非課税世帯率が高いほど（経済的に豊かではなく生活行動の選択が限定され、社会的・精神的フレイルのリスクが高くなり）認定率が高い |
| 高齢者の生活環境・コミュニティ | 可住地人口密度 | 都市的な/村落的な生活環境・都市基盤・資源等の状況を総合的に表す。 | 可住地人口密度が高いほど（都市的な住環境で定年退職者が多く、人間関係が疎遠であり、身体的・社会的フレイルのリスクが高く）認定率が高い |

※補足：重回帰分析は本来、因果関係を解明する分析ではない。本分析でも、認定率及びその要因に用いた変数とも同じ年次のデータを用いており、原理的に因果になりえない。ただし、重回帰分析は因果推論に用いられる代表的な分析手法でもある。ここでも、因果の仮説を立てることによって共変関係を因果関係に置き換えて解釈している。

- ・これらの変数を用いて2010年、2015年、2020年の各時点の予測モデルを求める。また、そのモデルを用いて認定率の理論値を求めるとともに、理論値と実績値との差を求める。前述したが、実績値が理論値を下回っている場合は、予測モデルに用いた5つの選定指標（説明変数）以外の何らかの要因が認定率を押し下げていることになり、その何らかの要因の中に取組の効果が含まれている可能性がある。本分析では実績値が理論値を下回っている保険者に注目する。
- ・また、2010年、2015年、2020年の各予測モデルを用いて求めた理論値に対して実績値の水準（実績値－理論値）が継続的に低くなっていく場合、5つの選定指標以外の何らかの要因（要因は一つとは限らない）が認定率を押し下げる方向に徐々に大きな効果を及ぼしている可能性がある。すなわち、取組が認定率の改善につながっている可能性が想定される。本分析ではそのようなケースにも注目する。

・よって本分析では、次の①②に注目することとする。

①認定率の理論値に対して実績値が低い保険者

②認定率の理論値に対する実績値の水準が改善している保険者

・上記②については、下表の条件を想定しておく。

図表Ⅱ-1-3【理論値・実績値の差から見て取組効果が出ている可能性がある保険者】

| | 理論値と実績値 | | | 2010年・2015年・2020年の 差の動向 (改善が進んでいる可能性のある動向) |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|---|
| | 2010年 | 2015年 | 2020年 | |
| 実績値－理論値の 数値が継続的に低く なっていく3つの パターン | 実績値>理論値 | 実績値>理論値 | 実績値>理論値 | 2010年、2015年、2020年ともに実績値が理論値を上回るが、その差が徐々に縮小し、理論値に近づく。 |
| | 実績値>理論値 実績値>理論値 | 実績値>理論値 実績値<理論値 | 実績値<理論値 実績値<理論値 | 2010年には実績値が理論値を上回るが、2020年には実績値が理論値を下回る。この間、理論値に対する実績値の水準が徐々に低くなる。 |
| | 実績値<理論値 | 実績値<理論値 | 実績値<理論値 | 2010年、2015年、2020年ともに実績値が理論値を下回っており、その差が徐々に拡大し、理論値を引き離す。 |

※2010年、2015年、2020年の各年の予測モデルが異なるため、厳密には実績値と理論値の差を各年間で直接的に比較することには慎重さが求められるため、この分析のみで評価を確定することは避ける。本報告書においては、統計的評価だけではなく取組情報も重ねて、事例選定に進む流れを組んでおり、ここでの分析は、その基礎的なデータ形成となる。「①認定率の理論値に対して実績値が低い」「②認定率の理論値に対する実績値の水準が改善」の複数の評価を行うことで、選定の幅を確保しておく。

2. 試算の結果 (step 1)

- ・重回帰分析で得られた予測モデルは下表の通りである。なお、各モデルには欠落している指標もある。例えば、「単身率」等である。指標の欠落があるのは、統計的に検定を行い、有意ではない指標（統計的に意味があるとは言えない指標）を取り除いてモデルを求めたためである。
- ・表中の調整済 R^2 は、予測モデルの説明力を示す数値である。例えば、2010 年の結果では R^2 が 0.309 となっている。これは、高齢化率、非課税世帯率、労働参加率の 3 つの要因で認定率の 30.9% を説明していることを示す。残り 69.1% は他の何らかの要因で説明されることとなり、地域の取組の効果もこの 69.1% の中に含まれることとなる。なお、 R^2 が 1 に近いほど予測モデルとしては優れているが、本分析において、仮に R^2 が 1 に近くなった場合、それは地域の取組が認定率にほとんど影響していないことを意味することとなるため、好ましい結果とはいえない。また、因果関係が複雑に絡む社会統計の予測モデルにおいては R^2 が高くなることはむしろまれである。本分析の各年の R^2 をみると 31%～37% 程度の説明力があり、決して説明力が低いほうではない。本分析においては、取組効果の検討に一定程度は活用可能なモデルが得られたといえる。

図表Ⅱ-2-1【各年次の予測モデル】

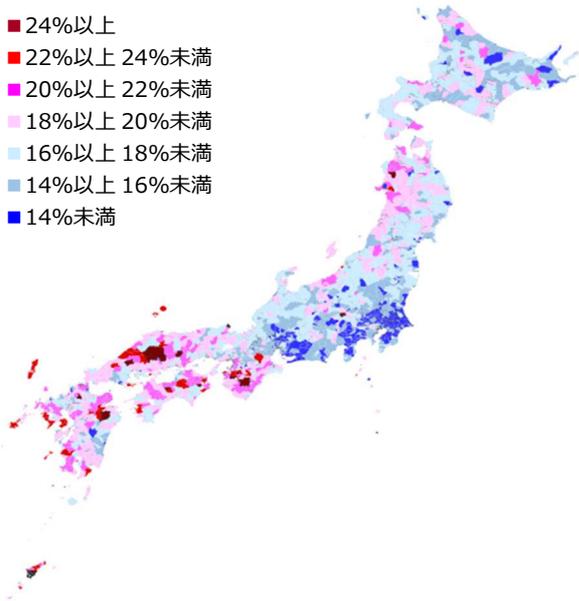
| 年 | 予測モデル | 調整済 R^2 |
|--------|---|-----------|
| 2010 年 | 認定率 = $0.067 \times \text{高齢化率} + 0.111 \times \text{非課税世帯率} - 0.044 \times \text{労働参加率} + 0.122$ | 0.309 |
| 2015 年 | 認定率 = $0.126 \times \text{高齢化率} + 0.119 \times \text{非課税世帯率} - 0.025 \times \text{労働参加率}$ + $0.000001 \times \text{可住地人口密度} + 0.102$ | 0.369 |
| 2020 年 | 認定率 = $0.116 \times \text{高齢化率} + 0.117 \times \text{非課税世帯率} - 0.024 \times \text{労働参加率}$ + $0.000002 \times \text{可住地人口密度} + 0.102$ | 0.330 |

- ・下図は予測モデルを使用して、各保険者の認定率の理論値と実績値との差（実績値－理論値）を求め、地図上に表示したものである。この図からは、地域ブロック、あるいは、都道府県で似通った傾向がみられる。例えば、関東甲信、東海、南九州で実績値が理論値よりも低い保険者が多く、東北、北陸、近畿、中国で実績値が理論値よりも高い保険者が多い。2010 年、2015 年、2020 年ともに概ね似通った傾向がみられる。
- ・なお、2010 年と 2015 年とを比較すると、岩手・宮城・福島沿岸部では 2015 年に実績値が理論値を下回る保険者がほぼ見られなくなっており、また、青森・茨城・千葉でも理論値に対する実績値の水準が上昇している。これには 2011 年の東日本大震災が影響していると思われ、災害等も認定率に影響する要因になると見込まれる。ただし、災害については本予測モデルで考慮していないため、各地の取組等とともにその他の要因に含まれる。その他の要因には、こうしたイベント的な要因も含まれる。

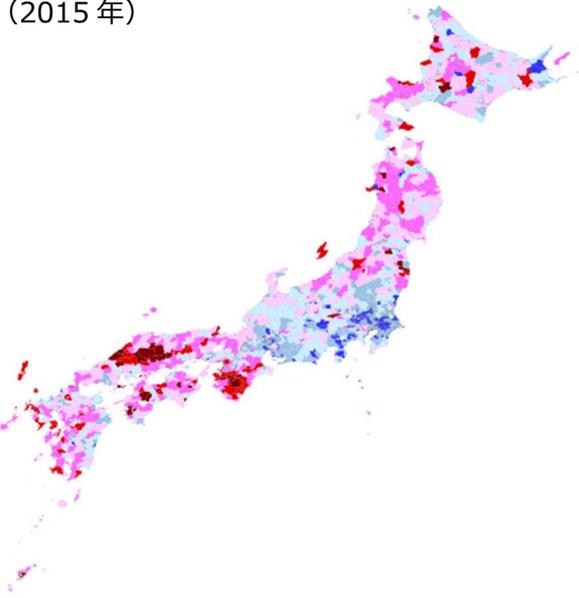
図表Ⅱ-2-2【認定率（左）及び認定率の理論値と実績値との差（右）】

認定率（2010年）

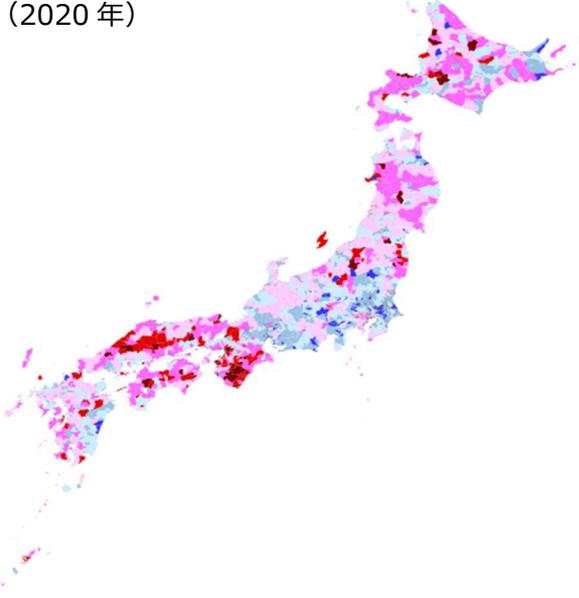
- 24%以上
- 22%以上 24%未満
- 20%以上 22%未満
- 18%以上 20%未満
- 16%以上 18%未満
- 14%以上 16%未満
- 14%未満



(2015年)

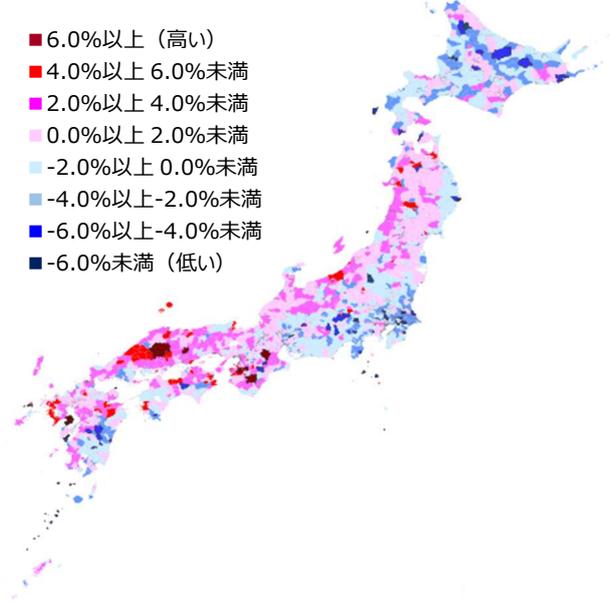


(2020年)

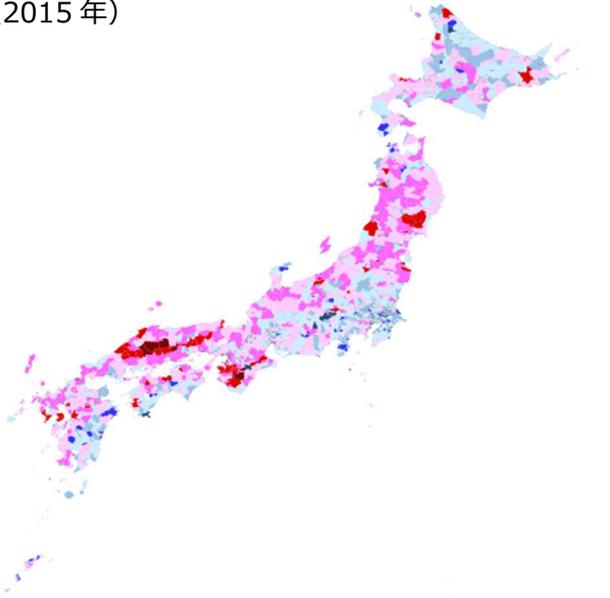


認定率の理論値に対する実績値の水準（2010年）

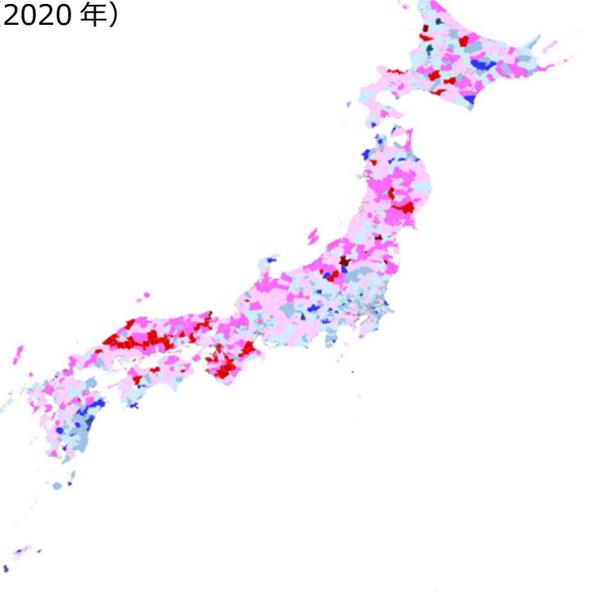
- 6.0%以上（高い）
- 4.0%以上 6.0%未満
- 2.0%以上 4.0%未満
- 0.0%以上 2.0%未満
- -2.0%以上 0.0%未満
- -4.0%以上 -2.0%未満
- -6.0%以上 -4.0%未満
- -6.0%未満（低い）



(2015年)



(2020年)



3. 試算の改善結果 (step 2)

・前項において、理論値と実績値との差には広域的な偏りも確認されたことから、保険者の圏域を越えた広域的な地域性（県民性、周辺市区町村の動向、県内事業者の動向、都道府県の支援等）が各保険者の認定率に影響している可能性も考えられる。そこで、要因に広域的な地域性を表す指標を加えて、改めて分析を行った（マルチレベル分析と呼ばれる重回帰分析の一手法）。広域的な地域性を示す指標には、下表に示す通り都道府県の認定率を追加した。

図表Ⅱ-3-1【重回帰分析で用いる追加指標（広域指標）】

| 領域 | 選定指標 | 意味 | 認定率への影響の仮説 |
|--------|----------|--|-------------------------|
| 広域の地域性 | 都道府県の認定率 | 広域的な地域性（県民性、食文化、生活スタイル、気候、周辺市区町村・事業者等の動向、医療や施設サービス等の拠点、県の支援・指導等）を総合的に示す。 ※都道府県レベルの認定率には、様々な広域的な要因が反映されており、総合的な指標になっているとみなす。認定率そのものを示すものとはみなさない。 | 都道府県の認定率が高いほど保険者の認定率が高い |

・マルチレベル分析で得られた予測モデルは下表の通りである。R² が 0.5 程度となっており、予測モデルの説明力が向上している。そこで、理論値と実績値との差の分析には、広域的な地域性も考慮したマルチレベル分析による予測モデルを用いることとする。

図表Ⅱ-3-2【予測モデル（広域の指標を追加した場合）】

| 年 | 予測モデル | 調整済 R ² |
|--------|---|--------------------|
| 2010 年 | 認定率 = 0.071 × 高齢化率 + 0.045 単身率 + 0.023 × 非課税世帯率 - 0.021 × 労働参加率 + 0.744 × 都道府県認定率 + 0.011 | 0.499 |
| 2015 年 | 認定率 = 0.139 × 高齢化率 + 0.050 × 非課税世帯率 - 0.019 × 労働参加率 + 0.000001 × 可住地人口密度 + 0.669 × 都道府県認定率 - 0.002 | 0.500 |
| 2020 年 | 認定率 = 0.118 × 高齢化率 + 0.060 × 非課税世帯率 - 0.027 × 労働参加率 + 0.000002 × 可住地人口密度 + 0.645 × 都道府県認定率 + 0.002 | 0.461 |

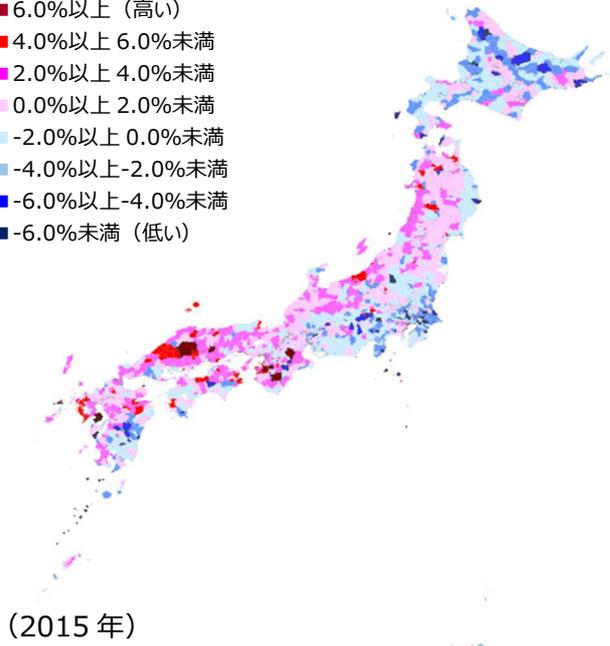
・マルチレベル分析による予測モデルの結果を用いた試算結果を次頁の地図上に示す。

・日本全体を俯瞰する場合、広域的な地域性を考慮しない分析結果（左）と、広域的な地域性を考慮した分析結果（右：マルチレベル分析の結果）とに大きな違いは見えにくい。しかし、都道府県域レベルの範囲に注目すると両者の違いが見えやすくなる。例えば、2020 年における首都圏、近畿等の大都市部に注目してみると、広域的な地域性を考慮しない分析結果では、どちらの地域でも同系統色が広がっている（首都圏で青系統の配色：実績値が理論値より低い傾向、近畿圏で赤系統の配色：実績値が理論値より高い傾向）。他方、広域的な地域性を考慮した分析結果では、どちらの地域でも異なる系統の色が入り組んでいる。このことは、近隣の地域間で、理論値に対する実績値の水準が異なっていることを示している。狭い圏域内の地域では、地域特性（気候、土地、産業、ライフスタイル等）にも類似性を想定しやすくなる。マルチレベル分析において都道府県レベル変数を加えることで、それらの地域特性が一定程度統制されていると仮定する場合には、その他の要因として、取組の効果を想定しやすくなる。マルチレベル分析の結果は、こうした想定を仮定できる点でも有益である。

図表Ⅱ-3-3【改善モデル（右）における理論値と実績値との差】

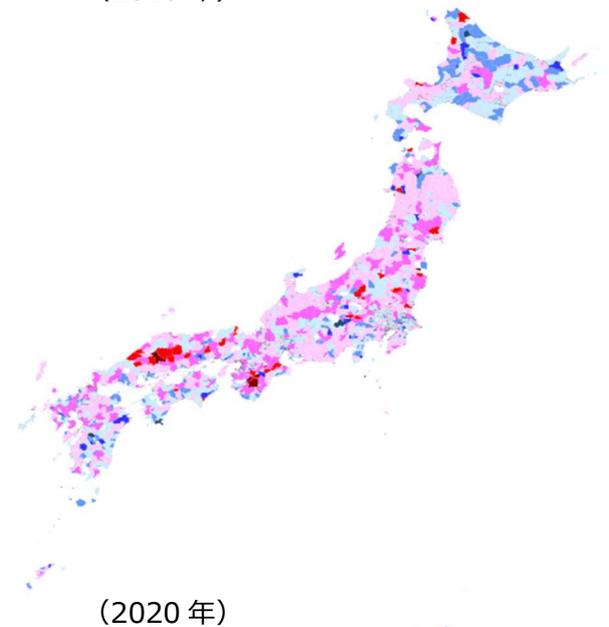
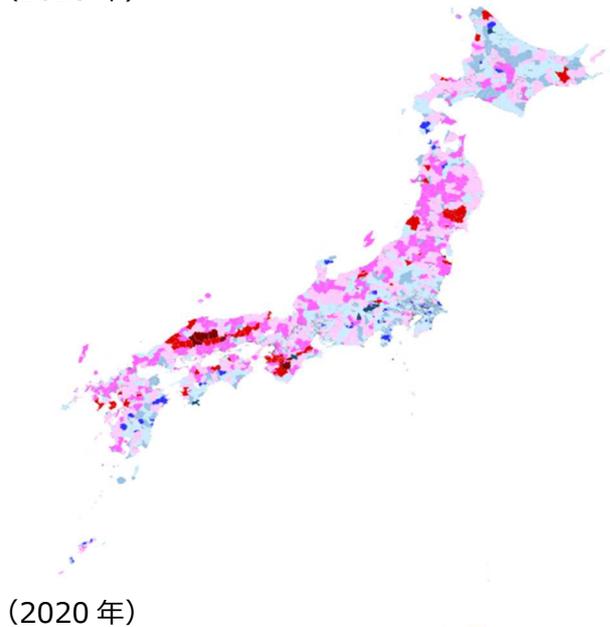
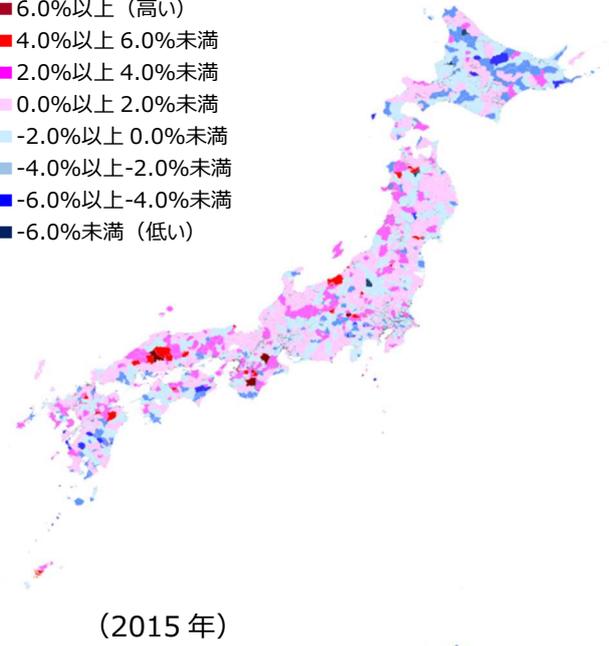
広域的な地域性を考慮しない場合（2010年）

- 6.0%以上（高い）
- 4.0%以上 6.0%未満
- 2.0%以上 4.0%未満
- 0.0%以上 2.0%未満
- -2.0%以上 0.0%未満
- -4.0%以上 -2.0%未満
- -6.0%以上 -4.0%未満
- -6.0%未満（低い）



広域的な地域性を考慮した場合（2010年）

- 6.0%以上（高い）
- 4.0%以上 6.0%未満
- 2.0%以上 4.0%未満
- 0.0%以上 2.0%未満
- -2.0%以上 0.0%未満
- -4.0%以上 -2.0%未満
- -6.0%以上 -4.0%未満
- -6.0%未満（低い）



《補足》

・前項までの試算以外にも、以下の分析を行っている。結果については概要を記載する。

図表Ⅱ-3-4【その他の試算の実施概要】

| 分析（試算） | 分析結果 |
|---|---|
| 目的変数の認定率及び各説明変数に 2010 年、2015 年、2020 年の各時点の値ではなく、2010～2015 年の変化量、2015～2020 年の変化量を用いた重回帰分析（パネル分析） | ・いずれも R^2 が低くなり、説明力の高いモデルは得られなかった。 |
| 目的変数の認定率を要支援 1・2 の認定率に絞った場合の重回帰分析（数パターン実施） | ・単身率、労働参加率は有意であったが、高齢化率、非課税世帯率は有意とはならなかった。 R^2 は認定率全体での試算よりも低い。 |
| 目的変数の認定率を要介護 1～5 の認定率に絞った場合の重回帰分析（数パターン実施） | ・高齢化率、非課税世帯率は有意となったが、単身率、労働参加率は有意とならなかった。 R^2 は認定率全体での試算よりも低い。 |
| 説明変数の可住地人口密度を総人口に置き換えて行った場合の重回帰分析（可住地人口密度を使用した試算と同様の試算を全て実施） | ・ R^2 は僅かに高まるが、年次によっては説明変数の欠落が多くなる（年次によって有意にならない説明変数が多くなる）。 |
| 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得点率を説明変数に加えて行った重回帰分析（数パターン実施） | <p>・R^2 は改善しない。得点率（取組水準）が有意となるケースもあったが、認定率との関係は非常に弱い水準であった。この試算を用いると、取組が認定率の高低にほとんど関係していないことを示すこととなり、前向きな検討を阻害してしまう。インセンティブ交付金の得点に反映されていない取組効果もあることを想定し、得点率を説明変数には採用しないこととする。説明変数として投入しないため、取組の効果は残差（理論値に対する実績値の水準の差）に注目して検討していくこととなる。</p> <p>※得点率：年次によってインセンティブ交付金の満点が異なるため、満点に対する得点の率を求めた。</p> |

・使用データは以下の通りである。

図表Ⅱ-3-5【使用データ】

| 区分 | 指標 | データ | 出所 |
|-----------------|---------------------------|------------------|---------------------------|
| 高齢者像 | 高齢化率 | 総人口 | 国勢調査、社人研 2018 年 3 月推計 |
| | | 65 歳以上人口 | 国勢調査、社人研 2018 年 3 月推計 |
| | 要介護・要支援認定率 | 第 1 号要介護・要支援認定率 | 介護保険事業状況報告、地域包括ケア見える化システム |
| | | 第 1 号要介護・要支援認定者数 | 介護保険事業状況報告 |
| 高齢者の ライフスタイル | 高齢単身世帯率 | 65 歳以上人口 | 国勢調査、社人研 2018 年 3 月推計 |
| | | 75 歳以上人口 | 国勢調査、社人研 2018 年 3 月推計 |
| | | 高齢単身世帯数 | 国勢調査 |
| | 高齢労働力人口率 | 15 歳以上人口 | 国勢調査、社人研 2018 年 3 月推計 |
| | | 労働力人口 | 国勢調査 |
| | | 65 歳以上人口 | 国勢調査、社人研 2018 年 3 月推計 |
| | | 65 歳以上労働力人口 | 国勢調査 |
| | | 75 歳以上人口 | 国勢調査、社人研 2018 年 3 月推計 |
| | 非課税世帯率（第 1 号被保険者がいる非課税世帯） | 所得段階別第 1 号被保険者数 | 介護保険事業状況報告 |
| | | 第 1 号被保険者数 | 介護保険事業状況報告 |
| | 生活環境・ コミュニティ | 可住地人口密度 | 総人口 |
| 可住地面積 | | | 国勢調査 |

Ⅲ 取組実態の把握

1. アンケート調査の設計

(1) 調査目的

・以下3点を目的とする。

- ①これまでの地域づくりの取組における工夫、取組の成果等を把握する。
- ②今後の長期的な地域づくりの方向性や課題認識を把握する。
- ③上記①②を踏まえた上で、事例の候補の検討にも資する。

(2) 調査内容

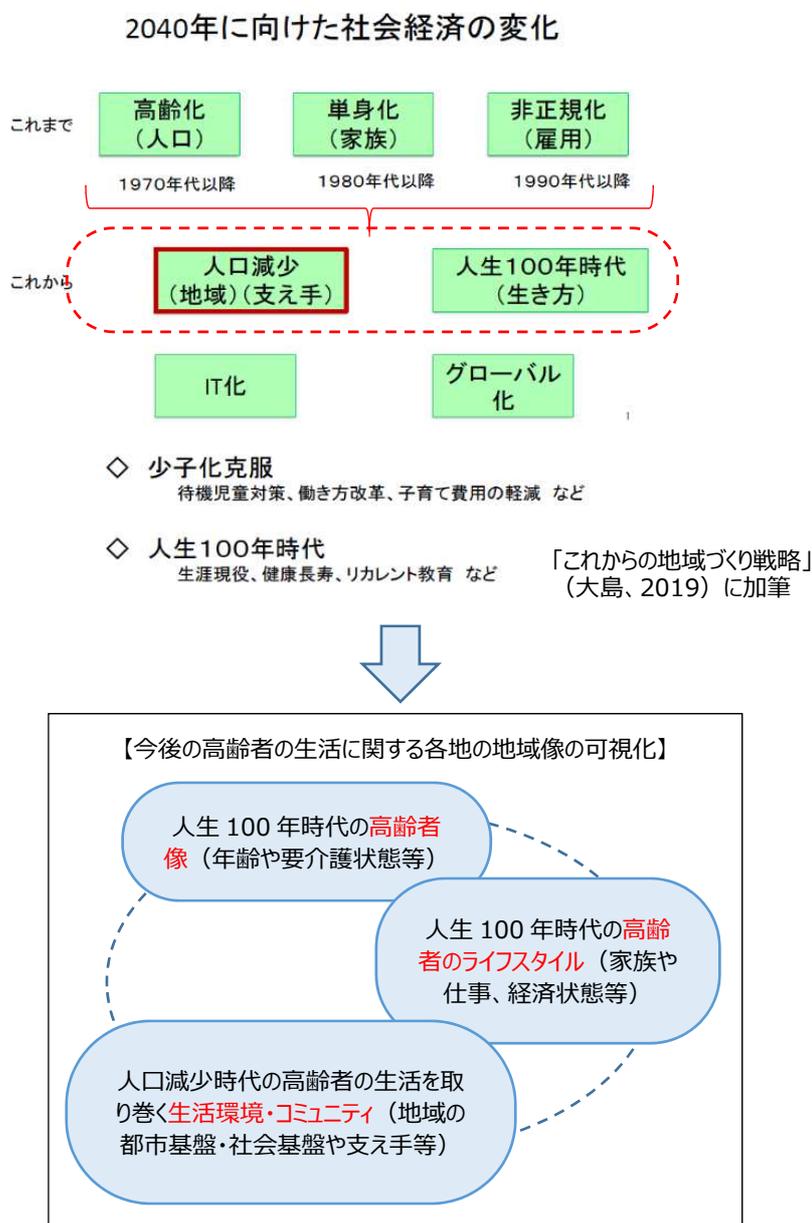
・調査内容は以下の通りである。

| 調査目的 | 調査内容 |
|---|---|
| ①これまでの地域づくりの取組における工夫、取組の成果等を把握する | ●地域づくりの取組における工夫（取組の内容、事業名、特色） ●民間の活用・巻き込み（民間との協定・協議、住民周知） |
| ①これまでの地域づくりの取組における工夫、取組の成果等を把握する ②今後の長期的な地域づくりの方向性や課題認識を把握する | ●取組の成果 ・現時点の取組成果（数値成果、数値以外の成果） ・取組の効果が認定率に現れている可能性（取組の要因、取組以外の要因：認定率を押し上げている地域的要因・押し下げている地域的要因：取組の要因） |
| ②今後の長期的な地域づくりの方向性や課題認識を把握する | ●長期的な地域づくり ・地域の長期的な変化に対して重要となる取組 ・長期を見すえて連携強化が重要となる施策分野 ・長期を見すえて当面重要となる取組 |
| ③事例の候補の検討に資する | ・上記全項目 |

(3) 「長期的な地域づくりの方向性や課題認識」に関するデータを得るための方法

- ・アンケート調査では、前頁の調査目的②に関する情報をより的確に得るために、各地域における長期的な変化を示す統計データを提示することとした。「長期」を「2040年」までの期間と定義して、その間のデータを示すことで、統一的な前提条件のもとでの回答を得るとともに、漠然とした想定での回答、直感的な回答を抑制することを想定している。このため、アンケート調査票の付属資料として統計データを添付し、資料を見て回答してもらう方法をとった。
- ・提示するデータは、これからの地域づくり戦略が前提におく視点に沿って設定した。これからの地域づくり戦略では、「これから」の変化として、「人口減少（地域・支え手）」「人生100年時代（生き方）」を念頭においている。また、「これまで」の変化として、「高齢化（人口）」「単身化（家族）」「非正規化（雇用）」を挙げている。これらに対応する指標を並べて多面的に地域の変化をとらえられるようにしている。

図表Ⅲ-1-1【これからの地域づくり戦略の視点と地域の変化の可視化】



・地域の長期的な変化を示す統計データについては以下の通りに選定し、アンケート調査票に添付した。なお、指標は、本報告書Ⅱで評価に用いた指標とも可能な限り重なるように選定している。添付資料については資料編を参照のこと。

図表Ⅲ-1-2【地域の変化を可視化する指標】

| 領域 | 指標 | 意味 | 選定理由 | 補足 |
|-------------|--|-----------------------------|--|---|
| 高齢者像 | 人生 100 年時代の高齢者像として、高齢化や要介護の状況に注目する。 | | | |
| | 高齢化率 | 地域における高齢化の状況を表す。 | 高齢化率の高い地域では後期高齢者の割合も高いことから、高齢化率は高齢者における高齢化を間接的に示す指標ともなる。高齢者の割合だけでなく、高齢者の高齢化を表す総合的な指標として有用である。 | |
| | 要介護（要支援）認定率 | 地域における高齢者の要介護の状況を表す。 | 地域の要介護・要支援の状況を総合的に表す基本的な指標である。 | |
| 高齢者のライフスタイル | 人生 100 年時代の高齢者のライフスタイルとして、家族、仕事、経済状況に注目する。 | | | |
| | 単身率 | 地域の高齢者の家族構成・住まい方の状況を表す。 | 家族は最も基礎的な社会集団であり、単身か同居かの住まい方は高齢期の暮らし方の重要な要素であり、フレイル・要介護状態等にも影響を持つ要素であるが見込まれる。また、単身が増加する中、地域における支援の在り方や孤立防止等の検討にも必須の要素となる。以上により、単身率は有効な指標だと見込まれる。 | 65 歳以上の人口に占める単身者（単身世帯）の割合を単身率とした。 |
| | 労働力人口率 | 地域の高齢者の労働参加及びその意向の水準を表す。 | 仕事は、生きがい・社会参加の重要な機会となり、高齢期の暮らし方の重要な要素となる。フレイル予防・介護予防にも影響すると見込まれる。以上により、労働力人口率は有効な指標だと見込まれる。 | 65 歳以上の人口に占める 65 歳以上の労働力人口の割合を労働人口率とした（※就業者数ではなく労働力人口を用いることで労働の意向も反映する） |
| | 非課税世帯率 | 地域の高齢者の家計（経済的豊かさ・困窮）の水準を表す。 | 経済的豊さは、高齢期の生活の多様なリスクへの対応、多様な機会の確保にとって重要な要素となる。健康との関係が指摘されており、フレイル予防・介護予防・重度化防止の選択肢の確保にも寄与すると見込まれる。家計水準の一端を示す非課税世帯率は以上の点で有効だと見込まれる。 | 第 1 号被保険者に占める市町村民税非課税世帯該当者の割合を非課税世帯率とした。 |

| | | | | |
|-----------------|---|------------------------------|---|---|
| 生活環境・ コミュニティ | 人口減少時代の高齢者を取り巻く生活環境、コミュニティの多様な要素の状況を総合的・代表的に示す。 | | | |
| | 支え手の基盤人口（認定者 1 人当たり） | 認定者 1 人に対する支え手の基盤となる人口規模を表す。 | 地域で共助・公助を推進するにあたって人的資源は不可欠である。支援ニーズに対して共助・公助での支え手を生み出す基盤がどの程度厚いかは、支援の在り方の検討において重要な要素になる。これを示す指標として支え手の基盤人口（認定者 1 人当たり）を用いる。 | 15～74 歳（生産年齢人口+健康寿命以下の高齢人口）を支え手の基盤となる人口とし、認定者数で割ったもの。 ※別に、高齢者 1 人を支える現役世代の人数を示す指標があるが、その指標は主に経済的側面の支え手（生産年齢で高齢者（非生産年齢）を支える）を示す。これに対して「支え手の基盤人口」は、専門職・ボランティア等の担い手の基盤となる人口を示す。 |

- ・提示するデータの期間は 2000 年～2040 年とし、2015 年までを実績値、2020 年以降を推計値として示した（一部については、データの欠損により過去においても推計値で示している）。
- ・高齢化率の推計値には国立社会保障・人口問題研究所の 2018 年 3 月推計の結果を使用している。その他の指標項目の推計は単回帰分析によって行っている。単回帰分析においては、分析方法（線形、非線形）、説明変数（65 歳以上人口、75 歳以上人口、…等）、投入データ（実数、構成比等）、投入データ期間（長期、中期、短期等）、を組み合わせ、自治体別かつ指標別に複数の試算を行い、その中から、それぞれに説明力の高いモデルを選定している。説明力の高いモデルが得られなかった場合には、投入データの平均値を採用している。
- ・福島県内の市町村については、国立社会保障・人口問題研究所による推計人口がないため、コーホートセンサス変化率法を用いて独自に推計を行った。データの連続性に乏しい 9 町村を除いて推計値が得られた。福島県内市町村における各指標の推計にはこの結果を使用している。
- ・広域連合や事務組合で介護保険を運営している場合、その構成市町村については市町村単独の介護保険データが得られない。このため、介護保険データを用いる指標（認定率、非課税世帯率、支え手の基盤人口）については、広域連合、事務組合単位で推計し、それを各構成市町村のデータとして採用している。

図表Ⅲ-1-3【使用データ】

| 区分 | 指標 | データ | 出所 |
|-----------------|---------------------------|----------------------|---------------------------|
| 高齢者像 | 高齢化率 | 総人口 | 国勢調査、社人研 2018 年 3 月推計 |
| | | 65 歳以上人口 | 国勢調査、社人研 2018 年 3 月推計 |
| | 要介護・要支援認定率 | 第 1 号要介護・要支援認定率 | 介護保険事業状況報告、地域包括ケア見える化システム |
| | | 第 1 号要介護・要支援認定者数 | 介護保険事業状況報告 |
| 高齢者の ライフスタイル | 高齢単身世帯率 | 65 歳以上人口 | 国勢調査、社人研 2018 年 3 月推計 |
| | | 75 歳以上人口 | 国勢調査、社人研 2018 年 3 月推計 |
| | | 高齢単身世帯数 | 国勢調査 |
| | 高齢労働力人口率 | 15 歳以上人口 | 国勢調査、社人研 2018 年 3 月推計 |
| | | 労働力人口 | 国勢調査 |
| | | 65 歳以上人口 | 国勢調査、社人研 2018 年 3 月推計 |
| | | 65 歳以上労働力人口 | 国勢調査 |
| | | 75 歳以上人口 | 国勢調査、社人研 2018 年 3 月推計 |
| | 非課税世帯率（第 1 号被保険者がいる非課税世帯） | 所得段階別第 1 号被保険者数 | 介護保険事業状況報告 |
| | | 第 1 号被保険者数 | 介護保険事業状況報告 |
| 生活環境・ コミュニティ | 支え手の基盤人口 | 15-74 歳人口（健康寿命以下の人口） | 国勢調査、社人研 2018 年 3 月推計 |
| | | 第 1 号要介護・要支援認定者数 | 介護保険事業状況報告 |

2. アンケート調査の実施概要

(1) 調査実施概要

・調査は以下の通りに実施した。

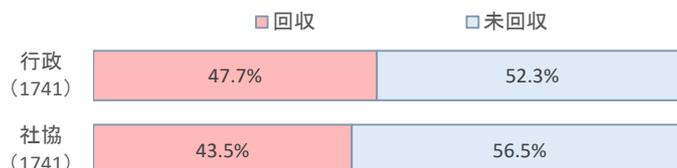
図表Ⅲ-2-1【調査実施概要】

| | |
|-------|--|
| 調査対象 | <p>全市区町村及び全市区町村社会福祉協議会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市区町村：1,741 件 ・社会福祉協議会：1,741 件 |
| 調査方法 | 郵送配布-郵送回収法（Fax・Email での回収を併用） |
| 調査期間 | 2021 年 12 月 20 日～2022 年 1 月 31 日（1 月 21 日締め切りから延長） |
| 調査内容 | <p>市区町村、社会福祉協議会ともに共通の調査内容とした。なお、一部の設問においては市区町村、社会福祉協議会別に質問文、選択肢の表記の調整を行った。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域づくりの取組における工夫（外部から関心が寄せられている取組、外部に周知されていない独自の工夫） ・民間の活用・巻き込みの状況 ・取組の成果 ・今後の長期的な地域づくりの方向性や課題認識（長期的な方向性、当面の重要となる取組、連携分野） |
| 設問 | <ul style="list-style-type: none"> ● 地域づくりの取組における工夫 <ul style="list-style-type: none"> ・他機関からのヒアリング・資料提供等の依頼有無・依頼件数・依頼主体 ・他機関から依頼を受けた取組の内容、事業名、特色 ・他機関から依頼を受けた取組以外で工夫している取組の内容、事業名、特色 ● 民間の活用・巻き込み <ul style="list-style-type: none"> ・保険外サービスの提供に関する民間との協定締結、民間との協議の場、住民周知 ● 取組の効果 <ul style="list-style-type: none"> ・現時点の取組成果（数値成果、数値以外の成果） ・認定率を押し上げている地域的要因・押し下げている地域的要因 ● 長期的な地域づくり <ul style="list-style-type: none"> ・地域の長期的な変化に対して重要となる取組 ・連携強化が重要となる施策分野 ・当面重要となる取組 |
| 回収数・率 | <p>市区町村：831 件（47.7%）</p> <p>社会福祉協議会：757 件（43.5%）</p> <p>合計：1,588 件（45.6%）</p> |

(2) 回収結果

- ・回収結果は以下の通りである。
- ・行政では人口規模が大きいほど回収率が高い傾向があり、社協も概ね同様の傾向がある。

図表Ⅲ-2-2【回収結果】



図表Ⅲ-2-3【回収パターン】

| | 対象別 | | 回収パターン | | | |
|-----|-------|-------|---------------|-------|-------|-------|
| | 行政 | 社協 | 行政・社協 とも回収 | 行政のみ | 社協のみ | 回収なし |
| 回収数 | 831 | 757 | 367 | 464 | 390 | 520 |
| 回収率 | 47.7% | 43.5% | 21.1% | 26.7% | 22.4% | 29.9% |

図表Ⅲ-2-4【地域特性別にみた回収結果】

| | | 行政 | | | 社会福祉協議会 | | |
|---------|------------------------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|
| | | n | 回収 | 未回収 | n | 回収 | 未回収 |
| 全体 | | 1,741 | 47.7% | 52.3% | 1,741 | 43.5% | 56.5% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 130 | 63.8% | 36.2% | 130 | 49.2% | 50.8% |
| | 10万人以上 20万人未満 | 150 | 58.0% | 42.0% | 150 | 59.3% | 40.7% |
| | 5万人以上 10万人未満 | 244 | 58.6% | 41.4% | 244 | 45.9% | 54.1% |
| | 1万人以上 5万人未満 | 685 | 47.0% | 53.0% | 685 | 40.4% | 59.6% |
| | 1万人未満 | 523 | 36.9% | 63.1% | 523 | 40.7% | 59.3% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 480 | 50.4% | 49.6% | 480 | 44.8% | 55.2% |
| | 30%～35%未満 | 389 | 52.7% | 47.3% | 389 | 46.3% | 53.7% |
| | 35%～40%未満 | 421 | 47.0% | 53.0% | 421 | 40.6% | 59.4% |
| | 40%以上 | 442 | 41.4% | 58.6% | 442 | 42.8% | 57.2% |
| 認定率 | 16%未満 | 386 | 47.9% | 52.1% | 386 | 44.8% | 55.2% |
| | 16%～18%未満 | 452 | 45.4% | 54.6% | 452 | 41.4% | 58.6% |
| | 18%～20%未満 | 472 | 50.2% | 49.8% | 472 | 41.1% | 58.9% |
| | 20%～22%未満 | 300 | 50.7% | 49.3% | 300 | 46.7% | 53.3% |
| | 22%以上 | 122 | 40.2% | 59.8% | 122 | 50.0% | 50.0% |
| 地域類型 I | 高齢化率・認定率：高 | 364 | 42.9% | 57.1% | 364 | 45.3% | 54.7% |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 607 | 50.7% | 49.3% | 607 | 43.5% | 56.5% |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 443 | 47.0% | 53.0% | 443 | 42.7% | 57.3% |
| | 高齢化率・認定率：低 | 318 | 49.1% | 50.9% | 318 | 43.1% | 56.9% |
| 地域類型 II | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 418 | 44.5% | 55.5% | 418 | 40.9% | 59.1% |
| | 単身率・非労働力人口率：高、非課税世帯率：低 | 89 | 41.6% | 58.4% | 89 | 40.4% | 59.6% |
| | 単身率・非労働力人口率：中、非課税世帯率：高 | 808 | 51.7% | 48.3% | 808 | 47.4% | 52.6% |
| | 単身率・非労働力人口率：低、非課税世帯率：高 | 294 | 47.3% | 52.7% | 294 | 39.8% | 60.2% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 123 | 39.0% | 61.0% | 123 | 39.0% | 61.0% |

(3) 分析設計

・アンケート調査の回答のほか、人口データ、介護保険事業の保険者データ等を用いて分析軸アイテムを作成し、クロス集計を行う。これにより、地域特性と地域づくりの取組の工夫との関係、成果との関係、長期的な課題認識との関係性等について把握する。

図表Ⅲ-2-5【分析軸】

| | |
|--------|---|
| 保険者区分 | 単独保険者の市区町村、広域連合・事務組合構成市区町村 |
| 地域特性 | 人口規模 |
| | 高齢化率 |
| | 認定率 |
| | 地域類型Ⅰ：高齢者の本人像の類型（高齢化の状態、認定の状態） 地域類型Ⅱ：高齢者のライフスタイルの類型（住まい方・仕事の状態・経済状態） |
| 認定率仮説 | 取組効果の可能性：認定率（理論値）と認定率（実績値）との差 |
| | 改善の可能性：認定率（理論値）に対する認定率（実績値）の差の動向 |
| 取組自己評価 | インセンティブ交付金（Ⅱ施策の推進）の得点の水準 |
| 長期的方向性 | 長期的な地域の変化を見すえて重要となる取組の方向性 |

※人口規模、高齢化率：国立社会保障・人口問題研究所 2018 年推計における 2020 年人口を使用。

※認定率：要介護・要支援全体の認定率（2020 年度）を使用。

※地域類型Ⅰ・Ⅱ：クラスター分析（Ward 法）により層化（グループ化）。「地域類型Ⅰ」は高齢化率、要介護（要支援）認定率を用いて層化。また、「地域類型Ⅱ」は、65 歳以上単身率、65 歳以上の労働力人口率（リスクの側面から見るため非労働力人口率に転換してから投入）、第 1 号被保険者の非課税世帯率を用いて層化。いずれも 2020 年の数値。要介護（要支援）認定率は実績値、他は推計値を使用。地域類型Ⅰは 4 類型、地域類型Ⅱは 5 類型に層化された。地域類型Ⅰ・Ⅱにおける各類型の特徴は下表の通りとなっている。

| 地域類型Ⅰ 高齢者の本人 像の類型 | 類型 | 該当 自治体数 (n) | 各類型の基礎データ | | | 各類型の特徴 | |
|-------------------------|----|-------------------|-------------|--------------|-------------|--------|-----|
| | | | 総人口 (平均) | 高齢化率 (平均) | 認定率 (平均) | 高齢化率 | 認定率 |
| | 1 | 364 | 12,564 | 44.6% | 21.0% | 高 | 高 |
| | 2 | 607 | 85,755 | 34.3% | 19.1% | 中 | 高 |
| | 3 | 443 | 34,236 | 35.9% | 15.2% | 中 | 低 |
| | 4 | 318 | 168,304 | 24.8% | 16.8% | 低 | 低 |

| 地域類型Ⅱ 高齢者のライ フスタイルの類 型 | 類型 | 該当 自治体数 (n) | 各類型の基礎データ | | | | 各類型の特徴 | | |
|---------------------------------|----|-------------------|-------------|-------------|---------------------|--------------------|--------|-------------|------------|
| | | | 総人口 (平均) | 単身率 (平均) | 非労働力 人口率 (平均) | 非課税 世帯率 (平均) | 単身率 | 非労働力 人口率 | 非課税 世帯率 |
| | 1 | 418 | 82,193 | 22.8% | 78.0% | 46.0% | 高 | 高 | 高 |
| | 2 | 89 | 5,903 | 22.8% | 63.0% | 43.9% | 高 | 低 | 高 |
| | 3 | 808 | 92,506 | 16.4% | 77.0% | 32.7% | 中 | 高 | 中 |
| | 4 | 294 | 44,525 | 11.4% | 75.6% | 23.9% | 低 | 高 | 低 |
| | 5 | 123 | 21,108 | 12.6% | 66.4% | 27.7% | 低 | 低 | 低 |

該当数は全自治体（推計値が得られない福島県の一部の自治体を除く）

※認定率評価仮説（取組効果の可能性、取組効果の改善の可能性）：本報告書Ⅱの試算結果を用いて区分。取組効果の可能性の分析軸については、2020年時点における認定率の理論値に対する実績値の差の水準によって5つに区分した。取組効果の改善の可能性については、2015年時点の理論値に対する実績値の差と2020年時点の理論値に対する実績値の差を比較し、3つに区分した。

| 認定率の理論値に対する実績値の差 | 区分 | | 解釈 |
|------------------|-------------------------------|--------------------------------------|----|
| | 1 | 実績値が理論値を2%以上下回る | |
| 2 | 実績値が理論値を0.5%以上下回る（0.5%以上2%未満） | | |
| 3 | 実績値が理論値の±0.5%の範囲内にある | 取組効果が出ている可能性、取組が地域の状況に対して追いついていない可能性 | |
| 4 | 実績値が理論値を0.5%以上上回る（0.5%以上2%未満） | 取組が地域の状況に対して追いついていない可能性 | |
| 5 | 実績値が理論値を2%以上上回る | | |

| 認定率の理論値に対する実績値の改善の可能性（取組効果改善の可能性） | 区分 | |
|-----------------------------------|---|---|
| | 1 | 改善の可能性（[2015年時点の実績値－理論値]の水準に対し、[2020年時点の実績値－理論値]の水準が低下）（1%以上低下） |
| 2 | 変動が小さい可能性（[2015年時点の実績値－理論値の水準]と[2020年時点の実績値－理論値の水準]との差が±1%未満） | |
| 3 | 悪化の可能性（[2015年時点の実績値－理論値]の水準に対し、[2020年時点の実績値－理論値]の水準が上昇）（1%以上上昇） | |

※インセンティブ交付金（Ⅱ施策の推進）については、2020年度、2021年度の交付の際の得点を使用。Ⅱ（自立支援、重度化防止等に資する施策の推進）の合計得点のデータを使用し、各年のⅡの満点に対する得点率の平均値を出して標準化した。その上で標準化した値（z値）を5つに区分した。

| インセンティブ交付金の得点の水準 | 区分 | |
|------------------|--------------------------|-------------------|
| | 1 | 低い（ $z \leq -1$ ） |
| 2 | やや低い（ $z \leq -0.5$ ） | |
| 3 | 平均程度（ $-0.5 < z < 0.5$ ） | |
| 4 | やや高い（ $z \geq 0.5$ ） | |
| 5 | 高い（ $z \geq 1$ ） | |

※「長期的な地域の変化を見すえて重要となる取組の方向性」はアンケート調査の回答データを使用。

図表Ⅲ-2-6【クロス集計計画】

| 分析項目 | 外部からの関心 | | | | | | | | | | | | | | 外部に周知されていない独自の工夫 | | | 取組成果 | | 民間活用・巻込 | | | 長期的な地域づくり | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|---|------------------|----|----|------|----|---------|--|----|-----------|--|--|
| | Q1 | | | | | | | Q2 | | | | | | | Q3 | Q7 | Q4 | Q5 | Q6 | Q8 | | Q9 | Q10 | | |
| | ヒ | 依 | 依 | 取 | 取 | 取 | 独 | 取 | 取 | 取 | 取 | 取 | 認 | 協 | 民 | 保 | 今 | (| 今 | 当 | | | | | |
| | ア | 頼 | 頼 | 組 | 組 | 組 | 自 | 組 | 組 | 組 | 組 | 組 | 定 | 定 | 間 | 険 | 後 | 行 | 後 | 面 | | | | | |
| リ | 件 | 元 | の | の | の | の | の | の | の | の | の | 率 | 定 | 事 | 外 | 後 | 政 | 後 | 面 | | | | | | |
| ン | 数 | | 内 | 事 | 事 | 独 | 取 | 取 | 取 | 取 | 取 | 率 | 定 | 業 | サ | 後 | 政 | 後 | 面 | | | | | | |
| グ | | | 容 | 業 | 業 | 自 | 組 | 組 | 組 | 組 | 組 | 率 | 定 | 者 | ー | 後 | 政 | 後 | 面 | | | | | | |
| ・ | | | 容 | 名 | 名 | 自 | の | の | の | の | の | 率 | 率 | と | ー | 後 | 政 | 後 | 面 | | | | | | |
| 資 | | | 容 | 名 | 名 | 自 | 独 | 取 | 取 | 取 | 取 | 率 | 率 | の | ー | 後 | 政 | 後 | 面 | | | | | | |
| 料 | | | 容 | 名 | 名 | 自 | 自 | 取 | 取 | 取 | 取 | 率 | 率 | 協 | ー | 後 | 政 | 後 | 面 | | | | | | |
| 提 | | | 容 | 名 | 名 | 自 | 自 | 取 | 取 | 取 | 取 | 率 | 率 | 議 | ー | 後 | 政 | 後 | 面 | | | | | | |
| 供 | | | 容 | 名 | 名 | 自 | 自 | 取 | 取 | 取 | 取 | 率 | 率 | の | ー | 後 | 政 | 後 | 面 | | | | | | |
| の | | | 容 | 名 | 名 | 自 | 自 | 取 | 取 | 取 | 取 | 率 | 率 | 場 | ー | 後 | 政 | 後 | 面 | | | | | | |
| 依 | | | 容 | 名 | 名 | 自 | 自 | 取 | 取 | 取 | 取 | 率 | 率 | 場 | ー | 後 | 政 | 後 | 面 | | | | | | |
| 頼 | | | 容 | 名 | 名 | 自 | 自 | 取 | 取 | 取 | 取 | 率 | 率 | 場 | ー | 後 | 政 | 後 | 面 | | | | | | |
| 分析の趣旨 | ①: 地域特性と取組の工夫・成果との関係性の把握 ②: 地域特性と認定率残差要因の関係性の把握 ③: 地域特性と今後の取組の認識との関係性の把握 ④: 認定率評価仮説の検証(取組の工夫との関係からみた検証) ⑤: 認定率評価仮説の検証(認定率残差要因の認識からみた検証) ⑥: インセンティブ交付金の得点の検証(取組の工夫との関係からみた検証) ⑦: 長期的な視点と取組の工夫との関係性の把握 ⑧: 長期的な視点(方向性の認識)とその取組枠組との関係の把握 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 回収 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | |
| 分析軸 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | |
| 回答主体別(市区町村・社協別) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | |
| 地域特性 | ○ | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ② | ① | ① | ① | ③ | ③ | ③ | ③ | | | | | |
| 人口規模 | ○ | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ② | ① | ① | ① | ③ | ③ | ③ | ③ | ③ | | | | | |
| 高齢化率 | ○ | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ② | ① | ① | ① | ③ | ③ | ③ | ③ | ③ | | | | | |
| 認定率 | ○ | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ② | ① | ① | ① | ③ | ③ | ③ | ③ | ③ | | | | | |
| 地域類型Ⅰ(高齢者像クラスター) | ○ | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ② | ① | ① | ① | ③ | ③ | ③ | ③ | ③ | | | | | |
| 地域類型Ⅱ(高齢者ライフスタイルクラスター) | ○ | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ② | ① | ① | ① | ③ | ③ | ③ | ③ | ③ | | | | | |
| 認定率評価仮説 | ○ | ④ | | | | | | | | | | ④ | ⑤ | | | | | | | | | | | | |
| 認定率理論値・実績値差(2020) | ○ | ④ | | | | | | | | | | ④ | ⑤ | | | | | | | | | | | | |
| 認定率理論値・実績値差の動向(改善動向) | ○ | ④ | | | | | | | | | | ④ | ⑤ | | | | | | | | | | | | |
| 取組自己評価 | ○ | ⑥ | | | | | | | | | | ⑥ | | | | | | | | | | | | | |
| インセンティブ交付金Ⅱ得点率z値(2020-21平均) | ○ | ⑥ | | | | | | | | | | ⑥ | | | | | | | | | | | | | |
| 長期的方向 | | | | | ⑦ | | ⑦ | | ⑦ | | ⑦ | ⑦ | | | | | | | ⑧ | ⑧ | | | | | |
| Q8今後重要な方向性 | | | | | ⑦ | | ⑦ | | ⑦ | | ⑦ | ⑦ | | | | | | | ⑧ | ⑧ | | | | | |

3. アンケート調査の結果

3-1 取組の工夫

①外部からの関心

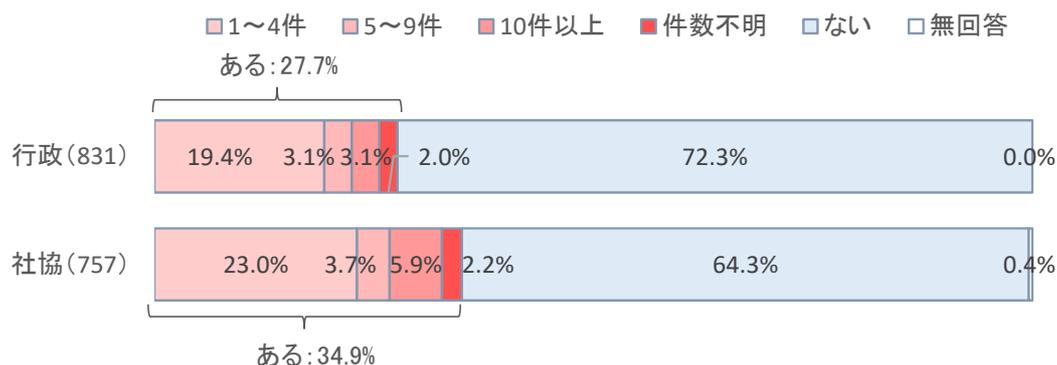
●ヒアリングや資料提供等の依頼を受けた経験

・現行計画の検討段階以降に、外部の機関から地域づくりの取組に関してヒアリングや資料提供等の依頼を受けた経験についてみると、行政では「ある」が約 28%、社協では「ある」が約 35%となっている。社協のほうが行政よりも依頼を受けた経験の割合がやや高めとなっている。

図表Ⅲ-3-1-1【ヒアリングや資料提供等の依頼を受けた経験】

【行政】Q 1 現行の第 8 期計画の検討段階から現在までの間に、貴団体（市区町村）が推進している地域づくりの取組に関して、他の機関（市区町村やマスコミ等：SQ1 参照）からヒアリングや資料提供等の依頼を受けたことはありますか。ある場合は概ねの依頼件数もお答えください。

【社協】Q 1 「現行の地域福祉活動計画の検討段階から現在までの間に」（以下、行政と同じ）



（クロス集計結果）

- ・人口規模別にみると、行政・社協ともに人口規模が大きいほど、他の機関から、ヒアリングや資料提供等の依頼を受けた割合が高くなっている。
- ・高齢化率の水準別にみると、行政・社協ともに、高齢化率の水準が低いほど、他の機関から依頼を受けた割合が高くなっている。逆に高齢化が先行して高くなっている地域ほど、他の機関から依頼を受けた経験の割合は低くなっている。
- ・認定率の理論値に対する実績値の差の水準別にみると、行政では実績値が理論値を 2%以上下回る地域で、他の機関から依頼を受けた割合が高くなっている。一方、社協ではこのような傾向はみられない。
- ・認定率の理論値に対する実績値の改善動向別にみると、行政では、改善の可能性のある地域で、他の機関から依頼を受けた割合が高くなっている。一方、社協ではこのような傾向はみられない。
- ・インセンティブ交付金の得点率の水準別にみると、行政では得点率の水準が高いほど、他の機関からの依頼を受けた割合が高くなっている。社協でも概ね似通った傾向がみられる。

図表Ⅲ-3-1-2 【ヒアリングや資料提供等の依頼を受けた経験（行政）】

| | | 行政 | | | | | | | | |
|---|------------------------|-----|------------------|------------------|-------------------|------------------|-----------------------|--------|-------------|--|
| | | n | 1 5 4 件 | 5 5 9 件 | 1 0 件 以上 | 回 数 不 明 | あ る (計) | な い | 無 回 答 | |
| 全体 | | 831 | 19.4% | 3.1% | 3.1% | 2.0% | 27.7% | 72.3% | 0.0% | |
| 人口規模 | 20万人以上 | 83 | 41.0% | 8.4% | 13.3% | 0.0% | 62.7% | 37.3% | 0.0% | |
| | 10万人以上20万人未満 | 87 | 24.1% | 3.4% | 2.3% | 2.3% | 32.2% | 67.8% | 0.0% | |
| | 5万人以上10万人未満 | 143 | 16.1% | 5.6% | 2.8% | 2.1% | 26.6% | 73.4% | 0.0% | |
| | 1万人以上5万人未満 | 322 | 18.9% | 2.2% | 2.5% | 2.8% | 26.4% | 73.6% | 0.0% | |
| | 1万人未満 | 193 | 10.9% | 0.5% | 0.5% | 1.6% | 13.5% | 86.5% | 0.0% | |
| 高齢化率 | 30%未満 | 242 | 24.0% | 4.5% | 6.2% | 1.7% | 36.4% | 63.6% | 0.0% | |
| | 30%～35%未満 | 205 | 22.4% | 2.9% | 3.9% | 2.9% | 32.2% | 67.8% | 0.0% | |
| | 35%～40%未満 | 198 | 14.1% | 3.0% | 1.0% | 2.0% | 20.2% | 79.8% | 0.0% | |
| | 40%以上 | 183 | 15.3% | 1.6% | 0.5% | 1.6% | 19.1% | 80.9% | 0.0% | |
| 認定率 | 16%未満 | 185 | 20.5% | 2.7% | 3.8% | 3.8% | 30.8% | 69.2% | 0.0% | |
| | 16%～18%未満 | 205 | 17.1% | 3.4% | 2.4% | 1.5% | 24.4% | 75.6% | 0.0% | |
| | 18%～20%未満 | 237 | 21.1% | 2.5% | 4.2% | 2.1% | 30.0% | 70.0% | 0.0% | |
| | 20%～22%未満 | 152 | 18.4% | 5.3% | 1.3% | 1.3% | 26.3% | 73.7% | 0.0% | |
| | 22%以上 | 49 | 18.4% | 0.0% | 4.1% | 0.0% | 22.4% | 77.6% | 0.0% | |
| 地域類型Ⅰ (高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率:高 | 156 | 14.7% | 1.9% | 0.6% | 1.3% | 18.6% | 81.4% | 0.0% | |
| | 高齢化率:中、認定率:高 | 308 | 20.5% | 3.6% | 2.6% | 2.3% | 28.9% | 71.1% | 0.0% | |
| | 高齢化率:中、認定率:低 | 208 | 19.7% | 1.4% | 2.9% | 3.4% | 27.4% | 72.6% | 0.0% | |
| | 高齢化率・認定率:低 | 156 | 21.2% | 5.8% | 7.1% | 0.6% | 34.6% | 65.4% | 0.0% | |
| 地域類型Ⅱ (高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率:高 | 186 | 19.9% | 2.7% | 3.8% | 1.1% | 27.4% | 72.6% | 0.0% | |
| | 単身率・非課税世帯率:高、非労働力人口率:低 | 37 | 18.9% | 0.0% | 2.7% | 0.0% | 21.6% | 78.4% | 0.0% | |
| | 単身率・非課税世帯率:中、非労働力人口率:高 | 418 | 20.8% | 4.3% | 2.6% | 1.4% | 29.2% | 70.8% | 0.0% | |
| | 単身率・非課税世帯率:低、非労働力人口率:高 | 139 | 17.3% | 0.7% | 5.0% | 2.9% | 25.9% | 74.1% | 0.0% | |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率:低 | 48 | 10.4% | 4.2% | 0.0% | 10.4% | 25.0% | 75.0% | 0.0% | |
| 認定率理論値・ 実績値差 | 理論値を2%以上下回る | 100 | 21.0% | 3.0% | 4.0% | 3.0% | 31.0% | 69.0% | 0.0% | |
| | 理論値を0.5%以上下回る | 164 | 19.5% | 2.4% | 3.7% | 2.4% | 28.0% | 72.0% | 0.0% | |
| | 理論値±0.5%未満の範囲 | 218 | 20.2% | 2.3% | 2.8% | 1.8% | 27.1% | 72.9% | 0.0% | |
| | 理論値を0.5%以上上回る | 224 | 18.3% | 5.4% | 2.7% | 2.2% | 28.6% | 71.4% | 0.0% | |
| | 理論値を2%以上上回る | 122 | 18.0% | 1.6% | 3.3% | 0.8% | 23.8% | 76.2% | 0.0% | |
| 認定率理論値・ 実績値差の動向 (改善動向) | 改善の可能性(1%以上改善の可能性) | 146 | 19.9% | 3.4% | 4.1% | 4.8% | 32.2% | 67.8% | 0.0% | |
| | 変動が小さい可能性(±1%以内) | 537 | 19.9% | 3.5% | 3.5% | 1.3% | 28.3% | 71.7% | 0.0% | |
| | 悪化の可能性(1%以上悪化の可能性) | 145 | 16.6% | 1.4% | 0.7% | 2.1% | 20.7% | 79.3% | 0.0% | |
| インセンティブ交 付金Ⅱ得点率z 値(2020-21平 均) | 低い(z≤-1) | 105 | 13.3% | 1.0% | 0.0% | 0.0% | 14.3% | 85.7% | 0.0% | |
| | やや低い(z≤0.5) | 120 | 11.7% | 2.5% | 2.5% | 0.8% | 17.5% | 82.5% | 0.0% | |
| | 平均程度(z±0.5) | 346 | 21.1% | 1.7% | 1.7% | 2.3% | 26.9% | 73.1% | 0.0% | |
| | やや高い(z≥0.5) | 131 | 18.3% | 6.9% | 8.4% | 3.1% | 36.6% | 63.4% | 0.0% | |
| | 高い(z≥1) | 126 | 27.8% | 5.6% | 4.8% | 3.2% | 41.3% | 58.7% | 0.0% | |

図表Ⅲ-3-1-3 【ヒアリングや資料提供等の依頼を受けた経験（社協）】

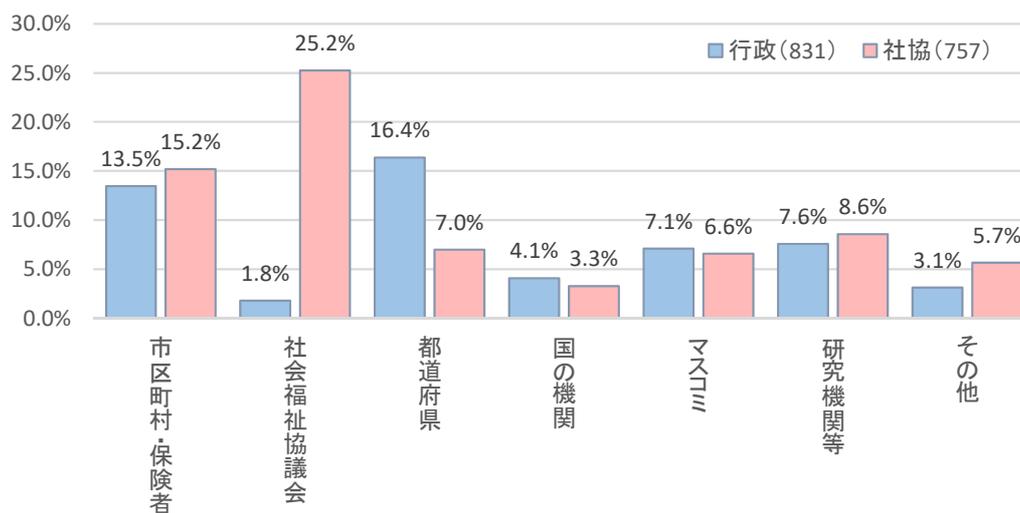
| | | 社会福祉協議会 | | | | | | | |
|-----------------------------|------------------------|---------|------------------|------------------|-------------------|------------------|-----------------------|--------|-------------|
| | | n | 1 ～ 4 件 | 5 ～ 9 件 | 1 0 件 以上 | 回 数 不 明 | あ る (計) | な い | 無 回 答 |
| 全体 | | 757 | 23.0% | 3.7% | 5.9% | 2.2% | 35.3% | 64.3% | 0.4% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 64 | 23.4% | 7.8% | 23.4% | 0.0% | 56.3% | 43.8% | 0.0% |
| | 10万人以上20万人未満 | 89 | 36.0% | 4.5% | 5.6% | 2.2% | 48.3% | 50.6% | 1.1% |
| | 5万人以上10万人未満 | 112 | 20.5% | 6.3% | 10.7% | 2.7% | 42.0% | 58.0% | 0.0% |
| | 1万人以上5万人未満 | 277 | 24.9% | 3.6% | 3.2% | 3.2% | 34.3% | 65.3% | 0.4% |
| | 1万人未満 | 213 | 16.4% | 0.9% | 1.9% | 1.4% | 21.6% | 77.9% | 0.5% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 215 | 27.0% | 4.7% | 10.2% | 1.9% | 43.3% | 56.3% | 0.5% |
| | 30%～35%未満 | 180 | 25.6% | 5.6% | 6.1% | 3.3% | 40.6% | 58.9% | 0.6% |
| | 35%～40%未満 | 171 | 24.0% | 3.5% | 5.3% | 2.3% | 35.1% | 64.9% | 0.0% |
| | 40%以上 | 189 | 15.3% | 1.1% | 1.6% | 1.6% | 21.7% | 77.8% | 0.5% |
| 認定率 | 16%未満 | 173 | 19.7% | 4.0% | 5.8% | 4.0% | 32.9% | 66.5% | 0.6% |
| | 16%～18%未満 | 187 | 28.9% | 4.3% | 4.3% | 1.6% | 39.0% | 61.0% | 0.0% |
| | 18%～20%未満 | 194 | 26.3% | 3.6% | 8.8% | 2.6% | 41.2% | 57.7% | 1.0% |
| | 20%～22%未満 | 140 | 20.0% | 2.9% | 5.7% | 1.4% | 32.1% | 67.9% | 0.0% |
| | 22%以上 | 61 | 11.5% | 3.3% | 3.3% | 0.0% | 19.7% | 80.3% | 0.0% |
| 地域類型Ⅰ (高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率：高 | 165 | 15.2% | 1.2% | 3.0% | 1.2% | 24.2% | 75.8% | 0.0% |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 264 | 26.1% | 5.3% | 6.1% | 2.7% | 38.6% | 61.0% | 0.4% |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 189 | 21.7% | 3.7% | 5.3% | 3.7% | 33.9% | 65.1% | 1.1% |
| | 高齢化率・認定率：低 | 137 | 28.5% | 3.6% | 10.2% | 0.7% | 44.5% | 55.5% | 0.0% |
| 地域類型Ⅱ (高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 171 | 18.7% | 2.9% | 8.8% | 1.2% | 33.3% | 66.7% | 0.0% |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 36 | 13.9% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 16.7% | 83.3% | 0.0% |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 383 | 25.6% | 4.2% | 5.7% | 1.6% | 38.4% | 61.1% | 0.5% |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 117 | 25.6% | 4.3% | 6.8% | 3.4% | 38.5% | 60.7% | 0.9% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 18.8% | 4.2% | 0.0% | 10.4% | 25.0% | 75.0% | 0.0% |
| 認定率理論値・実績値差 | 理論値を2%以上下回る | 104 | 14.4% | 2.9% | 3.8% | 2.9% | 25.0% | 74.0% | 1.0% |
| | 理論値を0.5%以上下回る | 163 | 25.8% | 4.3% | 5.5% | 2.5% | 37.4% | 62.0% | 0.6% |
| | 理論値±0.5%未満の範囲 | 175 | 24.6% | 3.4% | 7.4% | 2.3% | 40.0% | 60.0% | 0.0% |
| | 理論値を0.5%以上上回る | 199 | 26.1% | 3.5% | 7.0% | 2.5% | 37.7% | 61.8% | 0.5% |
| | 理論値を2%以上上回る | 114 | 19.3% | 4.4% | 4.4% | 0.9% | 30.7% | 69.3% | 0.0% |
| 認定率理論値・実績値差の動向 (改善動向) | 改善の可能性(1%以上改善の可能性) | 124 | 20.2% | 1.6% | 3.2% | 5.6% | 27.4% | 72.6% | 0.0% |
| | 変動が小さい可能性(±1%以内) | 505 | 24.6% | 3.6% | 7.7% | 1.4% | 38.6% | 60.8% | 0.6% |
| | 悪化の可能性(1%以上悪化の可能性) | 126 | 19.8% | 6.3% | 1.6% | 2.4% | 30.2% | 69.8% | 0.0% |
| インセンティブ交付金Ⅱ得点率z値(2020-21平均) | 低い(z≤-1) | 116 | 19.8% | 1.7% | 0.0% | 0.0% | 24.1% | 75.9% | 0.0% |
| | やや低い(z≤0.5) | 95 | 20.0% | 2.1% | 6.3% | 1.1% | 31.6% | 67.4% | 1.1% |
| | 平均程度(z±0.5) | 305 | 24.3% | 4.9% | 5.9% | 2.6% | 36.4% | 63.3% | 0.3% |
| | やや高い(z≥0.5) | 123 | 30.9% | 4.1% | 8.9% | 3.3% | 47.2% | 52.0% | 0.8% |
| | 高い(z≥1) | 116 | 17.2% | 3.4% | 8.6% | 3.4% | 34.5% | 65.5% | 0.0% |

●ヒアリングや資料提供等の依頼元

・ヒアリングや資料提供等の依頼元についてみると、行政では、「都道府県」「市区町村・保険者」の回答割合が10%台で高くなっている。他方、社協では、他の「社会福祉協議会」の回答割合が約25%と群を抜いて高くなっており、社協間での情報流通が活発な様子が見えてくる。

図表Ⅲ-3-1-4 【ヒアリングや資料提供等の依頼元】（複数回答）

S Q 1. 依頼元は次のどれにあたりますか。（いくつでも）



(クロス集計結果)

・人口規模別にみると、行政では、人口20万人以上で、「都道府県」「市区町村・保険者」の回答率が30%以上と高くなっている。人口20万人以上の自治体では、このほかに「マスコミ」「研究機関・研究者・シンクタンク・コンサルタント」の回答割合も高くなっており、多方面から依頼が寄せられている様子が現れている。社協でも、同様の傾向がみられる。

図表Ⅲ-3-1-5 【ヒアリングや資料提供等の依頼元（行政）】

| | | 行政 | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|-----|----------|----------------|-------|-------|-------|---------------------|-------|-------|------|
| | | n | 市区町村・保険者 | 他の市区町村の社会福祉協議会 | 都道府県 | 国の機関 | マスコミ | 研究機関・コンサルタント・シンクタンク | その他 | ない | 無回答 |
| 全体 | | 831 | 13.5% | 1.8% | 16.4% | 4.1% | 7.1% | 7.6% | 3.1% | 72.3% | 0.5% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 83 | 37.3% | 4.8% | 33.7% | 14.5% | 25.3% | 22.9% | 12.0% | 37.3% | 0.0% |
| | 10万人以上20万人未満 | 87 | 13.8% | 0.0% | 14.9% | 6.9% | 10.3% | 6.9% | 1.1% | 67.8% | 0.0% |
| | 5万人以上10万人未満 | 143 | 14.7% | 3.5% | 16.8% | 4.2% | 6.3% | 8.4% | 3.5% | 73.4% | 0.0% |
| | 1万人以上5万人未満 | 322 | 11.5% | 0.9% | 16.8% | 2.5% | 4.3% | 5.6% | 2.5% | 73.6% | 1.2% |
| | 1万人未満 | 193 | 5.2% | 1.6% | 8.8% | 1.0% | 2.6% | 3.6% | 1.0% | 86.5% | 0.0% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 242 | 22.3% | 3.3% | 20.7% | 8.3% | 11.6% | 9.5% | 3.3% | 63.6% | 0.4% |
| | 30%～35%未満 | 205 | 13.2% | 1.0% | 17.1% | 3.4% | 7.8% | 7.3% | 4.9% | 67.8% | 1.0% |
| | 35%～40%未満 | 198 | 6.6% | 0.5% | 15.2% | 2.0% | 4.5% | 6.6% | 3.0% | 79.8% | 0.0% |
| | 40%以上 | 183 | 9.3% | 2.2% | 11.5% | 1.6% | 2.7% | 6.0% | 1.1% | 80.9% | 0.5% |
| 認定率 | 16%未満 | 185 | 15.1% | 2.2% | 17.3% | 3.2% | 7.6% | 6.5% | 3.8% | 69.2% | 0.5% |
| | 16%～18%未満 | 205 | 14.1% | 2.0% | 14.1% | 2.0% | 4.4% | 4.9% | 2.9% | 75.6% | 1.0% |
| | 18%～20%未満 | 237 | 12.7% | 1.3% | 18.1% | 5.1% | 9.3% | 9.7% | 3.4% | 70.0% | 0.4% |
| | 20%～22%未満 | 152 | 11.8% | 2.0% | 15.8% | 7.2% | 6.6% | 9.2% | 2.6% | 73.7% | 0.0% |
| | 22%以上 | 49 | 12.2% | 2.0% | 16.3% | 2.0% | 6.1% | 6.1% | 2.0% | 77.6% | 0.0% |
| 地域類型Ⅰ (高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率：高 | 156 | 7.1% | 1.3% | 11.5% | 1.9% | 2.6% | 7.1% | 1.3% | 81.4% | 0.0% |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 308 | 12.7% | 1.0% | 17.9% | 4.2% | 8.1% | 8.4% | 3.6% | 71.1% | 0.6% |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 208 | 12.0% | 1.9% | 16.8% | 1.9% | 4.3% | 5.3% | 3.4% | 72.6% | 1.0% |
| | 高齢化率・認定率：低 | 156 | 23.1% | 3.8% | 17.9% | 9.0% | 12.8% | 9.0% | 3.8% | 65.4% | 0.0% |
| 地域類型Ⅱ (高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 186 | 11.8% | 1.1% | 15.1% | 5.4% | 9.7% | 8.6% | 4.3% | 72.6% | 0.0% |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 37 | 2.7% | 2.7% | 13.5% | 0.0% | 8.1% | 10.8% | 0.0% | 78.4% | 0.0% |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 418 | 15.6% | 1.9% | 17.5% | 4.3% | 6.5% | 7.9% | 3.1% | 70.8% | 0.5% |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 139 | 12.9% | 1.4% | 16.5% | 4.3% | 6.5% | 5.0% | 2.9% | 74.1% | 0.0% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 10.4% | 4.2% | 14.6% | 0.0% | 2.1% | 4.2% | 2.1% | 75.0% | 4.2% |

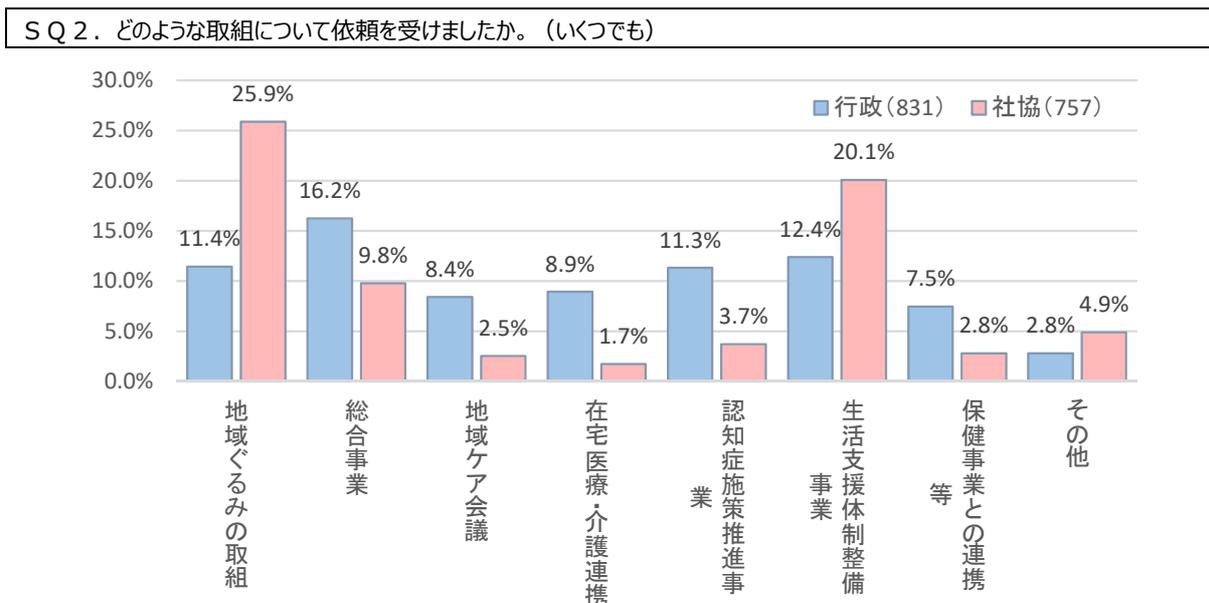
図表Ⅲ-3-1-6 【ヒアリングや資料提供等の依頼元（社協）】

| | | 社会福祉協議会 | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|---------|----------|----------------|-------|-------|-------|---------------------|-------|-------|------|
| | | n | 市区町村・保険者 | 他の市区町村の社会福祉協議会 | 都道府県 | 国の機関 | マスコミ | 研究機関・コンサルタント・シンクタンク | その他 | ない | 無回答 |
| 全体 | | 757 | 15.2% | 25.2% | 7.0% | 3.3% | 6.6% | 8.6% | 5.7% | 64.3% | 0.8% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 64 | 39.1% | 51.6% | 12.5% | 14.1% | 14.1% | 23.4% | 4.7% | 43.8% | 0.0% |
| | 10万人以上20万人未満 | 89 | 15.7% | 38.2% | 7.9% | 2.2% | 9.0% | 7.9% | 6.7% | 50.6% | 1.1% |
| | 5万人以上10万人未満 | 112 | 19.6% | 32.1% | 11.6% | 3.6% | 8.0% | 9.8% | 7.1% | 58.0% | 0.9% |
| | 1万人以上5万人未満 | 277 | 13.4% | 23.1% | 5.1% | 1.4% | 6.9% | 7.2% | 7.6% | 65.3% | 0.7% |
| | 1万人未満 | 213 | 8.0% | 11.3% | 5.2% | 2.8% | 2.3% | 5.6% | 2.3% | 77.9% | 0.9% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 215 | 25.1% | 36.7% | 10.7% | 6.0% | 8.8% | 12.1% | 6.0% | 56.3% | 0.5% |
| | 30%～35%未満 | 180 | 16.7% | 28.3% | 7.2% | 1.7% | 7.2% | 8.3% | 2.8% | 58.9% | 0.6% |
| | 35%～40%未満 | 171 | 9.4% | 21.6% | 4.7% | 2.3% | 7.6% | 7.6% | 10.5% | 64.9% | 1.2% |
| | 40%以上 | 189 | 7.9% | 12.7% | 4.8% | 2.6% | 2.6% | 5.8% | 3.7% | 77.8% | 1.1% |
| 認定率 | 16%未満 | 173 | 14.5% | 23.1% | 9.2% | 2.3% | 5.8% | 5.8% | 4.0% | 66.5% | 0.6% |
| | 16%～18%未満 | 187 | 16.6% | 28.9% | 6.4% | 2.1% | 7.0% | 8.0% | 7.0% | 61.0% | 1.1% |
| | 18%～20%未満 | 194 | 18.0% | 30.9% | 7.2% | 4.1% | 7.7% | 11.3% | 6.2% | 57.7% | 1.5% |
| | 20%～22%未満 | 140 | 13.6% | 22.1% | 5.7% | 5.0% | 7.1% | 9.3% | 5.0% | 67.9% | 0.0% |
| | 22%以上 | 61 | 8.2% | 9.8% | 4.9% | 3.3% | 3.3% | 8.2% | 6.6% | 80.3% | 0.0% |
| 地域類型Ⅰ (高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率:高 | 165 | 9.1% | 15.8% | 4.2% | 3.6% | 5.5% | 8.5% | 3.6% | 75.8% | 0.6% |
| | 高齢化率:中、認定率:高 | 264 | 17.4% | 26.9% | 6.4% | 3.4% | 7.2% | 9.8% | 7.6% | 61.0% | 0.8% |
| | 高齢化率:中、認定率:低 | 189 | 12.7% | 22.2% | 9.0% | 1.6% | 3.7% | 4.2% | 3.7% | 65.1% | 1.6% |
| | 高齢化率・認定率:低 | 137 | 21.9% | 38.0% | 8.8% | 5.1% | 10.9% | 12.4% | 7.3% | 55.5% | 0.0% |
| 地域類型Ⅱ (高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率:高 | 171 | 14.6% | 23.4% | 7.0% | 4.7% | 8.8% | 8.8% | 5.3% | 66.7% | 0.0% |
| | 単身率・非課税世帯率:高、非労働力人口率:低 | 36 | 11.1% | 8.3% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 5.6% | 0.0% | 83.3% | 0.0% |
| | 単身率・非課税世帯率:中、非労働力人口率:高 | 383 | 16.7% | 28.5% | 7.3% | 3.4% | 7.3% | 10.4% | 5.5% | 61.1% | 1.3% |
| | 単身率・非課税世帯率:低、非労働力人口率:高 | 117 | 15.4% | 24.8% | 10.3% | 2.6% | 5.1% | 5.1% | 10.3% | 60.7% | 0.9% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率:低 | 48 | 8.3% | 20.8% | 2.1% | 2.1% | 2.1% | 4.2% | 2.1% | 75.0% | 0.0% |

●ヒアリングや資料提供等の依頼を受けた取組の内容

・他の機関からヒアリングや資料提供等の依頼を受けた取組の内容についてみると、行政では、「総合事業」の回答割合が約 16%と比較的高くなっている。他にも「生活支援体制整備事業」「地域ぐるみの取組」「認知症対策推進事業」の回答割合が 10%台となっており、依頼を受けた取組内容が多岐に渡っている。他方、社協では、「地域ぐるみの取組」「生活支援体制整備事業」の回答割合が群を抜いて高くなっており、依頼内容はこれらに集中している。

図表Ⅲ-3-1-7 【依頼を受けた取組の内容】（複数回答）



(クロス集計結果)

・人口規模別にみると、行政・社協ともに、いずれの項目についても人口規模が大きいほど回答割合が高くなっている。

図表Ⅲ-3-1-8 【依頼を受けた取組の内容（行政）】

| | | 行政 | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|-----|--|---|---|--|--|--|---|--|-------------|--------|-------------|
| | | n | 備地 域 し く る み づ く り の 取 組 の 体 制 整 頓 | 事 業 に 該 当 す る 取 組 の 充 実 を 図 る 取 組 | 介 護 予 防 ・ 日 常 生 活 支 援 総 合 | 地 域 ケ ア 会 議 の 充 実 を 図 る 取 組 | 在 宅 医 療 ・ 介 護 連 携 に 該 当 す る 取 組 | 認 知 症 施 策 推 進 事 業 に 該 当 す る 取 組 | 生 活 支 援 体 制 整 備 事 業 に 該 当 す る 取 組 | 保 健 事 業 と の 連 携 等 の 取 組 | そ の 他 | な い | 無 回 答 |
| 全体 | | 831 | 11.4% | 16.2% | 8.4% | 8.9% | 11.3% | 12.4% | 7.5% | 2.8% | 72.3% | 0.2% | |
| 人口規模 | 20万人以上 | 83 | 16.9% | 30.1% | 10.8% | 14.5% | 24.1% | 26.5% | 9.6% | 9.6% | 37.3% | 0.0% | |
| | 10万人以上20万人未満 | 87 | 13.8% | 19.5% | 12.6% | 12.6% | 17.2% | 17.2% | 10.3% | 6.9% | 67.8% | 0.0% | |
| | 5万人以上10万人未満 | 143 | 12.6% | 14.0% | 7.7% | 11.9% | 11.9% | 14.0% | 7.7% | 2.8% | 73.4% | 0.0% | |
| | 1万人以上5万人未満 | 322 | 12.1% | 17.7% | 8.7% | 7.8% | 10.2% | 10.9% | 9.0% | 1.2% | 73.6% | 0.6% | |
| | 1万人未満 | 193 | 5.7% | 7.8% | 5.7% | 4.7% | 4.7% | 5.7% | 2.6% | 0.5% | 86.5% | 0.0% | |
| 高齢化率 | 30%未満 | 242 | 12.8% | 19.0% | 8.7% | 11.2% | 16.9% | 19.0% | 7.9% | 5.0% | 63.6% | 0.0% | |
| | 30%～35%未満 | 205 | 10.7% | 18.0% | 9.8% | 10.7% | 9.8% | 10.2% | 7.3% | 3.4% | 67.8% | 0.5% | |
| | 35%～40%未満 | 198 | 11.6% | 14.6% | 8.6% | 8.6% | 11.1% | 11.6% | 9.1% | 1.5% | 79.8% | 0.0% | |
| | 40%以上 | 183 | 9.8% | 12.0% | 6.6% | 4.4% | 6.0% | 7.1% | 5.5% | 0.5% | 80.9% | 0.5% | |
| 認定率 | 16%未満 | 185 | 14.6% | 18.9% | 9.2% | 11.9% | 13.5% | 18.4% | 8.6% | 1.6% | 69.2% | 0.0% | |
| | 16%～18%未満 | 205 | 9.8% | 13.2% | 8.8% | 9.8% | 10.7% | 11.2% | 7.3% | 4.4% | 75.6% | 1.0% | |
| | 18%～20%未満 | 237 | 11.0% | 18.1% | 8.9% | 7.6% | 11.8% | 10.1% | 8.4% | 3.0% | 70.0% | 0.0% | |
| | 20%～22%未満 | 152 | 10.5% | 15.8% | 7.2% | 7.2% | 11.2% | 11.8% | 6.6% | 2.6% | 73.7% | 0.0% | |
| | 22%以上 | 49 | 10.2% | 10.2% | 6.1% | 6.1% | 4.1% | 8.2% | 2.0% | 0.0% | 77.6% | 0.0% | |
| 地域類型Ⅰ (高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率：高 | 156 | 10.3% | 10.9% | 8.3% | 3.8% | 5.1% | 7.7% | 7.1% | 0.6% | 81.4% | 0.0% | |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 308 | 9.4% | 16.2% | 7.5% | 9.7% | 11.7% | 10.4% | 7.1% | 3.6% | 71.1% | 0.3% | |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 208 | 14.4% | 18.3% | 9.1% | 10.6% | 12.0% | 14.4% | 9.1% | 1.0% | 72.6% | 0.5% | |
| | 高齢化率・認定率：低 | 156 | 12.2% | 18.6% | 9.6% | 10.3% | 16.0% | 18.6% | 6.4% | 5.8% | 65.4% | 0.0% | |
| 地域類型Ⅱ (高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 186 | 9.7% | 17.2% | 7.5% | 8.1% | 9.7% | 9.1% | 6.5% | 2.2% | 72.6% | 0.0% | |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 37 | 10.8% | 8.1% | 8.1% | 2.7% | 2.7% | 8.1% | 5.4% | 0.0% | 78.4% | 0.0% | |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 418 | 12.0% | 16.5% | 9.8% | 10.0% | 13.4% | 13.2% | 9.1% | 3.8% | 70.8% | 0.2% | |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 139 | 12.2% | 15.1% | 5.8% | 6.5% | 10.1% | 15.1% | 4.3% | 1.4% | 74.1% | 0.0% | |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 10.4% | 18.8% | 8.3% | 14.6% | 10.4% | 14.6% | 8.3% | 2.1% | 75.0% | 2.1% | |
| Q8今後重要な方向性 | ニーズの未然抑制 | 403 | 9.9% | 15.6% | 6.7% | 8.9% | 9.4% | 11.9% | 6.9% | 3.0% | 73.4% | 0.5% | |
| | 基盤整備 | 165 | 10.9% | 12.7% | 7.9% | 6.7% | 9.1% | 8.5% | 4.8% | 2.4% | 77.6% | 0.0% | |
| | 体制整備 | 79 | 12.7% | 22.8% | 16.5% | 10.1% | 20.3% | 19.0% | 11.4% | 2.5% | 67.1% | 0.0% | |
| | 地域力向上 | 138 | 17.4% | 20.3% | 11.6% | 12.3% | 17.4% | 18.1% | 12.3% | 2.9% | 63.8% | 0.0% | |
| | その他 | 6 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% | 0.0% | |

図表Ⅲ-3-1-9 【依頼を受けた取組の内容（社協）】

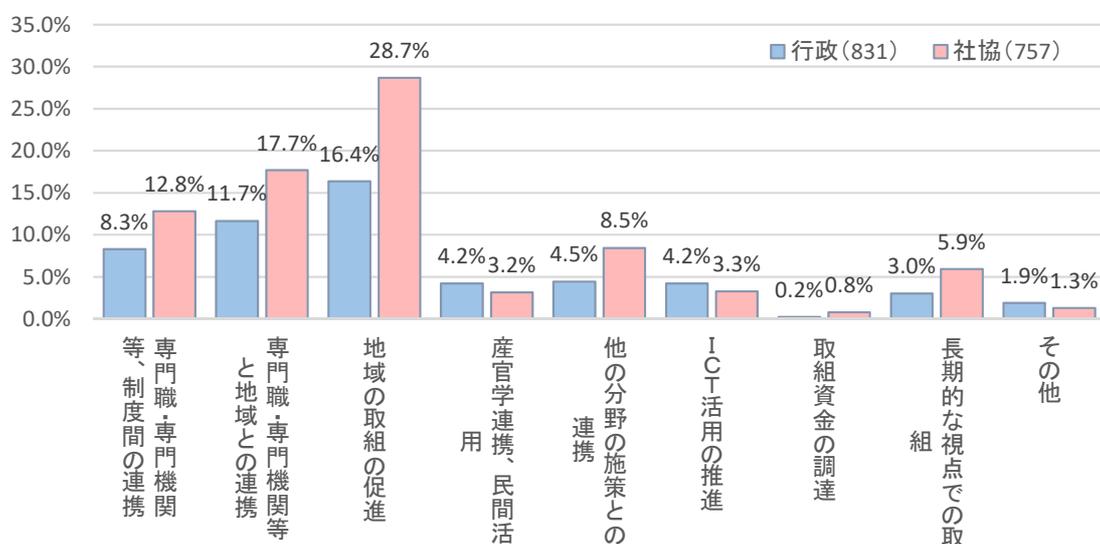
| | | 社会福祉協議会 | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|---------|--|---|---|--|--|--|---|--|-------------|--------|-------------|
| | | n | 備地 域 し く る み づ く り の 取 組 の 体 制 整 頓 | 事 業 に 該 当 す る 取 組 | 介 護 予 防 ・ 日 常 生 活 支 援 総 合 | 組 域 ケ ア 会 議 の 充 実 を 図 る 取 組 | 在 宅 医 療 ・ 介 護 連 携 に 該 当 す る 取 組 | 認 知 症 施 策 推 進 事 業 に 該 当 す る 取 組 | 生 活 支 援 体 制 整 備 事 業 に 該 当 す る 取 組 | 保 健 事 業 と の 連 携 等 の 取 組 | そ の 他 | な い | 無 回 答 |
| 全体 | | 757 | 25.9% | 9.8% | 2.5% | 1.7% | 3.7% | 20.1% | 2.8% | 4.9% | 64.3% | 0.9% | |
| 人口規模 | 20万人以上 | 64 | 45.3% | 15.6% | 6.3% | 3.1% | 7.8% | 29.7% | 4.7% | 14.1% | 43.8% | 0.0% | |
| | 10万人以上20万人未満 | 89 | 38.2% | 12.4% | 2.2% | 0.0% | 5.6% | 20.2% | 1.1% | 6.7% | 50.6% | 1.1% | |
| | 5万人以上10万人未満 | 112 | 30.4% | 11.6% | 2.7% | 3.6% | 4.5% | 31.3% | 4.5% | 3.6% | 58.0% | 1.8% | |
| | 1万人以上5万人未満 | 277 | 24.2% | 8.3% | 2.2% | 1.1% | 3.6% | 19.1% | 2.2% | 5.1% | 65.3% | 1.1% | |
| | 1万人未満 | 213 | 15.0% | 8.0% | 1.9% | 1.9% | 1.4% | 12.7% | 2.8% | 1.9% | 77.9% | 0.5% | |
| 高齢化率 | 30%未満 | 215 | 33.5% | 13.0% | 4.7% | 2.8% | 4.7% | 25.1% | 5.1% | 6.0% | 56.3% | 0.9% | |
| | 30%～35%未満 | 180 | 28.3% | 8.9% | 1.1% | 0.0% | 5.0% | 22.8% | 1.7% | 5.6% | 58.9% | 0.6% | |
| | 35%～40%未満 | 171 | 25.1% | 9.9% | 2.3% | 1.8% | 4.1% | 18.7% | 1.2% | 4.7% | 64.9% | 1.8% | |
| | 40%以上 | 189 | 15.9% | 6.9% | 1.6% | 2.1% | 1.1% | 13.2% | 2.6% | 3.2% | 77.8% | 0.5% | |
| 認定率 | 16%未満 | 173 | 22.5% | 6.9% | 2.9% | 2.9% | 4.0% | 19.1% | 4.0% | 4.6% | 66.5% | 0.6% | |
| | 16%～18%未満 | 187 | 26.7% | 11.2% | 3.2% | 1.1% | 4.8% | 20.3% | 3.2% | 5.9% | 61.0% | 1.1% | |
| | 18%～20%未満 | 194 | 27.8% | 11.3% | 2.6% | 1.0% | 3.6% | 24.2% | 1.5% | 7.7% | 57.7% | 2.1% | |
| | 20%～22%未満 | 140 | 30.7% | 12.1% | 1.4% | 2.9% | 2.9% | 20.0% | 2.9% | 2.1% | 67.9% | 0.0% | |
| | 22%以上 | 61 | 16.4% | 3.3% | 1.6% | 0.0% | 1.6% | 9.8% | 1.6% | 0.0% | 80.3% | 0.0% | |
| 地域類型Ⅰ (高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率：高 | 165 | 19.4% | 6.7% | 1.2% | 1.2% | 1.2% | 13.3% | 1.8% | 2.4% | 75.8% | 0.6% | |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 264 | 27.3% | 12.1% | 1.9% | 1.5% | 4.5% | 22.7% | 1.9% | 5.3% | 61.0% | 1.1% | |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 189 | 23.3% | 6.9% | 2.6% | 1.6% | 4.2% | 16.9% | 3.2% | 4.2% | 65.1% | 1.1% | |
| | 高齢化率・認定率：低 | 137 | 35.0% | 13.1% | 5.1% | 2.9% | 4.4% | 27.7% | 5.1% | 8.0% | 55.5% | 0.7% | |
| 地域類型Ⅱ (高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 171 | 24.6% | 8.8% | 1.8% | 2.9% | 2.9% | 20.5% | 1.8% | 4.7% | 66.7% | 0.0% | |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 36 | 16.7% | 8.3% | 2.8% | 2.8% | 2.8% | 5.6% | 5.6% | 2.8% | 83.3% | 0.0% | |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 383 | 27.2% | 11.7% | 3.1% | 1.3% | 5.0% | 22.5% | 3.1% | 5.5% | 61.1% | 1.6% | |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 117 | 29.9% | 7.7% | 2.6% | 0.9% | 1.7% | 21.4% | 3.4% | 4.3% | 60.7% | 0.9% | |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 18.8% | 4.2% | 0.0% | 2.1% | 2.1% | 8.3% | 0.0% | 4.2% | 75.0% | 0.0% | |
| Q8今後重要な方向性 | ニーズの未然抑制 | 151 | 23.8% | 11.9% | 2.0% | 0.0% | 3.3% | 17.9% | 2.6% | 4.0% | 68.9% | 0.7% | |
| | 基盤整備 | 201 | 25.9% | 8.5% | 3.5% | 2.0% | 4.0% | 18.9% | 2.5% | 2.5% | 63.7% | 0.5% | |
| | 体制整備 | 109 | 17.4% | 5.5% | 0.0% | 1.8% | 0.9% | 9.2% | 1.8% | 2.8% | 77.1% | 0.9% | |
| | 地域力向上 | 247 | 30.8% | 11.3% | 2.4% | 2.0% | 4.0% | 25.9% | 3.2% | 8.1% | 56.7% | 1.6% | |
| | その他 | 6 | 33.3% | 16.7% | 16.7% | 16.7% | 16.7% | 16.7% | 16.7% | 16.7% | 0.0% | 66.7% | 0.0% |

●ヒアリングや資料提供等の依頼を受けた取組の独自性・特色

・依頼を受けた取組における独自性・特色についてみると、行政・社協ともに「地域の取組の促進」「専門職・専門機関等と地域との連携」「専門職・専門機関等、制度間の連携」の3項目が高くなっている。従来からある地域包括ケア体制の制度面の課題を中心とした取組に独自性・特色があると認識している様子が見うけられる。他方、「産官学連携、民間活用」「他の分野との連携」「ICT 活用の推進」といった福祉行政の範疇には収まらない領域の比較的新しい課題、非制度的・政策的課題への取組も一部で独自性・特色だと認識されていると見られる。こうした項目も既に外部から関心を持たれていることから、今後、こうした一部の先端的な取組が今後、追従的な取組へと波及していく可能性もうかがえる。

図表Ⅲ-3-1-10 【依頼を受けた取組の独自性・特色】（複数回答）

S Q 4. その（それらの）取組では、どのような点に独自性や特色があると認識していますか。（いくつでも）



(クロス集計結果)

- ・人口規模別にみると、行政・社協ともに、大半の項目で、人口規模が大きいほど回答割合が高くなっている。
- ・今後重要な方向性にみると、行政・社協ともに、“地域力向上”を重視する地域では、他の項目を重視する地域よりも、大半の項目で回答割合が若干高くなっている。その中で「地域の取組の促進方法等」については、その差が比較的明瞭になっている。

図表Ⅲ-3-1-11 【依頼を受けた取組の独自性・特色（行政）】

| | | 行政 | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|-----|--|---|---|--|---|---|--|---|-------------|--------|-------------|
| | | n | 携 専 門 職 ・ 制 度 間 の 連 携 方 法 等 | 専 門 職 ・ 専 門 機 関 等 と 地 域 と の 連 携 方 法 等 | 地 域 の 取 組 の 促 進 方 法 等 | 等 産 官 学 連 携 ・ 民 間 活 用 の 方 法 | 他 の 分 野 の 施 策 と の 連 携 方 法 | I C T 活 用 の 推 進 方 法 等 | 取 組 資 金 の 調 達 方 法 等 | ス 長 期 的 な 視 点 で の 取 組 プ ロ セ ス | そ の 他 | な い | 無 回 答 |
| 全体 | | 831 | 8.3% | 11.7% | 16.4% | 4.2% | 4.5% | 4.2% | 0.2% | 3.0% | 1.9% | 72.3% | 1.2% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 83 | 24.1% | 24.1% | 39.8% | 16.9% | 9.6% | 8.4% | 1.2% | 7.2% | 3.6% | 37.3% | 3.6% |
| | 10万人以上20万人未満 | 87 | 12.6% | 13.8% | 17.2% | 6.9% | 4.6% | 5.7% | 0.0% | 6.9% | 0.0% | 67.8% | 2.3% |
| | 5万人以上10万人未満 | 143 | 5.6% | 11.9% | 19.6% | 4.2% | 5.6% | 4.2% | 0.7% | 2.8% | 2.8% | 73.4% | 0.0% |
| | 1万人以上5万人未満 | 322 | 7.1% | 10.9% | 13.7% | 2.5% | 3.4% | 4.3% | 0.0% | 1.9% | 2.2% | 73.6% | 0.9% |
| | 1万人未満 | 193 | 3.6% | 6.7% | 7.8% | 0.5% | 3.1% | 1.6% | 0.0% | 1.6% | 1.0% | 86.5% | 1.0% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 242 | 10.7% | 14.9% | 22.3% | 8.7% | 6.2% | 4.5% | 0.4% | 5.4% | 2.1% | 63.6% | 1.2% |
| | 30%～35%未満 | 205 | 11.7% | 12.2% | 18.5% | 3.4% | 3.9% | 5.4% | 0.0% | 2.4% | 3.4% | 67.8% | 1.5% |
| | 35%～40%未満 | 198 | 6.1% | 10.1% | 12.1% | 2.5% | 3.5% | 3.5% | 0.5% | 2.5% | 0.5% | 79.8% | 1.0% |
| | 40%以上 | 183 | 3.8% | 8.7% | 10.4% | 1.1% | 3.8% | 3.3% | 0.0% | 1.1% | 1.6% | 80.9% | 1.1% |
| 認定率 | 16%未満 | 185 | 5.4% | 14.6% | 16.8% | 4.3% | 4.9% | 3.8% | 0.5% | 3.8% | 2.2% | 69.2% | 1.1% |
| | 16%～18%未満 | 205 | 9.3% | 7.3% | 14.1% | 3.4% | 4.4% | 3.4% | 0.0% | 2.4% | 0.5% | 75.6% | 0.0% |
| | 18%～20%未満 | 237 | 8.4% | 14.3% | 16.5% | 4.2% | 3.4% | 5.1% | 0.0% | 3.4% | 3.4% | 70.0% | 2.1% |
| | 20%～22%未満 | 152 | 10.5% | 9.2% | 19.1% | 5.9% | 5.9% | 4.6% | 0.7% | 3.3% | 1.3% | 73.7% | 1.3% |
| | 22%以上 | 49 | 8.2% | 14.3% | 14.3% | 2.0% | 4.1% | 4.1% | 0.0% | 0.0% | 2.0% | 77.6% | 2.0% |
| 地域類型Ⅰ (高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率：高 | 156 | 3.8% | 9.0% | 10.3% | 1.3% | 3.2% | 3.2% | 0.6% | 0.6% | 1.9% | 81.4% | 1.3% |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 308 | 10.4% | 10.7% | 17.5% | 4.9% | 3.9% | 4.2% | 0.0% | 3.2% | 2.9% | 71.1% | 1.0% |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 208 | 6.3% | 13.9% | 15.9% | 1.9% | 4.3% | 3.4% | 0.0% | 2.9% | 1.9% | 72.6% | 1.0% |
| | 高齢化率・認定率：低 | 156 | 11.5% | 13.5% | 20.5% | 9.0% | 7.1% | 6.4% | 0.6% | 5.1% | 0.0% | 65.4% | 1.9% |
| 地域類型Ⅱ (高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 186 | 10.2% | 11.3% | 15.6% | 4.8% | 3.2% | 7.0% | 0.5% | 3.2% | 1.6% | 72.6% | 2.2% |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 37 | 8.1% | 13.5% | 16.2% | 0.0% | 2.7% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 78.4% | 0.0% |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 418 | 9.3% | 12.9% | 16.7% | 5.5% | 6.0% | 4.1% | 0.0% | 4.1% | 1.9% | 70.8% | 0.7% |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 139 | 2.9% | 7.9% | 17.3% | 1.4% | 2.9% | 2.2% | 0.7% | 1.4% | 3.6% | 74.1% | 1.4% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 8.3% | 12.5% | 12.5% | 2.1% | 2.1% | 4.2% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 75.0% | 2.1% |
| Q8今後重要な 方向性 | ニーズの未然抑制 | 403 | 7.4% | 9.4% | 14.9% | 5.0% | 3.2% | 4.2% | 0.2% | 2.2% | 1.7% | 73.4% | 1.0% |
| | 基盤整備 | 165 | 8.5% | 9.1% | 11.5% | 1.2% | 4.2% | 2.4% | 0.0% | 1.8% | 0.6% | 77.6% | 0.6% |
| | 体制整備 | 79 | 7.6% | 19.0% | 20.3% | 5.1% | 5.1% | 6.3% | 1.3% | 3.8% | 1.3% | 67.1% | 5.1% |
| | 地域力向上 | 138 | 10.9% | 18.8% | 24.6% | 5.1% | 9.4% | 5.1% | 0.0% | 6.5% | 4.3% | 63.8% | 0.7% |
| | その他 | 6 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% | 0.0% |

図表Ⅲ-3-1-12 【依頼を受けた取組の独自性・特色（社協）】

| | | 社会福祉協議会 | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------|---------|--|--|---|--|--|---|--|---|-------------|--------|-------------|--|
| | | n | 携 専 方 法 ・ 制 度 間 の 連 携 方 法 等 | の 専 門 職 ・ 専 門 機 関 等 と 地 域 と | 地 域 の 取 組 の 促 進 方 法 等 | 等 産 官 学 連 携 ・ 民 間 活 用 の 方 法 | 等 他 の 分 野 の 施 策 と の 連 携 方 法 | I C T 活 用 の 推 進 方 法 等 | 取 組 資 金 の 調 達 方 法 等 | 長 期 的 な 視 点 で の 取 組 プ ロ セ ス 等 | そ の 他 | な い | 無 回 答 | |
| 全体 | | 757 | 12.8% | 17.7% | 28.7% | 3.2% | 8.5% | 3.3% | 0.8% | 5.9% | 1.3% | 64.3% | 1.6% | |
| 人口規模 | 20万人以上 | 64 | 28.1% | 43.8% | 50.0% | 10.9% | 15.6% | 15.6% | 3.1% | 12.5% | 1.6% | 43.8% | 0.0% | |
| | 10万人以上20万人未満 | 89 | 16.9% | 29.2% | 40.4% | 4.5% | 10.1% | 3.4% | 0.0% | 7.9% | 2.2% | 50.6% | 2.2% | |
| | 5万人以上10万人未満 | 112 | 15.2% | 16.1% | 35.7% | 6.3% | 9.8% | 2.7% | 0.9% | 7.1% | 0.0% | 58.0% | 2.7% | |
| | 1万人以上5万人未満 | 277 | 11.6% | 14.8% | 27.4% | 1.1% | 9.4% | 2.9% | 0.7% | 6.1% | 1.8% | 65.3% | 1.4% | |
| | 1万人未満 | 213 | 7.0% | 9.9% | 15.5% | 1.4% | 3.8% | 0.5% | 0.5% | 2.3% | 0.9% | 77.9% | 1.4% | |
| 高齢化率 | 30%未満 | 215 | 18.6% | 26.5% | 35.8% | 6.0% | 9.8% | 7.9% | 1.9% | 9.3% | 1.9% | 56.3% | 1.9% | |
| | 30%～35%未満 | 180 | 12.2% | 18.3% | 35.6% | 3.3% | 9.4% | 2.2% | 0.0% | 5.0% | 0.0% | 58.9% | 1.7% | |
| | 35%～40%未満 | 171 | 12.9% | 15.8% | 26.9% | 1.8% | 9.9% | 1.2% | 0.0% | 6.4% | 2.9% | 64.9% | 0.6% | |
| | 40%以上 | 189 | 6.9% | 9.0% | 15.9% | 1.1% | 4.8% | 1.1% | 1.1% | 2.6% | 0.5% | 77.8% | 2.1% | |
| 認定率 | 16%未満 | 173 | 8.1% | 14.5% | 23.7% | 1.7% | 5.2% | 1.2% | 1.2% | 4.0% | 2.3% | 66.5% | 1.7% | |
| | 16%～18%未満 | 187 | 13.9% | 15.0% | 33.2% | 4.3% | 10.2% | 4.3% | 0.0% | 7.0% | 0.5% | 61.0% | 1.1% | |
| | 18%～20%未満 | 194 | 14.4% | 22.2% | 33.0% | 3.1% | 9.8% | 4.1% | 0.5% | 7.2% | 2.1% | 57.7% | 3.6% | |
| | 20%～22%未満 | 140 | 17.1% | 21.4% | 28.6% | 3.6% | 9.3% | 3.6% | 1.4% | 6.4% | 0.7% | 67.9% | 0.0% | |
| | 22%以上 | 61 | 8.2% | 13.1% | 16.4% | 3.3% | 6.6% | 3.3% | 1.6% | 3.3% | 0.0% | 80.3% | 0.0% | |
| 地域類型Ⅰ（高 齢者像クラス ター） | 高齢化率・認定率：高 | 165 | 7.9% | 12.7% | 20.0% | 1.2% | 7.3% | 1.2% | 1.2% | 3.0% | 0.6% | 75.8% | 1.8% | |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 264 | 15.9% | 20.5% | 32.2% | 3.8% | 10.2% | 4.2% | 0.4% | 9.1% | 1.5% | 61.0% | 1.5% | |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 189 | 7.9% | 11.6% | 25.9% | 1.6% | 6.9% | 0.5% | 1.1% | 3.2% | 1.6% | 65.1% | 1.1% | |
| | 高齢化率・認定率：低 | 137 | 19.7% | 27.0% | 36.5% | 6.6% | 8.8% | 8.0% | 0.7% | 7.3% | 1.5% | 55.5% | 2.2% | |
| 地域類型Ⅱ（高 齢者ライフス タイルクラス ター） | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 171 | 14.6% | 15.8% | 25.7% | 4.1% | 7.6% | 3.5% | 1.8% | 4.7% | 1.2% | 66.7% | 1.2% | |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 36 | 2.8% | 11.1% | 11.1% | 0.0% | 5.6% | 0.0% | 0.0% | 2.8% | 2.8% | 83.3% | 0.0% | |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 383 | 13.1% | 19.6% | 32.4% | 3.9% | 10.7% | 3.9% | 0.8% | 6.5% | 1.3% | 61.1% | 1.3% | |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 117 | 14.5% | 20.5% | 30.8% | 0.9% | 5.1% | 2.6% | 0.0% | 8.5% | 0.9% | 60.7% | 4.3% | |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 8.3% | 8.3% | 18.8% | 2.1% | 4.2% | 2.1% | 0.0% | 2.1% | 2.1% | 75.0% | 0.0% | |
| Q8今後重要な 方向性 | ニーズの未然抑制 | 151 | 13.9% | 13.9% | 23.2% | 2.6% | 8.6% | 2.0% | 1.3% | 4.0% | 1.3% | 68.9% | 2.0% | |
| | 基盤整備 | 201 | 12.4% | 17.4% | 27.9% | 2.5% | 7.0% | 4.5% | 0.5% | 5.0% | 0.5% | 63.7% | 1.5% | |
| | 体制整備 | 109 | 10.1% | 11.9% | 16.5% | 1.8% | 6.4% | 0.9% | 0.9% | 3.7% | 1.8% | 77.1% | 1.8% | |
| | 地域力向上 | 247 | 14.6% | 22.3% | 37.7% | 4.0% | 10.5% | 4.0% | 0.8% | 8.9% | 2.0% | 56.7% | 1.2% | |
| | その他 | 6 | 0.0% | 33.3% | 33.3% | 16.7% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 66.7% | 0.0% | |

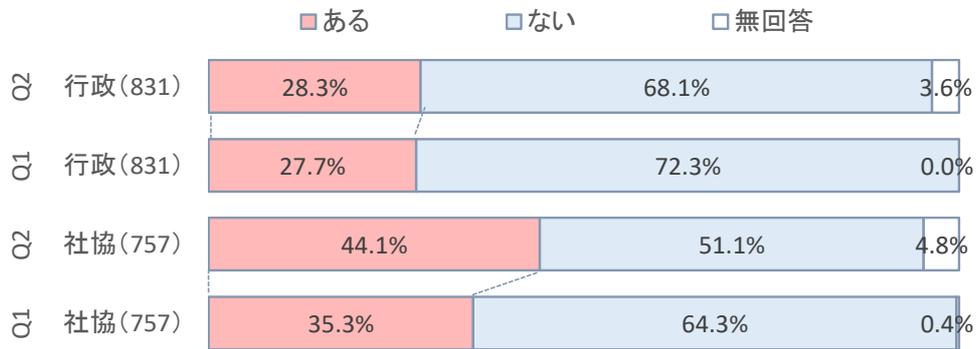
②独自の工夫（外部に周知されていない取組）

●ヒアリングや資料提供等の依頼を受けた取組以外の独自の取組

・ヒアリングや資料提供の依頼を受けた取組以外の独自の取組の有無についてみると、行政では、「ある」が28%、社協では「ある」が44%となっており、社協のほうが行政よりも高くなっている。また社協では、ヒアリング等の依頼を受けた取組（Q1）よりもそれ以外の取組（Q2）の割合が1割近く上回っており、行政に比べて外部に周知されていない独自の取組がより多く存在している可能性がうかがえる。

図表Ⅲ-3-1-13 【地域づくりにおける独自の取組（外部に周知されていない取組）の有無】

Q2 Q1（ヒアリングや資料提供の依頼を受けた取組）以外で、貴団体独自の地域づくりの取組はありますか。



Q1 ヒアリングや資料提供の依頼を受けた取組

Q2 ヒアリングや資料提供の依頼を受けた取組以外の独自の取組

(クロス集計結果)

- ・人口規模別、高齢化率や認定率の水準別にみると、行政・社協ともに、回答傾向は、ヒアリングや資料提供等の依頼を受けた取組（Q1）と同様となっている。人口規模の大きな地域、高齢化率や認定率の水準が低い地域で、独自の取組が「ある」割合が高くなっている。

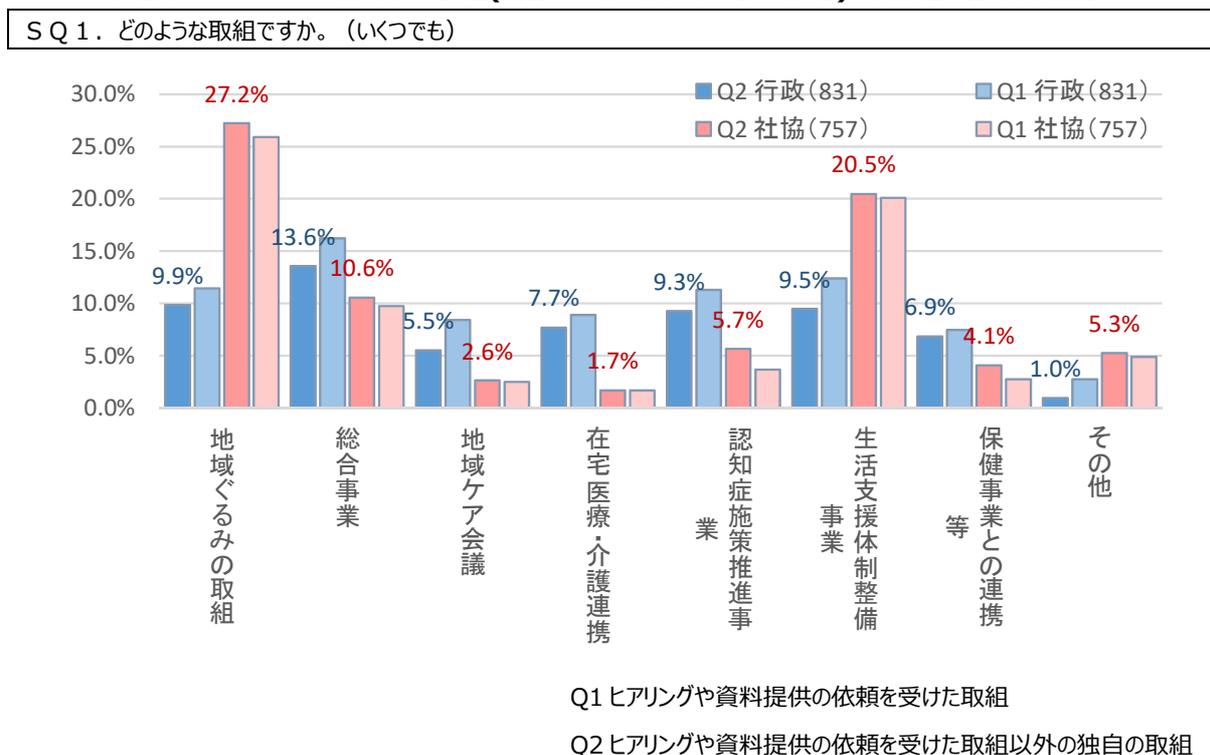
図表Ⅲ-3-1-14 【地域づくりにおける独自の取組(外部に周知されていない取組)の有無(行政、社協)】

| | | 行政 | | | | 社会福祉協議会 | | | |
|----------------------------|------------------------|-----|-------|-------|------|---------|-------|-------|-------|
| | | n | ある | ない | 無回答 | n | ある | ない | 無回答 |
| 全体 | | 831 | 28.3% | 68.1% | 3.6% | 757 | 44.1% | 51.1% | 4.8% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 83 | 41.0% | 55.4% | 3.6% | 64 | 62.5% | 35.9% | 1.6% |
| | 10万人以上20万人未満 | 87 | 37.9% | 60.9% | 1.1% | 89 | 60.7% | 39.3% | 0.0% |
| | 5万人以上10万人未満 | 143 | 30.1% | 67.1% | 2.8% | 112 | 45.5% | 50.9% | 3.6% |
| | 1万人以上5万人未満 | 322 | 28.9% | 68.0% | 3.1% | 277 | 44.8% | 50.5% | 4.7% |
| | 1万人未満 | 193 | 16.6% | 77.7% | 5.7% | 213 | 30.5% | 61.0% | 8.5% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 242 | 36.8% | 60.7% | 2.5% | 215 | 54.0% | 42.8% | 3.3% |
| | 30%～35%未満 | 205 | 31.2% | 66.8% | 2.0% | 180 | 43.3% | 51.7% | 5.0% |
| | 35%～40%未満 | 198 | 21.7% | 73.7% | 4.5% | 171 | 43.3% | 52.0% | 4.7% |
| | 40%以上 | 183 | 21.3% | 73.2% | 5.5% | 189 | 34.9% | 58.7% | 6.3% |
| 認定率 | 16%未満 | 185 | 28.1% | 69.2% | 2.7% | 173 | 47.4% | 51.4% | 1.2% |
| | 16%～18%未満 | 205 | 29.8% | 66.8% | 3.4% | 187 | 43.3% | 52.4% | 4.3% |
| | 18%～20%未満 | 237 | 29.5% | 67.5% | 3.0% | 194 | 44.8% | 49.5% | 5.7% |
| | 20%～22%未満 | 152 | 24.3% | 71.1% | 4.6% | 140 | 44.3% | 49.3% | 6.4% |
| | 22%以上 | 49 | 30.6% | 63.3% | 6.1% | 61 | 36.1% | 54.1% | 9.8% |
| 地域類型Ⅰ (高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率：高 | 156 | 21.8% | 71.2% | 7.1% | 165 | 35.2% | 58.2% | 6.7% |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 308 | 29.2% | 67.9% | 2.9% | 264 | 46.2% | 46.6% | 7.2% |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 208 | 25.5% | 72.6% | 1.9% | 189 | 45.0% | 52.9% | 2.1% |
| | 高齢化率・認定率：低 | 156 | 37.2% | 59.6% | 3.2% | 137 | 50.4% | 48.2% | 1.5% |
| 地域類型Ⅱ (高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 186 | 29.6% | 68.8% | 1.6% | 171 | 39.2% | 52.6% | 8.2% |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 37 | 24.3% | 67.6% | 8.1% | 36 | 25.0% | 63.9% | 11.1% |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 418 | 29.4% | 67.9% | 2.6% | 383 | 50.9% | 46.0% | 3.1% |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 139 | 26.6% | 67.6% | 5.8% | 117 | 37.6% | 59.0% | 3.4% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 22.9% | 68.8% | 8.3% | 48 | 39.6% | 56.3% | 4.2% |

●独自の取組の内容

・ヒアリングや資料提供等の依頼を受けた取組以外の独自の取組（Q2）の内容についてみると、回答傾向はヒアリングや資料提供の依頼を受けた取組（Q1）とほぼ同様となっている。行政では、「総合事業」「地域ぐるみの取組」「生活支援体制整備事業」「認知症施策推進事業」等をはじめとして、独自の取組の内容が多岐に渡っている。他方、社協では「地域ぐるみの取組」「生活支援体制整備事業」の2項目に回答が集中している。

図表Ⅲ-3-1-15 【独自の取組(外部に周知されていない取組)の内容】(複数回答)



(クロス集計結果)

- ・人口規模別に行政の回答をみると、概ね人口規模が大きいほど「介護予防・日常生活支援総合事業」「地域ぐるみの取組の体制整備・しくみづくり」「地域ケア会議の充実を図る取組」の回答割合が高くなっている。また、10万人以上20万人未満の地域や5万人以上10万人未満の地域では「在宅医療・介護連携」の回答割合が、他の人口規模の地域よりも高くなっている。社協の回答をみると、人口規模が大きいほど「地域ぐるみの取組の体制整備・しくみづくり」の回答割合が高くなっている。
- ・今後重要な方向性別に行政の回答をみると、“ニーズの未然防止”を重要視する地域では「介護予防・日常生活支援総合事業」の回答割合が他の項目を重要視する地域よりも高くなっている。また、“体制整備”を重要視している地域では「在宅医療・介護連携」の回答割合が、他の項目を重要視する地域よりも高くなっている。社協の回答をみると、“体制整備”や“地域力向上”を重視している地域で「地域ぐるみの取組の体制構築・しくみづくり」等の回答割合が、他の項目を重要視する地域よりも高くなっている。

図表Ⅲ-3-1-16 【独自の取組(外部に周知されていない取組)の内容(行政)】

| | | 行政 | | | | | | | | | | |
|------------------------|------------------------|-----|---------------|------------------------|----------------|------------------|------------------|-------------------|--------------|------|-------|------|
| | | n | 地域ぐるみの取組の体制整備 | 介護予防・日常生活支援総合事業に該当する取組 | 地域ケア会議の充実を図る取組 | 在宅医療・介護連携に該当する取組 | 認知症施策推進事業に該当する取組 | 生活支援体制整備事業に該当する取組 | 保健事業との連携等の取組 | その他 | ない | 無回答 |
| 全体 | | 831 | 9.9% | 13.6% | 5.5% | 7.7% | 9.3% | 9.5% | 6.9% | 1.0% | 68.1% | 3.7% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 83 | 14.5% | 24.1% | 10.8% | 7.2% | 10.8% | 9.6% | 7.2% | 1.2% | 55.4% | 3.6% |
| | 10万人以上20万人未満 | 87 | 14.9% | 19.5% | 6.9% | 17.2% | 10.3% | 9.2% | 9.2% | 0.0% | 60.9% | 1.1% |
| | 5万人以上10万人未満 | 143 | 11.2% | 14.7% | 6.3% | 10.5% | 11.9% | 10.5% | 8.4% | 2.1% | 67.1% | 2.8% |
| | 1万人以上5万人未満 | 322 | 9.3% | 12.1% | 4.7% | 5.9% | 9.3% | 12.1% | 6.2% | 0.6% | 68.0% | 3.1% |
| | 1万人未満 | 193 | 5.7% | 8.3% | 3.6% | 4.7% | 6.2% | 4.7% | 5.7% | 1.0% | 77.7% | 6.2% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 242 | 11.2% | 17.8% | 7.0% | 9.5% | 9.9% | 9.9% | 8.3% | 1.2% | 60.7% | 2.9% |
| | 30%～35%未満 | 205 | 13.2% | 15.1% | 6.3% | 9.8% | 10.7% | 8.8% | 6.8% | 1.0% | 66.8% | 2.0% |
| | 35%～40%未満 | 198 | 8.1% | 11.6% | 4.0% | 6.1% | 8.6% | 11.6% | 6.1% | 1.5% | 73.7% | 4.5% |
| | 40%以上 | 183 | 6.6% | 8.7% | 4.4% | 4.9% | 7.7% | 7.7% | 6.0% | 0.0% | 73.2% | 5.5% |
| 認定率 | 16%未満 | 185 | 9.2% | 12.4% | 4.3% | 9.7% | 7.0% | 9.2% | 7.6% | 1.6% | 69.2% | 3.2% |
| | 16%～18%未満 | 205 | 8.8% | 15.6% | 7.3% | 8.8% | 13.2% | 10.7% | 7.3% | 1.0% | 66.8% | 3.4% |
| | 18%～20%未満 | 237 | 11.4% | 13.1% | 7.2% | 6.8% | 11.4% | 10.5% | 7.6% | 0.4% | 67.5% | 3.0% |
| | 20%～22%未満 | 152 | 9.2% | 12.5% | 2.6% | 5.3% | 4.6% | 7.2% | 5.3% | 0.7% | 71.1% | 4.6% |
| | 22%以上 | 49 | 12.2% | 16.3% | 4.1% | 8.2% | 6.1% | 8.2% | 4.1% | 2.0% | 63.3% | 6.1% |
| 地域類型Ⅰ(高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率:高 | 156 | 8.3% | 8.3% | 4.5% | 6.4% | 8.3% | 7.1% | 6.4% | 0.0% | 71.2% | 7.1% |
| | 高齢化率:中、認定率:高 | 308 | 10.1% | 15.9% | 5.2% | 6.2% | 9.4% | 10.7% | 5.8% | 1.3% | 67.9% | 2.9% |
| | 高齢化率:中、認定率:低 | 208 | 8.7% | 12.0% | 4.3% | 9.6% | 8.2% | 8.2% | 9.1% | 1.4% | 72.6% | 2.4% |
| | 高齢化率・認定率:低 | 156 | 12.8% | 16.7% | 9.0% | 9.6% | 11.5% | 11.5% | 6.4% | 0.6% | 59.6% | 3.2% |
| 地域類型Ⅱ(高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率:高 | 186 | 10.2% | 15.1% | 7.5% | 6.5% | 11.8% | 10.2% | 5.4% | 1.1% | 68.8% | 1.6% |
| | 単身率・非課税世帯率:高、非労働力人口率:低 | 37 | 13.5% | 13.5% | 8.1% | 13.5% | 8.1% | 8.1% | 10.8% | 0.0% | 67.6% | 8.1% |
| | 単身率・非課税世帯率:中、非労働力人口率:高 | 418 | 9.8% | 13.4% | 4.8% | 7.7% | 8.1% | 9.8% | 6.5% | 1.0% | 67.9% | 2.6% |
| | 単身率・非課税世帯率:低、非労働力人口率:高 | 139 | 9.4% | 13.7% | 5.0% | 6.5% | 8.6% | 8.6% | 8.6% | 0.7% | 67.6% | 6.5% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率:低 | 48 | 8.3% | 10.4% | 4.2% | 12.5% | 12.5% | 8.3% | 8.3% | 2.1% | 68.8% | 8.3% |
| Q8今後重要な方向性 | ニーズの未然抑制 | 403 | 12.9% | 15.4% | 5.5% | 7.9% | 8.7% | 9.4% | 7.7% | 1.5% | 64.8% | 3.0% |
| | 基盤整備 | 165 | 6.1% | 10.3% | 4.2% | 8.5% | 10.9% | 8.5% | 6.1% | 1.2% | 73.9% | 5.5% |
| | 体制整備 | 79 | 11.4% | 12.7% | 6.3% | 10.1% | 12.7% | 8.9% | 8.9% | 0.0% | 69.6% | 3.8% |
| | 地域力向上 | 138 | 8.0% | 11.6% | 2.9% | 2.9% | 4.3% | 9.4% | 2.9% | 0.0% | 70.3% | 4.3% |
| | その他 | 6 | 0.0% | 33.3% | 33.3% | 16.7% | 33.3% | 33.3% | 16.7% | 0.0% | 66.7% | 0.0% |

図表Ⅲ-3-1-17 【独自の取組(外部に周知されていない取組)の内容(社協)】

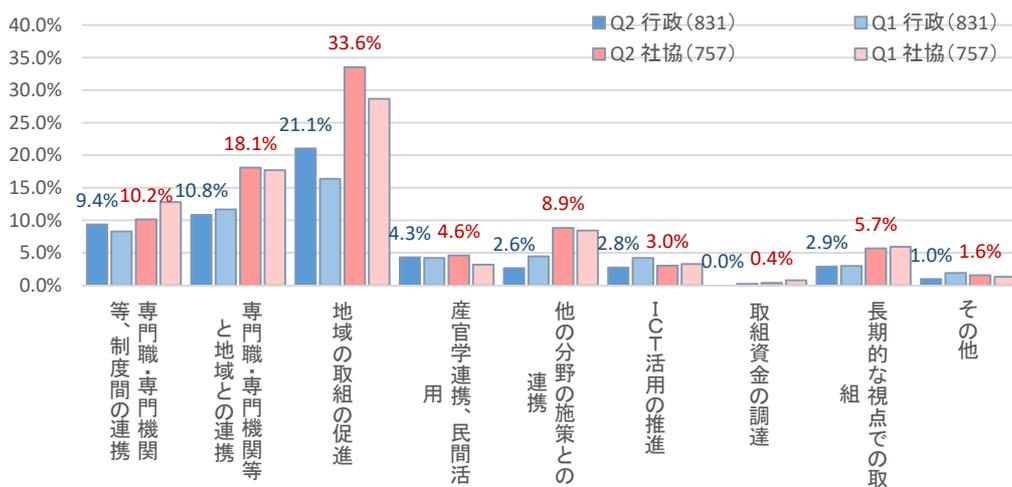
| | | 社会福祉協議会 | | | | | | | | | | | |
|------------------------|------------------------|---------|--|---|---|---|---|---|---|--|-------------|--------|-------------|
| | | n | 備 地 域 ・ し く る み づ く り の 取 組 の 体 制 整 | 事 業 に 該 当 す る 取 組 | 介 護 予 防 ・ 日 常 生 活 支 援 総 合 | 組 域 ケ ア 会 議 の 充 実 を 図 る 取 | 在 宅 医 療 ・ 介 護 連 携 に 該 当 す | 認 知 症 施 策 推 進 事 業 に 該 当 す | 生 活 支 援 体 制 整 備 事 業 に 該 当 | 保 健 事 業 と の 連 携 等 の 取 組 | そ の 他 | な い | 無 回 答 |
| 全体 | | 757 | 27.2% | 10.6% | 2.6% | 1.7% | 5.7% | 20.5% | 4.1% | 5.3% | 51.1% | 5.9% | |
| 人口規模 | 20万人以上 | 64 | 48.4% | 10.9% | 7.8% | 3.1% | 10.9% | 26.6% | 7.8% | 9.4% | 35.9% | 1.6% | |
| | 10万人以上20万人未満 | 89 | 37.1% | 7.9% | 2.2% | 1.1% | 4.5% | 27.0% | 3.4% | 7.9% | 39.3% | 1.1% | |
| | 5万人以上10万人未満 | 112 | 29.5% | 8.9% | 2.7% | 0.9% | 2.7% | 18.8% | 2.7% | 9.8% | 50.9% | 3.6% | |
| | 1万人以上5万人未満 | 277 | 27.1% | 13.4% | 2.9% | 1.4% | 7.6% | 21.7% | 4.3% | 2.9% | 50.5% | 6.5% | |
| | 1万人未満 | 213 | 16.0% | 8.9% | 0.9% | 2.3% | 3.8% | 15.5% | 3.8% | 3.8% | 61.0% | 9.9% | |
| 高齢化率 | 30%未満 | 215 | 39.1% | 12.1% | 4.2% | 2.3% | 7.0% | 21.9% | 3.7% | 7.0% | 42.8% | 4.2% | |
| | 30%～35%未満 | 180 | 23.9% | 13.9% | 2.8% | 1.1% | 6.7% | 23.9% | 3.9% | 4.4% | 51.7% | 6.1% | |
| | 35%～40%未満 | 171 | 21.1% | 8.8% | 2.3% | 1.8% | 3.5% | 18.7% | 3.5% | 7.0% | 52.0% | 6.4% | |
| | 40%以上 | 189 | 22.8% | 7.4% | 1.1% | 1.6% | 5.3% | 17.5% | 5.3% | 2.6% | 58.7% | 7.4% | |
| 認定率 | 16%未満 | 173 | 27.7% | 12.1% | 3.5% | 1.2% | 6.4% | 23.7% | 2.3% | 4.6% | 51.4% | 2.9% | |
| | 16%～18%未満 | 187 | 25.1% | 11.8% | 3.2% | 2.1% | 4.8% | 19.3% | 3.7% | 6.4% | 52.4% | 4.8% | |
| | 18%～20%未満 | 194 | 26.8% | 9.8% | 2.1% | 1.0% | 5.7% | 18.0% | 4.6% | 7.2% | 49.5% | 6.7% | |
| | 20%～22%未満 | 140 | 30.7% | 8.6% | 2.9% | 3.6% | 7.1% | 22.9% | 7.1% | 4.3% | 49.3% | 7.1% | |
| | 22%以上 | 61 | 26.2% | 9.8% | 0.0% | 0.0% | 3.3% | 18.0% | 1.6% | 0.0% | 54.1% | 13.1% | |
| 地域類型Ⅰ(高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率:高 | 165 | 23.6% | 6.1% | 1.2% | 2.4% | 4.2% | 18.8% | 4.2% | 3.0% | 58.2% | 8.5% | |
| | 高齢化率:中、認定率:高 | 264 | 28.8% | 11.0% | 2.3% | 1.1% | 6.1% | 20.1% | 5.3% | 6.4% | 46.6% | 7.6% | |
| | 高齢化率:中、認定率:低 | 189 | 20.6% | 12.7% | 3.7% | 2.1% | 6.9% | 23.3% | 3.2% | 5.3% | 52.9% | 4.2% | |
| | 高齢化率・認定率:低 | 137 | 38.0% | 12.4% | 3.6% | 1.5% | 5.1% | 19.7% | 2.9% | 5.8% | 48.2% | 2.2% | |
| 地域類型Ⅱ(高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率:高 | 171 | 25.1% | 9.9% | 2.9% | 2.3% | 7.0% | 19.9% | 5.3% | 4.7% | 52.6% | 8.8% | |
| | 単身率・非課税世帯率:高、非労働力人口率:低 | 36 | 5.6% | 2.8% | 0.0% | 0.0% | 2.8% | 11.1% | 2.8% | 5.6% | 63.9% | 13.9% | |
| | 単身率・非課税世帯率:中、非労働力人口率:高 | 383 | 33.4% | 9.9% | 2.6% | 2.1% | 6.3% | 22.7% | 4.4% | 5.5% | 46.0% | 4.7% | |
| | 単身率・非課税世帯率:低、非労働力人口率:高 | 117 | 20.5% | 14.5% | 2.6% | 0.9% | 1.7% | 19.7% | 3.4% | 5.1% | 59.0% | 3.4% | |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率:低 | 48 | 18.8% | 14.6% | 4.2% | 0.0% | 8.3% | 14.6% | 0.0% | 6.3% | 56.3% | 6.3% | |
| Q8今後重要な方向性 | ニーズの未然抑制 | 151 | 19.9% | 10.6% | 2.0% | 0.0% | 7.3% | 16.6% | 5.3% | 6.0% | 56.3% | 6.6% | |
| | 基盤整備 | 201 | 25.4% | 10.0% | 2.5% | 1.0% | 5.5% | 20.4% | 5.5% | 2.5% | 55.2% | 5.0% | |
| | 体制整備 | 109 | 31.2% | 8.3% | 2.8% | 1.8% | 1.8% | 18.3% | 0.9% | 1.8% | 55.0% | 4.6% | |
| | 地域力向上 | 247 | 32.0% | 12.1% | 2.8% | 2.8% | 5.3% | 23.9% | 3.2% | 6.9% | 44.9% | 5.3% | |
| | その他 | 6 | 16.7% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 16.7% | 0.0% | 16.7% | 66.7% | 16.7% | |

●独自の取組の独自性・特色

・ヒアリングや資料提供等の依頼を受けた取組以外の独自の取組（Q2）の独自性・特色についてみると、行政・社協ともに、「地域の取組の促進」が最も高くなっている。「地域の取組の促進」については、行政よりも社協の回答割合が大幅に高くなっている。

図表Ⅲ-3-1-18 【独自性・特色(外部に周知されていない取組)】(複数回答)

S Q 3. その(それらの)取組では、どのような点に独自性や特色があると認識していますか。(いくつでも)



Q1 ヒアリングや資料提供の依頼を受けた取組

Q2 ヒアリングや資料提供の依頼を受けた取組以外の独自の取組

(クロス集計結果)

・人口規模別にみると、行政・社協ともに、人口規模が大きいほど多くの項目で回答割合が高くなっている。

図表Ⅲ-3-1-19 【独自性・特色(外部に周知されていない取組) (行政)】

| | | 行政 | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|-----|--|--|---|--|--|---|--|---|-------------|--------|-------------|
| | | n | 携専 方法 、 制 度 間 の 連 携 方 法 等 | の専 門 職 ・ 専 門 機 関 等 と 地 域 と の 連 携 方 法 等 | 地 域 の 取 組 の 促 進 方 法 等 | 等 産 官 学 連 携 、 民 間 活 用 の 方 法 | 等 他 の 分 野 の 施 策 と の 連 携 方 法 | I C T 活 用 の 推 進 方 法 等 | 取 組 資 金 の 調 達 方 法 等 | 又 長 期 的 な 視 点 で の 取 組 プ ロ セ ス | そ の 他 | な い | 無 回 答 |
| 全体 | | 831 | 9.4% | 10.8% | 21.1% | 4.3% | 2.6% | 2.8% | 0.0% | 2.9% | 1.0% | 68.1% | 4.0% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 83 | 13.3% | 15.7% | 36.1% | 4.8% | 4.8% | 6.0% | 0.0% | 2.4% | 3.6% | 55.4% | 4.8% |
| | 10万人以上20万人未満 | 87 | 18.4% | 13.8% | 29.9% | 11.5% | 2.3% | 6.9% | 0.0% | 4.6% | 0.0% | 60.9% | 1.1% |
| | 5万人以上10万人未満 | 143 | 9.1% | 13.3% | 21.0% | 6.3% | 3.5% | 2.8% | 0.0% | 2.1% | 1.4% | 67.1% | 2.8% |
| | 1万人以上5万人未満 | 322 | 9.0% | 10.6% | 21.1% | 3.1% | 2.5% | 1.6% | 0.0% | 2.8% | 0.6% | 68.0% | 3.7% |
| | 1万人未満 | 193 | 4.7% | 6.2% | 10.9% | 1.6% | 1.6% | 1.6% | 0.0% | 3.1% | 0.5% | 77.7% | 5.7% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 242 | 11.2% | 14.5% | 29.8% | 5.8% | 2.1% | 2.5% | 0.0% | 2.5% | 2.1% | 60.7% | 2.9% |
| | 30%～35%未満 | 205 | 11.2% | 11.2% | 24.9% | 5.9% | 3.9% | 4.4% | 0.0% | 2.9% | 0.5% | 66.8% | 2.4% |
| | 35%～40%未満 | 198 | 8.6% | 10.1% | 14.6% | 1.0% | 2.5% | 2.0% | 0.0% | 3.0% | 0.5% | 73.7% | 5.1% |
| | 40%以上 | 183 | 6.0% | 6.6% | 12.6% | 4.4% | 2.2% | 2.2% | 0.0% | 3.3% | 0.5% | 73.2% | 5.5% |
| 認定率 | 16%未満 | 185 | 9.7% | 13.0% | 21.6% | 2.2% | 2.7% | 2.7% | 0.0% | 3.2% | 1.1% | 69.2% | 2.7% |
| | 16%～18%未満 | 205 | 11.7% | 11.7% | 21.5% | 3.9% | 2.4% | 2.9% | 0.0% | 2.9% | 0.0% | 66.8% | 4.4% |
| | 18%～20%未満 | 237 | 7.2% | 11.0% | 21.5% | 5.5% | 1.7% | 2.1% | 0.0% | 2.5% | 1.7% | 67.5% | 3.4% |
| | 20%～22%未満 | 152 | 8.6% | 6.6% | 19.1% | 4.6% | 3.9% | 3.9% | 0.0% | 0.7% | 0.7% | 71.1% | 4.6% |
| | 22%以上 | 49 | 12.2% | 12.2% | 22.4% | 8.2% | 4.1% | 2.0% | 0.0% | 10.2% | 2.0% | 63.3% | 6.1% |
| 地域類型Ⅰ (高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率:高 | 156 | 5.8% | 8.3% | 14.1% | 5.1% | 1.3% | 0.6% | 0.0% | 2.6% | 0.6% | 71.2% | 7.1% |
| | 高齢化率:中、認定率:高 | 308 | 10.1% | 9.7% | 22.4% | 4.9% | 3.9% | 3.2% | 0.0% | 2.9% | 1.0% | 67.9% | 3.6% |
| | 高齢化率:中、認定率:低 | 208 | 10.1% | 11.5% | 17.8% | 2.4% | 2.9% | 3.4% | 0.0% | 2.9% | 0.0% | 72.6% | 1.9% |
| | 高齢化率・認定率:低 | 156 | 10.9% | 14.7% | 30.1% | 5.1% | 1.3% | 3.2% | 0.0% | 3.2% | 2.6% | 59.6% | 3.8% |
| 地域類型Ⅱ (高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率:高 | 186 | 11.3% | 11.8% | 21.5% | 5.9% | 5.9% | 6.5% | 0.0% | 3.2% | 1.1% | 68.8% | 1.6% |
| | 単身率・非課税世帯率:高、非労働力人口率:低 | 37 | 10.8% | 13.5% | 8.1% | 8.1% | 2.7% | 2.7% | 0.0% | 5.4% | 0.0% | 67.6% | 8.1% |
| | 単身率・非課税世帯率:中、非労働力人口率:高 | 418 | 8.6% | 9.8% | 22.5% | 4.5% | 1.4% | 1.7% | 0.0% | 2.9% | 1.2% | 67.9% | 3.3% |
| | 単身率・非課税世帯率:低、非労働力人口率:高 | 139 | 9.4% | 12.9% | 21.6% | 1.4% | 2.9% | 1.4% | 0.0% | 2.2% | 0.0% | 67.6% | 5.8% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率:低 | 48 | 8.3% | 8.3% | 16.7% | 2.1% | 0.0% | 2.1% | 0.0% | 2.1% | 2.1% | 68.8% | 8.3% |
| Q8今後重要な 方向性 | 二一ズの未然抑制 | 403 | 10.7% | 11.9% | 23.1% | 4.5% | 3.5% | 3.0% | 0.0% | 3.5% | 1.7% | 64.8% | 3.2% |
| | 基盤整備 | 165 | 7.9% | 4.8% | 17.0% | 3.0% | 1.8% | 2.4% | 0.0% | 1.8% | 0.0% | 73.9% | 6.1% |
| | 体制整備 | 79 | 11.4% | 11.4% | 17.7% | 5.1% | 1.3% | 2.5% | 0.0% | 2.5% | 0.0% | 69.6% | 3.8% |
| | 地域力向上 | 138 | 3.6% | 10.9% | 21.0% | 5.1% | 2.9% | 2.2% | 0.0% | 2.9% | 0.0% | 70.3% | 4.3% |
| | その他 | 6 | 33.3% | 33.3% | 33.3% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 66.7% | 0.0% |

図表Ⅲ-3-1-20 【独自性・特色(外部に周知されていない取組) (社協)】

| | | 社会福祉協議会 | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|---------|-----------------|----------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|------------|------------------|------|-------|-------|--|--|
| | | n | 携専門方法、制度間の連携方法等 | の専門職・専門機関等と地域との連携方法等 | 地域の取組の促進方法等 | 等産官学連携、民間活用の方法 | 等他の分野の施策との連携方法 | I C T 活用の推進方法等 | 取組資金の調達方法等 | 又等長期的な視点での取組プロセス | その他 | ない | 無回答 | | |
| 全体 | | 757 | 10.2% | 18.1% | 33.6% | 4.6% | 8.9% | 3.0% | 0.4% | 5.7% | 1.6% | 51.1% | 5.7% | | |
| 人口規模 | 20万人以上 | 64 | 18.8% | 37.5% | 48.4% | 12.5% | 12.5% | 6.3% | 0.0% | 10.9% | 3.1% | 35.9% | 3.1% | | |
| | 10万人以上20万人未満 | 89 | 15.7% | 31.5% | 49.4% | 7.9% | 12.4% | 12.4% | 2.2% | 12.4% | 2.2% | 39.3% | 0.0% | | |
| | 5万人以上10万人未満 | 112 | 6.3% | 13.4% | 33.0% | 6.3% | 10.7% | 0.9% | 0.0% | 6.3% | 1.8% | 50.9% | 5.4% | | |
| | 1万人以上5万人未満 | 277 | 11.2% | 17.7% | 35.4% | 2.9% | 9.0% | 1.1% | 0.0% | 4.3% | 1.4% | 50.5% | 4.7% | | |
| | 1万人未満 | 213 | 6.1% | 9.9% | 20.7% | 2.3% | 5.2% | 1.9% | 0.5% | 2.8% | 0.9% | 61.0% | 10.3% | | |
| 高齢化率 | 30%未満 | 215 | 11.2% | 26.5% | 40.5% | 8.4% | 12.6% | 6.0% | 0.5% | 9.3% | 2.8% | 42.8% | 4.2% | | |
| | 30%～35%未満 | 180 | 12.2% | 18.9% | 35.0% | 2.2% | 7.2% | 1.1% | 0.0% | 3.9% | 0.0% | 51.7% | 5.6% | | |
| | 35%～40%未満 | 171 | 8.8% | 12.9% | 31.0% | 4.7% | 8.2% | 3.5% | 0.6% | 5.8% | 3.5% | 52.0% | 6.4% | | |
| | 40%以上 | 189 | 8.5% | 12.7% | 27.0% | 2.6% | 6.9% | 1.1% | 0.5% | 3.2% | 0.0% | 58.7% | 6.9% | | |
| 認定率 | 16%未満 | 173 | 8.7% | 20.8% | 35.8% | 4.6% | 7.5% | 1.2% | 0.6% | 5.2% | 2.3% | 51.4% | 1.7% | | |
| | 16%～18%未満 | 187 | 9.1% | 16.0% | 33.2% | 5.9% | 9.1% | 4.3% | 0.0% | 4.3% | 2.1% | 52.4% | 4.8% | | |
| | 18%～20%未満 | 194 | 10.8% | 20.1% | 35.6% | 3.6% | 8.8% | 2.6% | 1.0% | 5.7% | 0.5% | 49.5% | 7.2% | | |
| | 20%～22%未満 | 140 | 13.6% | 16.4% | 32.9% | 4.3% | 11.4% | 5.0% | 0.0% | 7.1% | 2.1% | 49.3% | 7.9% | | |
| | 22%以上 | 61 | 8.2% | 14.8% | 24.6% | 4.9% | 6.6% | 1.6% | 0.0% | 8.2% | 0.0% | 54.1% | 9.8% | | |
| 地域類型Ⅰ (高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率：高 | 165 | 10.3% | 13.9% | 24.2% | 1.2% | 8.5% | 0.6% | 0.0% | 4.2% | 0.6% | 58.2% | 7.9% | | |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 264 | 11.7% | 18.9% | 35.6% | 5.3% | 9.5% | 3.4% | 0.4% | 6.4% | 1.9% | 46.6% | 8.3% | | |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 189 | 8.5% | 16.4% | 32.8% | 3.2% | 6.9% | 2.1% | 0.5% | 4.2% | 2.1% | 52.9% | 3.2% | | |
| | 高齢化率・認定率：低 | 137 | 9.5% | 24.1% | 42.3% | 9.5% | 10.9% | 6.6% | 0.7% | 8.0% | 1.5% | 48.2% | 1.5% | | |
| 地域類型Ⅱ (高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 171 | 8.8% | 12.9% | 31.0% | 4.7% | 8.2% | 2.3% | 0.6% | 4.1% | 0.6% | 52.6% | 8.8% | | |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 36 | 5.6% | 8.3% | 11.1% | 0.0% | 11.1% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 2.8% | 63.9% | 11.1% | | |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 383 | 12.5% | 23.2% | 39.2% | 6.5% | 10.2% | 5.0% | 0.5% | 7.6% | 2.3% | 46.0% | 3.7% | | |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 117 | 7.7% | 16.2% | 28.2% | 1.7% | 6.0% | 0.0% | 0.0% | 3.4% | 0.9% | 59.0% | 5.1% | | |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 6.3% | 8.3% | 29.2% | 0.0% | 6.3% | 0.0% | 0.0% | 6.3% | 0.0% | 56.3% | 8.3% | | |
| Q8今後重要な方向性 | ニーズの未然抑制 | 151 | 9.3% | 13.9% | 28.5% | 3.3% | 8.6% | 0.7% | 0.0% | 2.6% | 0.0% | 56.3% | 7.3% | | |
| | 基盤整備 | 201 | 10.0% | 14.4% | 33.3% | 4.0% | 6.5% | 3.0% | 0.5% | 5.0% | 0.5% | 55.2% | 3.5% | | |
| | 体制整備 | 109 | 6.4% | 16.5% | 31.2% | 3.7% | 6.4% | 3.7% | 0.0% | 3.7% | 2.8% | 55.0% | 5.5% | | |
| | 地域力向上 | 247 | 10.1% | 24.3% | 37.2% | 5.7% | 10.9% | 3.6% | 0.4% | 8.1% | 2.8% | 44.9% | 5.3% | | |
| | その他 | 6 | 16.7% | 0.0% | 16.7% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 66.7% | 16.7% | | |

3-2 民間との連携

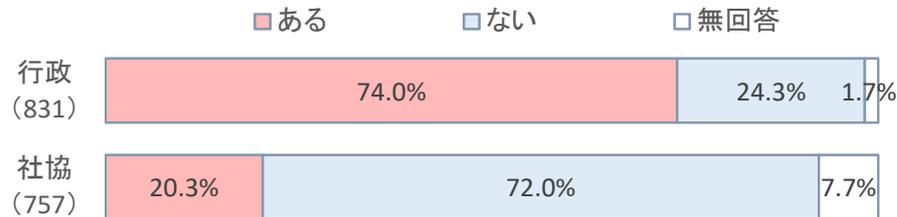
●民間事業者と協定を締結している保険外サービス

・介護保険外サービスとして民間事業者と協定を締結しているサービスの有無についてみると、行政では「ある」が74%に及ぶ一方、社協では「ある」は20%となっている。協定を締結しているサービスについてみると、行政では、「見守りサービス」が62%で最も高く、次いで「食事宅配」が30%で高くなっている。他方、社協では、「食事宅配」「見守りサービス」とも10%未満となっており、社協が単独で民間事業者と協定を締結しているケースは少数にとどまる。

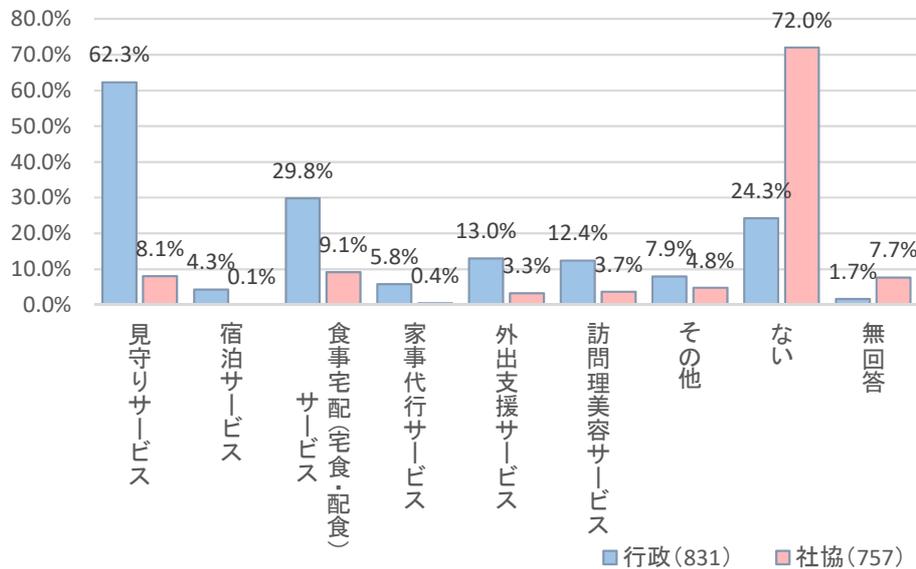
・なお、回答の数値には、行政事業の委託も含まれている可能性が想定される。

図表Ⅲ-3-2-1 【民間事業者と協定を締結している保険外サービスの有無】

Q 4. 介護保険外サービスとして、民間事業者と協定を締結しているサービスはありますか。(いくつでも)



図表Ⅲ-3-2-2 【民間事業者と協定を締結している保険外サービスの内容】(複数回答)



(クロス集計結果)

・人口規模別に行政の回答をみると、人口規模が大きいほど「訪問理美容サービス」の回答割合が高くなっており、人口規模が小さいほど「食事宅配サービス」「外出サービス」の回答割合が高くなっている。「見守りサービス」の回答割合は人口規模を問わず高くなっており、特に5万人以上10万人未満の地域で高くなっている。社協の回答をみると、全般的に回答割合は低いが、行政と同様の傾向も見られ、「食事宅配サービス」「外出支援サービス」については人口規模が小さいほど回答割合が高くなる傾向が見られる。

図表Ⅲ-3-2-3 【民間事業者と協定を締結している保険外サービスの内容（行政）】

| | | 行政 | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|-----|---------|--------|-----------------|----------|----------|-----------|-------|-------|------|
| | | n | 見守りサービス | 宿泊サービス | 食事宅配（宅食・配食）サービス | 家事代行サービス | 外出支援サービス | 訪問理美容サービス | その他 | ない | 無回答 |
| 全体 | | 831 | 62.3% | 4.3% | 29.8% | 5.8% | 13.0% | 12.4% | 7.9% | 24.3% | 1.7% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 83 | 69.9% | 6.0% | 16.9% | 4.8% | 9.6% | 21.7% | 8.4% | 20.5% | 1.2% |
| | 10万人以上20万人未満 | 87 | 58.6% | 3.4% | 21.8% | 3.4% | 11.5% | 16.1% | 21.8% | 26.4% | 0.0% |
| | 5万人以上10万人未満 | 143 | 74.1% | 4.2% | 26.6% | 6.3% | 11.9% | 14.7% | 9.1% | 17.5% | 2.8% |
| | 1万人以上5万人未満 | 322 | 60.6% | 5.0% | 34.5% | 6.8% | 14.3% | 12.1% | 7.5% | 26.1% | 1.6% |
| | 1万人未満 | 193 | 55.4% | 3.1% | 34.2% | 5.2% | 14.0% | 5.7% | 1.6% | 26.4% | 2.1% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 242 | 70.2% | 5.0% | 27.3% | 6.2% | 12.0% | 16.9% | 13.6% | 19.0% | 1.7% |
| | 30%～35%未満 | 205 | 66.8% | 3.9% | 26.3% | 4.4% | 11.7% | 12.2% | 7.3% | 24.4% | 2.0% |
| | 35%～40%未満 | 198 | 54.5% | 5.6% | 32.3% | 5.6% | 17.7% | 12.6% | 6.6% | 26.3% | 2.0% |
| | 40%以上 | 183 | 55.7% | 2.7% | 35.0% | 7.1% | 10.9% | 6.6% | 2.7% | 28.4% | 1.1% |
| 認定率 | 16%未満 | 185 | 67.0% | 3.2% | 29.2% | 5.9% | 11.4% | 13.5% | 9.7% | 21.6% | 2.7% |
| | 16%～18%未満 | 205 | 65.9% | 5.4% | 33.7% | 7.8% | 17.1% | 15.6% | 8.8% | 19.5% | 1.5% |
| | 18%～20%未満 | 237 | 62.0% | 5.5% | 28.3% | 5.1% | 11.4% | 10.1% | 8.4% | 25.7% | 1.3% |
| | 20%～22%未満 | 152 | 53.3% | 3.3% | 30.3% | 5.3% | 12.5% | 11.2% | 5.9% | 32.9% | 1.3% |
| | 22%以上 | 49 | 61.2% | 2.0% | 24.5% | 2.0% | 12.2% | 10.2% | 2.0% | 18.4% | 2.0% |
| 地域類型Ⅰ (高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率：高 | 156 | 53.8% | 3.2% | 31.4% | 5.8% | 13.5% | 7.1% | 2.6% | 29.5% | 1.3% |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 308 | 62.0% | 4.9% | 30.2% | 4.9% | 13.6% | 12.7% | 7.1% | 25.6% | 1.9% |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 208 | 64.4% | 3.8% | 30.3% | 6.3% | 11.5% | 13.5% | 8.2% | 22.1% | 2.4% |
| | 高齢化率・認定率：低 | 156 | 69.2% | 5.1% | 27.6% | 7.1% | 13.5% | 16.0% | 14.7% | 18.6% | 0.6% |
| 地域類型Ⅱ (高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 186 | 55.4% | 3.2% | 32.8% | 4.8% | 11.8% | 7.5% | 4.8% | 26.9% | 1.1% |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 37 | 45.9% | 0.0% | 37.8% | 10.8% | 18.9% | 2.7% | 0.0% | 37.8% | 0.0% |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 418 | 64.4% | 4.8% | 27.5% | 4.8% | 11.7% | 14.4% | 9.1% | 23.2% | 2.2% |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 139 | 73.4% | 5.8% | 30.9% | 7.9% | 15.1% | 15.8% | 12.2% | 15.8% | 2.2% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 54.2% | 4.2% | 31.3% | 8.3% | 18.8% | 12.5% | 4.2% | 35.4% | 0.0% |

図表Ⅲ-3-2-4 【民間事業者と協定を締結している保険外サービスの内容（社協）】

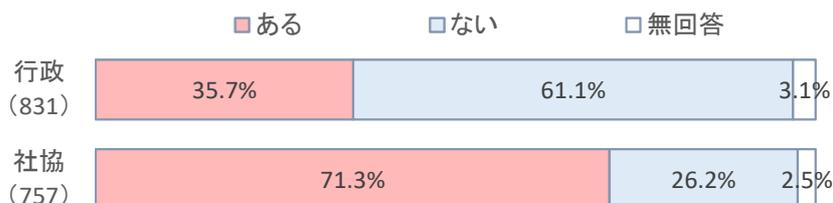
| | | 社会福祉協議会 | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|---------|---------|--------|-----------------|----------|----------|-----------|------|-------|-------|
| | | n | 見守りサービス | 宿泊サービス | 食事宅配（宅食・配食）サービス | 家事代行サービス | 外出支援サービス | 訪問理美容サービス | その他 | ない | 無回答 |
| 全体 | | 757 | 8.1% | 0.1% | 9.1% | 0.4% | 3.3% | 3.7% | 4.8% | 72.0% | 7.7% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 64 | 12.5% | 0.0% | 3.1% | 1.6% | 0.0% | 6.3% | 4.7% | 75.0% | 4.7% |
| | 10万人以上20万人未満 | 89 | 6.7% | 0.0% | 6.7% | 0.0% | 1.1% | 0.0% | 4.5% | 79.8% | 5.6% |
| | 5万人以上10万人未満 | 112 | 8.0% | 0.9% | 8.0% | 0.0% | 3.6% | 4.5% | 4.5% | 73.2% | 7.1% |
| | 1万人以上5万人未満 | 277 | 6.9% | 0.0% | 8.7% | 0.4% | 2.2% | 1.8% | 5.8% | 69.7% | 10.5% |
| | 1万人未満 | 213 | 8.5% | 0.0% | 13.1% | 0.5% | 6.6% | 6.1% | 3.8% | 70.4% | 6.1% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 215 | 9.3% | 0.0% | 7.0% | 0.5% | 0.5% | 3.3% | 5.6% | 73.0% | 7.9% |
| | 30%～35%未満 | 180 | 5.0% | 0.0% | 9.4% | 0.0% | 5.6% | 4.4% | 5.6% | 72.8% | 6.1% |
| | 35%～40%未満 | 171 | 8.8% | 0.0% | 10.5% | 1.2% | 4.7% | 2.9% | 5.8% | 68.4% | 9.9% |
| | 40%以上 | 189 | 8.5% | 0.5% | 10.1% | 0.0% | 3.2% | 3.7% | 2.1% | 73.5% | 6.9% |
| 認定率 | 16%未満 | 173 | 5.8% | 0.0% | 7.5% | 0.0% | 4.6% | 4.6% | 5.2% | 73.4% | 7.5% |
| | 16%～18%未満 | 187 | 7.0% | 0.0% | 8.6% | 0.0% | 2.1% | 2.7% | 4.8% | 73.3% | 8.0% |
| | 18%～20%未満 | 194 | 9.3% | 0.0% | 10.8% | 0.5% | 3.1% | 2.6% | 5.2% | 71.1% | 6.7% |
| | 20%～22%未満 | 140 | 10.7% | 0.7% | 11.4% | 1.4% | 3.6% | 4.3% | 4.3% | 68.6% | 7.9% |
| | 22%以上 | 61 | 6.6% | 0.0% | 4.9% | 0.0% | 3.3% | 4.9% | 3.3% | 75.4% | 9.8% |
| 地域類型Ⅰ (高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率：高 | 165 | 8.5% | 0.6% | 9.1% | 0.0% | 4.2% | 3.6% | 3.6% | 74.5% | 7.3% |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 264 | 9.1% | 0.0% | 12.1% | 1.1% | 3.0% | 3.4% | 4.5% | 67.0% | 9.1% |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 189 | 5.8% | 0.0% | 8.5% | 0.0% | 4.8% | 4.8% | 5.3% | 75.7% | 4.8% |
| | 高齢化率・認定率：低 | 137 | 8.0% | 0.0% | 4.4% | 0.0% | 0.7% | 2.2% | 5.8% | 73.7% | 9.5% |
| 地域類型Ⅱ (高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 171 | 11.1% | 0.6% | 11.1% | 1.2% | 5.3% | 4.1% | 5.3% | 68.4% | 7.6% |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 36 | 8.3% | 0.0% | 8.3% | 0.0% | 2.8% | 2.8% | 2.8% | 75.0% | 8.3% |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 383 | 7.3% | 0.0% | 9.1% | 0.0% | 2.6% | 4.2% | 5.0% | 72.1% | 7.8% |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 117 | 6.8% | 0.0% | 4.3% | 0.0% | 3.4% | 1.7% | 5.1% | 73.5% | 8.5% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 4.2% | 0.0% | 14.6% | 2.1% | 2.1% | 2.1% | 2.1% | 79.2% | 4.2% |

●保険外サービスに関する民間事業者との協議の場

・介護保険外サービスの必要性やサービス内容に関する民間事業者との協議の場の有無についてみると、行政では「ある」が36%となっている。行政直轄で民間事業者との協議の場を設けているケースは必ずしも多くはない。他方、社協では「ある」が71%となっており、行政よりも大幅に高くなっている。

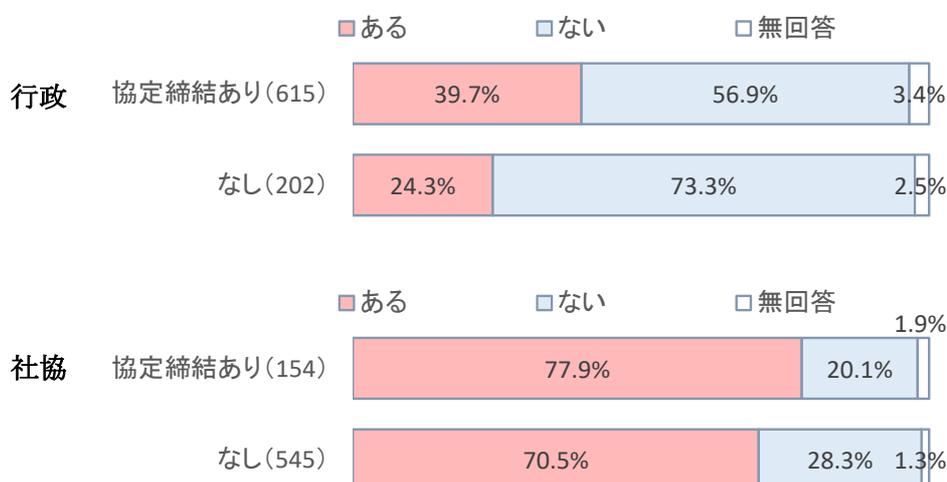
図表Ⅲ-3-2-5 【保険外サービスに関する民間事業者との協議の場】

Q 5. 介護保険外サービスの必要性（地域課題の共有）やその内容（サービス内容）について、民間事業者と協議する場がありますか。



・民間事業者との協定締結の有無別にみると、行政・社協ともに、協定締結がある地域のほうが、協定締結がない地域がよりも民間事業者との協議の場を設けている割合が高くなっている。ただし、社協ではその差は小幅にとどまっており、協定を締結していない地域であっても、多くの地域で民間事業者との協議の場が設けられている様子が現れている。

図表Ⅲ-3-2-6 【民間協定締結の有無別（Q4）にみた民間事業者との協議の場】



(クロス集計結果)

・人口規模別、その他の地域特性別にみた場合には顕著な傾向はみられない。

図表Ⅲ-3-2-7 【保険外サービスに関する民間事業者との協議の場（行政、社協）】

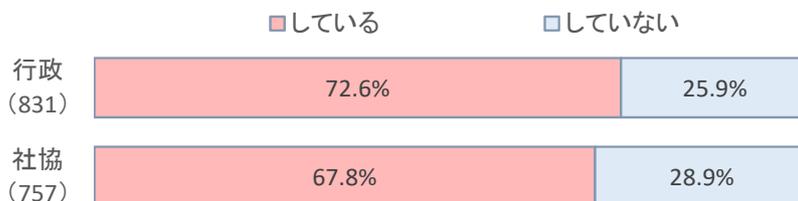
| | | 行政 | | | | 社会福祉協議会 | | | |
|----------------------------|------------------------|-----|-------|-------|------|---------|-------|-------|------|
| | | n | ある | ない | 無回答 | n | ある | ない | 無回答 |
| 全体 | | 831 | 35.7% | 61.1% | 3.1% | 757 | 71.3% | 26.2% | 2.5% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 83 | 37.3% | 61.4% | 1.2% | 64 | 73.4% | 25.0% | 1.6% |
| | 10万人以上20万人未満 | 87 | 42.5% | 54.0% | 3.4% | 89 | 73.0% | 25.8% | 1.1% |
| | 5万人以上10万人未満 | 143 | 31.5% | 66.4% | 2.1% | 112 | 74.1% | 23.2% | 2.7% |
| | 1万人以上5万人未満 | 322 | 33.5% | 62.1% | 4.3% | 277 | 71.8% | 25.3% | 2.9% |
| | 1万人未満 | 193 | 39.4% | 58.0% | 2.6% | 213 | 67.6% | 29.6% | 2.8% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 242 | 36.0% | 62.0% | 2.1% | 215 | 73.5% | 25.1% | 1.4% |
| | 30%～35%未満 | 205 | 32.2% | 62.4% | 5.4% | 180 | 75.6% | 23.3% | 1.1% |
| | 35%～40%未満 | 198 | 38.4% | 59.6% | 2.0% | 171 | 64.3% | 30.4% | 5.3% |
| | 40%以上 | 183 | 37.2% | 59.6% | 3.3% | 189 | 70.9% | 26.5% | 2.6% |
| 認定率 | 16%未満 | 185 | 29.7% | 67.0% | 3.2% | 173 | 72.3% | 26.6% | 1.2% |
| | 16%～18%未満 | 205 | 34.6% | 62.4% | 2.9% | 187 | 70.1% | 25.7% | 4.3% |
| | 18%～20%未満 | 237 | 40.1% | 56.5% | 3.4% | 194 | 71.6% | 25.8% | 2.6% |
| | 20%～22%未満 | 152 | 40.1% | 57.9% | 2.0% | 140 | 71.4% | 27.1% | 1.4% |
| | 22%以上 | 49 | 30.6% | 63.3% | 6.1% | 61 | 70.5% | 26.2% | 3.3% |
| 地域類型Ⅰ (高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率：高 | 156 | 39.1% | 57.1% | 3.8% | 165 | 72.1% | 25.5% | 2.4% |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 308 | 39.0% | 58.1% | 2.9% | 264 | 70.1% | 26.5% | 3.4% |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 208 | 27.4% | 68.8% | 3.8% | 189 | 69.3% | 28.0% | 2.6% |
| | 高齢化率・認定率：低 | 156 | 37.8% | 60.3% | 1.9% | 137 | 75.2% | 24.1% | 0.7% |
| 地域類型Ⅱ (高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 186 | 39.2% | 58.1% | 2.7% | 171 | 68.4% | 27.5% | 4.1% |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 37 | 51.4% | 45.9% | 2.7% | 36 | 72.2% | 19.4% | 8.3% |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 418 | 34.7% | 62.2% | 3.1% | 383 | 73.6% | 24.5% | 1.8% |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 139 | 30.2% | 65.5% | 4.3% | 117 | 70.9% | 27.4% | 1.7% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 37.5% | 60.4% | 2.1% | 48 | 62.5% | 37.5% | 0.0% |

●保険外サービスの住民周知

・介護保険外サービスの住民への周知の実施についてみると、行政・社協ともに「している」が70%程度となっている。保険外サービスの周知は、幅広く行われている。

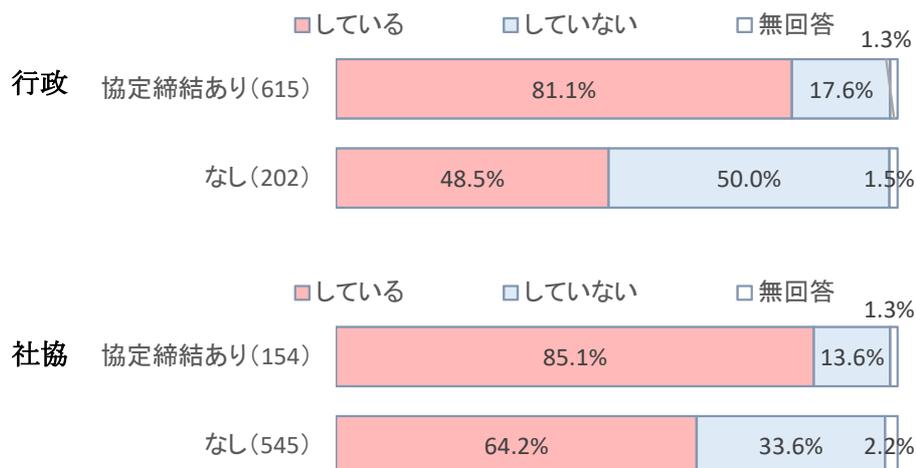
図表Ⅲ-3-2-8【保険外サービスの住民周知】

Q 6. 介護保険外サービスを住民に知らせるための取組をしていますか。



・民間事業者との協定締結の有無別でみると、行政・社協ともに協定締結のある地域のほうが協定締結のない地域に比べて、保険外サービスの住民周知に取り組んでいる割合も高くなっている。

図表Ⅲ-3-2-9【民間協定締結の有無別（Q4）にみた保険外サービスの住民周知】



(クロス集計結果)

・人口規模別にみると、行政・社協ともに人口規模が大きいほど、住民への周知をしている割合が高くなっている。

図表Ⅲ-3-2-10 【保険外サービスの住民周知（行政、社協）】

| | | 行政 | | | | 社会福祉協議会 | | | |
|----------------------------|------------------------|-----|-------|-------|------|---------|-------|-------|------|
| | | n | している | していない | 無回答 | n | している | していない | 無回答 |
| 全体 | | 831 | 72.6% | 25.9% | 1.6% | 757 | 67.8% | 28.9% | 3.3% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 83 | 85.5% | 13.3% | 1.2% | 64 | 76.6% | 20.3% | 3.1% |
| | 10万人以上20万人未満 | 87 | 85.1% | 14.9% | 0.0% | 89 | 70.8% | 29.2% | 0.0% |
| | 5万人以上10万人未満 | 143 | 77.6% | 21.7% | 0.7% | 112 | 69.6% | 25.9% | 4.5% |
| | 1万人以上5万人未満 | 322 | 72.4% | 25.5% | 2.2% | 277 | 66.4% | 30.0% | 3.6% |
| | 1万人未満 | 193 | 59.1% | 38.9% | 2.1% | 213 | 64.3% | 31.9% | 3.8% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 242 | 78.9% | 20.7% | 0.4% | 215 | 71.2% | 25.1% | 3.7% |
| | 30%～35%未満 | 205 | 79.5% | 19.5% | 1.0% | 180 | 68.9% | 28.3% | 2.8% |
| | 35%～40%未満 | 198 | 67.7% | 29.8% | 2.5% | 171 | 65.5% | 31.0% | 3.5% |
| | 40%以上 | 183 | 62.8% | 34.4% | 2.7% | 189 | 64.6% | 32.3% | 3.2% |
| 認定率 | 16%未満 | 185 | 75.7% | 22.7% | 1.6% | 173 | 68.8% | 28.3% | 2.9% |
| | 16%～18%未満 | 205 | 80.5% | 19.5% | 0.0% | 187 | 66.8% | 28.9% | 4.3% |
| | 18%～20%未満 | 237 | 67.9% | 30.4% | 1.7% | 194 | 69.1% | 26.8% | 4.1% |
| | 20%～22%未満 | 152 | 67.8% | 28.9% | 3.3% | 140 | 67.1% | 32.1% | 0.7% |
| | 22%以上 | 49 | 69.4% | 28.6% | 2.0% | 61 | 63.9% | 31.1% | 4.9% |
| 地域類型Ⅰ (高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率：高 | 156 | 62.8% | 34.0% | 3.2% | 165 | 67.9% | 29.7% | 2.4% |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 308 | 72.7% | 25.6% | 1.6% | 264 | 66.3% | 29.5% | 4.2% |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 208 | 74.0% | 24.5% | 1.4% | 189 | 67.2% | 29.1% | 3.7% |
| | 高齢化率・認定率：低 | 156 | 81.4% | 18.6% | 0.0% | 137 | 70.8% | 27.0% | 2.2% |
| 地域類型Ⅱ (高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 186 | 67.2% | 30.6% | 2.2% | 171 | 63.7% | 33.3% | 2.9% |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 37 | 73.0% | 24.3% | 2.7% | 36 | 63.9% | 27.8% | 8.3% |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 418 | 75.4% | 23.4% | 1.2% | 383 | 71.5% | 25.8% | 2.6% |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 139 | 75.5% | 23.0% | 1.4% | 117 | 65.8% | 29.9% | 4.3% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 64.6% | 33.3% | 2.1% | 48 | 58.3% | 37.5% | 4.2% |

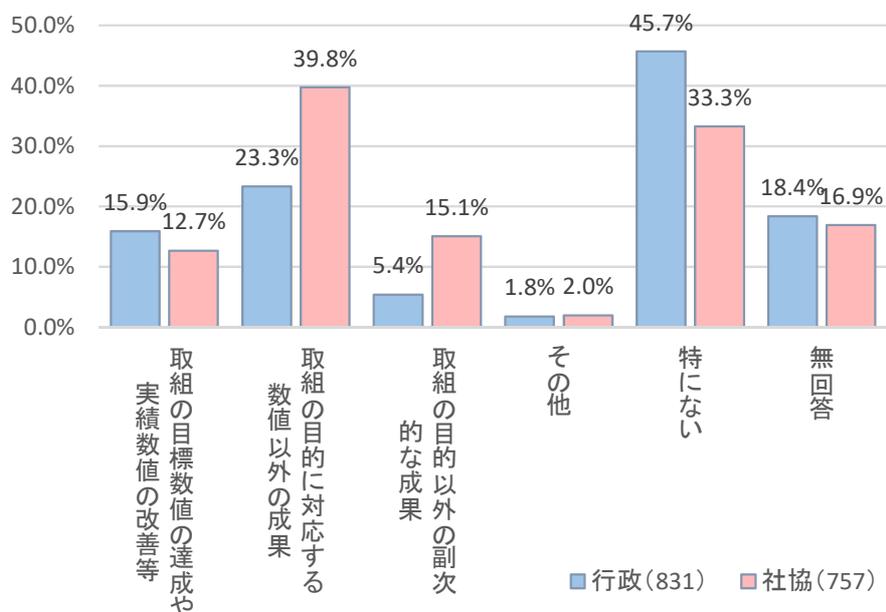
3-3 取組の成果

●地域づくりの取組の成果

・地域づくりの取組の成果についてみると、行政・社協ともに「取組の目的に対応する数値以外の成果」の回答割合が最も高くなっており、行政で 23.3%、社協で 40%となっている。一方、行政・社協ともに「取組の目標値の達成や実績数値の改善等」の回答割合は 10%台にとどまっており、取組成果が数値として現れている地域、または数値として把握できている地域は少数にとどまっている。他方、成果が「特にない」との回答割合は行政で 46%、社協で 33%にのぼっている。地域づくりにおいて、取組成果を築いていくことが難しい可能性、また、取組成果を可視化して把握していくことが難しい可能性の両面があると考えられる。

図表Ⅲ-3-3-1 【取組の成果】（複数回答）

Q 3. Q 1 や Q 2 の地域づくりの取組に関して、現時点で見えている成果はありますか。（いくつでも）
 ※「成果」については、成果の情報発信の根拠として庁外に示せるもの（数値、体制図、文書、事例・トピックス等）があるかどうかを基準にご判断ください。



（クロス集計結果）

- ・人口規模別にみると、行政・社協ともに、人口規模が大きいほど「取組の目標数値の達成や実績数値の改善等」「取組の目的に対する数値以外の成果」「取組目標以外の副次的な成果」の回答割合が高くなっている。逆に人口規模が小さいほど「特にない」の回答割合が高くなっている。
- ・「取組の目標数値の達成や実績数値の改善等」について、認定率の理論値に対する実績値の差の水準別にみると、行政では、理論値に対して実績値が2%以上下回る地域で高くなっており、理論値に対して実績値が2%以上上回る地域で低くなっている。同様に、「取組の目標数値の達成や実績数値の改善等」について、認定率の理論値に対する実績値の改善動向別にみると、行政では、理論値に対して実績値が改善している可能性がある地域で高くなっており、悪化の可能性のある地域で低くなっている。また、インセンティブ交付金の得点率の水準別にみると、インセンティブ交付金の得点の水準が高いほど高い傾向があり、得点の水準が低い

ほど低い傾向がある。行政の認識と統計データ（認定率の解析結果・インセンティブ交付金の得点）とは概ね整合的な関係となっている。

図表Ⅲ-3-3-2【取組の成果（行政）】

| | | 行政 | | | | | | |
|-----------------------------|------------------------|-----|----------------|----------------|----------------|------|-------|-------|
| | | n | 取組の改善等数値の達成や実績 | 取組の目的に対応する数値以外 | 取組の目的以外の副次的な成果 | その他 | 特になし | 無回答 |
| 全体 | | 831 | 15.9% | 23.3% | 5.4% | 1.8% | 45.7% | 18.4% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 83 | 25.3% | 39.8% | 9.6% | 6.0% | 37.3% | 8.4% |
| | 10万人以上20万人未満 | 87 | 21.8% | 26.4% | 6.9% | 2.3% | 36.8% | 14.9% |
| | 5万人以上10万人未満 | 143 | 17.5% | 24.5% | 3.5% | 0.0% | 43.4% | 21.0% |
| | 1万人以上5万人未満 | 322 | 14.3% | 24.2% | 5.9% | 1.6% | 44.7% | 18.9% |
| | 1万人未満 | 193 | 10.9% | 13.0% | 3.6% | 1.6% | 57.0% | 20.7% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 242 | 17.8% | 28.9% | 5.8% | 3.7% | 40.9% | 15.3% |
| | 30%～35%未満 | 205 | 20.0% | 27.8% | 5.9% | 0.5% | 44.4% | 14.6% |
| | 35%～40%未満 | 198 | 12.6% | 17.2% | 4.5% | 1.0% | 47.5% | 25.3% |
| | 40%以上 | 183 | 12.6% | 18.0% | 5.5% | 1.6% | 51.9% | 18.6% |
| 認定率 | 16%未満 | 185 | 15.1% | 24.9% | 7.0% | 1.1% | 38.9% | 22.2% |
| | 16%～18%未満 | 205 | 19.5% | 22.4% | 3.9% | 1.5% | 49.3% | 14.6% |
| | 18%～20%未満 | 237 | 16.5% | 24.5% | 6.3% | 2.1% | 43.0% | 19.8% |
| | 20%～22%未満 | 152 | 10.5% | 21.1% | 3.3% | 2.0% | 52.0% | 18.4% |
| | 22%以上 | 49 | 18.4% | 24.5% | 8.2% | 4.1% | 51.0% | 10.2% |
| 地域類型Ⅰ (高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率：高 | 156 | 11.5% | 18.6% | 6.4% | 1.9% | 51.9% | 17.3% |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 308 | 17.2% | 23.4% | 3.9% | 1.9% | 47.1% | 18.2% |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 208 | 18.3% | 23.1% | 6.7% | 0.5% | 44.2% | 18.8% |
| | 高齢化率・認定率：低 | 156 | 14.7% | 28.8% | 5.8% | 3.2% | 39.1% | 18.6% |
| 地域類型Ⅱ (高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 186 | 16.7% | 23.1% | 5.4% | 2.2% | 52.2% | 12.9% |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 37 | 16.2% | 27.0% | 2.7% | 2.7% | 29.7% | 32.4% |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 418 | 16.7% | 23.0% | 5.0% | 1.9% | 43.8% | 19.9% |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 139 | 15.1% | 23.7% | 5.8% | 1.4% | 46.0% | 16.5% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 8.3% | 25.0% | 10.4% | 0.0% | 50.0% | 18.8% |
| 認定率理論値・実績値差 | 理論値を2%以上下回る | 100 | 27.0% | 26.0% | 4.0% | 1.0% | 36.0% | 21.0% |
| | 理論値を0.5%以上下回る | 164 | 14.0% | 20.1% | 4.9% | 3.7% | 45.7% | 19.5% |
| | 理論値±0.5%未満の範囲 | 218 | 15.6% | 22.0% | 6.4% | 0.9% | 47.7% | 19.7% |
| | 理論値を0.5%以上上回る | 224 | 15.6% | 28.6% | 6.3% | 0.4% | 44.2% | 14.7% |
| | 理論値を2%以上上回る | 122 | 10.7% | 18.9% | 4.1% | 4.1% | 53.3% | 18.0% |
| 認定率理論値・実績値差の動向 (改善動向) | 改善の可能性(1%以上改善の可能性) | 146 | 20.5% | 23.3% | 4.8% | 1.4% | 45.2% | 19.9% |
| | 変動が小さい可能性(±1%以内) | 537 | 15.1% | 25.1% | 6.3% | 2.0% | 43.6% | 19.2% |
| | 悪化の可能性(1%以上悪化の可能性) | 145 | 14.5% | 17.2% | 2.8% | 1.4% | 54.5% | 13.1% |
| インセンティブ交付金Ⅱ得点率z値(2020-21平均) | 低い(z≤-1) | 105 | 7.6% | 13.3% | 1.9% | 0.0% | 58.1% | 20.0% |
| | やや低い(z≤0.5) | 120 | 10.8% | 12.5% | 4.2% | 0.8% | 49.2% | 25.8% |
| | 平均程度(z<±0.5) | 346 | 14.2% | 24.0% | 4.6% | 2.3% | 48.0% | 17.6% |
| | やや高い(z≥0.5) | 131 | 22.9% | 31.3% | 9.2% | 1.5% | 38.9% | 13.0% |
| | 高い(z≥1) | 126 | 25.4% | 32.5% | 7.9% | 3.2% | 33.3% | 16.7% |

図表Ⅲ-3-3-3【取組の成果（社協）】

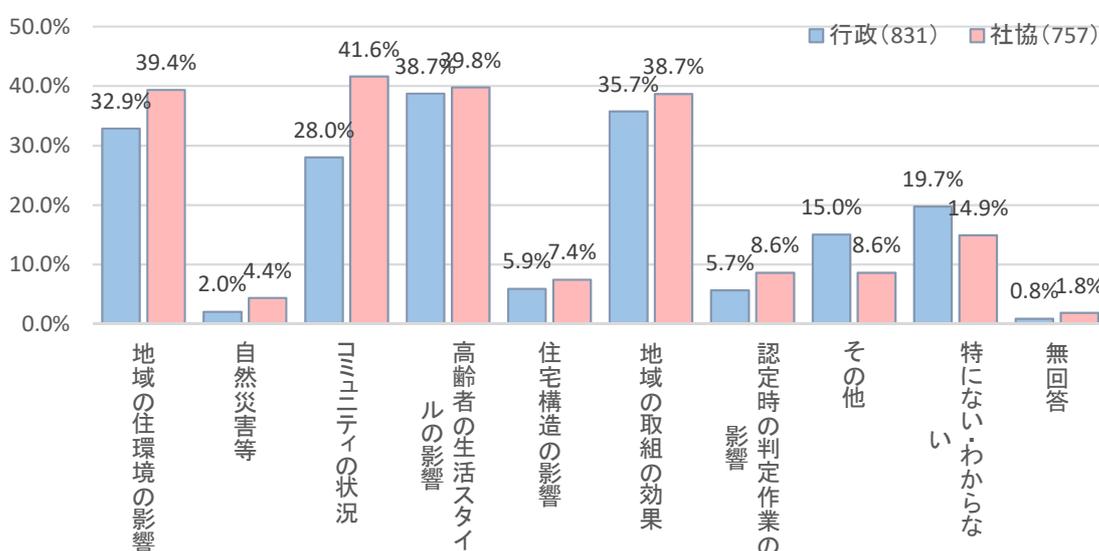
| | | 社会福祉協議会 | | | | | | |
|---|------------------------|---------|--------------------|----------------|------------------------|------|------------------|-------------|
| | | n | 取組の改善等 数値の達成や実績 | 取組の目的 外組の成果 | 取組の目的 以外の副次的な成 果 | その他 | 特 に な い | 無 回 答 |
| 全体 | | 757 | 12.7% | 39.8% | 15.1% | 2.0% | 33.3% | 16.9% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 64 | 21.9% | 60.9% | 21.9% | 4.7% | 18.8% | 9.4% |
| | 10万人以上20万人未満 | 89 | 16.9% | 50.6% | 19.1% | 2.2% | 27.0% | 7.9% |
| | 5万人以上10万人未満 | 112 | 14.3% | 47.3% | 14.3% | 2.7% | 29.5% | 15.2% |
| | 1万人以上5万人未満 | 277 | 14.1% | 43.0% | 18.1% | 1.8% | 30.7% | 15.2% |
| | 1万人未満 | 213 | 5.6% | 21.1% | 8.0% | 0.9% | 45.5% | 25.8% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 215 | 17.2% | 50.7% | 18.1% | 2.3% | 27.4% | 13.5% |
| | 30%～35%未満 | 180 | 11.7% | 38.3% | 15.0% | 1.7% | 31.7% | 17.2% |
| | 35%～40%未満 | 171 | 15.8% | 39.2% | 17.0% | 2.9% | 31.6% | 14.6% |
| | 40%以上 | 189 | 5.8% | 29.6% | 10.1% | 1.1% | 42.9% | 22.2% |
| 認定率 | 16%未満 | 173 | 11.6% | 38.7% | 12.1% | 2.3% | 34.7% | 16.8% |
| | 16%～18%未満 | 187 | 15.5% | 40.1% | 21.4% | 2.1% | 33.2% | 11.8% |
| | 18%～20%未満 | 194 | 10.8% | 41.8% | 9.8% | 1.0% | 32.0% | 19.6% |
| | 20%～22%未満 | 140 | 15.0% | 43.6% | 17.9% | 2.9% | 30.0% | 15.7% |
| | 22%以上 | 61 | 8.2% | 27.9% | 14.8% | 1.6% | 41.0% | 26.2% |
| 地域類型Ⅰ (高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率：高 | 165 | 8.5% | 28.5% | 10.9% | 2.4% | 40.6% | 24.2% |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 264 | 14.4% | 43.2% | 17.8% | 2.3% | 30.7% | 14.4% |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 189 | 12.2% | 36.5% | 14.3% | 2.1% | 33.9% | 16.4% |
| | 高齢化率・認定率：低 | 137 | 15.3% | 51.8% | 16.1% | 0.7% | 28.5% | 13.1% |
| 地域類型Ⅱ (高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 171 | 10.5% | 32.7% | 15.2% | 2.3% | 40.9% | 18.1% |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 36 | 8.3% | 27.8% | 11.1% | 0.0% | 41.7% | 25.0% |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 383 | 14.1% | 44.4% | 15.9% | 1.8% | 30.8% | 14.1% |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 117 | 14.5% | 41.9% | 15.4% | 3.4% | 28.2% | 17.1% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 8.3% | 33.3% | 10.4% | 0.0% | 31.3% | 27.1% |
| 認定率理論値・ 実績値差 | 理論値を2%以上上下回る | 104 | 14.4% | 40.4% | 15.4% | 1.0% | 39.4% | 12.5% |
| | 理論値を0.5%以上上下回る | 163 | 10.4% | 35.0% | 11.0% | 2.5% | 36.8% | 17.8% |
| | 理論値±0.5%未満の範囲 | 175 | 8.6% | 43.4% | 17.7% | 2.3% | 32.0% | 15.4% |
| | 理論値を0.5%以上上回る | 199 | 17.1% | 38.2% | 17.1% | 2.0% | 30.2% | 17.6% |
| | 理論値を2%以上上回る | 114 | 13.2% | 43.9% | 13.2% | 1.8% | 29.8% | 20.2% |
| 認定率理論値・ 実績値差の動向 (改善動向) | 改善の可能性(1%以上改善の可能性) | 124 | 12.9% | 33.1% | 13.7% | 1.6% | 38.7% | 17.7% |
| | 変動が小さい可能性(±1%以内) | 505 | 13.9% | 42.8% | 16.0% | 2.2% | 29.7% | 16.2% |
| | 悪化の可能性(1%以上悪化の可能性) | 126 | 7.9% | 34.9% | 12.7% | 1.6% | 42.1% | 18.3% |
| インセンティブ交 付金Ⅱ得点率z 値(2020-21平 均) | 低い(z≤-1) | 116 | 6.9% | 26.7% | 9.5% | 3.4% | 47.4% | 14.7% |
| | やや低い(z≤0.5) | 95 | 9.5% | 32.6% | 16.8% | 2.1% | 32.6% | 21.1% |
| | 平均程度(z<±0.5) | 305 | 13.4% | 42.3% | 14.1% | 1.3% | 30.5% | 18.0% |
| | やや高い(z≥0.5) | 123 | 12.2% | 45.5% | 18.7% | 1.6% | 33.3% | 14.6% |
| | 高い(z≥1) | 116 | 19.8% | 46.6% | 18.1% | 2.6% | 26.7% | 14.7% |

●取組の効果が認定率に現れている可能性（認定率を押し上げている要因・押し下げている要因）

・取組の効果が認定率に現れているかどうかを検討するため、取組及び取組以外の項目を選択肢に並べ、認定率を押し上げている要因・押し下げている要因として想定されることを尋ねた。その結果についてみると、行政・社協ともに「地域の取組の効果」は30%台後半となった。このほかでは「地域の住環境の影響」「高齢者の生活スタイルの影響」も30%以上となっている。また、「コミュニティの状況」も、行政と社協でやや見方が異なるものの、概ね前掲の3項目と似通った水準となっている。「地域の取組の効果」は認定率の押し上げ要因・押し下げ要因の一角にあるとの認識があるとうかがえる。

図表Ⅲ-3-3-4 【認定率を押し上げている要因・押し下げている要因】（複数回答）

Q7. 認定率の表をご覧ください。表には、貴団体の地域の認定率の理論値（全国の保険者のデータから計算した値）と、貴団体の地域の実際の認定率の差を示しています。2020年において、理論値よりも、貴団体の実際の認定率が高くなっている要因、あるいは、低くなっている要因として思いあたることはありますか。（いくつでも）



（クロス集計結果）

- ・人口規模別にみると、行政では人口規模が小さいほど「地域の取組の効果」の回答割合が高くなっている。社協でも概ね似通った傾向がみられる。
- ・認定率の水準別にみると、行政では、認定率の水準が低いほど「地域の取組の効果」の回答割合が高くなる傾向がみられる。社協でも概ね似通った傾向がみられる。
- ・認定率の理論値に対する実績値の差の水準別にみると、行政では、理論値に対して実績値の水準が低いほど「地域の取組の効果」の回答割合が高くなっている。社協でも概ね似通った傾向が見られる。他方、行政・社協ともに、理論値に対して実績値の水準が高いほど「地域の住環境の影響」「高齢者の生活スタイルの影響」の回答割合が高くなっている。
- ・認定率の理論値に対する実績値の改善動向別にみると、行政・社協ともに、理論値に対して実績値の水準が改善している可能性のある地域で「地域の取組の効果」の回答割合が高くなっている。また、行政では理論値に対して実績値の水準が悪化している可能性のある地域で「地域の住環境の影響」「高齢者の生活スタイルの影響」の回答割合が高くなっている。

図表Ⅲ-3-3-5 【認定率を押し上げている要因・押し下げている要因（行政）】

| | | 行政 | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|-----|-----------|-------|-----------|---------------|---------|----------|-------------|-------|------------|------|
| | | n | 地域の住環境の影響 | 自然災害等 | コミュニティの状況 | 高齢者の生活スタイルの影響 | 住宅構造の影響 | 地域の取組の効果 | 認定時の判定作業の影響 | その他 | 特になし・わからない | 無回答 |
| 全体 | | 831 | 32.9% | 2.0% | 28.0% | 38.7% | 5.9% | 35.7% | 5.7% | 15.0% | 19.7% | 0.8% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 83 | 34.9% | 2.4% | 30.1% | 32.5% | 8.4% | 26.5% | 9.6% | 24.1% | 21.7% | 0.0% |
| | 10万人以上20万人未満 | 87 | 34.5% | 0.0% | 27.6% | 46.0% | 6.9% | 29.9% | 3.4% | 10.3% | 25.3% | 0.0% |
| | 5万人以上10万人未満 | 143 | 23.1% | 1.4% | 23.8% | 32.2% | 4.9% | 36.4% | 5.6% | 23.1% | 25.9% | 0.7% |
| | 1万人以上5万人未満 | 322 | 31.4% | 2.2% | 29.2% | 35.1% | 4.0% | 38.2% | 5.6% | 12.7% | 19.0% | 1.2% |
| | 1万人未満 | 193 | 41.5% | 2.1% | 28.5% | 49.7% | 8.3% | 38.3% | 5.2% | 11.4% | 13.0% | 0.5% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 242 | 24.4% | 0.8% | 26.9% | 30.6% | 6.6% | 31.8% | 6.2% | 20.2% | 24.8% | 0.4% |
| | 30%～35%未満 | 205 | 32.2% | 1.5% | 28.8% | 37.1% | 5.9% | 38.0% | 3.4% | 14.1% | 22.0% | 1.0% |
| | 35%～40%未満 | 198 | 31.8% | 2.0% | 29.3% | 37.9% | 4.0% | 34.8% | 5.1% | 13.6% | 21.2% | 0.5% |
| | 40%以上 | 183 | 46.4% | 3.3% | 27.3% | 53.0% | 7.1% | 39.9% | 8.2% | 10.9% | 9.3% | 1.1% |
| 認定率 | 16%未満 | 185 | 17.8% | 0.0% | 32.4% | 31.9% | 5.9% | 50.8% | 3.8% | 12.4% | 19.5% | 0.0% |
| | 16%～18%未満 | 205 | 29.3% | 1.5% | 31.2% | 35.1% | 5.4% | 38.5% | 4.4% | 15.6% | 21.0% | 1.0% |
| | 18%～20%未満 | 237 | 35.0% | 3.0% | 27.8% | 37.6% | 5.1% | 35.9% | 2.5% | 14.8% | 22.8% | 0.4% |
| | 20%～22%未満 | 152 | 45.4% | 2.6% | 20.4% | 45.4% | 7.2% | 21.7% | 13.8% | 18.4% | 15.1% | 2.0% |
| | 22%以上 | 49 | 57.1% | 2.0% | 22.4% | 67.3% | 8.2% | 12.2% | 8.2% | 14.3% | 16.3% | 0.0% |
| 地域類型Ⅰ (高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率：高 | 156 | 52.6% | 3.8% | 23.7% | 53.2% | 8.3% | 30.1% | 7.1% | 13.5% | 12.8% | 1.3% |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 308 | 35.1% | 2.3% | 28.2% | 40.6% | 3.9% | 29.9% | 7.1% | 16.6% | 21.1% | 0.6% |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 208 | 19.2% | 0.5% | 33.7% | 37.5% | 5.8% | 51.9% | 3.8% | 11.1% | 16.3% | 0.5% |
| | 高齢化率・認定率：低 | 156 | 27.6% | 0.6% | 24.4% | 23.1% | 7.7% | 32.1% | 3.8% | 19.2% | 28.8% | 0.6% |
| 地域類型Ⅱ (高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 186 | 32.8% | 1.6% | 27.4% | 47.3% | 8.6% | 36.6% | 6.5% | 12.4% | 19.4% | 0.5% |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 37 | 43.2% | 2.7% | 21.6% | 43.2% | 0.0% | 29.7% | 5.4% | 21.6% | 16.2% | 2.7% |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 418 | 31.8% | 1.9% | 27.0% | 34.0% | 4.1% | 37.1% | 7.2% | 16.0% | 20.8% | 0.2% |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 139 | 30.9% | 2.2% | 32.4% | 38.1% | 7.2% | 30.9% | 0.7% | 15.1% | 22.3% | 0.7% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 41.7% | 0.0% | 31.3% | 47.9% | 12.5% | 41.7% | 4.2% | 12.5% | 8.3% | 4.2% |
| 認定率理論値・実績値差 | 理論値を2%以上下回る | 100 | 17.0% | 1.0% | 35.0% | 28.0% | 6.0% | 72.0% | 5.0% | 15.0% | 9.0% | 0.0% |
| | 理論値を0.5%以上下回る | 164 | 23.2% | 0.6% | 29.3% | 32.9% | 5.5% | 54.9% | 3.7% | 14.0% | 15.2% | 0.0% |
| | 理論値±0.5%未満の範囲 | 218 | 24.8% | 0.9% | 24.8% | 33.5% | 4.1% | 31.7% | 3.7% | 14.7% | 28.0% | 0.5% |
| | 理論値を0.5%以上上回る | 224 | 44.2% | 2.2% | 28.6% | 42.9% | 5.8% | 21.0% | 7.1% | 14.7% | 23.7% | 1.8% |
| | 理論値を2%以上上回る | 122 | 53.3% | 4.9% | 25.4% | 58.2% | 9.8% | 15.6% | 9.8% | 18.0% | 13.1% | 0.8% |
| 認定率理論値・実績値差の動向 (改善動向) | 改善の可能性(1%以上改善の可能性) | 146 | 25.3% | 0.7% | 27.4% | 32.2% | 3.4% | 55.5% | 6.8% | 15.8% | 13.0% | 0.0% |
| | 変動が小さい可能性(±1%以内) | 537 | 32.6% | 1.7% | 28.5% | 39.5% | 6.1% | 32.2% | 5.6% | 15.8% | 20.5% | 0.6% |
| | 悪化の可能性(1%以上悪化の可能性) | 145 | 42.1% | 3.4% | 26.9% | 43.4% | 7.6% | 29.7% | 4.8% | 11.7% | 24.1% | 2.1% |

図表Ⅲ-3-3-6 【認定率を押し上げている要因・押し下げている要因（社協）】

| | | 社会福祉協議会 | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|---------|-----------|-------|-----------|---------------|---------|----------|-------------|-------|------------|------|
| | | n | 地域の住環境の影響 | 自然災害等 | コミュニティの状況 | 高齢者の生活スタイルの影響 | 住宅構造の影響 | 地域の取組の効果 | 認定時の判定作業の影響 | その他 | 特になし・わからない | 無回答 |
| 全体 | | 757 | 39.4% | 4.4% | 41.6% | 39.8% | 7.4% | 38.7% | 8.6% | 8.6% | 14.9% | 1.8% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 64 | 37.5% | 3.1% | 46.9% | 39.1% | 17.2% | 28.1% | 9.4% | 9.4% | 28.1% | 1.6% |
| | 10万人以上20万人未満 | 89 | 33.7% | 3.4% | 42.7% | 40.4% | 11.2% | 36.0% | 5.6% | 4.5% | 20.2% | 0.0% |
| | 5万人以上10万人未満 | 112 | 33.0% | 6.3% | 42.0% | 32.1% | 8.9% | 42.9% | 5.4% | 10.7% | 14.3% | 0.9% |
| | 1万人以上5万人未満 | 277 | 40.1% | 3.6% | 41.5% | 37.5% | 4.3% | 42.6% | 9.0% | 9.0% | 12.2% | 3.2% |
| | 1万人未満 | 213 | 45.1% | 4.2% | 39.4% | 46.5% | 6.1% | 36.2% | 10.8% | 8.5% | 12.2% | 1.4% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 215 | 28.4% | 3.3% | 40.5% | 34.4% | 12.6% | 36.3% | 7.0% | 7.9% | 23.7% | 1.9% |
| | 30%～35%未満 | 180 | 35.6% | 5.6% | 43.9% | 37.2% | 5.0% | 43.3% | 9.4% | 6.7% | 15.6% | 0.6% |
| | 35%～40%未満 | 171 | 48.5% | 4.1% | 41.5% | 39.8% | 6.4% | 39.8% | 7.0% | 14.0% | 6.4% | 2.9% |
| | 40%以上 | 189 | 47.6% | 3.7% | 40.7% | 48.1% | 4.8% | 36.5% | 11.1% | 6.3% | 12.2% | 2.1% |
| 認定率 | 16%未満 | 173 | 28.3% | 3.5% | 41.0% | 28.9% | 6.9% | 50.3% | 10.4% | 8.7% | 15.0% | 1.2% |
| | 16%～18%未満 | 187 | 33.7% | 3.7% | 44.9% | 34.2% | 6.4% | 34.8% | 7.5% | 7.5% | 16.6% | 2.1% |
| | 18%～20%未満 | 194 | 37.6% | 5.2% | 39.7% | 45.4% | 7.2% | 44.3% | 7.2% | 8.2% | 17.5% | 0.5% |
| | 20%～22%未満 | 140 | 56.4% | 4.3% | 42.1% | 47.1% | 9.3% | 30.7% | 8.6% | 11.4% | 10.0% | 2.1% |
| | 22%以上 | 61 | 55.7% | 3.3% | 37.7% | 52.5% | 8.2% | 19.7% | 11.5% | 6.6% | 13.1% | 6.6% |
| 地域類型Ⅰ (高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率：高 | 165 | 56.4% | 4.8% | 40.0% | 50.9% | 5.5% | 35.2% | 9.7% | 9.1% | 9.7% | 1.8% |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 264 | 41.3% | 4.5% | 39.0% | 42.8% | 9.5% | 33.3% | 8.0% | 10.2% | 14.4% | 2.7% |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 189 | 30.7% | 4.2% | 46.0% | 34.4% | 5.3% | 52.4% | 11.6% | 6.9% | 11.6% | 1.1% |
| | 高齢化率・認定率：低 | 137 | 27.7% | 2.2% | 42.3% | 27.7% | 8.8% | 35.0% | 4.4% | 7.3% | 27.0% | 1.5% |
| 地域類型Ⅱ (高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 171 | 44.4% | 5.3% | 39.2% | 45.6% | 7.0% | 35.1% | 11.1% | 8.8% | 11.7% | 2.9% |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 36 | 33.3% | 0.0% | 33.3% | 38.9% | 5.6% | 36.1% | 16.7% | 8.3% | 11.1% | 5.6% |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 383 | 37.6% | 3.9% | 45.4% | 37.6% | 8.9% | 42.0% | 7.6% | 7.6% | 17.0% | 0.8% |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 117 | 35.0% | 5.1% | 34.2% | 36.8% | 6.0% | 37.6% | 5.1% | 12.0% | 18.8% | 1.7% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 52.1% | 2.1% | 43.8% | 43.8% | 2.1% | 31.3% | 10.4% | 8.3% | 4.2% | 4.2% |
| 認定率理論値・実績値差 | 理論値を2%以上下回る | 104 | 26.0% | 5.8% | 53.8% | 28.8% | 6.7% | 66.3% | 15.4% | 8.7% | 5.8% | 1.9% |
| | 理論値を0.5%以上下回る | 163 | 31.3% | 3.1% | 37.4% | 33.1% | 6.1% | 45.4% | 8.6% | 8.0% | 15.3% | 1.8% |
| | 理論値±0.5%未満の範囲 | 175 | 32.6% | 2.9% | 38.9% | 36.6% | 6.9% | 37.7% | 6.9% | 8.6% | 21.7% | 2.9% |
| | 理論値を0.5%以上上回る | 199 | 48.2% | 5.0% | 37.2% | 45.2% | 8.0% | 25.6% | 7.0% | 9.0% | 14.6% | 1.0% |
| | 理論値を2%以上上回る | 114 | 58.8% | 4.4% | 48.2% | 54.4% | 9.6% | 28.9% | 7.9% | 8.8% | 13.2% | 1.8% |
| 認定率理論値・実績値差の動向 (改善動向) | 改善の可能性(1%以上改善の可能性) | 124 | 39.5% | 1.6% | 43.5% | 37.9% | 4.8% | 54.0% | 8.9% | 7.3% | 10.5% | 1.6% |
| | 変動が小さい可能性(±1%以内) | 505 | 39.8% | 4.2% | 41.4% | 39.6% | 8.5% | 35.8% | 8.5% | 9.7% | 16.6% | 1.4% |
| | 悪化の可能性(1%以上悪化の可能性) | 126 | 38.1% | 6.3% | 40.5% | 42.1% | 5.6% | 35.7% | 8.7% | 5.6% | 12.7% | 4.0% |

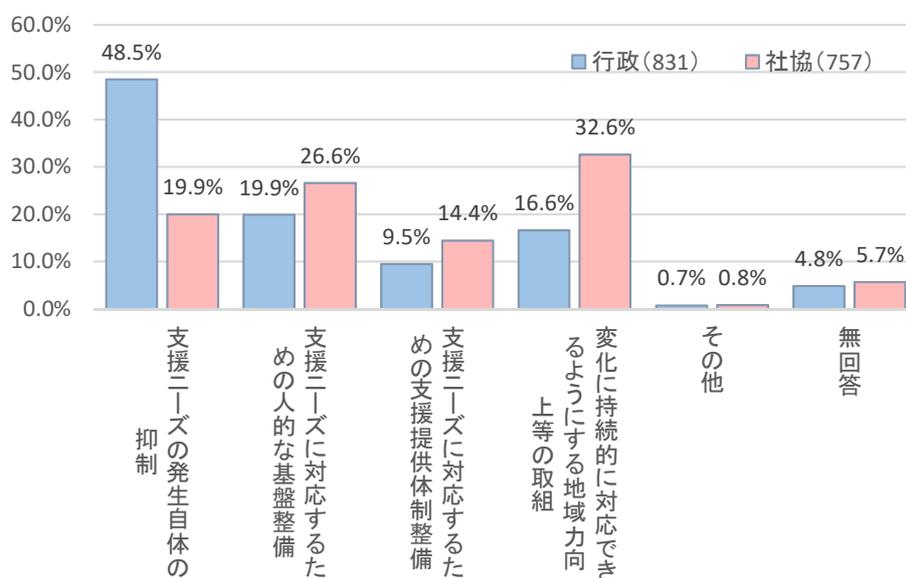
3-4 長期的な視点での取組

●長期的な地域づくりで重要な取組

・長期的な変化を見すえた場合に重要となる取組についてみると、行政では、「支援ニーズの発生自体の抑制」の回答割合が49%で際立って高くなっている。他方、社協では、「変化に持続的に対応できるようにする地域力向上等の取組」の回答割合が33%、「支援ニーズに対応するための人的な基盤整備」の回答割合が27%となっており、重要な取り組みに対する認識が分かれている。行政では発生抑制、社協では地域力向上や支援基盤に視線が向いている。

図表Ⅲ-3-4-1 【長期的な地域づくりで重要な取組】

Q 8. 将来推計の表をご覧ください。貴団体の地域における長期的な変化を見すえた場合、どのような方向の取組が最も重要になるとお考えですか。（1つだけ）



(クロス集計結果)

・人口規模別にみると、行政では人口規模が大きい地域を中心に「支援ニーズの発生自体の抑制」の回答割合が高くなっている。また、人口規模が小さいほど「支援ニーズに対応するための人的な基盤整備」の回答割合が高くなる傾向もみられる。社協では、人口規模が大きいほど「変化に持続的に対応できるようにする地域力向上等の取組」の回答割合が高くなっており、概ね人口規模が小さいほど「支援ニーズの発生自体の抑制」の回答割合が高くなる傾向がみられ、行政とは異なる傾向となっている。

図表Ⅲ-3-4-2 【長期的な地域づくりで重要な取組（行政）】

| | | 行政 | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|-----|---------------|---------|---------------|----------|---------------------|------|
| | | n | 支援ニーズの発生自体の抑制 | 人的な基盤整備 | 支援ニーズに対応するための | 支援提供体制整備 | 変化に持続的に地域力向上等のできる取組 | その他 |
| 全体 | | 831 | 48.5% | 19.9% | 9.5% | 16.6% | 0.7% | 4.8% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 83 | 60.2% | 9.6% | 3.6% | 20.5% | 0.0% | 6.0% |
| | 10万人以上20万人未満 | 87 | 50.6% | 14.9% | 11.5% | 17.2% | 1.1% | 4.6% |
| | 5万人以上10万人未満 | 143 | 53.1% | 19.6% | 5.6% | 16.1% | 1.4% | 4.2% |
| | 1万人以上5万人未満 | 322 | 46.3% | 18.9% | 12.1% | 17.7% | 0.6% | 4.3% |
| | 1万人未満 | 193 | 43.5% | 28.0% | 9.8% | 13.0% | 0.5% | 5.2% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 242 | 50.0% | 14.5% | 9.9% | 19.8% | 0.8% | 5.0% |
| | 30%～35%未満 | 205 | 50.2% | 20.5% | 9.8% | 14.6% | 0.5% | 4.4% |
| | 35%～40%未満 | 198 | 47.5% | 21.2% | 11.6% | 16.2% | 0.5% | 3.0% |
| | 40%以上 | 183 | 46.4% | 24.6% | 6.6% | 14.8% | 1.1% | 6.6% |
| 認定率 | 16%未満 | 185 | 47.0% | 19.5% | 10.8% | 16.8% | 0.5% | 5.4% |
| | 16%～18%未満 | 205 | 40.0% | 23.9% | 10.2% | 20.5% | 0.0% | 5.4% |
| | 18%～20%未満 | 237 | 51.1% | 19.0% | 9.7% | 16.0% | 1.3% | 3.0% |
| | 20%～22%未満 | 152 | 56.6% | 17.8% | 5.9% | 13.8% | 1.3% | 4.6% |
| | 22%以上 | 49 | 55.1% | 14.3% | 12.2% | 10.2% | 0.0% | 8.2% |
| 地域類型Ⅰ (高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率：高 | 156 | 50.0% | 19.9% | 9.6% | 13.5% | 1.3% | 5.8% |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 308 | 51.6% | 20.1% | 9.1% | 14.6% | 1.0% | 3.6% |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 208 | 44.2% | 21.6% | 10.1% | 19.2% | 0.0% | 4.8% |
| | 高齢化率・認定率：低 | 156 | 47.4% | 16.7% | 9.6% | 19.9% | 0.6% | 5.8% |
| 地域類型Ⅱ (高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 186 | 53.2% | 19.4% | 8.1% | 10.2% | 1.1% | 8.1% |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 37 | 45.9% | 29.7% | 8.1% | 13.5% | 0.0% | 2.7% |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 418 | 47.6% | 18.9% | 10.5% | 18.4% | 1.0% | 3.6% |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 139 | 45.3% | 18.0% | 10.8% | 21.6% | 0.0% | 4.3% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 52.1% | 27.1% | 4.2% | 12.5% | 0.0% | 4.2% |

図表Ⅲ-3-4-3 【長期的な地域づくりで重要な取組（社協）】

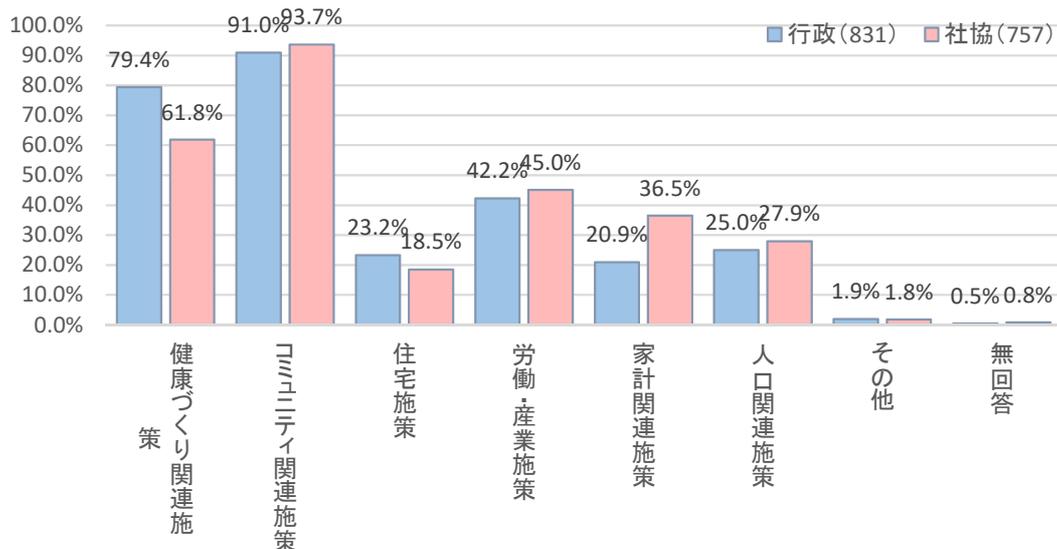
| | | 社会福祉協議会 | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|---------|---------------|---------|----------|---------------|---------------------|------|-----|
| | | n | 支援ニーズの発生自体の抑制 | 人的な基盤整備 | 支援提供体制整備 | 支援ニーズに対応するための | 変化に持続的に地域力向上等のできる取組 | その他 | 無回答 |
| 全体 | | 757 | 19.9% | 26.6% | 14.4% | 32.6% | 0.8% | 5.7% | |
| 人口規模 | 20万人以上 | 64 | 9.4% | 26.6% | 7.8% | 51.6% | 0.0% | 4.7% | |
| | 10万人以上20万人未満 | 89 | 16.9% | 28.1% | 13.5% | 37.1% | 0.0% | 4.5% | |
| | 5万人以上10万人未満 | 112 | 20.5% | 21.4% | 16.1% | 35.7% | 1.8% | 4.5% | |
| | 1万人以上5万人未満 | 277 | 19.1% | 24.5% | 15.9% | 34.3% | 0.0% | 6.1% | |
| | 1万人未満 | 213 | 24.4% | 31.5% | 14.1% | 21.6% | 1.9% | 6.6% | |
| 高齢化率 | 30%未満 | 215 | 16.7% | 21.9% | 17.2% | 39.1% | 0.5% | 4.7% | |
| | 30%～35%未満 | 180 | 18.3% | 30.0% | 12.2% | 33.3% | 0.6% | 5.6% | |
| | 35%～40%未満 | 171 | 19.9% | 22.2% | 18.1% | 31.6% | 1.2% | 7.0% | |
| | 40%以上 | 189 | 24.3% | 32.8% | 10.1% | 25.9% | 1.1% | 5.8% | |
| 認定率 | 16%未満 | 173 | 16.2% | 29.5% | 16.2% | 32.9% | 1.2% | 4.0% | |
| | 16%～18%未満 | 187 | 20.3% | 25.7% | 14.4% | 34.2% | 0.0% | 5.3% | |
| | 18%～20%未満 | 194 | 23.7% | 23.7% | 12.4% | 30.9% | 1.0% | 8.2% | |
| | 20%～22%未満 | 140 | 17.1% | 26.4% | 15.7% | 35.0% | 0.7% | 5.0% | |
| | 22%以上 | 61 | 21.3% | 31.1% | 13.1% | 27.9% | 1.6% | 4.9% | |
| 地域類型Ⅰ (高齢者像クラスター) | 高齢化率・認定率：高 | 165 | 22.4% | 29.1% | 13.3% | 27.3% | 1.2% | 6.7% | |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 264 | 20.1% | 23.1% | 16.3% | 32.2% | 0.8% | 7.6% | |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 189 | 18.5% | 31.7% | 13.8% | 32.3% | 0.5% | 3.2% | |
| | 高齢化率・認定率：低 | 137 | 17.5% | 23.4% | 13.1% | 40.9% | 0.7% | 4.4% | |
| 地域類型Ⅱ (高齢者ライフスタイルクラスター) | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 171 | 21.1% | 29.2% | 14.6% | 28.7% | 1.2% | 5.3% | |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 36 | 16.7% | 38.9% | 8.3% | 25.0% | 2.8% | 8.3% | |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 383 | 18.5% | 24.8% | 15.1% | 36.3% | 0.5% | 4.7% | |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 117 | 23.9% | 23.1% | 11.1% | 33.3% | 0.9% | 7.7% | |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 16.7% | 31.3% | 20.8% | 22.9% | 0.0% | 8.3% | |

●今後の連携強化が重要な分野

・今後、連携強化が特に重要になる施策分野についてみると、行政・社協ともに「コミュニティ関連施策」が最も高く、次いで「健康づくり関連施策」が高くなっている。長期的な取組に向けては、コミュニティや健康づくりの分野との連携が重要視されている。このうち「健康づくり関連施策」については、行政と社協とで認識に若干の差が見られ、社協に比べて行政で特に重視されている。行政では前項の“長期的な地域づくりで重要な取組”において「支援ニーズの発生自体の抑制」の回答割合が高かったことが関係していると想定される。

図表Ⅲ-3-4-4 【今後の連携強化が重要な分野】（複数回答）

Q 9. 今後どのような施策分野との連携強化が特に重要になるとお考えですか。（いくつでも）



(クロス集計結果)

- ・人口規模別にみると、行政・社協ともに、人口規模が大きいほど「健康づくり関連施策」「労働・産業施策」の回答割合が高くなっている。「住宅施策」の回答割合もこれらと類似した傾向があるものの、人口規模が大きい地域に加えて、人口1万人未満の地域でもこの回答割合が高くなっている。他方、概ね人口規模が小さいほど「人口関連施策」の回答割合が高くなっている。
- ・今後重要な方向性別にみると、行政・社協ともに、“ニーズの未然抑制”を重要視する地域では、他の項目を重要視する地域よりも「健康づくり関連施策」の回答割合が高くなっている。また、“地域力向上”を重要視する地域では他の項目を重要視する地域よりも「コミュニティ関連施策」の回答割合が高くなっている。

図表Ⅲ-3-4-5 【今後の連携強化が重要な分野（行政）】

| | | 行政 | | | | | | | | |
|------------------------|------------------------|-----|-----------|------------|-------|---------|--------|--------|-------|------|
| | | n | 健康づくり関連施策 | コミュニティ関連施策 | 住宅施策 | 労働・産業施策 | 家計関連施策 | 人口関連施策 | その他 | 無回答 |
| 全体 | | 831 | 79.4% | 91.0% | 23.2% | 42.2% | 20.9% | 25.0% | 1.9% | 0.5% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 83 | 86.7% | 92.8% | 32.5% | 57.8% | 19.3% | 16.9% | 6.0% | 0.0% |
| | 10万人以上20万人未満 | 87 | 83.9% | 95.4% | 23.0% | 48.3% | 19.5% | 14.9% | 3.4% | 0.0% |
| | 5万人以上10万人未満 | 143 | 81.1% | 93.7% | 21.0% | 46.9% | 22.4% | 16.8% | 0.7% | 0.7% |
| | 1万人以上5万人未満 | 322 | 79.5% | 92.5% | 18.6% | 39.1% | 22.0% | 27.6% | 1.9% | 0.3% |
| | 1万人未満 | 193 | 73.6% | 83.9% | 28.5% | 34.7% | 19.7% | 34.7% | 0.5% | 0.5% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 242 | 81.4% | 93.8% | 24.0% | 49.6% | 16.5% | 12.8% | 2.5% | 0.4% |
| | 30%～35%未満 | 205 | 77.6% | 92.7% | 19.5% | 41.5% | 24.4% | 23.9% | 2.4% | 0.0% |
| | 35%～40%未満 | 198 | 81.8% | 88.9% | 23.2% | 40.4% | 23.2% | 27.8% | 1.5% | 0.5% |
| | 40%以上 | 183 | 77.0% | 88.0% | 26.2% | 35.5% | 20.8% | 39.3% | 1.1% | 0.5% |
| 認定率 | 16%未満 | 185 | 79.5% | 94.6% | 18.4% | 44.9% | 21.1% | 24.3% | 1.6% | 0.5% |
| | 16%～18%未満 | 205 | 75.1% | 90.7% | 21.5% | 42.4% | 20.0% | 21.0% | 1.0% | 0.5% |
| | 18%～20%未満 | 237 | 81.9% | 91.6% | 26.2% | 43.9% | 22.8% | 26.6% | 2.5% | 0.0% |
| | 20%～22%未満 | 152 | 80.9% | 88.2% | 27.0% | 41.4% | 20.4% | 25.7% | 2.6% | 0.0% |
| | 22%以上 | 49 | 83.7% | 85.7% | 22.4% | 26.5% | 18.4% | 34.7% | 2.0% | 2.0% |
| 地域類型Ⅰ（高齢者像クラスター） | 高齢化率・認定率：高 | 156 | 77.6% | 86.5% | 26.3% | 33.3% | 22.4% | 37.2% | 1.3% | 0.6% |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 308 | 79.2% | 90.6% | 25.6% | 45.5% | 22.7% | 23.4% | 3.2% | 0.3% |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 208 | 78.4% | 92.3% | 17.3% | 39.9% | 22.1% | 28.4% | 1.0% | 0.0% |
| | 高齢化率・認定率：低 | 156 | 84.0% | 94.9% | 23.1% | 48.1% | 14.7% | 11.5% | 1.3% | 0.6% |
| 地域類型Ⅱ（高齢者ライフスタイルクラスター） | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 186 | 78.0% | 88.2% | 30.1% | 39.8% | 23.7% | 25.3% | 1.6% | 1.6% |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 37 | 64.9% | 81.1% | 18.9% | 29.7% | 10.8% | 54.1% | 0.0% | 0.0% |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 418 | 84.4% | 91.6% | 22.0% | 43.8% | 19.9% | 22.2% | 2.4% | 0.0% |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 139 | 72.7% | 95.0% | 17.3% | 43.9% | 22.3% | 20.9% | 0.7% | 0.0% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 75.0% | 93.8% | 27.1% | 43.8% | 25.0% | 37.5% | 4.2% | 0.0% |
| Q8今後重要な方向性 | ニーズの未然抑制 | 403 | 87.3% | 88.3% | 18.1% | 38.7% | 16.1% | 20.8% | 2.0% | 0.2% |
| | 基盤整備 | 165 | 63.0% | 91.5% | 26.7% | 40.0% | 21.8% | 27.9% | 1.2% | 0.0% |
| | 体制整備 | 79 | 70.9% | 91.1% | 24.1% | 50.6% | 29.1% | 31.6% | 3.8% | 0.0% |
| | 地域力向上 | 138 | 76.8% | 97.1% | 29.0% | 49.3% | 26.8% | 26.1% | 0.7% | 0.7% |
| | その他 | 6 | 100.0% | 100.0% | 33.3% | 66.7% | 33.3% | 33.3% | 16.7% | 0.0% |

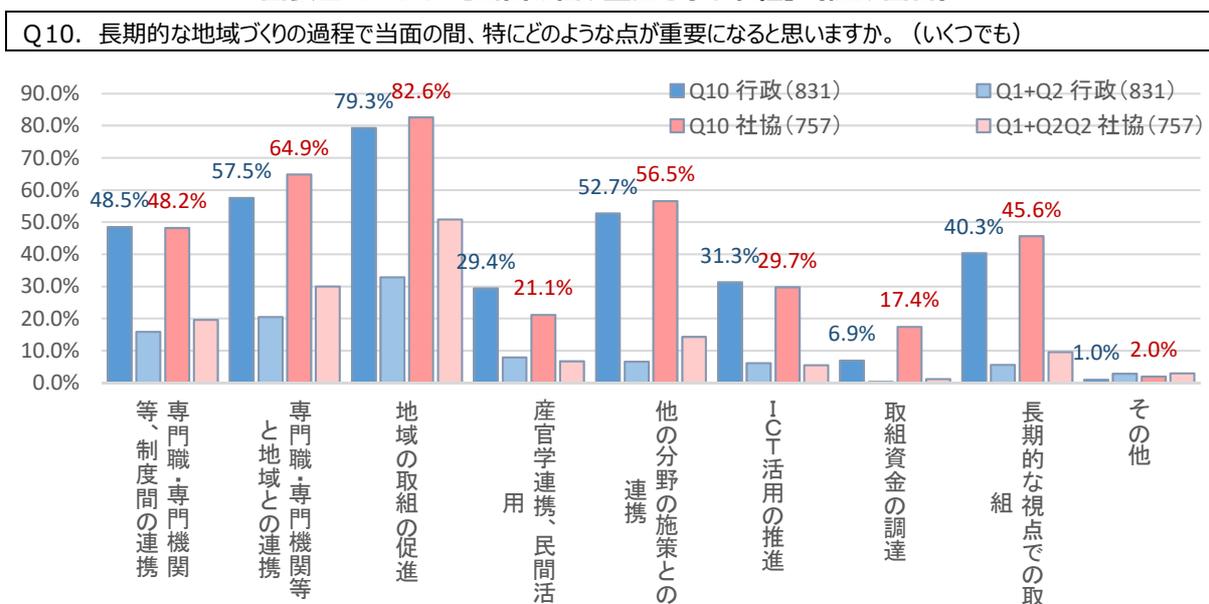
図表Ⅲ-3-4-6 【今後の連携強化が重要な分野（社協）】

| | | 社会福祉協議会 | | | | | | | | |
|------------------------|------------------------|---------|-----------|------------|-------|---------|--------|--------|-------|------|
| | | n | 健康づくり関連施策 | コミュニティ関連施策 | 住宅施策 | 労働・産業施策 | 家計関連施策 | 人口関連施策 | その他 | 無回答 |
| 全体 | | 757 | 61.8% | 93.7% | 18.5% | 45.0% | 36.5% | 27.9% | 1.8% | 0.8% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 64 | 75.0% | 98.4% | 34.4% | 60.9% | 46.9% | 18.8% | 1.6% | 1.6% |
| | 10万人以上20万人未満 | 89 | 68.5% | 95.5% | 14.6% | 47.2% | 34.8% | 20.2% | 2.2% | 0.0% |
| | 5万人以上10万人未満 | 112 | 63.4% | 92.9% | 14.3% | 50.9% | 45.5% | 25.9% | 2.7% | 0.0% |
| | 1万人以上5万人未満 | 277 | 60.6% | 96.4% | 15.2% | 44.4% | 40.8% | 28.5% | 2.5% | 0.7% |
| | 1万人未満 | 213 | 55.9% | 88.3% | 22.1% | 37.6% | 23.9% | 34.3% | 0.5% | 1.4% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 215 | 67.4% | 96.3% | 20.9% | 48.8% | 39.5% | 18.1% | 2.8% | 0.5% |
| | 30%～35%未満 | 180 | 63.3% | 95.6% | 13.3% | 47.2% | 40.6% | 29.4% | 1.7% | 0.6% |
| | 35%～40%未満 | 171 | 59.1% | 92.4% | 21.1% | 44.4% | 42.1% | 33.3% | 1.2% | 1.2% |
| | 40%以上 | 189 | 56.6% | 89.9% | 18.5% | 39.7% | 24.3% | 32.8% | 1.6% | 1.1% |
| 認定率 | 16%未満 | 173 | 59.5% | 96.0% | 12.1% | 39.9% | 36.4% | 17.9% | 1.7% | 0.0% |
| | 16%～18%未満 | 187 | 65.2% | 95.2% | 15.5% | 48.1% | 39.6% | 25.7% | 2.7% | 1.1% |
| | 18%～20%未満 | 194 | 61.9% | 92.8% | 22.7% | 46.4% | 34.5% | 31.4% | 1.0% | 0.0% |
| | 20%～22%未満 | 140 | 61.4% | 94.3% | 24.3% | 44.3% | 37.1% | 37.1% | 1.4% | 0.7% |
| | 22%以上 | 61 | 59.0% | 83.6% | 19.7% | 49.2% | 32.8% | 31.1% | 3.3% | 4.9% |
| 地域類型Ⅰ（高齢者像クラスター） | 高齢化率・認定率：高 | 165 | 61.2% | 89.1% | 21.2% | 40.6% | 29.7% | 37.0% | 2.4% | 1.2% |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 264 | 59.1% | 93.6% | 21.2% | 47.7% | 39.8% | 33.3% | 0.8% | 1.5% |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 189 | 57.7% | 95.2% | 11.1% | 41.3% | 36.5% | 24.3% | 1.6% | 0.0% |
| | 高齢化率・認定率：低 | 137 | 73.7% | 97.1% | 20.4% | 51.1% | 38.7% | 11.7% | 3.6% | 0.0% |
| 地域類型Ⅱ（高齢者ライフスタイルクラスター） | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 171 | 58.5% | 91.8% | 24.6% | 45.6% | 35.7% | 32.2% | 0.6% | 0.6% |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 36 | 47.2% | 80.6% | 25.0% | 30.6% | 19.4% | 38.9% | 0.0% | 5.6% |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 383 | 65.3% | 94.5% | 17.2% | 49.6% | 37.9% | 26.4% | 2.6% | 0.3% |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 117 | 65.0% | 96.6% | 12.0% | 32.5% | 36.8% | 22.2% | 1.7% | 0.9% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 50.0% | 95.8% | 18.8% | 50.0% | 41.7% | 31.3% | 2.1% | 2.1% |
| Q8今後重要な方向性 | 二一ズの未然抑制 | 151 | 78.1% | 90.7% | 19.2% | 39.1% | 29.1% | 23.8% | 2.0% | 0.0% |
| | 基盤整備 | 201 | 51.7% | 95.0% | 19.4% | 41.3% | 31.8% | 32.3% | 1.0% | 0.5% |
| | 体制整備 | 109 | 56.9% | 92.7% | 19.3% | 52.3% | 51.4% | 28.4% | 0.0% | 0.0% |
| | 地域力向上 | 247 | 62.8% | 96.8% | 16.2% | 49.0% | 38.5% | 23.1% | 2.0% | 0.0% |
| | その他 | 6 | 50.0% | 100.0% | 33.3% | 50.0% | 0.0% | 50.0% | 33.3% | 0.0% |

●長期的な地域づくりの過程で当面の間重要となる取組

・長期的な地域づくりの過程で当面の間重要となる取組についてみると、行政・社協ともに「地域の取組の促進」「専門職・専門機関等と地域との連携」「他の分野の施策との連携」「専門職・専門機関等、制度間の関係」「長期的な視点での取組」の順で高くなっている。これらの回答割合はすべて40%以上となっている。このうち、「地域の取組の促進」「専門職・専門機関等と地域との連携」「専門職・専門機関等、制度間の関係」は、現在においても独自の取組を行っているという回答割合が相対的に高い項目であった。これらは従来の地域包括ケアにおいて中心的な取組と重なっている。他方、「他の分野の施策との連携」「長期的な視点での取組」は、現時点において独自の取組を行っているという回答割合が低い項目であった。これらは、従来の地域包括ケア体制においても視野におかれてはいるものの、必ずしも福祉行政の範疇には収まらず、むしろ福祉行政の外部へと展開していく過程に位置づけられる取組となっている。長期的な地域づくりの過程を前提とした場合には、こうした取組の重要性も浮かび上がることとなった。今後の地域づくりにおいて、地域包括ケアに関する事業・制度中心の従来的な取組から、より総合的な地域づくりの取組へと政策的に拡張していく必要性が広く認識されていると想定される。

図表Ⅲ-3-4-7 【当面の間、重要となる取組】（複数回答）



※図の Q1+Q2 はヒアリング等の依頼を受けた取組（Q1）、その他の独自の取組（Q2）のいずれかに回答があったものを集計したもの

(クロス集計結果)

- ・人口規模別にみると、行政では、人口規模が大きいほど「専門職・専門機関等、制度間の連携方法等」「産官学連携、民間活用の方法等」「ICT 活用の推進方法等」の回答割合が高くなっている。そのほかの項目では人口規模と各項目の回答割合都に一貫した整合的關係はみられない。社協では行政よりも多くの項目で人口規模が大きいほど回答割合が高くなっている。
- ・今後重要な方向性別に行政の回答をみると、“ニーズの未然抑制”を重要視している地域では、他の項目を重要視している地域に比べて「専門職・専門機関と地域との連携方法等」の回答割合が高くなっている。また、“地域力向上”を重要視している地域では、他の項目を重要視している地域に比べて「地域の取組の促進方法等」の回答割合が高くなっている。

図表Ⅲ-3-4-8 【当面の間、重要となる取組（行政）】

| | | 行政 | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------|-----|---|--|---|--|--|---|--|--|-------------|-------------|
| | | n | 携 専 職 法 方 法 ・ 制 度 間 機 関 等 の 連 携 方 法 等 | の 専 門 職 ・ 専 門 機 関 等 と 地 域 と | 地 域 の 取 組 の 促 進 方 法 等 | 等 産 官 学 連 携 、 民 間 活 用 の 方 法 | 等 他 の 分 野 の 施 策 と の 連 携 方 法 | I C T 活 用 の 推 進 方 法 等 | 取 組 資 金 の 調 達 方 法 等 | 又 長 期 的 な 視 点 で の 取 組 プ ロ セ | そ の 他 | 無 回 答 |
| 全体 | | 831 | 48.5% | 57.5% | 79.3% | 29.4% | 52.7% | 31.3% | 6.9% | 40.3% | 1.0% | 0.4% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 83 | 65.1% | 65.1% | 84.3% | 43.4% | 65.1% | 54.2% | 13.3% | 37.3% | 1.2% | 0.0% |
| | 10万人以上20万人未満 | 87 | 55.2% | 66.7% | 77.0% | 36.8% | 51.7% | 36.8% | 6.9% | 42.5% | 2.3% | 0.0% |
| | 5万人以上10万人未満 | 143 | 53.1% | 53.8% | 82.5% | 32.9% | 49.7% | 35.7% | 10.5% | 35.0% | 0.0% | 0.7% |
| | 1万人以上5万人未満 | 322 | 43.5% | 61.2% | 83.9% | 26.1% | 52.2% | 28.9% | 5.0% | 38.8% | 0.6% | 0.3% |
| | 1万人未満 | 193 | 43.0% | 47.7% | 68.4% | 22.8% | 51.3% | 20.2% | 4.7% | 46.6% | 1.6% | 0.0% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 242 | 55.0% | 60.7% | 79.3% | 33.1% | 52.9% | 36.0% | 7.9% | 41.7% | 1.2% | 0.4% |
| | 30%～35%未満 | 205 | 50.7% | 59.5% | 79.0% | 39.0% | 50.2% | 32.7% | 9.3% | 36.1% | 1.0% | 0.5% |
| | 35%～40%未満 | 198 | 48.5% | 57.1% | 79.8% | 21.7% | 53.0% | 27.8% | 6.1% | 41.4% | 0.5% | 0.0% |
| | 40%以上 | 183 | 37.2% | 52.5% | 79.2% | 21.9% | 55.2% | 27.9% | 3.8% | 41.5% | 1.1% | 0.0% |
| 認定率 | 16%未満 | 185 | 45.9% | 59.5% | 78.4% | 36.8% | 48.6% | 27.6% | 7.0% | 39.5% | 0.5% | 0.5% |
| | 16%～18%未満 | 205 | 49.8% | 57.1% | 78.5% | 27.3% | 49.8% | 30.7% | 4.9% | 40.5% | 1.0% | 0.5% |
| | 18%～20%未満 | 237 | 49.4% | 60.3% | 81.9% | 30.8% | 57.4% | 35.0% | 6.8% | 35.9% | 0.8% | 0.0% |
| | 20%～22%未満 | 152 | 50.0% | 57.2% | 77.6% | 27.6% | 57.2% | 29.6% | 9.2% | 46.7% | 2.0% | 0.0% |
| | 22%以上 | 49 | 42.9% | 42.9% | 79.6% | 8.2% | 44.9% | 36.7% | 8.2% | 42.9% | 0.0% | 0.0% |
| 地域類型Ⅰ（高 齢者像クラ スター） | 高齢化率・認定率：高 | 156 | 37.2% | 55.8% | 79.5% | 19.9% | 54.5% | 23.7% | 3.8% | 42.3% | 1.3% | 0.0% |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 308 | 51.9% | 58.4% | 80.8% | 29.9% | 56.2% | 36.7% | 10.4% | 39.6% | 1.0% | 0.0% |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 208 | 47.1% | 56.7% | 76.4% | 33.7% | 48.1% | 27.9% | 3.8% | 38.9% | 0.0% | 0.5% |
| | 高齢化率・認定率：低 | 156 | 54.5% | 59.6% | 80.1% | 32.1% | 50.6% | 33.3% | 7.1% | 41.0% | 1.9% | 0.6% |
| 地域類型Ⅱ（高 齢者ライフ スタイルクラ スター） | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 186 | 54.8% | 60.2% | 79.6% | 28.0% | 52.7% | 30.1% | 8.6% | 40.3% | 0.5% | 0.5% |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 37 | 21.6% | 29.7% | 73.0% | 16.2% | 54.1% | 29.7% | 2.7% | 43.2% | 2.7% | 0.0% |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 418 | 50.5% | 58.6% | 81.1% | 29.4% | 54.8% | 32.5% | 6.5% | 39.0% | 1.2% | 0.0% |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 139 | 38.8% | 59.7% | 77.0% | 33.1% | 48.9% | 26.6% | 5.8% | 43.9% | 0.7% | 0.0% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 54.2% | 56.3% | 75.0% | 33.3% | 45.8% | 41.7% | 10.4% | 37.5% | 0.0% | 2.1% |
| Q8今後重要な 方向性 | ニーズの未然抑制 | 403 | 50.1% | 60.5% | 75.9% | 25.6% | 47.1% | 29.5% | 5.0% | 35.5% | 0.7% | 0.0% |
| | 基盤整備 | 165 | 46.1% | 52.7% | 78.8% | 29.7% | 55.2% | 36.4% | 6.1% | 39.4% | 2.4% | 0.0% |
| | 体制整備 | 79 | 53.2% | 55.7% | 79.7% | 35.4% | 57.0% | 24.1% | 12.7% | 48.1% | 1.3% | 0.0% |
| | 地域力向上 | 138 | 39.1% | 55.8% | 93.5% | 37.0% | 60.1% | 37.0% | 9.4% | 50.0% | 0.0% | 0.0% |
| | その他 | 6 | 83.3% | 83.3% | 66.7% | 50.0% | 83.3% | 0.0% | 33.3% | 50.0% | 0.0% | 0.0% |

図表Ⅲ-3-4-9 【当面の間、重要となる取組（社協）】

| | | 社会福祉協議会 | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------|---------|---|--|---|--|--|---|--|--|-------------|-------------|
| | | n | 携専門 方法 、 制 度 間 の 連 携 方 法 等 | の専門 職・ 専門 機 関 等 と 地 域 と | 地域の 取組 の 促 進 方 法 等 | 等 産 官 学 連 携 、 民 間 活 用 の 方 法 | 等 他 の 分 野 の 施 策 と の 連 携 方 法 | I C T 活 用 の 推 進 方 法 等 | 取 組 資 金 の 調 達 方 法 等 | 又 長 期 的 な 視 点 で の 取 組 プ ロ セ | そ の 他 | 無 回 答 |
| 全体 | | 757 | 48.2% | 64.9% | 82.6% | 21.1% | 56.5% | 29.7% | 17.4% | 45.6% | 2.0% | 0.8% |
| 人口規模 | 20万人以上 | 64 | 70.3% | 78.1% | 89.1% | 43.8% | 71.9% | 54.7% | 37.5% | 42.2% | 3.1% | 1.6% |
| | 10万人以上20万人未満 | 89 | 56.2% | 77.5% | 82.0% | 32.6% | 69.7% | 38.2% | 32.6% | 50.6% | 3.4% | 0.0% |
| | 5万人以上10万人未満 | 112 | 54.2% | 73.2% | 85.7% | 25.0% | 53.6% | 34.8% | 24.1% | 51.8% | 1.8% | 0.0% |
| | 1万人以上5万人未満 | 277 | 46.2% | 63.5% | 83.4% | 19.5% | 56.0% | 25.3% | 13.4% | 45.5% | 1.1% | 0.7% |
| | 1万人未満 | 213 | 37.6% | 53.1% | 77.9% | 9.9% | 48.8% | 21.6% | 7.0% | 41.8% | 2.3% | 1.4% |
| 高齢化率 | 30%未満 | 215 | 55.3% | 73.5% | 83.7% | 35.8% | 61.9% | 41.4% | 27.9% | 44.2% | 3.3% | 0.5% |
| | 30%～35%未満 | 180 | 51.1% | 71.1% | 85.0% | 20.6% | 54.4% | 28.9% | 17.8% | 47.2% | 1.1% | 0.6% |
| | 35%～40%未満 | 171 | 43.3% | 59.6% | 80.7% | 14.0% | 59.1% | 24.6% | 14.0% | 46.8% | 1.8% | 1.8% |
| | 40%以上 | 189 | 41.8% | 54.0% | 80.4% | 11.6% | 50.3% | 21.7% | 8.5% | 45.0% | 1.6% | 0.5% |
| 認定率 | 16%未満 | 173 | 46.2% | 68.2% | 86.1% | 18.5% | 53.8% | 29.5% | 17.9% | 42.8% | 2.3% | 0.0% |
| | 16%～18%未満 | 187 | 50.8% | 65.8% | 85.6% | 25.1% | 55.1% | 32.1% | 16.6% | 44.4% | 2.1% | 1.1% |
| | 18%～20%未満 | 194 | 49.5% | 69.6% | 77.3% | 22.7% | 58.8% | 28.9% | 19.1% | 45.4% | 2.1% | 0.0% |
| | 20%～22%未満 | 140 | 46.4% | 60.0% | 82.1% | 19.3% | 60.0% | 28.6% | 16.4% | 50.0% | 1.4% | 1.4% |
| | 22%以上 | 61 | 45.9% | 49.2% | 80.3% | 16.4% | 54.1% | 27.9% | 16.4% | 49.2% | 1.6% | 3.3% |
| 地域類型Ⅰ（高 齢者像クラ スター） | 高齢化率・認定率：高 | 165 | 41.8% | 55.2% | 79.4% | 12.7% | 56.4% | 23.6% | 9.7% | 49.1% | 2.4% | 0.6% |
| | 高齢化率：中、認定率：高 | 264 | 50.4% | 65.2% | 78.4% | 20.8% | 56.4% | 31.1% | 18.9% | 47.0% | 1.5% | 1.9% |
| | 高齢化率：中、認定率：低 | 189 | 47.6% | 65.1% | 87.8% | 13.8% | 51.9% | 24.9% | 12.7% | 43.9% | 1.1% | 0.0% |
| | 高齢化率・認定率：低 | 137 | 52.6% | 75.9% | 86.9% | 42.3% | 63.5% | 40.9% | 30.7% | 41.6% | 3.6% | 0.0% |
| 地域類型Ⅱ（高 齢者ライフ スタイルク ラスター） | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：高 | 171 | 42.1% | 59.1% | 81.9% | 12.9% | 53.2% | 24.0% | 10.5% | 43.3% | 1.2% | 1.2% |
| | 単身率・非課税世帯率：高、非労働力人口率：低 | 36 | 41.7% | 55.6% | 69.4% | 0.0% | 44.4% | 25.0% | 8.3% | 36.1% | 2.8% | 5.6% |
| | 単身率・非課税世帯率：中、非労働力人口率：高 | 383 | 50.1% | 68.1% | 84.3% | 27.4% | 59.8% | 32.6% | 21.7% | 50.1% | 2.1% | 0.0% |
| | 単身率・非課税世帯率：低、非労働力人口率：高 | 117 | 57.3% | 70.9% | 79.5% | 19.7% | 56.4% | 32.5% | 14.5% | 36.8% | 3.4% | 0.9% |
| | 単身率・非労働力人口率・非課税世帯率：低 | 48 | 37.5% | 52.1% | 87.5% | 20.8% | 52.1% | 22.9% | 22.9% | 47.9% | 0.0% | 2.1% |
| Q8今後重要な 方向性 | ニーズの未然抑制 | 151 | 45.0% | 60.3% | 80.1% | 17.9% | 55.0% | 29.1% | 11.3% | 37.1% | 2.0% | 0.0% |
| | 基盤整備 | 201 | 47.3% | 61.2% | 84.1% | 19.4% | 52.2% | 25.9% | 18.4% | 41.3% | 3.5% | 0.0% |
| | 体制整備 | 109 | 56.9% | 70.6% | 78.9% | 21.1% | 53.2% | 28.4% | 11.9% | 49.5% | 0.9% | 0.9% |
| | 地域力向上 | 247 | 48.2% | 68.0% | 88.3% | 25.1% | 62.8% | 34.8% | 22.3% | 55.1% | 0.8% | 0.0% |
| | その他 | 6 | 16.7% | 66.7% | 66.7% | 16.7% | 50.0% | 33.3% | 16.7% | 16.7% | 16.7% | 0.0% |

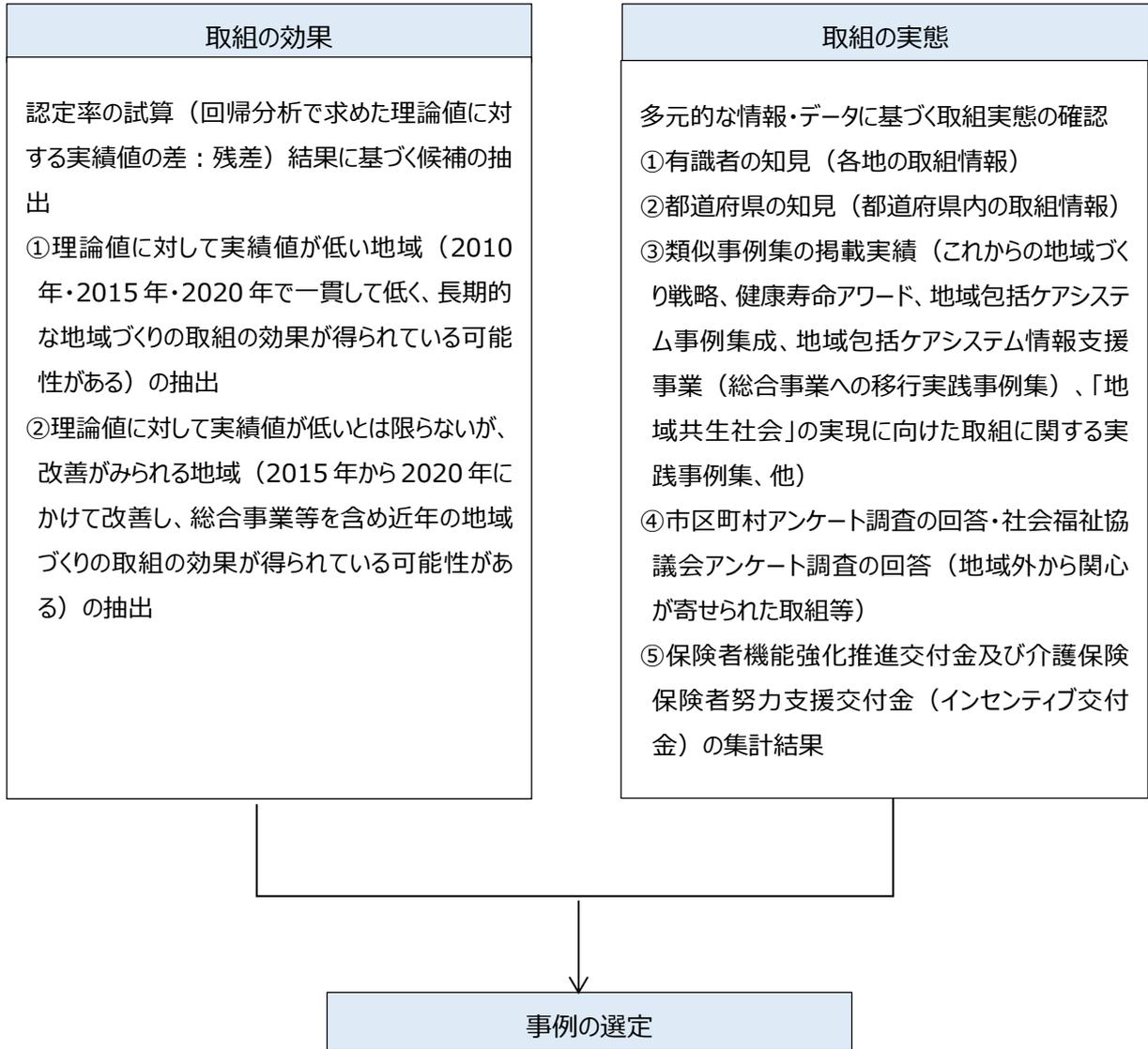
IV 取組事例

1. 事例の全体像

(1) 事例の選定

- ・本調査研究においては全 10 事例を選定した。
- ・10 事例については、「これからの地域づくり戦略」（厚生労働省）の「集い」「互い」「知恵を出し合い」に倣い、「集い」「互い」「知恵」の枠組みで事例を選定した。このうち「互い」については「民間連携」に関する取組にも注目した。なお、「知恵を出し合い」（ケア会議等）については、ケア会議以外の知恵にも視線を向け、「知恵」として選定した。
- ・選定は、取組の効果と実態の両面についてエビデンスとなるデータ・情報を得て行った。取組の効果については、認定率の試算結果（本報告書Ⅱ「取組効果に関する評価の試行」）を用いて検討を行った。なお、この試算では、取組による認定率の押し下げ効果を直接的には求めていない。その効果を検証するための有効な統計データが存在しないためであり、この試算では代替的に、回帰分析による残差に注目した分析を行っている。残差は直接的に取組の効果を表すものではないため、残差に取組の効果が含まれているかどうかを検討し、取組の効果を得られている可能性のある地域を選定していく必要がある。このため、並行して各地域の取組の実態把握も行っている。取組の実態においては、有識者の知見をはじめ、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の集計結果、市区町村アンケート調査の結果・社会福祉協議会アンケート調査の結果（本報告書Ⅲ「取組実態の把握」）等をはじめ、取組の情報・データを多角的に収集し、総合的に検討を行った。以上の検討を経て、取組の効果が得られている可能性があり、かつ、取組の実態が確認された地域を選定した。
- ・なお、アンケート調査の結果から、相対的に人口規模の大きな地域、高齢化率が低い地域における取組への関心が高い一方、人口規模の小さな地域、高齢化が先行して進んでいる地域の取組への関心は相対的に低い様子がうかがわれた。本研究においては、人口規模の小さな地域、高齢化が先行して進んでいる地域にも大きな関心を向けて事例を選定した。これらの地域のこれまでの取組の過程が、人口減少及び高齢化が追隨的に進む多くの地域にとって、長期的な地域づくりにおけるヒントを提供すると考えるからである。こうしたことから、10 事例においては小規模な地域の事例が相対的に多くなっている。

図表IV-1-1【事例の選定】



図表Ⅳ-1-2【選定した10事例の選定根拠】

| 区分 | 都道府県 | 市町村等 | 取組効果 | | 取組実態 | | | | |
|----------|------|------|------------|------------|---------|----------|-------------|----------|-------------|
| | | | ①認定率実績値が低い | ②認定率実績値が改善 | ①有識者の知見 | ②都道府県の知見 | ③事例集掲載(確認分) | ④アンケート回答 | ⑤インセンティブ交付金 |
| 集い | 大阪府 | 大東市 | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ |
| | 高知県 | 須崎市 | ○ | ○ | ○ | ○ | | | ○ |
| | 高知県 | 四万十市 | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | |
| 互い | 北海道 | 美瑛町 | | (○) | ○ | | ○ | ○ | |
| | 北海道 | 栗山町 | ○ | | ○ | | | | |
| | 埼玉県 | 寄居町 | | (○) | | | | ○ | |
| 互い(民間連携) | 愛知県 | 豊明市 | ○ | | ○ | | ○ | ○ | ○ |
| | 愛知県 | 豊田市 | | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ |
| 知恵 | 大阪府 | 寝屋川市 | ○ | | ○ | | | ○ | |
| | 大分県 | 佐伯市 | ○ | ○ | | ○ | ○ | | ○ |

※取組効果の①～②、取組実態の①～⑤は前頁の図と対応する。

※取組効果の①②は、直接的には「集い」の取組によると想定されるが、「互い」「知恵」の取組でも長期的には間接的、総合的な効果が生じると想定し、全事例の選定根拠に使用している。

※取組効果の②欄の「(○)」は、選定地域の属する広域連合または事務組合の数値による。

※取組実態の①の「○」は有識者への個別ヒアリング、検討会議で具体名が挙げられた地域。

※取組実態の②の「○」は取組効果試算結果及び有識者の情報を踏まえて、特定の都道府県にヒアリングを行った結果として具体名が挙げられた地域。

※取組実態の③の「○」は類似の事例集（厚生労働省の資料及び厚生労働省老人保健健康増進等事業の報告書）で株式会社サーベイリサーチセンターが確認した範囲）での掲載事例。

※取組実態の④の「○」は本研究における市区町村アンケート調査、社会福祉協議会アンケート調査のいずれかにおいて、他の機関からのヒアリング実績があったとの回答のあった地域、または、取組の成果が出ていると回答のあった地域。

※取組実態の⑤の「○」は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の2020年、2021年の集計値の平均値において高得点率（全体合計得点率、もしくは自立支援・重度化防止部分の合計得点率のいずれかの集計値を標準化した時の値（z値）が1.0以上（偏差値換算で60点以上））であった地域

注）本報告書Ⅳ2の各事例においては、各事例の地域特性に関する統計情報を掲載している。掲載情報は、本報告書Ⅲ1に掲載した指標項目（アンケート調査の添付資料における掲載指標：高齢化率、要介護・要支援認定率、単身率、労働力人口率、非課税世帯率、支え手人口）における2000年～2020年までのデータ及び、認定率の理論値と実績値の差（上表「取組効果」に対応するデータ：本報告書Ⅱによる試算値）である。本報告書Ⅲ1、Ⅱの試算では2020年国勢調査結果の公表前の数値を用いて行っている。2020年国勢調査結果の公表に伴い、本報告書Ⅳ2の事例における掲載データについては、報告書Ⅲ1、Ⅱの試算に用いたデータ及び試算値を一部差換えて掲載している（報告書Ⅲ1、Ⅱでは試算に用いたデータ・試算式・試算値ともに差替えていない）。また、認定率については、データの補完のため介護保険事業状況報告と地域包括ケア見える化システムを併用している。このため、認定率の理論値には誤差が生じる場合がある。

(2) 事例の概要

・選定した 10 事例の概要は以下の通りである。

図表IV-1-3【事例一覧】

| 区分 | 都道府県 | 市町村等 | 概要 |
|------------------|------|------|---|
| 集い | 大阪府 | 大東市 | 「大東元気でまっせ体操」：住民主体の通いの場の普及と長期に渡る継続 |
| | 高知県 | 須崎市 | 「ゆうゆう大学」と「地域の集い」：介護予防教室と通いの場の一体的な推進 |
| | 高知県 | 四万十市 | 「地区健康福祉委員会」を中心とした「集まる」を起点とする地域づくり：住民の「集まりたい」を生かし、支援する独自制度の継続 |
| 互い | 北海道 | 美瑛町 | 小規模多機能型居宅介護施設を拠点とした住民互助の地域づくり |
| | 北海道 | 栗山町 | 「ケアラー支援」：地域全体で介護を支えるまちづくり |
| | 埼玉県 | 寄居町 | 「福祉委員」の制度化を起点とした重層的な互助システムの段階的整備 |
| 互い (民間 連携) | 愛知県 | 豊明市 | 「ふつうに暮らせるしあわせ」を支える、民間の公的保険外サービスの創出・活用促進 |
| | 愛知県 | 豊田市 | 官民連携介護予防「ずっと元気！プロジェクト」：ソーシャルインパクトボンドの活用による、民間事業者を巻き込んだ介護予防の推進 |
| 知恵 | 大阪府 | 寝屋川市 | 研究機関によるモデル事業の活用：通所型サービスCの有効活用への展開 |
| | 大分県 | 佐伯市 | サービス利用者の継続的なデータ分析：事業のPDCAとケアマネジメントにおけるエビデンスベースの改善 |

図表IV-1-4【各事例の主な領域】

| 区分 | 市町村等 | ゼロ次予防 | 一次予防 | 二次予防 | 三次予防 | 互助・支援 |
|----------|------|-------|------|------|------|-------|
| 集い | 大東市 | | | | | |
| | 須崎市 | | | | | |
| | 四万十市 | | | | | |
| 互い | 美瑛町 | | | | | |
| | 栗山町 | | | | | |
| | 寄居町 | | | | | |
| 互い（民間連携） | 豊明市 | | | | | |
| | 豊田市 | | | | | |
| 知恵 | 寝屋川市 | | | | | |
| | 佐伯市 | | | | | |

図表IV-1-5【各事例の経過（時間軸）】

| 区分 | 市町村等 | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 | 2040 |
|------|------|--|-------|--------|-------|-------|-------|
| 制度 | 全国 | 17.4% | 20.2% | 23.0% | 26.6% | 28.7% | 35.3% |
| | | ●介護保険 | | ●新総合事業 | | | |
| 集い | 大東市 | 12.3% | 16.2% | 20.7% | 25.8% | 27.4% | 37.5% |
| | | ●大東元気でまっせ体操(継続・進展) | | | | | |
| | 須崎市 | 25.2% | 27.8% | 31.8% | 36.3% | 40.7% | 48.5% |
| | | ●ゆうゆう大学(継続・進展) | | | | | |
| | 四万十市 | 24.5% | 27.0% | 29.7% | 34.3% | 37.1% | 43.3% |
| | | ●四万十市健康・福祉地域推進事業(継続・進展) | | | | | |
| 互い | 美瑛町 | 26.5% | 30.6% | 35.5% | 36.3% | 38.8% | 44.7% |
| | | ●拠点整備を契機とした地域づくり(継続・進展) | | | | | |
| | 栗山町 | 24.5% | 28.9% | 32.7% | 37.2% | 41.2% | 50.3% |
| | | ●ケアラー支援(継続・進展) | | | | | |
| | 寄居町 | 17.3% | 20.3% | 24.2% | 29.4% | 33.7% | 44.9% |
| | | ●重層的互助システム(継続・進展) | | | | | |
| | | ○福祉委員制度 ○地域支えあいの会 ○第二層協議体 ○寄居町共助のまちづくりネットワーク会議 | | | | | |
| 民間連携 | 豊明市 | 13.2% | 16.5% | 20.5% | 24.8% | 26.4% | 34.1% |
| | | ●民間の巻き込み・連携(継続・進展) | | | | | |
| | | ○けやきいきいきプロジェクト～個別の巻き込み ○公的保険外サービス創出・促進協定 | | | | | |
| | 豊田市 | 11.1% | 13.4% | 16.5% | 20.8% | 23.3% | 29.3% |
| | | ●ずっと元気！プロジェクト(開始) | | | | | |
| 知恵 | 寝屋川市 | 12.6% | 17.3% | 23.1% | 28.7% | 30.5% | 41.5% |
| | | ●通所型サービスCの有効活用(継続・進展) | | | | | |
| | 佐伯市 | 24.5% | 28.8% | 32.3% | 36.9% | 41.2% | 46.1% |
| | | ●総合事業・データ分析(継続・進展) | | | | | |
| | | ○ころばん事業・ころばん訪問事業 | | | | | |

※表の数値(%)は高齢化率(国勢調査及び国立社会保障・人口問題研究所推計2017・2018推計)

2. 事例

2-1 集い

大阪府大東市

「大東元気でまっせ体操」：住民主体の通いの場の普及と長期に渡る継続

- ・大東市では 2005 年から住民主体の通いの場である「大東元気でまっせ体操」に取り組んできた。
- ・「大東元気でまっせ体操」は通所型サービス C の場ともなっており、通所型サービス C の終了後もそのまま「大東元気でまっせ体操」に通い続けることができる。状態を問わず継続的・定期的に通え、活動量の担保、相互の見守りを促進できるしくみとなっている。
- ・通いの場にリーダーやサポーターをつくらない、補助金を出さない、専門職は見守り立場に徹する、企業の協力を得る等の様々な工夫を重ねて、市内各地への普及と、活動の長期に渡る継続を実現してきた。

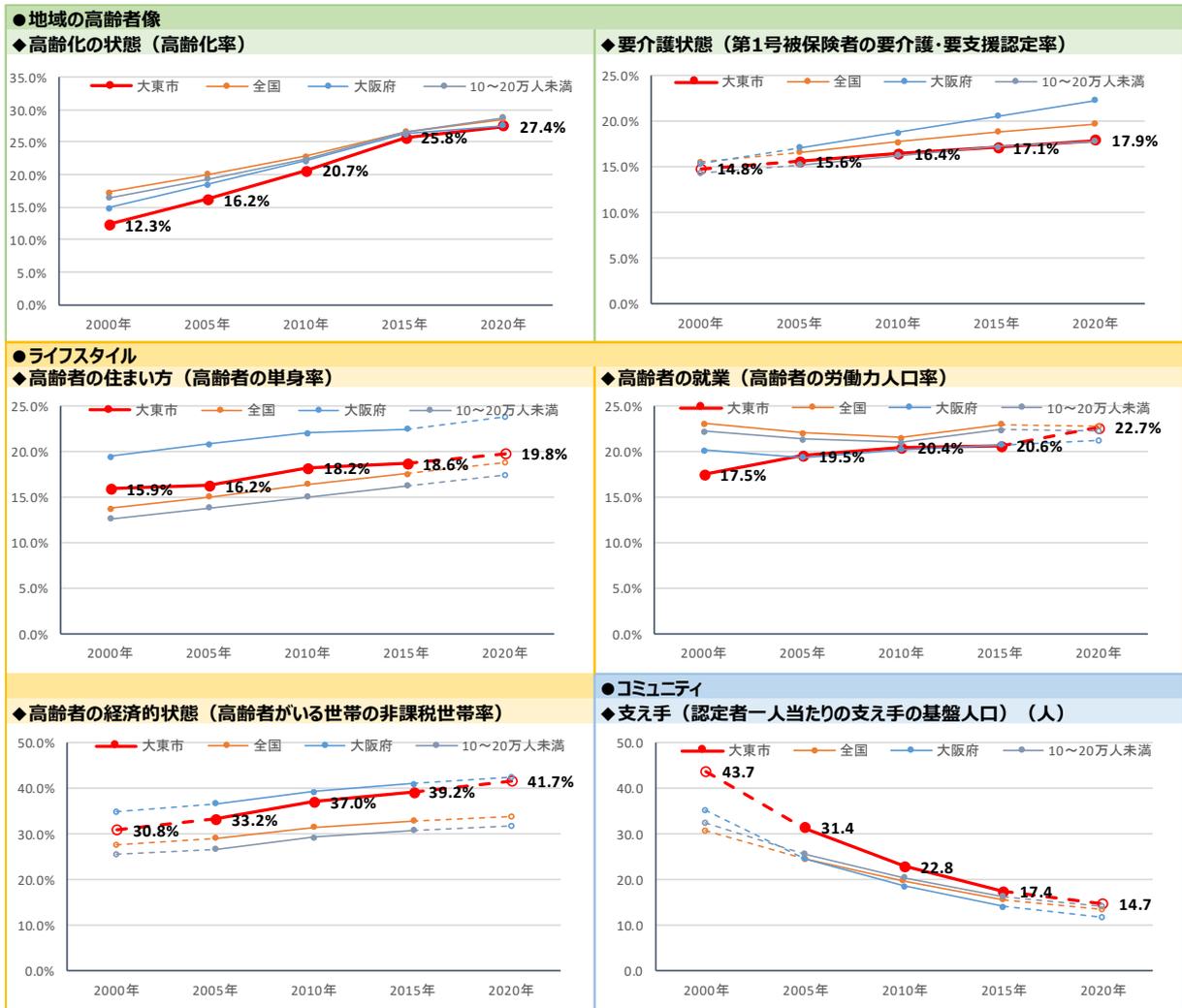
(1) 大東市の地域特性

- ・大東市は大阪市に接する面積 18.27 km²の都市である。交通の便に恵まれており、住宅・商業施設・町工場等が立ち並ぶ。
- ・総人口（国勢調査）は 2000 年の 128,917 人をピークに減少し、2015 年には 123,217 人、2020 年には 119,367 人となっている。高齢化率（同）は 2015 年時点で 25.8%、2020 年時点で 27.4%となっており、全国よりやや低い水準となっている。
- ・2015 年時点の高齢者の単身率は 18.6%、非課税世帯率は 39.2%となっており、一人暮らしや低所得の高齢者の割合が全国よりも高くなっている。一方、労働力人口率は 20.6%となっており、全国よりも低く収まっている。要介護（要支援）認定率も 2015 年度時点で 17.1%、2020 年時点で 17.9%となっており、全国よりも低く収まっている。
- ・全国の保険者のデータを用いて推定した大東市の認定率（理論値）[※]は 2015 年時点で 19.6%、2020 年時点で 21.3%となったが、上記の通り実際の認定率（実績値）はこれよりも低く収まっている。このことから、大東市には認定率を押し下げる何らかの地域的な要因があると見込まれる。
- ・地域包括支援センターは 5 箇所設置されており、そのうち 1 箇所が基幹型のセンターとなっている。5 箇所のセンターはすべて大東公民連携まちづくり事業株式会社への委託により運営されている。



[※] 重回帰分析の結果を用いて算定。全国の保険者のデータ（認定率、高齢化率、単身率、労働力率、非課税世帯率、可住地人口密度、都道府県の認定率）を用いて算出した値。全国の保険者のデータから計算すると大東市の認定率はどの程度になるかを示す値。

図表Ⅳ-2-1-1【大東市の高齢者像とコミュニティ】

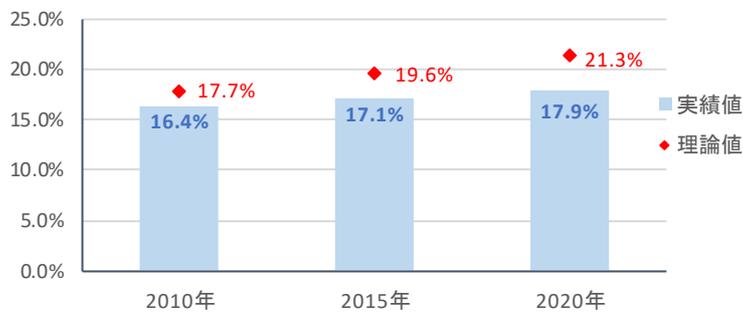


※上図の各指標は本報告書Ⅲ1における「地域の変化を可視化する指標」。

※高齢化率、単身率、労働力率は国勢調査、認定率、非課税世帯率は介護保険事業状況報告・地域包括ケア「見える化」システムのデータを用いて算出している。なお、項目によっては2000年、2020年に推計値を掲載している（2020年国勢調査結果が公表される以前の数値で計算）。

※「支え手（認定者一人当たりの支え手の人口基盤）」（独自指標）は、認定者一人に対して支え手となりえる層が何人程度いるかを示す。生産年齢人口と前期高齢者（≒健康寿命以下の高齢者）人口の合計を認定者数で割った値。

図表Ⅳ-2-1-2【大東市の認定率（理論値と実績値の差）】



※理論値は重回帰分析の結果を用いた算定結果（本報告書Ⅱ3による。図表Ⅳ-1-2の注を参照）

(2) 取組の経過：工夫と改善の過程

- ・大東市では 2005 年から大東元気でまっせ体操の普及を図っている。大東元気でまっせ体操は、現在、総合事業において全国に普及している住民主体の通いの場の先行的な取組である。大東市において、住民主体の通いの場が全国に先駆けて実施に至った経緯は以下の通りである。
- ・介護保険の導入後、大東市では要介護認定の軽度者の伸びが高まっていた。他方で、当時市が行った健康意識調査によると、高齢者の半数以上が運動不足を認識しているものの、定期的な運動をしている人の割合は 3 割程度と低い状況があった。こうした状況を背景に、大東市では運動の普及によって介護予防を図っていく方向性が浮かび上がった。そこで市職員の専門職が考案した大東元気でまっせ体操の普及を図っていくこととなった。
- ・体操の普及にあたって工夫が必要であった。当時、健康づくりに関する普及啓発は、健康講座や広報等によって各地で行われていた。しかし、それらの方法で反応が得られるのは、主に健康に関心のある人や既に健康づくりに取り組んでいる人であり、行動変容の必要性がない人であった。その一方で、本来、行動変容を促すべきターゲット層（健康づくりに取り組んでいない層、健康づくりに関心もない層）からは反応が得られない状況があった。そこで大東市では発想を切り替え、住民の生活環境、地域活動の一部として体操を埋め込んでいく方向を目指した。それが身近な地域における住民主体の通いの場という方法論につながっている。すなわち、住民の身近な範囲に、継続的に体操ができる場を住民自身が築いていく方法である。なお、身近な地域の範囲としては、高齢者が継続的に通える町内会程度を想定している。
- ・住民主体の運営に向けて、大東市では当初、サポーターの養成に取り組み、1 年間に 250 人程度を養成していた。しかし、年数の経過に伴って、リーダー・サポーター役を継続できなくなる人が増えていった。時間の経過に伴ってリーダー・サポーターの生活にも様々な変化が生じ、活動の継続に支障が生じるケースが増えてくるためである。また、リーダー・サポーター役をつくることで、参加者が先生と生徒の関係になり、先生役が抜けても生徒側から後任の先生役が現れず、活動が停止してしまうというメカニズムも見えてきた。こうした状況に対応するため、サポーターの養成を中止し、「リーダー・サポーターをつくらない」方向に転換していくこととなった。以降、リーダー・サポーターをつくらず、参加者相互の役割分担型のグループ活動として通いの場の普及を図っている。同時に、活動の継続を促すため、様々な工夫を施している。
- ・大東市では民間企業の巻き込みも早くから進めていた。地域における取組の普及とともに、通いの場の開催場所の確保が必要になったためであり、民間企業に空きスペース等の提供等と呼び掛けてきた。そこにも工夫があり、企業のメリットを考慮した個別的な呼びかけを行っている。社会貢献ではなく、民間の収益事業に密接なメリットを訴えることで、協力意向を高めている。例えば、通いの場への店舗の空きスペースの提供は、高齢者や家族の定期的な店舗の利用機会につながるため、企業にとって営業上のメリットが生じる可能性を持つ。このようなメリットを訴え、現在ではフィットネスクラブ、生命保険会社、金融機関、ホテル、有料老人ホーム、デイサービスセンター、病院、鍼灸院等から協力を得ている。
- ・現在、大東市の第一層協議体の構成員はすべて民間企業等である。また他方で、民間企業等との見守り協定の締結も進めている。協議体の場を活用するとともに協定締結を進めて企業の巻き込みを図り、協力関係を拡大に取り組んでいる。
- ・このように住民、民間それぞれが主体的に動いていけるように促していくことで、住民の身近な生活環境に介護予防の活動が埋め込まれ、介護予防の意識づけや継続的な活動が行われやすい環境整備が進んできた。

図表IV-2-1-3【住民主体の活動の継続を支える様々な工夫】

| | |
|-------------------|--|
| <p>意識づけ</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆実施と継続の意識づけ（体操による自分の生活への影響・効果の理解に基づく参加促進） ◆主体性の意識づけ（少人数対象の出前講座方式の啓発により、各参加者の主体性を向上） ◆活動の称賛（活動を称賛して地域間の競争心を活動） |
| <p>住民の活動の継続促進</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆リーダー・サポーターをつくらない（特定の人に負担を集中させない、リーダー・サポーターが抜けることによる活動停止を未然に防止） ◆少人数運営（少人数で身近さの確保と運営負担の軽減。人数が増えた場合は小グループに分割） ◆要介護認定者・重度者の参加（自分が将来どのような状態になっても参加できる場をつくるのは自分たちだという意識の醸成） ◆補助金を出さない（補助金の削減・廃止に伴う活動停止を未然に防止。経済的な支援をせず住民の工夫を促す） ◆専門職の関与は最低限にする（専門職は現場支援をせず、活動継続の支援を意識する。距離感をもって活動を見守る立場に徹する） |
| <p>住民活動の支援</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆定期的な連絡（通いの場に限らず、多様な機会を利用して困りごとを把握。課題が大きくなるうちに対処できる頻度で接し、問題発生を未然防止する） ◆民間企業等の協力（大東市の第一層協議体のメンバーは民間企業で構成されており、民間企業が通いの場に場所を提供している） |

(3) 取組の現状

● 通いの場への参加

- ・2021 年度現在、活動地域は 129 にまで広がっている。
- ・参加者では女性が 9 割近くを占めている。大東市では、参加者の少ない男性の参加拡大よりも、女性の後期高齢者、特に 85 歳以上の参加拡大を重視している。これには、単身率が高い女性の高齢者の社会とのつながりの確保や見守り等を進めていく目的に加え、介護人材の不足に対応していく目的も含まれている。すなわち、訪問介護の利用者においては女性の後期高齢者が多数を占めているという実態に対し、大東市では女性の後期高齢者の通いの場への参加拡大を図り、介護予防を推進していくことでサービス利用の抑制につなげることで、ヘルパーに対するニーズを抑えるという考え方を持っている。
- ・参加者を年齢別にみると、後期高齢者が 7 割を占めており、90 歳代も少なくない。大東市では意識的に参加者の平均年齢の上昇を図っており、その一環として 90 歳以上の参加者を表彰している。この効果もあり、90 歳以上の新規参加者が増えている。また、大東市ではすべての参加者が一緒にできる体操を重視している。参加者の年齢構成を考えると概ね 90 歳以上の人が実施できる体操が基本となるため、各グループでは工夫をしながら 90 歳代の人にもできる体操を実施している。他方で、市では持久力を高めるチェアエクササイズの開発をする等、体操メニューのバリエーションを増やし、参加者ニーズの多様化にも対応している。
- ・「大東元気でまっせ体操」は通所型サービス C の場ともなっており、通所型サービス C の終了後もそのまま「大東元気でまっせ体操」に通い続けることができる。状態を問わず継続的・定期的に通え、活動量の担保、相互の見守りを促進できるしくみとなっている。また通所型サービス C 対象者以外に、要介護認定者も参加しており、少数ではあるが重度の認定者も参加している。通いの場は住民主体の地域づくりの拠点でもあり、障害がある人もない人も一緒に地域で過ごすという考えに基づいて実施されている。このような考え方に対する理解は進んでおり、通所型サービス C 対象者はもとより、重度の認定者の参加も受け入れられている。なお、参加者からは、参加が自己責任であることの同意書を提出してもらうこととしており、重度の人を受け入れられやすい条件を整備している。
- ・近年、事業対象者及び要介護・要支援認定者の参加者が増加傾向にある。この傾向は、通所型サービス C の導入、ケアマネジャーへのインフォーマル加算の創設、ケアプランアドバイス・ケアプラン初回同行訪問等の取組効果が現れたものでもある。障害がある人もない人も一緒に過ごせる地域づくりが進展している様子が現れている。
- ・通いの場の開催は週に 1 回～ 2 回となっているが、通いの場への参加によって、参加者においては通いの場以外の日の活動量も概ね増えていく傾向がある。数人の集まりの中には必ず活動的な人がいるため、活動的な人の活動に引き込まれて虚弱な人の活動も増えていくためである。大東市では通所サービスの利用者にも、通いの場の併用を勧め、通所サービス利用者も通いの場への参加を通じて、日常の活動量が増えている。その結果として通所サービスを必要としない人も出てきている。
- ・大東市の通いの場の会場は概して狭い。一会場あたりの参加者数が多くなった場合には、時間帯別、曜日別にグループを分けて実施する方法をとっている。グループを分けて少人数を保つことで、特定の人に過度な負担が及ばないようにすることができ、また各参加者の主体性・役割意識も維持しやすくなる。これが活動の継続を促す一つの要因ともなっている。また、グループを分けることで、それぞれのグループサイズが小さくなるため、新たな人を誘う動きも出てくる。このようなこともグループと参加者の両方の増加につながっている。

図表IV-2-1-4【通い場の参加者（2019年）】

| | 全体 | 性別 | | 年齢 | | |
|----|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 男性 | 女性 | 65歳未満 | 前期高齢者 | 後期高齢者 |
| 人数 | 1540 | 209 | 1331 | 43 | 430 | 1067 |
| 率 | 100.0% | 13.6% | 86.4% | 2.8% | 27.9% | 69.3% |

| | 認定状況 | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|---------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 一次予防対象者 | 二次予防対象者 | 総合事業対象者 | 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 |
| 人数 | 416 | 866 | 42 | 89 | 59 | 38 | 15 | 11 | 3 | 1 |
| 率 | 27.0% | 56.2% | 2.7% | 5.8% | 3.8% | 2.5% | 1.0% | 0.7% | 0.2% | 0.1% |

| 平均年齢 | |
|-------|-------|
| 2018年 | 2019年 |
| 76.4 | 76.9 |

出典：大東市

図表IV-2-1-5【通い場（元気でまっせ体操）の様子】 図表IV-2-1-6【体操のガイド】



元気でまっせ体操 立位バージョン

●声を出して数を数えながら行いましょう！

1、深呼吸

目的：胸を揺りながら姿勢を正し、しっかり息を吸うことができます
吸った酸素を全身に送りながら運動することができます



息を吸いながら肘を後方に引き胸を揺ります 胸を前に押し出しながら息をゆっくり吐きます

ポイント
鼻から吸い、口から吐く
息を吸いながらおなかを膨らませ
吐きながらおなかを凹ませる
(横式呼吸)

2、しゃがみ込み&背伸び

目的：しゃがむことで主に太ももの前の筋肉を鍛えます。縦方向のバランスが良くなります



胸は前方に伸ばし、かかとを床に接地したままで膝をゆっくりと曲げていきます

背伸び

使う筋肉



注意
膝や腰に痛みが出ないところまで

足を右に一歩開いて、両手を開いて膝を下ろす
一連の運動を行い、左側に足を開く

目的：足を開いてしゃがむことでおしりの横の筋肉(中殿筋)を鍛えます
横方向のバランスが良くなります

ポイント
しゃがむように膝にひざ関節を下ろす



出典：大東市ホームページ

●専門職・行政の関与

- ・住民の主体性を高めるため、行政、専門職の関与は最小限にとどめている。
- ・専門職の通いの場への関与は、原則として年に2回を上限としている。通いの場の連絡窓口を担っている人には、年に3回～5回の範囲で対面の機会を設けている。なお、専門職は現場支援をせず、距離を置いて活動を見守る立場に徹することとしている。
- ・行政は、通いの場またはその連絡担当者と年5回の接触機会を設け、通いの場の状況把握に努めている。比較的高頻度で接触機会を持つのは、通いの場における問題をなるべく早期に把握し、大きな問題に発展しないうちに対応するためである。年に2回の体力測定、年に3回の連絡担当者対象の講座（健康講座等）の機会を利用して各グループの話を聞いている。

●コロナ禍におけるサロン活動の状況

- ・コロナ禍により、活動休止等の影響はあったが、2022年には概ね活動が回復している。
- ・1回目の緊急事態宣言が出された時には、各地域で活動休止となった。2回目の緊急事態宣言時には、市長が「大東元気でまっせ体操は不要不急な外出ではない」と宣言し、通いの場の再開を促した。なお、この時点でも民間の施設（医療機関や高齢者施設等）や一部の自治会館等は使用できなかった。そこで、市の施設（体育館、生涯学習センター等）を開放し、従来使用していた施設を使用できなくなったグループの活動再開を支援した。市ではこの時、活動の条件として、国が示した三密回避、マスク着用、消毒等のルールの厳守、体操以外の活動（飲食やレクリエーション等）の禁止、地域包括支援センターが確認して認めた会場の使用を示した。結果的にクラスターは発生していない。なお、通いの場に参加できない人には体操の説明書とDVDを送付して自宅で実施してもらっている。

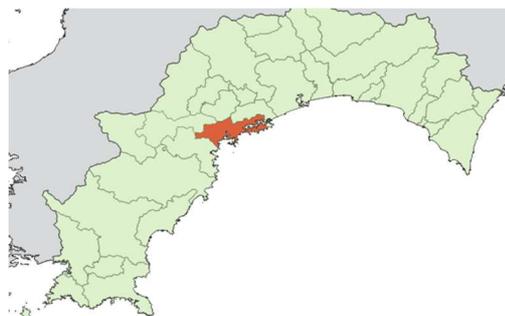
高知県須崎市

「ゆうゆう大学」と「地域の集い」：介護予防教室と通いの場の一体的な推進

- ・須崎市では 2006 年に介護予防教室「ゆうゆう大学」を立ち上げ、長期に渡って進化させてきた。
- ・ゆうゆう大学は、通所型サービス C と同様のプログラムを持つが、ハイリスク者だけでなく元気な高齢者も一緒に含めて行われている。終了後も見ずえて、参加者同士の関係づくりも意識されている。
- ・参加終了者を住民主体の通いの場「地域の集い」につなげていくため、ゆうゆう大学と地域の集いを一体的に推進する枠組みも整備している。
- ・地域の集いは 2022 年 3 月現在で 67 箇所にとり、介護予防の取組が地域に広がっている。市内各地で住民主体の通いの場が運営されている。

(1) 須崎市の地域特性

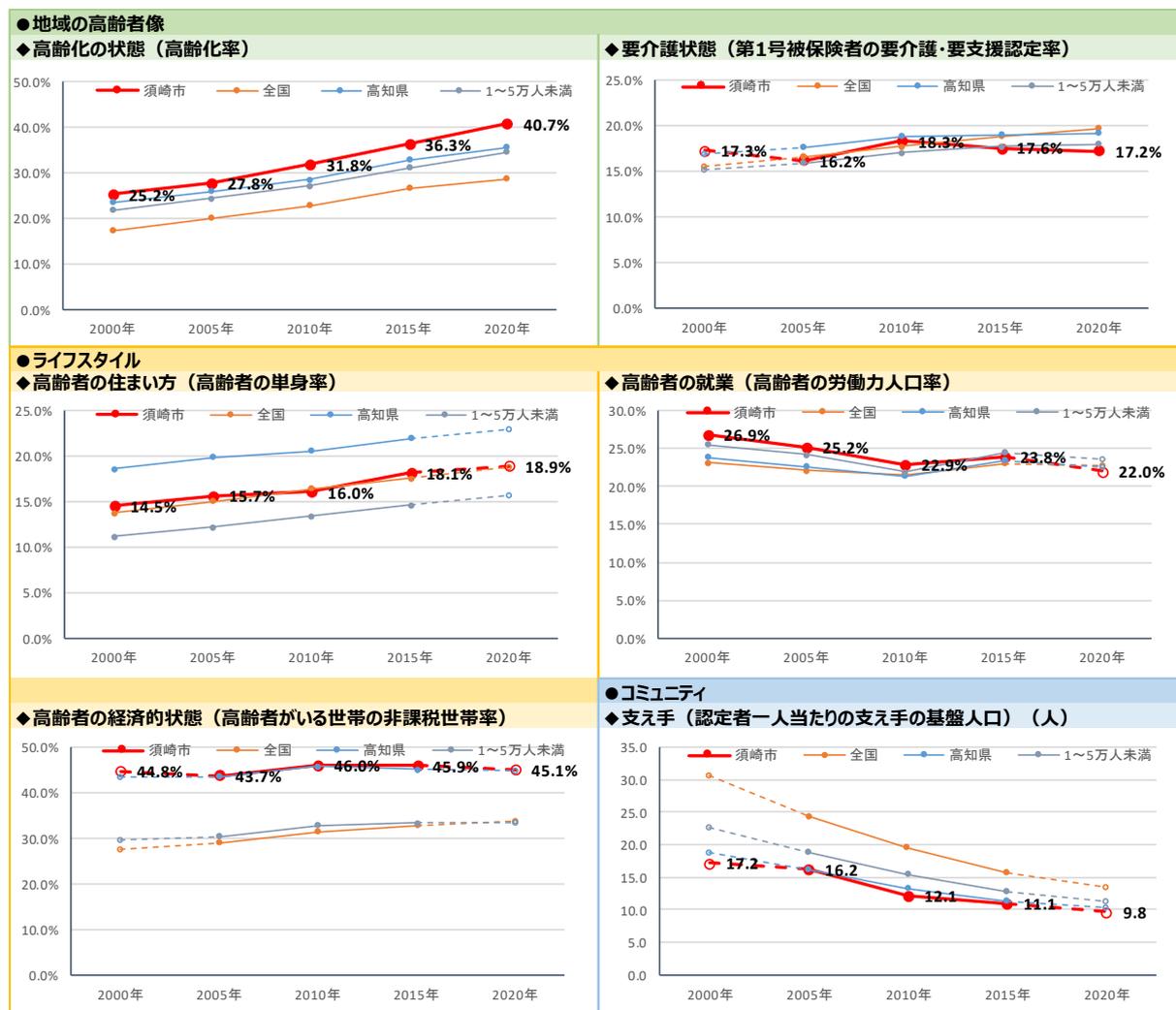
- ・須崎市は高知県のほぼ中央に位置しており、須崎湾口周辺に市街地を形成している。総人口（国勢調査）は 2015 年には 22,606 人であったが、2020 年には 20,590 人へと減少している。高齢化率（同）は 2015 年時点で 36.3%、2020 年時点で 40.7%となっており、全国の水準を大幅に上回っている。
- ・2015 年時点の高齢者の単身率は 18.1%、労働力人口率は 23.8%となっており、いずれも概ね全国と同水準にある。高齢化率が全国よりも大幅に高いにもかかわらず、労働力人口率が全国と同水準であることから、より高齢になるまで働く高齢者が多いと想定される。非課税世帯率は全国よりも大幅に高い水準で推移しているが、全国が増加傾向に対して須崎市では横ばいで推移している。要介護認定率は 2015 年度時点 17.6%、2020 年時点で 17.2%となっており、全国よりも低く収まっている。
- ・全国の保険者のデータを用いて推定した須崎市の認定率（理論値）[※]は 2015 年時点で 19.4%、2020 年時点で 19.6%となるが、実際の認定率（実績値）はこれよりも低く収まっている。このことから、須崎市には認定率を押下げる何らかの地域的な要因があると見込まれる。また、2010 年時点では認定率（理論値）と認定率（実績値）が概ね同水準であったが、2015 年以降、認定率（理論値）に対する認定率（実績値）が大幅に低くなっており、何らかの地域的な要因が認定率の低下を促進している可能性も想定される。それらの要因として市では、家事や手伝い等も含め、より高齢になるまで働く高齢者が多いこと、それにより廃用症候群が抑制されていること、また、地域に介護予防の取組が広がっていること等が関係していると考察している。



[※] 重回帰分析の結果を用いて算定。全国の保険者のデータ（認定率、高齢化率、単身率、労働力率、非課税世帯率、可住地人口密度、都道府県の認定率）を用いて算出した値。全国の保険者のデータから計算すると須崎市の認定率はどの程度になるかを示す値。

・市内には病院・診療所が 12 件あり、そのうちリハビリテーションを行っているところが 4 件ある。歯科診療所は 10 件あり、ゆうゆう大学等に関連する専門職は、これらの医療機関を含む市内の拠点の協力で確保されている。地域包括支援センターの運営は社会福祉協議会に委託されている。

図表IV-2-1-7【須崎市の高齢者像とコミュニティ】

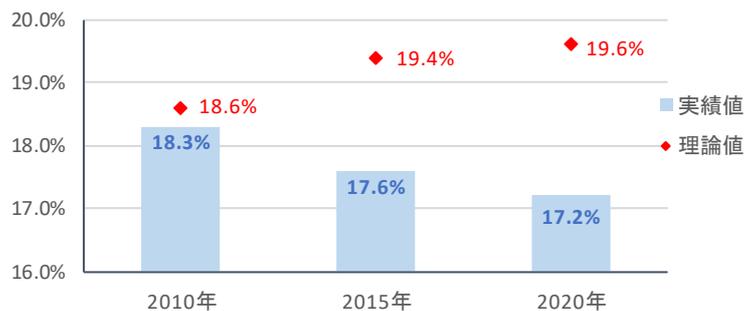


※上図の各指標は本報告書Ⅲ1における「地域の変化を可視化する指標」。

※高齢化率、単身率、労働力率は国勢調査、認定率、非課税世帯率は介護保険事業状況報告・地域包括ケア「見える化」システムのデータを用いて算出している。なお、項目によっては2000年、2020年に推計値を掲載している（2020年国勢調査結果が公表される以前の数値で計算）。

※「支え手（認定者一人当たりの支え手の人口基盤）」（独自指標）は、認定者一人に対して支え手となりえる層が何人程度いるかを示す。生産年齢人口と前期高齢者（≒健康寿命以下の高齢者）人口の合計を認定者数で割った値。

図表IV-2-1-8【須崎市の認定率（理論値と実績値の差）】



※理論値は重回帰分析の結果を用いた算定結果（本報告書Ⅱ3による。図表IV-1-2の注を参照）

(2) 取組の経過：工夫と改善の過程

- ・「ゆうゆう大学」は、住み慣れた地域で悠々自適な生活が送れることを目的に筋力、口腔、認知機能等の向上を図る総合的な教室であり、2006年に始まった。市の直営事業として実施されている。この事業では通所型サービスCと同様に短期集中の予防リハビリプログラムが提供されている。事業開始当初はハイリスク者のみを対象とする二次予防事業であったが、浮かび上がった課題に対応しながら事業の枠組みは大きく変化してきた。
- ・大きな変化の一つは、2008年のハイリスクアプローチからポピュレーションアプローチへの転換である。ハイリスク者のみを対象とした2年間の事業を通じて課題が見えてきたため、この転換につながった。最も大きな課題は、参加者が教室参加時の元気な状態を日常生活において維持できていないことであった。教室に参加して一時的に元気になっても日常生活では元の状態に戻っていることが明らかになり、日常生活における状態の改善が改めて課題となった。そこで、教室を元気な高齢者とつながる場にもしていくことでハイリスク者の日常生活に元気な高齢者とのつながりを持ち込み、ハイリスク者の日常生活における活動機会を増やしていく方向性が検討された。こうした方向性に基づいて、ハイリスク者だけではなく、元気な高齢者も一緒に参加する場へと転換することとなった。なお、元気な高齢者もハイリスク者と同じ「参加者」という位置づけで参加している。
- ・また一つの大きな進展は、ゆうゆう大学と「地域の集い」との一体的な推進への展開である。地域の集いとは、住民主体の通いの場である。ゆうゆう大学の卒業後に、卒業生が介護予防の取組を地域で継続に実践していけるよう、その受け皿も兼ねて、地域の集いの普及が図られることとなった。その上で、住民が主体的に地域の集いを運営していけるよう、ゆうゆう大学の位置づけの見直しが行われた。
- ・現在、ゆうゆう大学には3つのタイプがあり、そのうち「教室型」「地域の立上げ型」は地域の集いにつなぐための入り口ともなっている。すなわち、通いの場としての「地域の集い」に対して、その前段となる介護予防教室としての「ゆうゆう大学」という位置づけが明確化されている。
- ・教室型は、公民館・集会所等を巡回しながら毎年2地域程度を選定して実施されている。地域の集いの普及に向けて、地域の集いが立ち上がっていない地域を中心に行政が地域を選定して実施されている。他方、地域の立上げ型は、地域に働きかけを行ったうえで、地域から実施したいとの意向が挙げられた地域に出向いて実施されている。
- ・2015年には、「元気高齢者対象のインターバル速歩教室」が加わり、現在の3つのタイプがそろったこととなった。インターバル速歩教室は早い段階からの認知症予防、運動の習慣化を目的としている。高齢者の中でも若めの世代には百歳体操を敬遠する傾向もあり、この点も考慮して従来の体操とは別のプログラムとして加えられた。
- ・このように須崎市では、総合事業と重なる事業枠組を早くから整備し、推進していた。総合事業への移行後、ゆうゆう大学、地域の集いは、一般介護予防事業の位置づけで行われている。なお、ゆうゆう大学は、前述の通り、通所型サービスCと同様のプログラムを持つものの、元気な高齢者も含めて実施していることから、介護予防の通所型サービスではなく、介護予防普及啓発事業として実施されている。すなわち、須崎市では総合事業の個別の事業の条件に合わせて従来の事業を組み替えるのではなく、従来の市の工夫の産物である事業の枠組みをそのまま生かす方向で総合事業に組み込んでいる。
- ・地域の集いは、2008年度末時点で19箇所であったが、2022年3月末現在で67箇所となっている。

図表IV-2-1-9【ゆうゆう大学の概要】

介護予防教室(ゆうゆう大学)の歴史

- 平成18、19年
2次予防事業対象者のみを対象とし、週2回で実施していたが、虚弱な人が多く、頻繁な誘い出しをして支援しても中断する人も出てきたり。
 - 平成20年～
元気高齢者も一緒にという方向に転換して、引き続きチェックリストとの併用で2次予防対象者を選んで誘い出しをして実施する形をとった。
内容はいきいき百歳体操と健康学習で行っている。
H22～週1回の実施、H23～かみかみ100歳体操追加
 - 平成25年
認知機能のチェックを前後で行い評価対象に追加した。
 - 平成27年
しゃきしゃき100歳体操が高知市より出たのでそれを含んだ、脳トレと認知症予防を組み込んだインターバル速歩の教室を開始した。
- ゆうゆう大学(通常2箇所)、インターバル速歩(実施中)



いろんな思考錯誤を経て現在のゆうゆう大学に



ゆうゆう大学のタイプ

3つのタイプ

教室型と地域の集い立ち上げ型、インターバル速歩

【タイプ1、教室型】

健康教室と筋力体操を合体(全18回、約4か月)

【タイプ2、地域の立ち上げ型】 プチゆうゆう大学

筋力体操を実施(人数によって全4～10回、約1～2か月半)

【タイプ3、元気高齢者対象のインターバル速歩教室】

元気高齢者向け

認知症予防、早い段階での運動習慣を身に付けてもらうことを目的としている。若い世代は百歳体操敬遠しがち。

出典：須崎市の介護予防事業～ゆうゆう大学の実際と地域の集いについて～

(3) 取組の現状

● ゆうゆう大学

- ・ゆうゆう大学の基本形である教室型は現在、下表のように実施されている。
- ・基本的なプログラムは予防リハビリだが、教室の終了後も地域において自立的に介護予防の取組を継続できるよう、住民主体の通いの場「地域の集い」につなげていく流れが組まれている。このため、教室の前半には、筋力アップ等の状態改善に重点が置かれるものの、後半には参加者間の関係づくりにも重点がおかれていく。この関係づくりの延長線上で「地域の集い」の立ち上げにつなげていく設計となっている。
- ・状態の改善がみられない場合、状態が悪化した場合については、他の総合事業や認定等につなげていく。ゆうゆう大学は市の直営事業であるため、他の事業とも連携を図りやすく、早期発見・早期対応上のメリットがある。
- ・事業の評価は、客観的データ及び主観的データ評価を用いて総合的に行われている。

図表Ⅳ-2-1-10【ゆうゆう大学の実施概要】

| | |
|-----------|---|
| 対象 | ・65歳以上の高齢者（2次予防事業対象者、元気な高齢者） |
| プログラム | ・短期集中型予防リハビリプログラム+健康教育：全18回（約4カ月） ※参加者には目標を立ててもらい、参加後しばらくはケースバイケースの対応を行う。 |
| 内容 | ・測定（体力・認知機能等） ・健康教育 ・いきいき百歳体操（筋力）、かみかみ百歳体操（口腔機能）、しゃきしゃき百歳体操（認知機能） |
| 地域の集いへの接続 | ・教室実施中に地域の集いの立ち上げにつなげる工夫を行う ◇継続による成果の実感（正しい体操の継続による筋力アップの実感） ◇継続の必要性について繰り返し理学療法士より説明 ◇食事会の開催スタッフが仲良くなれるように参加者を誘導 ◇終了後に地域の集いの立ち上げやつなげる支援を実施 等 |
| 実施地域 | ・年2地区程度（公民館や集会所等市内地域を巡回しながら実施） |
| 募集 | ・1地区25人～35人程度 |
| 運営体制 | ・理学療法士（いきいき百歳体操の指導、重りの調整） ・看護師（参加者の体調管理） ・歯科衛生士（かみかみ百歳体操の指導と口腔の評価） ・管理栄養士（食生活・栄養指導） ・サポーター（参加者の見守り、声かけ、会場の準備） ・保健師（教室の運営、健康教育、評価、個別対応） ・事務（事務作業、教室への参加） |

| | |
|------|--|
| 事業評価 | <p>客観的データと主観的データを評価指標として総合的に評価</p> <p>《客観的データ》</p> <p>①体力測定（5項目）</p> <p>②理学療法士の評価、歯科の評価</p> <p>③MMSE（認知機能）</p> <p>④今後の体操の継続人数、地域の集いの立上げ数</p> <p>⑤参加者の身なり、格好、表情、会話の量</p> <p>《主観的データ》</p> <p>①基本チェックリスト（教室開始時と終了時）</p> <p>②アンケートによる本人の感想と生活の変化（教室中間時点・終了時）</p> |
|------|--|

図表IV-2-1-11【ゆうゆう大学のステップとプログラム例】

ゆうゆう大学のステップ

《前半(最初の1ヶ月)》
 最初の方は体操の導入に関して楽しく体操を学んでもらう
 とりあえずはまずは1ヶ月続けてきてもらわないと効果を実感できないまま
 に終わり、悪い印象を与えてしまう(脱落者を出さないように)

《中盤(1~2か月)》
 筋力がアップしてきたことをじわじわと実感してくる時期(おもりが増える喜び)
 友人作りや自分でできることを徐々に増やしてもらう
 (食事会やレクの内容を工夫)
 お客様ではなく、自分のことは自分でやってもらうようにということを再確認
 意識し続けないと気付けばお互いが依存関係になっていく。

《終盤(3~4か月)》
 グループ化を意識した関わりができていますか？
 教室終了後の行き先についての対策がメインに

| 回 | 実施日 | 曜日 | 学習内容 |
|----|--------|----|--|
| 1 | 8月25日 | 金 | 開校式・体力測定を行います。 |
| 2 | 9月1日 | 金 | <ul style="list-style-type: none"> ・体操に向けての体や歯の状態などを確認します。 体力測定と足の状態、お口の状態をみます。 写真撮影 |
| 3 | 9月8日 | 金 | <ul style="list-style-type: none"> ・体操についての学習やかみかみ百歳体操を楽しく学びます。 特定健診について |
| 4 | 9月15日 | 金 | <ul style="list-style-type: none"> ・百歳体操や日常生活で筋力の向上を目指します。 歯科衛生士さんが歯磨き指導をしてくれます。 |
| 5 | 9月22日 | 金 | <ul style="list-style-type: none"> ・認知症予防や自宅での介護予防について学びます。 転倒を防ぐ生活について 福祉用具について知ろう |
| 6 | 9月27日 | 水 | 痛みのある時の体操 |
| 7 | 10月6日 | 金 | 認知症予防について |
| 8 | 10月13日 | 金 | 脳こうそく・脱水について |
| 9 | 10月20日 | 金 | 体操の効果と運動を続けるコツについて 重りの調整について 社会福祉協議会について |
| 10 | 10月27日 | 金 | 栄養のお話①（お食事会） |
| 11 | 11月1日 | 水 | <ul style="list-style-type: none"> ・教室を終了しても体操を続けられる方法を一緒に考えていきます。 体力測定 |

出典：須崎市の介護予防事業
 ～ゆうゆう大学の実際と地域の集いについて～

図表IV-2-1-12【ゆうゆう大学の様子】



図表IV-2-1-13 【ゆうゆう大学と地域の集いの一体的推進の効果】



出典：須崎市の介護予防事業
～ゆうゆう大学の実際と地域の集いについて～

●地域の集い

- ・地域の集いは 2008 年度末時点では 19 箇所だったが、2022 年 3 月末には 67 箇所になっている。地域の集いでは、いきいき百歳体操・かみかみ百歳体操・しゃきしゃき百歳体操が行われており、その会場には、公共施設のほか、商業施設（ドラッグストア等）、個人宅等が使用されている。
- ・体操後に参加者同士でレクリエーションや歌、茶話会等を実施している地区もある。参加者からは「体操をすることでからだの変化を実感」という感想のほか、「友人ができた」「みんなに会うのが楽しみ」「生活に張りが出た」といった感想も寄せられており、参加者には身体的な変化、精神的な変化が実感されている。
- ・地域の集いの普及に向け、ゆうゆう大学で立上げ支援を行っているほか、立上げ後にフォローアップを行っている。

図表IV-2-1-14【地域の集いの様子】



出典：須崎市の介護予防事業
～ゆうゆう大学の実際と地域の集いについて～

●成果と課題、今後の展望

- ・毎年の事業評価は、客観的データと主観的データを用いて総合的に行われている。コロナ禍前の評価においては、客観的データによって、参加者の体力測定結果の改善、認知機能の改善・現状維持が確認されるほか、地域の集いの立上げの実績も確認されている。また、主観的データによって、前向きな気持ちへの変化（「人に会うのが楽しみ」等）、身体の改善（「膝の痛みが軽減」等）、生活の変化（「散歩に行けるようになった」等）に関する感想等が確認されている。参加者の多数には改善効果が確認されている。
- ・他方、2022 年は認定率の上昇傾向が確認されている。コロナ禍でゆうゆう大学、地域の集いの中止や縮小があったことも認定率の上昇に影響している可能性があると思定されている。裏返せば、ゆうゆう大学、また地域の集いが認定率の抑制に寄与していた可能性も想定される。こうした分析を経て、コロナ禍からの早期の立て直しに向けた取組を進めている。
- ・中長期的にみると、事業の開始時期が早かったため、古くからの継続参加者は 80 歳代後半から 90 歳代となっている。長期に渡って継続的な参加が得られていることは成果であるが、他方では、高齢化と人口減少が非常に進んだことによりコミュニティそのものが脆弱になり、地域の集いの維持が困難になった地区も現れ始めている。こうした地区における介護予防の継続は課題となっているが、コミュニティの状況によっては従来型の活動の継続が最善の選択肢になるとは限らない。地域の実状に応じて可能なフォローアップ、また検討作業等を進めている。
- ・同じ高齢者でも世代の違い等によってライフスタイルや好みは異なる。これからの 60 歳代・70 歳代では就労も含めて多様な選択肢を用意していくことが重要視される。2015 年に導入したインターバル速歩教室もこのような世代別ニーズへの対応でもある。ニーズに合った介護予防が実践できるよう、須崎市ではこうした調整を今後とも行っていくこととしている。

図表IV-2-1-15【事業の評価（コロナ禍前のある年度の例）】

ゆうゆう大学の評価

【客観的指標】

- 体力測定
5m歩行…61%改善 UP&GO…84%改善
- MMSE
改善…26人中12人 変化なし10人 悪化4人
- 終了後
 - ・地域の集いとして立ち上がり:3グループ
 - ・それ以外は自分の住んでいる地域の集いへの参加
 - ・引き続きゆうゆう大学への参加:4名
 - ・介護保険の申請:2名(1名要介護1、1名非該当)

【主観的指標】

- 基本チェックリスト
一次:16名⇒21名 二次:12名⇒6名 (二次予防対象者が減少)
- 感想・生活の変化
 - ・前向きな感想、生活の変化が多く出た
- 副次的効果
 - ・認知症家族の会につながった
 - ・サポーター候補の発掘
 - ・地域につながりにくい人への活動機会の提供(サポーターとして登録)

出典：須崎市の介護予防事業
～ゆうゆう大学の実際と地域の集いについて～

図表IV-2-1-16【主観的データの例】

主観的データ(参加者の感想の例)

- 気持ちの変化
 - ・指定された日に出かけることに張り合いを感じる(R)
 - ・なつかしい人にお会いできてうれしいです。
 - ・すこしは気持ちがかわった。
 - ・人に会うのが楽しみです(多い)。
 - ・ひとりでの行動が多い傾向にあったがグループでできて楽しかった。
 - ・生活及び生きていくことに元気が出るみたいな気がするが、家に帰ると妻のことを考えるとしょぼくれている。
 - ・友達が増えて嬉しい(多い)
- 身体の変化に関して
 - ・体の動きが軽くなりあちこちが痛かったのが減りました。
 - ・体の変化はあまり感じませんが、時間がある時には体操したいと思います(S)
 - ・ひざの痛みが軽減した。
 - ・近距離は杖を忘れてしまうくらいになった。
- 生活の変化
 - ・腕が肩以上に上がるようになって、洗濯物が干せました。
 - ・変わりなく生活。落ちたことはない。
 - ・ゴミを捨てに行くのに必ず一度休憩をしなければならなかったが、気が付いたら休まず行けるようになっていた。
 - ・また再び外出するようになった。
 - ・家の用事ができるようになった。
 - ・朝起きれるようになった(生活にメリハリがついた)。
 - ・ひざの水が引いて、散歩に行けるようになった。歩行距離が延びた。

出典：須崎市の介護予防事業
～ゆうゆう大学の実際と地域の集いについて～

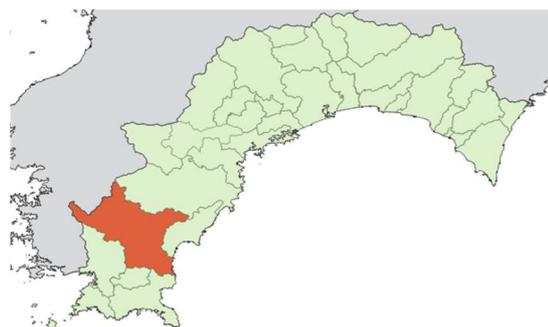
高知県四万十市

「地区健康福祉委員会」を中心とした「集まる」を起点とする地域づくり：住民の「集まりたい」を生かし、支援する独自制度の継続

- ・四万十市では、急速に進行する高齢社会に対応していくため、2012年から四万十市健康・福祉地域推進事業を推進している。高齢化率が30%となった時点で、その先5年～10年後の地域社会の構造変化を見すえて設計した事業である。
- ・健康・福祉地域推進事業は、身近な地区単位で住民が自主的に設立する「地区健康福祉委員会」の活動を推進する事業である。
- ・各地区の健康福祉委員会では①介護予防・健康推進事業、②支えあいの地域づくり事業のうち、住民ができること、実施したいことを工夫して実施している。
- ・市内166地区の約70%に当たる116地区で地区健康福祉委員会が設立されている（2021年3月末現在）。

（1）四万十市の地域特性

・四万十市は高知県西南部に位置しており、総面積632.29 km²の8割以上を森林・原野が占める。旧中村地域を中心部には市街地が形成され、一方、旧西土佐村地域は過疎地域に指定され、四万十川の支流沿いに小規模の集落が散在する。小規模都市の市街地周辺に小規模集落が点在する地域構造となっている。

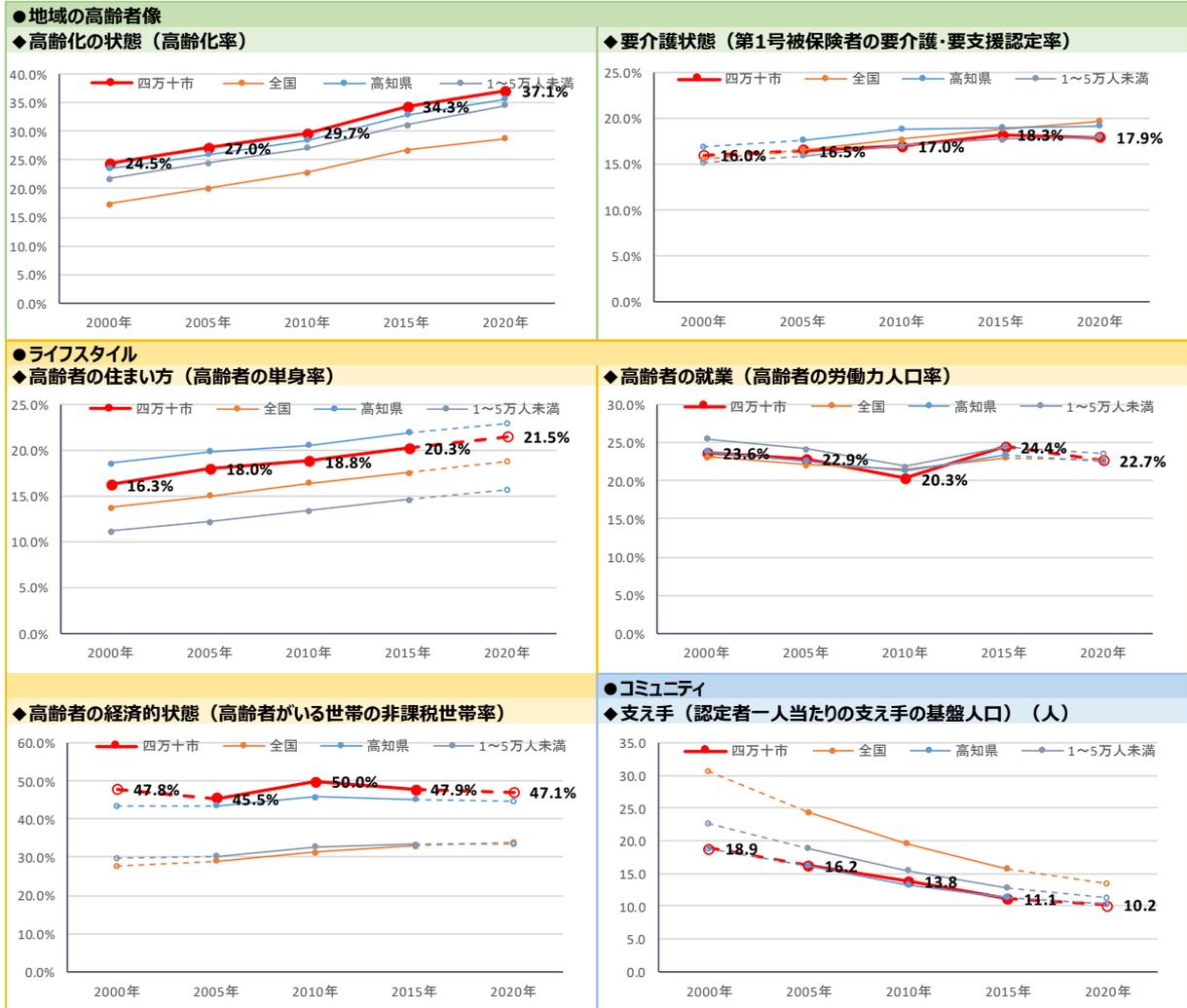


- ・総人口（国勢調査）は1985年の40,609人をピークに減少し、2015年には34,313人、2020年には32,694人となっている。高齢化率（同）は2015年時点で34.3%、2020年時点で37.1%となっている。旧西土佐村地域の中山間地には高齢化率が50%を超える地区もある。日本全体で2020年に迎える高齢率の状況を四万十市では2010年時点で既に経験している。
- ・2015年時点の高齢者の単身率は20.3%、非課税世帯率は47.9%となっており、一人暮らしや低所得の高齢者の割合が全国よりも高くなっている。労働力人口率は概ね全国と同水準にある。他方、要介護（要支援）認定率は2015年度時点で18.3%、2020年時点で17.9%となっており、全国よりも低く収まっている。
- ・全国の保険者のデータを用いて推定した四万十市の認定率（理論値）[※]は2015年時点で19.2%、2020年時点で19.3%となったが、実際の認定率（実績値）はこれよりも低く収まっている。このことから、四万十市には認定率を理論値よりも押下げる何らかの地域的な要因があると見込まれる。その要因について、

[※] 重回帰分析の結果を用いて算定。全国の保険者のデータ（認定率、高齢化率、単身率、労働力率、非課税世帯率、可住地人口密度、都道府県の認定率）を用いて算出した値。全国の保険者のデータから計算すると四万十市の認定率はどの程度になるかを示す値。

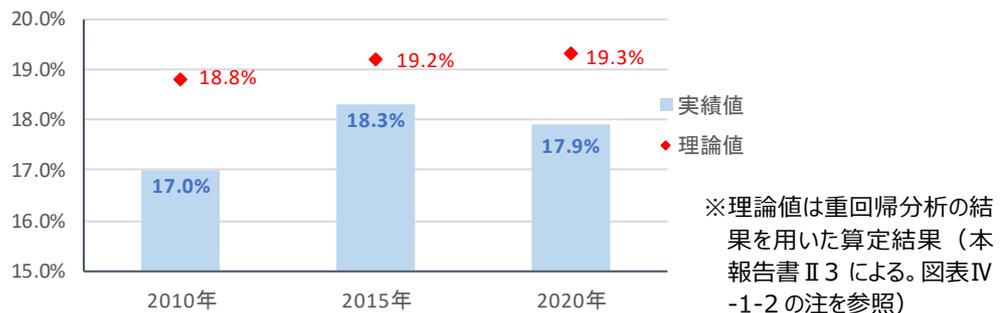
四万十市では、地域のコミュニティの状況（近隣交流、地域活動の活発さ等の状況）や地域の取組の効果（健康づくり・生きがい活動、介護予防・日常生活支援の活動等）等が関係していると考察している。
 ・地域包括支援センターは市直営で高齢者支援課内に設置されており、旧西土佐村地域に支所が設置されている。

図表IV-2-1-17【四万十市の高齢者像とコミュニティ】



※上図の各指標は本報告書Ⅲ1における「地域の変化を可視化する指標」。
 ※高齢化率、単身率、労働力率は国勢調査、認定率、非課税世帯率は介護保険事業状況報告・地域包括ケア「見える化」システムのデータを用いて算出している。なお、項目によっては2000年、2020年に推計値を掲載している（2020年国勢調査結果が公表される以前の数値で計算）。
 ※「支え手（認定者一人当たりの支え手の人口基盤）」（独自指標）は、認定者一人に対して支え手となりえる層が何人程度いるかを示す。生産年齢人口と前期高齢者（≒健康寿命以下の高齢者）人口の合計を認定者数で割った値。

図表IV-2-1-18【四万十市の認定率（理論値と実績値の差）】



(2) 取組の経過：工夫と改善の過程

- ・四万十市では、急速に進行する高齢化社会に対応していくため、2012 年から四万十市健康・福祉地域推進事業を推進している。健康・福祉推進事業は、身近な地区単位で住民が自主的に設立する「地区健康福祉委員会」の活動を推進する事業である。この事業では①介護予防・健康推進事業、②支えあいの地域づくり事業を活動メニューとして各地区の住民に組織設立を呼びかけるとともに、設立後には上記①②の事業委託料の支払い、講師紹介等の活動支援を行っている。
- ・この事業は総合事業（地域介護予防支援事業）における「通いの場」と似通った枠組みを持つ事業であり、総合事業以前から推進されていた。このため、総合事業への移行時には既に多くの地区で住民の活動基盤ができており、総合事業における「通いの場」の活動の早期拡大にもつながった。
- ・早くからこのような事業が推進されてきた背景に、大きく三つの要因がある。一点目は、全国よりも高齢化が先行して急速に進み、加えて人口減少も進んでいたため、地域社会における介護予防・健康維持、支えあいの仕組みづくりが重要課題として認識されていたことである。二点目は、「地区保健推進委員会」「高齢者地域ふれあい談話室」「地区社会福祉協議会」という制度的な住民の活動基盤が各地区にあったことである。三点目は、それらの地区組織や地域住民に、「地域で集まりたい」「活動を続けたい」という意向があったことである。
- ・四万十市ではこの三点を地域課題と地域資源の観点からとらえることで、地域主体で住民の健康福祉を支える体制づくりという方向性が明確になった。2010 年には「健康福祉に係る地域組織の在り方検討委員会」が設置され、高齢化率が 30%超となる 5 年～10 年先の地域構造の変化を見すえて検討作業が行われている。検討作業では、既存の地区組織それぞれの活動目的である「健康推進」「ふれあい」「地域福祉・生きがい」を総合的な地域づくりの視点のもとに統合する方向性が示され、また、介護予防という目的も明確に示され、「地区健康福祉委員会」として統合的に再編されることになった。こうして四万十市健康・福祉地域推進事業は、住民の「地域で集まりたい」「活動を続けたい」という意向を生かし、「集まり」の継続的な支援を通じて、住民による介護予防・健康増進、支えあいの地域づくりを推進する事業となった。
- ・各地区の健康福祉委員会では、住民が自らできること、実施したいことを選択し、工夫しながら活動を推進している。四万十市健康・福祉地域推進事業の開始当初、地区健康福祉委員会が設立された地区は市内全 166 地区中 101 地区であったが、2021 年 3 月には 116 地区までに増えており、全地区の 70%をカバーするまでになっている。
- ・事業開始から既に 10 年を経過し、事業開始当初の想定期間に達している。現在、各地区の活動は継続的に続いており、90 歳代の参加もめずらしくなくなってきた。他方、地区健康福祉委員会を中心に各地区の活動を支援する体制、各地区の活動と相互補完する体制が徐々に築かれ、地域包括ケアシステムの充実につながってきた。支援体制としては生活支援コーディネーターの配置、補完体制としてはまちなかサロンの開設等があげられる。これにより現在、四万十市の地域づくりは「地区健康福祉委員会による地域づくり」から「地区健康福祉委員会を核とした地域づくり」に移行しつつある。

(3) 取組の現状

●事業内容

- ・現在、四万十市健康・福祉地域推進事業は下表の通りに行われている。地区健康福祉委員会によるこれらの活動については、四万十市高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画にも明記されており、新たに推進されることとなったフレイル予防の取組の一つであるフレイルチェック等の活動も、地区健康福祉委員会の通いの場が活用される予定である。
- ・事業費は、介護予防の加算分が一般介護予防事業の事業予算から充てられており、他は一般会計から支出されている。

図表IV-2-1-19【事業内容及び委託料】

| | | | |
|--------------|--|---|--|
| 目的 | 少子高齢化が進む中、各地域の子どもから高齢者、障害者など全ての住民が助け合い、住み慣れた地域でいつまでも安心して健康に暮らせる地域の環境づくりを行う。 | | |
| 事業概要 | 市が指定する次の健康福祉事業を地区や集落等で構成する住民組織（「地区健康福祉委員会」を設立）に委託し、事業を推進する。 ①介護予防、健康推進事業 ・介護予防運動や学習会、地域内の住民に対する特定健診・各種がん検診の受診促進等を実施する。また、高齢期になっても元気に健康でいられるように、若年層（40～50歳代）から健康な身体のあり方や健康に対する意識を向上させる。 ②支えあいの地域づくり事業 ・地域内の独居高齢者、障害者、子育て家庭等の支援を必要とする家庭の見守り活動や生活支援を行う。 | | |
| 事業内容 | 事業 | 事業内容 | 委託料（上限額） |
| | 組織活動事業（必須） | ・組織の維持や事業の拡大に関すること（運営会議の開催） ・参加者拡大、引きこもり高齢者の受入れ等 | 年間 30,000 円を上限 ※新規設立に 30,000 円加算 |
| | 介護予防、健康推進事業（介護予防） | ・介護予防等の実施に関すること（筋力アップ、認知症予防） ・介護予防リーダー養成講座への参加等 | 構成員 8 人以上参加人数 5 人以上で、週 3,000 円を上限 ※毎週実施の場合、月 5,000 円を加算 |
| | 介護予防、健康推進事業（健康推進） | ・健診受診促進に関すること（声かけ等） ・健康づくりに関すること（学習会、保健師等による健康相談、検査、健康体操等） ・参加者の健康意識向上活動等 | 年額 30,000 円を上限 |
| 支えあいの地域づくり事業 | ・地区住民の把握と見守りに関すること（情報交換、声かけ、戸別訪問等） ・生活支援に関すること（買い物代行、掃除、ゴミ出し、外出介助等） ・学習会、防災教室等 | 実施世帯数に応じて支出。 年額 36,000 円を上限 | |

図表IV-2-1-20【健康・福祉地域推進事業の応募用説明資料】

平成24年4月から四万十市では、急速に進行する高齢化社会に対応していくために、地域の皆さんと協働し『高齢となっても住み慣れた地域でいつまでも元気に健康で安心して暮らすことができる地域』を目指していく「四万十市健康・福祉地域推進事業」に取り組んでいます。

①なぜ?

高齢化が急速に進行する中、『今は自分も家族も健康だし、地域の活動もなにか行われているので心配ないけど、でも十年後はどうなるのだろう?』と、将来に不安を持って過ごしていませんか?
平成29年4月1日現在、四万十市における高齢化率は、34.3%と10人に3人は高齢者となっております。
近い将来(数十年後)、さらに高齢化率は上昇し、10人に4人は高齢者となることが予測されます。
このような現状を踏まえて、若い頃から健康づくりに関心を持っていただき、いつまでも健康・元気で住みやすい地域社会を作っていくために、この事業に取り組んでいます。

②目的は?

①介護予防、健康推進事業
地域の中に健康で元気な人を増やしていきます。
②支えあいの地域づくり事業
隣近所の助け合いや見守り等により地域内のつながりを強めます。
この①健康②支えあいを基本に、**地域自らが取組むことにより、『いつまでも住み慣れた地域で暮らしていくことができる地域』**に近づけていきます。

③だれがするの?

地区住民会員が対象です。
住民のみなさんで「地区健康福祉委員会」を設立していただき、**地域ぐるみ**で各事業の実施・運営を行います。
市は、この「地区健康福祉委員会」に**事業を委託**します。

④どんなことをするの?

①介護予防、健康推進事業

【介護予防】
対象者：**地区住民会員**
(ただし、要介護の対象となる参加者は**原則65歳以上の方**)
内容：要介護状態にならないように、集会所や広場等に一定の人数が集まり、簡単にできる体操や学習を行います。また、高齢になっても家に閉じこもらず、地域の方々と談笑しながら交流を深め、健康状態の維持につなげます。
※原則、週1回活動してください。

【健康推進】
対象者：**地区住民会員**
内容：いつまでも健康でいられるように、地域ぐるみで健診の受診促進や学習会の開催などを行い、健康に対する意識を高めていきます。

②支えあいの地域づくり事業

対象者：**地区住民会員**
内容：地域内で困っている人を把握し、地域で見守り、支援等を行う支えあいの体制を作り、住み良い環境を提供します。
※ 事業内容の詳細及び委託料については、裏面に掲載しています。

⑤特典はあるの?

保健師の健康相談等
保健師が毎月30日を日安に、地区健康福祉委員会に直接向かい健康状態の把握を含めて事業の運営をサポートします。

市役所バスの研修利用
平日(水曜日以外)、地区健康福祉委員会の活動支援として、研修等(日帰り)に市のバスが利用できます。
(利用回数は、原則年間2回を上限とします。)

講師・指導者の紹介
学習会の開催、講演会の講師、健康体操の指導者などについては、全面的に市と社会福祉協議会が協力し紹介等のバックアップをして実施に向けてサポートします。

出典：平成 30 年度四万十市健康・福祉推進事業

● 設立状況・参加状況

- ・地区健康福祉委員会の設立、活動の状況は下表の通りである。介護予防を実施している地区が 109 と多い。そのうち、総合事業における住民主体の通いの場の条件を満たす介護予防を実施している地区が68となっている。各地区の健康福祉委員会の母体組織や活動は多様であり、前身の制度的組織（地区保健推進委員会、高齢者地域ふれあい談話室、地区社会福祉協議会）、また自治会、サークル等に応がる。
- ・住民全体を対象とした事業であるが、参加者の大半を高齢者が占めており、中でも後期高齢者が多数を占めている。中には 80 歳代から 90 歳代の参加者が多数を占める地区もある。大半の地区では実質的に高齢者による主体的な地域づくりを推進する事業として機能している。また、男女別では女性が多数を占めるが、男性が世話役を務める地区では男性の参加も多い。

図表IV-2-1-21【設立・活動状況（2020年度）】

| 地区数 | 区数 | 設立地区数 | 設立率 | | | 実施事業 | | | |
|-----|-----|-------|-------|--------|-------|-------------|------|--------------|----|
| | | | 全市 | 最大地区 | 最小地区 | 介護予防、健康推進事業 | | 支えあいの地域づくり事業 | |
| | | | | | | 介護予防 | 健康推進 | | |
| | | 基本 | | 追加 | | | | | |
| 12 | 166 | 116 | 69.9% | 100.0% | 42.9% | 109 | 68 | 102 | 87 |

※「介護予防」の「追加」部分が総合事業における住民主体の通いの場にあたる。

●活動状況

- ・各地区の活動内容は多様であるが、70歳代・80歳代が集まる地区では体操・運動が、80歳代・90歳代が集まる地区では認知症予防が多く行われている。地区にもよるが、運動や口腔ケアの推進においては、リハ職、保健師、管理栄養士等の専門職の支援を受けながら活動が行われている。
- ・世代間交流が盛んな地区等もあるほか、自治会と連携して防災訓練等を行っている地区、移動スーパーに合わせて開催している地区、送迎を行っている地区、遠出を行っている地区、カフェを運営している地区等もあり、各地区の特性に応じて工夫が行われている。
- ・活動場所では、地区の集会所、公共施設等のほか、公園・グラウンド、喫茶店等も多い。市内には個人経営の喫茶店等が多く、こうした民間施設も活動場所となっている。
- ・地区間の交流や情報交換も行われており、各地の取組に横展開も見られる。なお、地区間の交流機会には、流域地区の大会、旧市町別の地区の集まり、健康づくりサポーター事業等がある。

図表IV-2-1-22【健康福祉委員会情報誌 2019（抜粋）】

気軽に集える地域の居場所

1 中村地区健康福祉委員会（紙園健康福祉委員会）

～集う事を大切に～



| 経路 活動 | 事業実施状況 | | |
|----------|------------|----------|----------|
| | 介護予防 基本 | 健康 増進 | 支え あい |
| - | ○ | - | ○ |

代表者 山崎 健男
開催場所 河川敷 ムツゴロウ
よんでんホール
開催日時 月2回（第2金曜、毎月20日）
15:30～17:30
参加人数 平均7人

活動の概要
紙園健康福祉委員会は、大橋通2丁目と山手通りの住民で構成されている。男性が主体のグループとなっています。月2回の活動のうち、1回は大橋通 6～7丁目と会場で活動されています。紙園健康福祉委員会単独の活動は河川敷や喫茶店（ムツゴロウ）を拠点としており、集食施設がない中で、地域資源を上手に活用した介護予防の活動に取組まれています。一方、雨天時やスペースの問題等の課題があることも実際のところで、安定的に活動ができる拠点を確保したいといった声も聞かれています。

介護予防・健康増進事業の特徴
介護予防の活動では、メンバーの1員であるスポーツ推進委員が中心になって様々な運動を導入されています。野筋運動やカーリントンと言われる床で行うカーリングに似た競技を通して、体力や認知機能の維持・向上に努められています。



気軽に集える地域の居場所

110 権谷地区健康福祉委員会

～皆で集い、和やかな時間を～



| 経路 活動 | 事業実施状況 | | |
|----------|------------|----------|----------|
| | 介護予防 基本 | 健康 増進 | 支え あい |
| ○ | ○ | ○ | ○ |

代表者 佐川 嘉明
開催場所 権谷せせらぎ交流館
開催日時 毎週土13:30～15:00
参加人数 平均13人

活動の概要
権谷地区健康福祉委員会は、権谷せせらぎ交流館（旧権谷小学校）を拠点に毎週活動されています。その活動は多岐にわたり、地域の高齢者の外出の機会の創出し、活動的な生活と住民の関係性の向上に役立っているそうです。

介護予防・健康増進事業の特徴
介護予防の活動では、ストレッチ体操・ゴム体操・室内用のグラウンドゴルフ等、複数のメニューが流れるように進み、時間を感じさせない充実した活動が行われています。また、自宅でも楽しめる脳トレ用のプリントを配布しており、自宅でも心身機能の維持・向上に取り組みやすいのが特徴となっています。健康増進の活動では、保健師や管理栄養士を招き、健康に関する学習会を開催し、地域住民の健康への意識を高められています。

支えあいの地域づくり事業の特徴
支えあいの地域づくり事業では、1人暮らしの高齢者を中心に訪問による見守りを行っています。月1回は80歳以上の方を対象にお弁当の配達も実施しており、食生活の中で心身の状態の把握に努め、適切な支援に繋げるよう心掛けています。週1回の活動日は何よりの地域の情報交換・情報共有の場となっており、そこで集約した情報をもとに買い物代行してあげる等といった助け合い活動が展開されています。



出典：四万十市健康・福祉地域推進事業 健康福祉委員会情報誌 2019

●課題と対策

- ・各地区の健康福祉委員会に共通した課題として、参加者の高齢化、固定化が進んでいることが挙げられている。また、地区固有の課題として、市中心部での設立が進まないこと、また市中心部で活動に参加しない人が多いこと等が挙げられている。
- ・参加者の高齢化・固定化の課題に関しては、80歳代・90歳代の参加も続いていることから、参加者の介護予防・健康推進における一定の成果はあるとみられている。他方、参加者の周囲への波及や支えあいの地域づくりについては限界も指摘されている。これに対して生活支援コーディネーター、コミュニティソーシャルワーカー（いずれも専任の社協職員）を配置して、相談支援、地域課題の発見や情報共有等が進められている。生活支援コーディネーター等は各地区の世話役の身近な相談相手ともなって間接的に各地区の活動を後方から支えている。また、生活支援コーディネーターにより「くらし助け愛隊」という保険外の生活支援サービスも創設された。このサービスは訪問型サービスA養成講座の受講者からの「空いた時間なら手伝える」という声をいかしたものである。このように生活支援コーディネーター等の配置により、地区健康福祉委員会の活動を支援・補完する体制も充実しつつある。
- ・市中心部の設立や活動参加に関する課題については、「まちなかサロン」を開設することで、健康福祉委員会の活動と相互補完できるようになった。まちなかサロンは、自由に利用でき、住民による施設管理も不要な通いの場として2017年に開設されている。地区健康福祉委員会のようなサロン活動が苦手な人でも利用でき、他方、サークル活動の場としても利用されており、一定のニーズがある。利用者間のつながりもでき、自然発生的に利用者同士の見守り活動にも発展している。現在、「まちなかサロン」は社会福祉協議会が運営する事業の一環として1箇所のみ開設されているが、別の地区でもニーズがある。
- ・コロナ禍で地区健康福祉委員会の活動やまちなかサロンの利用にも影響が出ているが、地区健康福祉委員会の活動は、世話役の活動や生活支援コーディネーターの支援もあり、元に戻りつつある。

図表Ⅳ-2-1-23【まちなかサロンの案内】

まちなかサロン

65歳以上の方で、このような方はいらっしゃいませんか？

- 主治医から運動を勧められている
- 外出の機会が減り、行く場所がない
- 体力の維持・向上を図りたい
- 運動をしたいが一人では不安
- 早いうちから介護予防に取組みたい
- 仲間がほしい 等…

地域の皆さまの自主的な介護予防、生きがいづくりの推進を目的に、いつでも、気軽に、誰もが、自由に出入りできるサロンです。

内容
介護予防体操、趣味・創作活動、カラオケ、卓球、輪投げ、囲碁、将棋、専門職による健康講座等、自分でしたいことを自由に持ち込んでもOKです！
<介護予防体操実施時間>
午前10:00～ 午後2:00～

開所日・時間
開所日：(月・火・木・金) 時間：9時～16時
お休み：(水・土・日・祝祭日・年末年始)

場所
四万十市多目的デイ・ケアセンター「一条の里」
2階フロア

利用料金
1日あたり：100円（飲み物・保険料他）

特典
「高知家健康バスポート」対象施設です。
利用に応じてヘルシーポイントが取得できます。

利用要件
65歳以上の高齢者（併せつ・移動等が自立している方に限る）

持ち物
上履き用の運動靴・タオル・水分等

食事
お食事の持ち込みは自由です。
配食弁当のご紹介を行っています。

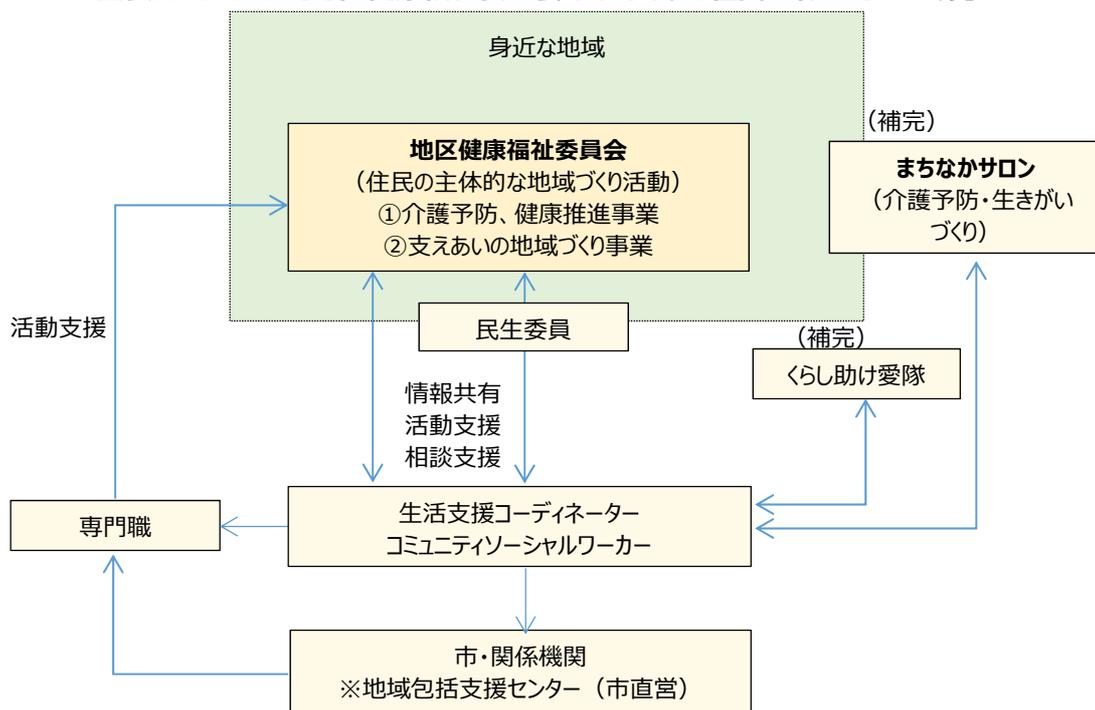
送迎
毎週(月・木)のみ、身体機能の維持・向上させるための体操を送迎にて実施します。地区割りとなっていますので、裏面をご覧ください。

出典：まちなかサロンパンフレット

●10年間の成果

- ・事業開始から10年が経過したが、各地区の活動は継続的に行われており、介護予防の取組が地域に定着してきた。地区によっては90歳代の参加者も珍しくなくなる中、活動が継続している要因には、世話役の頑張りは元より、住民の主体性を生かして支える制度設計が効果も発揮していると想定されている。すなわち、住民の「集まりたい」を生かし、自分たちができること、実施したいことを選択できるしくみ、行政からの委託料や専門職・講師紹介等による活動支援、高齢の参加者の関心と合致する「介護予防」の意識づけ等を一体化した設計が、住民の継続的な取組に合っていたと評価されている。
- ・また、地区健康福祉委員会を中心に据えたことで、各地区の活動支援のあり方、各地区の活動との相互補完のあり方も明確になり、地域包括ケア体制が徐々に進化してきた。高齢化と人口減少が進み、各地区の活動環境も厳しさが増す中、住民の主体性を支える適切な活動支援が重要性を増してくる。こうした中、生活支援コーディネーターが積極的に各地区に出向き、情報収集・提供や相談支援等に当たってきた。生活支援コーディネーターの配置のほか、まちなかサロンの開設等も含め、現在、「地区健康福祉委員会による地域づくり」から「地区健康福祉委員会を核とした地域づくり」に移行しつつある。この移行は「地区健康福祉委員会」という基盤があってこそその発展形であり、住民の主体的活動とその適切な支援・相互補完を通じたまちづくりへの展開過程ともなっている。

図表IV-2-1-24【地区健康福祉委員会を中心とする住民主体の地域づくり】



北海道美瑛町

小規模多機能型居宅介護施設を拠点とした住民互助の地域づくり

- ・美瑛町では、社会福祉法人美瑛慈光会が中心となって、圏域ごとに小規模多機能型居宅介護施設を拠点とした包括ケア体制を構築している。
- ・各圏域における施設の設置に向けた議論の段階から住民を巻き込んでいくことで、施設を拠点とした住民主体の地域づくりを進めている。
- ・最も新しく整備された拠点は介護機能のほか、コミュニティの場、仕事場等の機能も併せ持っている。住民自治、交流、仕事の機会の創出につながっており、互助が生まれやすい環境となっている。

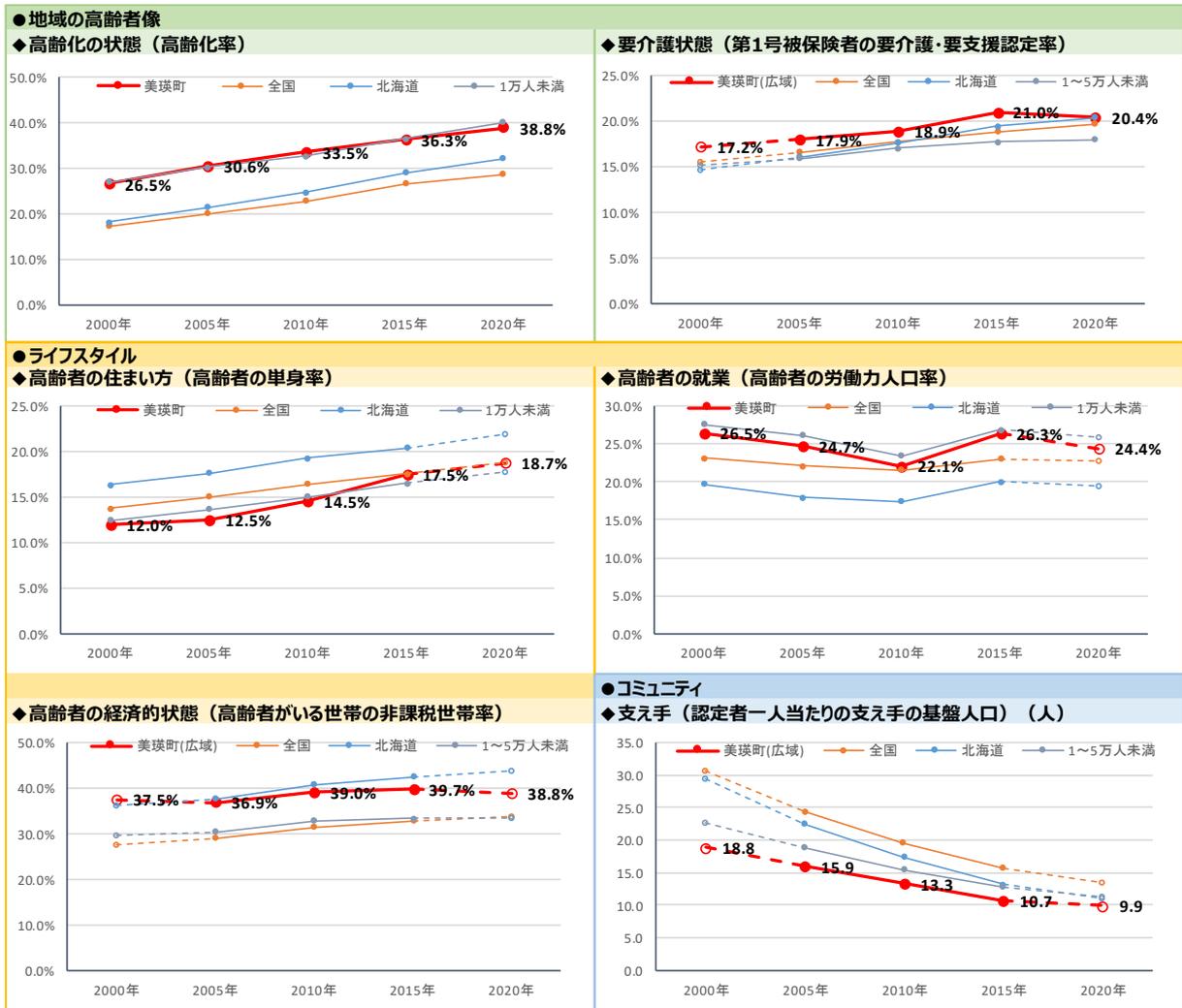
(1) 美瑛町の地域特性

- ・美瑛町は北海道のほぼ中央に位置し、なだらかな波状丘陵と雄大な自然環境に恵まれたまちである。面積は東京23区の広さに匹敵し、その70%以上を山林が、また約15%を畑地が占めている。畑作農業は町の基幹産業となっている。介護保険事業は、美瑛町、東川町、東神楽町の3町で構成される大雪地区広域連合が保険者となって運営されている。
- ・総人口（国勢調査）は1960年の21,743人をピークに減少し、2015年には10,292人、2020年には9,668人となっている。高齢化率（同）は2015年時点で36.3%、2020年時点の推計値で38.8%となっており、全国よりも高くなっている。
- ・2015年時点の高齢者の単身率は17.5%となっており、全国と概ね同水準となっている。高齢者の労働力人口率は26.3%となっており、全国よりも高くなっている。大雪地区広域連合の要介護（要支援）認定率は2015年度時点で21.0%、2020年時点で20.4%となっており、全国よりも高くなっている。
- ・全国の保険者のデータを用いて推定した大雪地区広域連合の認定率（理論値）[※]は2015年時点で18.6%、2020年時点で19.0%であるが、実際の認定率（実績値）はこれを上回っており、何らかの要因が認定率を理論値よりも押し上げている。しかし、2015年に比べて2020年には、実績値が理論値に近づいていることから、近年では、認定率を押し下げる方向に働く要因も強まっている可能性がある。
- ・地域包括支援センターは町直営で保健福祉課内に設置されている。日常生活圏域は4圏域となっている。各圏域で社会福祉法人美瑛慈光会により、小規模多機能型居宅介護が設置され、そこを拠点として住民を巻き込んだ地域づくりが進められている。



[※] 重回帰分析の結果を用いて算定。全国の保険者のデータ（認定率、高齢化率、単身率、労働力率、非課税世帯率、可住地人口密度、都道府県の認定率）を用いて算出した値。全国の保険者のデータから計算すると大雪地区広域連合の認定率はどの程度になるかを示す値。

図表IV-2-2-1【美瑛町の高齢者像とコミュニティ】



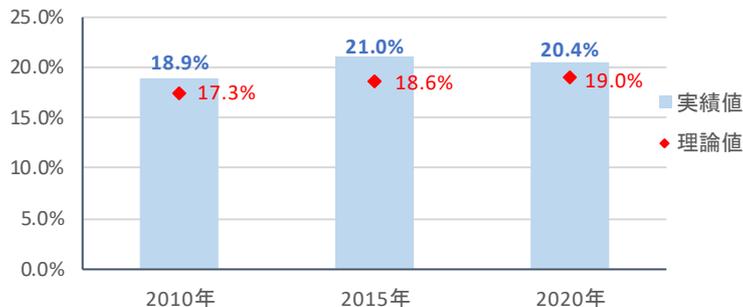
※上図の各指標は本報告書Ⅲ1における「地域の変化を可視化する指標」。

※高齢化率、単身率、労働力率は国勢調査、認定率、非課税世帯率は介護保険事業状況報告・地域包括ケア「見える化」システムのデータを用いて算出している。なお、項目によっては2000年、2020年に推計値を掲載している（2020年国勢調査結果が公表される以前の数値で計算）。

※「支え手（認定者一人当たりの支え手の人口基盤）」（独自指標）は、認定者一人に対して支え手となりえる層が何人程度いるかを示す。生産年齢人口と前期高齢者（≒健康寿命以下の高齢者）人口の合計を認定者数で割った値。

※介護保険のデータを用いている認定率、非課税世帯率、支え手（認定者一人当たりの支え手の人口基盤）は大雪地区広域連合の数値を示す。これらについては参照人口規模も広域連合圏域の人口規模に合わせている。

図表IV-2-2-2【大雪地区広域連合の認定率（理論値と実績値の差）】



※理論値は重回帰分析の結果を用いた算定結果（本報告書Ⅱ3による。図表IV-1-2の注を参照）

(2) 取組の経過：工夫と改善の過程

- ・2006年から2008年までを期間とする第3期介護保険事業計画の策定時に各保険者には、日常生活圏域を設定し、圏域ごとのサービス見込量等を定めることが求められた。
- ・当時、美瑛町では、市街地（役場周辺）に介護保険サービス・高齢者福祉サービスが集中しており、市街地以外の周辺地域での高齢者の生活をどのように支えていくかが課題となっていた。東京23区に匹敵する広さの町域でどのように圏域を設定し、どのように各圏域のサービスを見込んでいくかは難題であった。
- ・他方、町内で介護保険サービス等を提供する事業者でもある社会福祉法人美瑛慈光会は、事業を通じて従来の介護保険サービスで広大な町内の要介護者や認知症高齢者の在宅生活を支えることに限界を感じており、新たなサービスや住民参加の必要性を認識していた。

図表IV-2-2-3【美瑛慈光会による地域課題の把握と地域包括ケアに係る方向性の認識】



出典：平成25年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
「過疎地域における地域包括ケアシステムの構築に関する調査研究事業」

- ・第3期介護保険事業計画の策定過程においては、行政、事業者（美瑛慈光会）双方がそれぞれの課題認識を踏まえて継続的に議論を行い、地域包括ケアシステム、日常生活圏域について以下のように基本的な考え方を整理した。これにより、各日常生活圏域に拠点施設を整備する方向性、地域住民の参加によって地域づくりを推進する方向性が確定した。以降、美瑛慈光会が中心となり、各圏域の拠点として小規模多機能型居宅介護施設の整備を進め、それと一体的に住民参加による地域づくりを推進している。
- ・こうして、地域包括ケアシステム構築にかかる基本的な考え方に掲げられた「地域住民との協働による支え合う地域づくりの推進」も実現していく。実際には、住民の巻き込みは施設設置の2年程度前から行われている。施設設置に向けた住民参画型の設立準備会を組織するとともに、住民が自らの地域ニーズに合った施設のあり方について議論を進めけるように基本的な流れをつくっている。こうしたプロセスにより地域住民の積極的な参画が実現し、施設の開設後も住民が主体的に関わり続ける流れをつくりだすことに成功している。

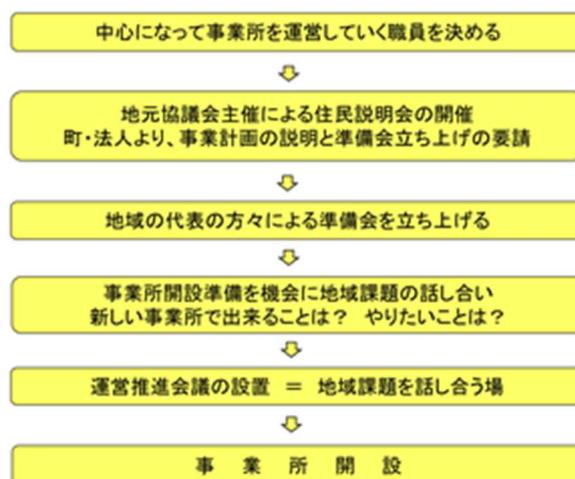
図表IV-2-2-4【地域包括ケアシステムの考え方】

| 地域包括ケアシステム構築にかかる基本的な考え方（第3期介護保険事業計画） |
|--|
| 1. 市街地を拠点とした一極型の介護サービス提供から生活圈域ごとのサービスへの転換が必要 |
| 2. 高齢者が地域での在宅生活を継続できるための基盤整備が必要 |
| 3. 地域住民との協働による支え合う地域づくりの推進 |



| 日常生活圏の考え方と位置づけ |
|---|
| ア. 市街地を中心としたサービス提供ではカバーすることが困難な地域に介護サービス拠点を設置 |
| イ. 圏域の設定においては、中学校区、市街地から距離、地域の生活形態などを考慮して設定を検討 |
| ウ. 地域の介護拠点においては、小規模多機能型居宅介護を整備し認知症高齢者等の在宅生活を支える |
| エ. 高齢者や地域住民の参画による地域コミュニティの推進 |

図表IV-2-2-5【拠点を立ち上げて行くプロセス】



出典：小規模多機能型居宅介護を拠点とした地域生活支援の取組（社会福祉法人美瑛慈光会）

(3) 取組の現状

●美瑛町の日常生活圏域と各圏域の拠点

- ・美瑛町では4つの日常生活圏域が設定されている。2007年から拠点施設の整備が進められ、2022年3月時点ではすべての日常生活圏域に拠点施設が整備されている。
- ・最も新しく設置された拠点施設はD圏域にある。D圏域の拠点施設には他の圏域の拠点施設にはない特徴的な機能も加えられている。

図表IV-2-2-6【圏域と拠点施設】



| 圏域 | 小規模多機能型居宅介護施設 | |
|------|---------------|---------|
| A 圏域 | 橙 | 定員 27 名 |
| | 虹 | 定員 29 名 |
| B 圏域 | ひなた | 定員 24 名 |
| C 圏域 | 七彩 | 定員 18 名 |
| D 圏域 | ほたる | 定員 24 名 |

出典：小規模多機能型居宅介護を拠点とした地域生活支援の取組（社会福祉法人美瑛慈光会）

●D 圏域の拠点施設

- ・D圏域は5つの行政区を包含する圏域である。D圏域における住民の巻き込みは、住民説明会からはじまっており、設立準備会（施設の設置に関する会議）、運営推進会議（施設の運営に関する会議）へと段階的に移行している。そこで、約2年に渡って継続的に検討作業が行われてきた。
- ・第2回住民説明会はタウンミーティング形式で行われ、この時点で既に住民の主体的な議論の場が形成されている。この場で、住民はグループワークを通じて地域の課題について意見を出し合い、自ら整理を行っている。

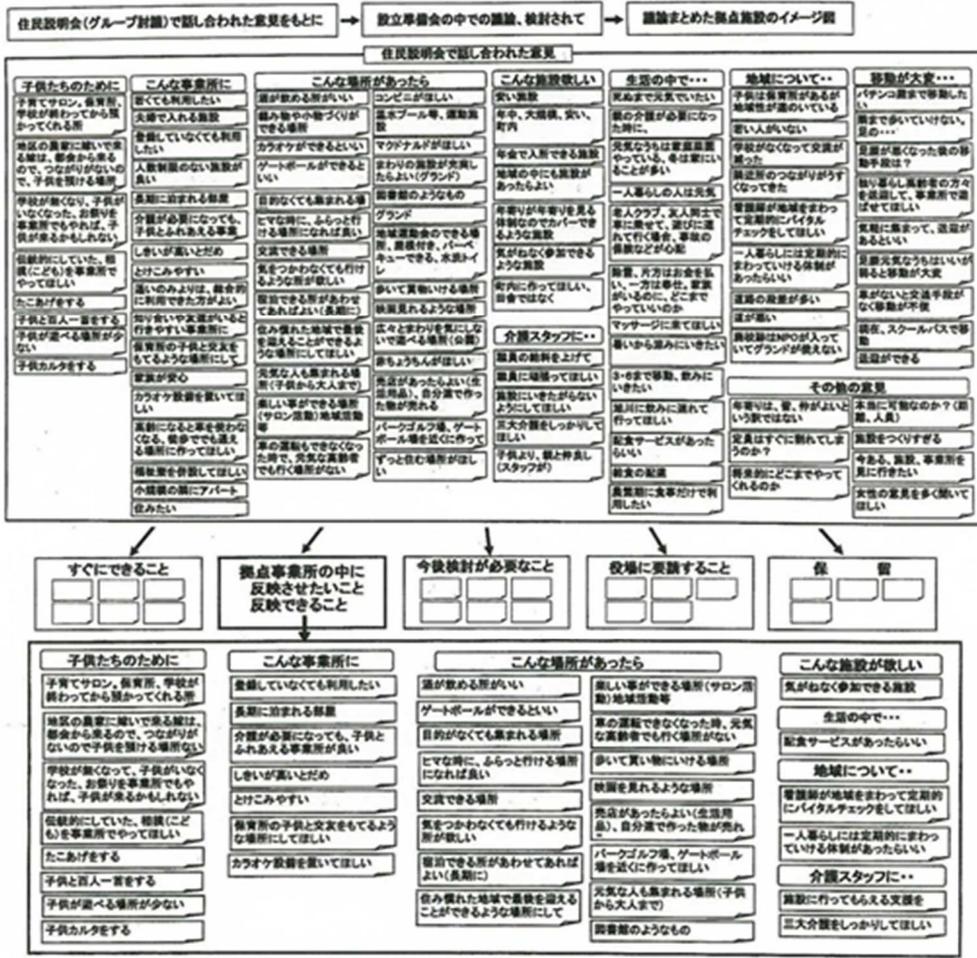
以降、住民の参画のもとに設立準備会を設置し、11回に渡って検討作業を行っている。設立準備会の設置後には、準備会での議論の過程等を住民に周知するため、通信を発行して全戸に配布している。

- ・準備会での議論を通じ、施設設置の考え方については、「単に介護保険施設をつくるのではない」「学校の統廃合で地域から消えた学校に替わる拠点をつくり、地域力の再興を図る」という方向にまとまっていった。また、この方向にそって、小規模多機能型居宅介護施設には、作業場、販売所、ビニールハウス、ゲートボール場などを併設することとなった。このようにして、D圏域の拠点は、介護だけではなく、仕事や交流の機会を創出する機能も併せ持つこととなった。介護・仕事・交流・趣味等を通じて住民に多様な接点をつくっていくことで、住民の互助や地域づくりが自然と促進されるデザインとなっている。
- ・施設設置後も住民が施設運営に関わっていけるようにするため、準備会は運営推進会議へと移行した。この会議は、施設運営の課題にとどまらず、地域社会の課題についても掘り起こし、住民参加のもとに検討していく場となっている。なお、運営推進会議の委員は各行政区の男性代表（2人）、各行政区の女性代表（2人）、民生委員（3人）、美瑛町保健福祉課（1人）、美瑛町社会福祉協議会（1人）、町議会議員（1人）、その他美瑛慈光会が適任と認める者となっており、任期は2年となっている。
- ・施設設置後には、住民を巻き込んだ様々なイベントが行われている。それらは例えば、親子交流キャンプ、盆踊り、ゲートボール大会、蒔割・農作業・草刈り等の共同作業等であり、地域に開かれたコミュニティの拠点となっている。

図表IV-2-2-7【ほたるの開設までの経過（抜粋）】

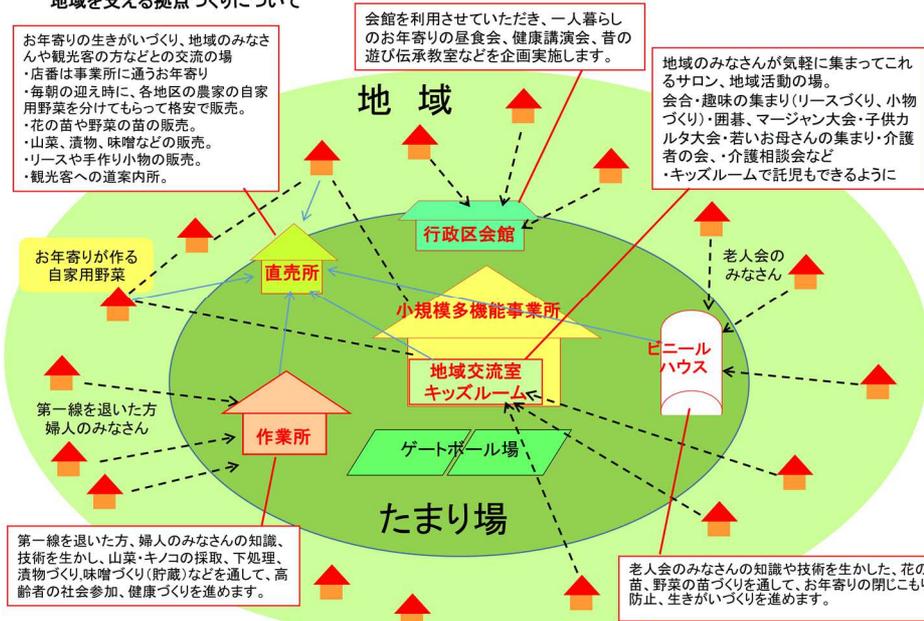
| 時期 | 内容 |
|-----------------------|---|
| 2012年 7月9日 | 住民説明会 ・これまでの経過報告 ・慈光会の取組状況報告 ・地区代表による準備会の発足について など |
| 7月12日 | 地域説明会 ・小規模多機能型居宅介護についての説明 など |
| 8月27日 | 住民説明会 ・小規模多機能型事業所の計画を進めるにあたって ・グループワーク 地域で困っていることの話し合い ・設立準備委員の確認 など |
| 10月10日 ～2014年1月19日 | 第1回設立準備会 ～第11回設立準備会 |
| 2014年 2月17日 | 第1回運営推進会議 ～第2回運営推進会議 |
| 5月1日 | ほたる 開所 |

図表IV-2-2-8【住民説明会でのグループワーク 例】



出典：旭北西地区小規模通信「第3号より一部抜粋

旭・北西地区における小規模多機能型居宅介護事業所を中心とした地域を支える拠点づくりについて

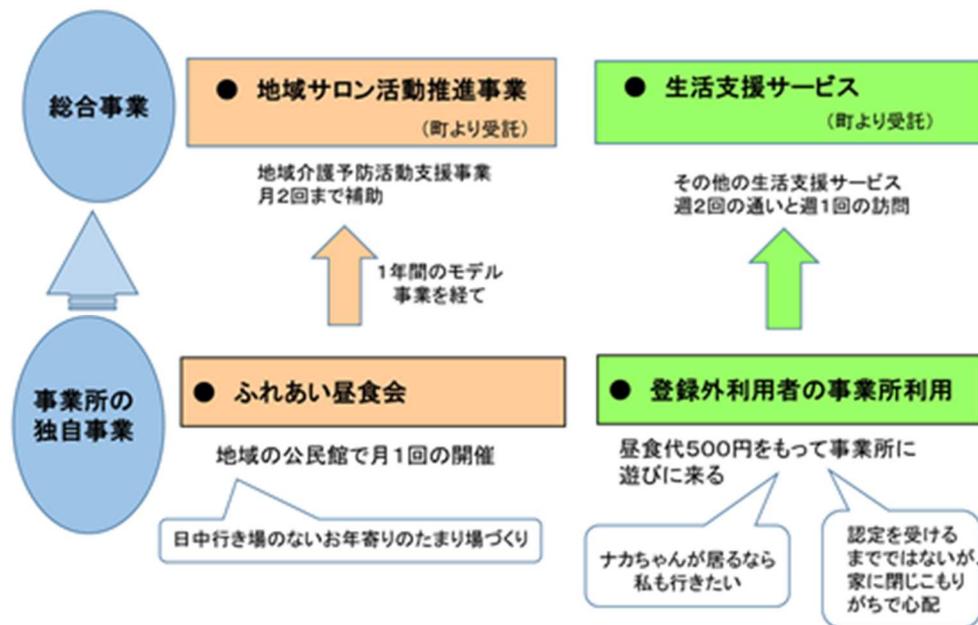


出典：小規模多機能型居宅介護を拠点とした地域生活支援の取組(社会福祉法人美瑛慈光会)

●地域ニーズに合わせた事業の展開

・美瑛慈光会では、施設の利用登録をしていない人の施設利用やふれあい昼食会等も行っていた。登録外の人の施設利用は、登録外の人が昼食代を支払って、施設を利用するサービスであり、閉じこもりがちな高齢者等に利用されていた。これが口コミで住民に広がり、利用者が徐々に増えていった。このサービスについては運営推進会議の委員となっている町職員を通じて行政内でも検討され、その他生活支援サービスとして総合事業に組み込まれることになった。また、ふれあい昼食会は、閉じこもりがちな高齢者等を対象に公民館で月1回実施していた昼食会である。これも総合事業の地域介護予防活動支援事業において地域サロン活動推進事業として位置づけられた。なお、町内で老人クラブの活動が停滞しており、中には活動を止めるクラブも出始めている。こうした中、老人クラブの活動支援を通じて地域の集まりの維持していくため、美瑛慈光会では圏域内の老人クラブを順次回ってサロンの開催を進めていくこととなった。その推進過程において、作業療法士が地域リハビリテーション支援事業として健康体操指導を行ったことがきっかけとなり、主体的に体操会を始めた老人クラブも出ている。

図表IV-2-2-9【地域ニーズに合った事業展開：独自事業から総合事業へ転換した事業例】



出典：小規模多機能型居宅介護を拠点とした地域生活支援の取組（社会福祉法人美瑛慈光会）

●今後の展望

各圏域の拠点施設では介護人材の確保が今後の大きな課題として想定されている。これに対して美瑛慈光会では、住民に生活支援員の役割を担ってもらうことで、介護専門職をフォローできる体制を構築していくが必要になると考えている。そのためにも、拠点施設は住民にとって身近な施設である必要がある。美瑛慈光会では、住民が元気な時から多様な用途で利用できるようにし、互助を育んでいくことを重要視している。今後とも住民参加のもとに拠点施設の多様な機能（介護、仕事、交流・娯楽等）を活かして利用機会を創出していくとしている。また、元気な時から要介護状態になるまで、それぞれの状態に合わせて利用できるよう、シームレスな支援体制の整備を推進していく方向性も掲げている。シームレスな支援の推進は、住民が自ら提供可能な支援を考える機会を増やし、互助を促進することにもつながると想定されている。

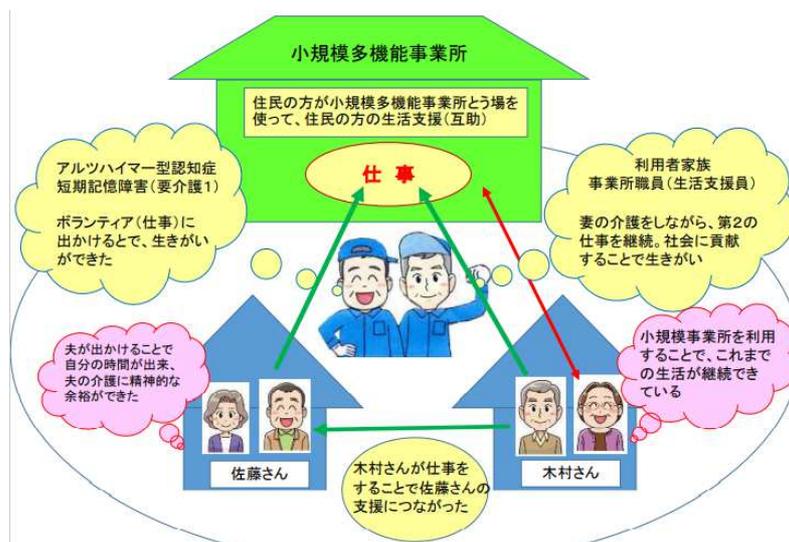
図表IV-2-2-10【シームレスな支援】

介護保険だけではなく、様々な形で地域を支えるしくみを



出典：小規模多機能型居宅介護を拠点とした地域生活支援の取組（社会福祉法人美瑛慈光会）

図表IV-2-2-11【住民による生活支援のイメージ】



出典：小規模多機能型居宅介護を拠点とした地域生活支援の取組（社会福祉法人美瑛慈光会）

北海道栗山町

「ケアラー支援」：地域全体で介護を支えるまちづくり

- ・栗山町は 1988 年度に、公立では全国で初めて「栗山町立北海道介護福祉学校」を設置し、人や自然にやさしい町づくりを進めてきた。これが町の福祉のまちづくりの一つの基盤となっている。
- ・2010 年に日本ケアラー連盟の調査協力によるケアラー実態調査を契機にケアラー支援[※]を積極的に展開している。以降、毎年事業の充実を図っており、2021 年 4 月には町の責務も規定した「栗山町ケアラー支援条例」を施行した。また、同年 12 月には「栗山町ケアラー支援推進計画」を策定し、地域全体でケアラーを支えるまちづくりを進めている。

※「ケアラー支援」とは：「介護者として」より良い介護をするための支援だけではなく、ケアラー自身が望む生活や人生を生きることができる支援。

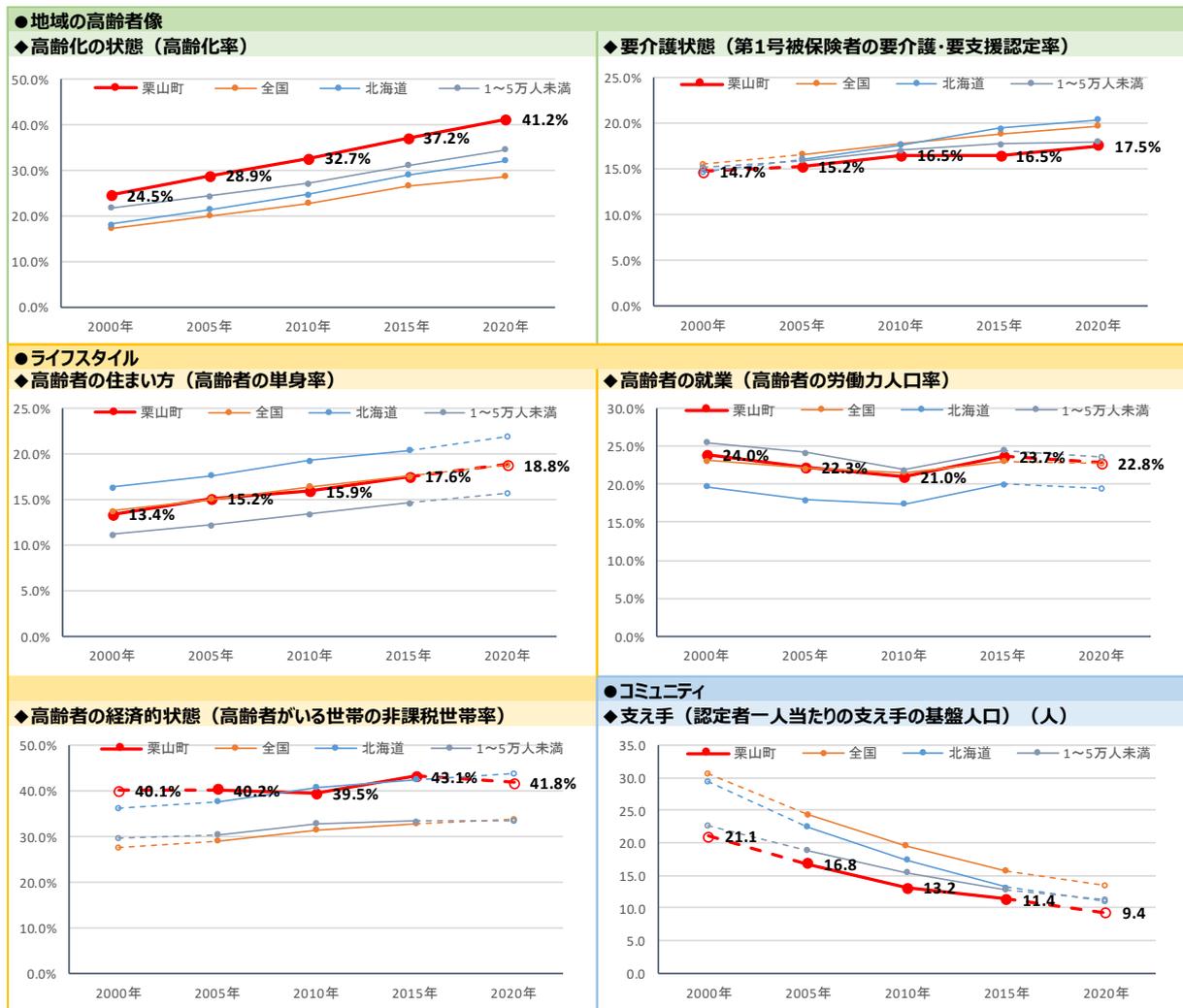
（１）栗山町の地域特性

- ・栗山町は、札幌市、新千歳空港、苫小牧市から車で約 1 時間の距離にある。第 1 次産業、第 2 次産業、第 3 次産業のバランスがとれたまちである。
- ・総人口（国勢調査）は 1960 年の 23,003 人をピークに減少しており、2015 年には 12,344 人、2020 年には 11,272 人となっている。高齢化率（同）は 2015 年には 37.2%、2020 年には 41.2%となっており、全国平均を大幅に上回っている。
- ・2015年時点の高齢者の単身率は17.6%、労働力人口率は23.7%となっており、いずれも全国と同水準になっている。他方、非課税世帯率は43.1%となっており、全国よりも高くなっている。要介護（要支援）認定率は2015年度時点で16.5%、2020年時点で17.5%となっており、全国よりも低く収まっている。
- ・全国の保険者のデータを用いて推定した栗山町の認定率（理論値）[※]は 2015 年時点で 19.7%、2020 年時点で 20.1%となったが、実際の認定率（実績値）はこれよりも低く収まっており、何らかの地域的な要因が認定率を押下げる方向に働いている可能性がある。
- ・栗山町では、人口の多い団塊の世代がすべて 75 歳以上となる 2025 年には、総人口の約 27%が 75 歳以上になり、さらに、いわゆる団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる 2040 年には、介護ニーズの高い 85 歳以上人口の急速な増加が見込まれており、これまで以上にケアラーが増加すると予想されている。
- ・地域包括支援センターは、直営で 1 箇所設置されている。



※ 重回帰分析の結果を用いて算定。全国の保険者のデータ（認定率、高齢化率、単身率、労働力率、非課税世帯率、可住地人口密度、都道府県の認定率）を用いて算出した値。全国の保険者のデータから計算すると栗山町の認定率はどの程度になるかを示す値。

図表IV-2-2-12【栗山町の高齢者像とコミュニティ】

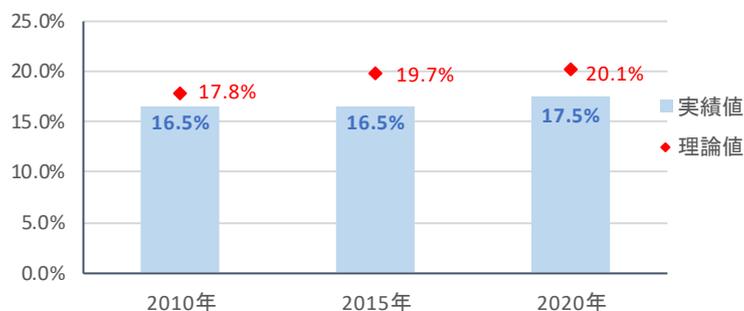


※上図の各指標は本報告書Ⅲ1における「地域の変化を可視化する指標」。

※高齢化率、単身率、労働力率は国勢調査、認定率、非課税世帯率は介護保険事業状況報告・地域包括ケア「見える化」システムのデータを用いて算出している。なお、項目によっては2000年、2020年に推計値を掲載している（2020年国勢調査結果が公表される以前の数値で計算）。

※「支え手（認定者一人当たりの支え手の人口基盤）」（独自指標）は、認定者一人に対して支え手となりえる層が何人程度いるかを示す。生産年齢人口と前期高齢者（≒健康寿命以下の高齢者）人口の合計を認定者数で割った値。

図表IV-2-2-13【栗山町の認定率（理論値と実績値の差）】



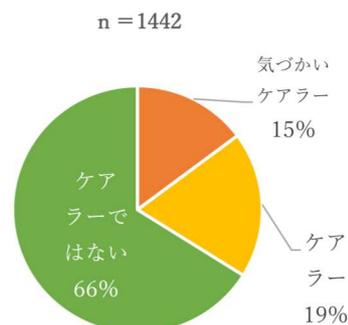
※理論値は重回帰分析の結果を用いた算定結果（本報告書Ⅱ3による。図表IV-1-2の注を参照）

(2) 取組の経過：工夫と改善の過程

- ・栗山町では1988年に新しい町の発展計画を策定する際、住民の生活に視点をあてた福祉のまちづくりを施策の中心において、町立では全国で初めての介護福祉士養成校となる「栗山町立北海道介護福祉学校」を設置した。以来、栗山町立北海道介護福祉学校は町の象徴ともなっている。
- ・生徒は道内から集まり、2年間に渡って町内に住む。栗山町立北海道介護福祉学校で学ぶ若い人には、栗山町の地域をフィールドとして、福祉に対する考え方、将来に向けた考え方を広げてもらいたいという願いが町にはある。その趣旨もかねて栗山町立北海道介護福祉学校では、地域のボランティア活動への参加もカリキュラムの一つに設定している。また、その波及効果として、例えば、町の子どもの中から将来的に福祉を目指す人が出てくること、地域や町に対する住民・子どもの愛情が深まること等が期待されている。このような効果を数値で評価することは難しいとの認識はあるが、一定の成果が得られていると町では考えている。
- ・他方、町では住民の生活の実態・課題に関する情報収集も積極的に進めてきた。把握できた実態・課題については、福祉情報誌「くりやまプレス」を創刊するなどして町民に情報共有を図り、各町民が自らの役割に気づきかけづくりを進めていくとともに、次世代の心を育む先行投資として啓発を図ってきた。
- ・1993年には介護保険に先駆けて、「ケアマネジメント会議」を導入し、個人ごとに必要なサービスの検討をはじめるとともに、1994年には人にやさしい家づくりを目指した「リフォームヘルパー」という住宅改良相談員制度を創設し、町民の視点に立った町独自のサービスを育ててきた。このように栗山町では独自の取組を幅広く推進してきた。
- ・しかしながら、介護保険制度が導入に伴い、町ではこれらの町独自のサービスの一切を取りやめている。その当時、町には、介護保険サービスによってすべてが解消できるという認識があったためである。しかしその後、再び介護保険への傾倒を見直し、要介護者だけではなく介護者（ケアラー）にも視点をあて、福祉のまちづくりに向けて町独自の取組を進めていくこととなる。
- ・栗山町がケアラー支援に取り組む一つの契機となったのが、栗山町社会福祉協議会（以下「町社協」）が日本ケアラー連盟から協力依頼を受けたケアラー実態調査（2010年、全国5地区で実施され、そのうちの1地区が栗山町）の実施である。この調査は町内全世帯を対象とし、老人クラブの協力を得て実施されている。
- ・調査の結果、町内全世帯の約15%（960世帯）にケアラーがおり、その約60%が疾病などによる体調不良を訴えていることが明らかになった。また、ケアラーの多くが日常生活で心身の不安を抱えており、将来に不安を感じていることも明らかになった。こうしたケアラーの状況が介護保険では解消されないこと、また、このような状況が放置されると、ケアラーの日常生活の持続も要介護者の在宅生活の持続も困難になることが明白であった。この結果を受けて栗山町ではケアラー支援の取組を実施することとなる。
- ・2015年に実施された2回目の実態調査では、「ケアラー」が約19%、「気づかいケアラー」（「心や身体に不調のある家族や身の回りの人への気づかい」のみをしているケアラー）が8%いることが明らかになった。また、2020年の3回目の実態調査では、「ケアラー」の割合は約19%で横ばいだったが、「気づかいケアラー」（「心や身体に不調のある家族や身の回りの人への気づかい」のみをしているケアラー）が15%と2回目の調査よりも4ポイント増加していた。

図表Ⅳ-2-2-14

【2020年の実態調査結果】



出典：栗山町ケアラー支援推進計画

- ・さらに、近年では介護の形態も多様化（老々介護、就労介護、多重介護、遠距離介護など）してきており、ケアラーの人生・生活・健康が損なわれることに加え、医療費や介護費用の増大、担い手不足など、栗山町の社会経済活動に与える影響もより大きくなっていくことが予想された。こうしたことから、将来にわたって長期的にケアラー支援事業を継続していく必要性が明らかになった。そこで、事業の継続を確実にしていくため、「栗山町ケアラー支援条例」の制定に至った。
- ・条例の基本理念は「ケアラーが孤立することのないよう社会全体で支える」ことであり、全てのケアラーが健康で文化的な生活を営むことができる地域社会の実現を目指している。

図表Ⅳ-2-2-15【ケアラー支援の取組経過】

| 年 月 | 内 容 |
|----------|---|
| 2010年9月 | ケアラー実態調査（1回目） |
| 2012年3月 | ケアラー手帳配布 |
| 2012年11月 | まちなかケアラーズカフェ「サンタの笑顔」オープン |
| 2012年1月 | ケアラーサポーター養成研修（受講者45名） |
| 2014年4月 | ケアラーアセスメントシート導入 |
| 2015年3月 | ケアラーサポーター訪問開始 |
| 2015年9月 | ケアラー実態調査（2回目） |
| 2019年3月 | 栗山町ケアラー支援推進協議会発足（第1回） ※社会福祉協議会主催、以降全6回 |
| 2019年11月 | ケアラー支援専門員配置（2名） |
| 2020年2月 | ケアラー支援学習会（参加者103名） |
| 2020年5月 | ケアラー支援相談専用ダイヤル開設 |
| 2020年7月 | スマイルサポーター出張相談開始 |
| 2020年8月 | 家族介護者交流会開始 |
| 2020年11月 | ケアラー実態調査（3回目） |
| 2021年3月 | ケアラー支援学習会（参加者76名） |
| 2021年4月 | 栗山町ケアラー支援条例施行 |
| 2021年6月 | 栗山町ケアラー支援推進協議会設置 ※栗山町主催 |
| 2021年11月 | ケアラー支援室設置 （社会福祉協議会 ケアラーズカフェ「サンタの笑顔」内） |
| 2021年12月 | 栗山町ケアラー支援推進計画策定 |

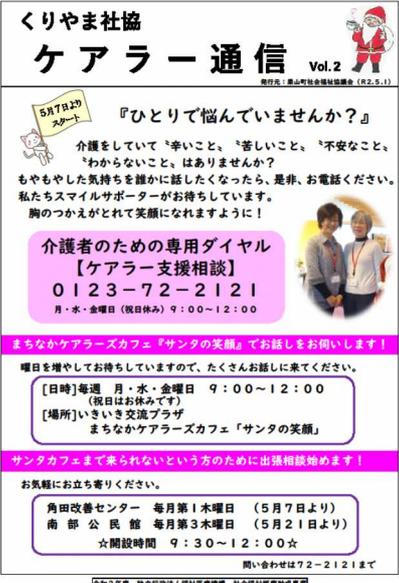
(3) 取組の現状

・家庭介護のケアラーは孤立しがちである。そこで、ケアラーの孤立防止を念頭において以下の事業を推進している。

図表IV-2-2-16【各種事業実施概要】

| 事業 | 事業内容 |
|------------------------------|--|
| <p>①命のバトン (2010年～)</p> | <p>緊急連絡先、かかりつけの医療機関などの情報を記入した安心カードを入れた円筒容器で、冷蔵庫に保管して緊急時に対応するものである。</p> <p>申請・設置は、町内・自治会に依頼し、日常的に社協や行政、民生委員や地域の人が見守ることで安心した生活を送れるようにしている。</p>  |
| <p>②在宅サポーター (2011年～)</p> | <p>「命のバトン」の配布世帯を定期的に訪問するため、社協独自の職種として「在宅サポーター」を採用・育成している。毎日各世帯を訪問して、話し相手や悩みごとの相談にあたる。</p> <p>在宅サポーターが得た情報は、町内会長や民生委員、地域包括支援センターなどに共有され、地域のサポートの基盤となっている。</p> <p>※「命のバトン」では、生の情報を得るために訪問が非常に重要となる。在宅サポーターが70歳以上の独居高齢者、高齢者夫婦世帯を訪問して、介護・生活の状況を把握し、リスクのある世帯の情報を共有する。</p> |
| <p>③宅配電話帳 (2011年～)</p> | <p>家庭での介護等によって「買い物に行けない」「通院が大変」等、日常生活に不便や不安を感じる世帯が多くなっていることから、商店等に呼びかけて、宅配等のアイデア情報を載せた「宅配電話帳」を作成し、全世帯に配布している。</p> <p>※地域の社会構造や住民のライフスタイルが変化し、商店などの民間事業者も高齢化等をはじめとする変化への対応を迫られている。例えば、訪問での理美容、食品・日用品の宅配等、民間事業者の新たなサービスを展開できるようにする事業も行っている。</p> |
| <p>④熟年人材登録 (2012年～)</p> | <p>「熟年人材登録」は生涯学習事業の成果を生かしたものであり、熟年世代(50歳以上)に、長年にわたって極めてきた芸術や趣味、仕事で培った技術等を地域で活かせるようにするものである。元気な時から町民同士が先生となり生徒となって交流する機会につなげていくことで、健康づくりや介護予防の取組、将来的な支え合いの関係づくりを促進する。</p> |

| 事業 | 事業内容 |
|--|--|
| <p>⑤ケアラー手帳 (2012年～)</p> | <p>ケアラー実態調査によって、ケアラーの約6割が病気を抱えており、また地域と疎遠になっていること等が分かったため、ケアラーと地域をつなぐツールとして全国初となる「ケアラー手帳」を作成した。</p> <p>手帳の内容は、事例集に始まり、相談窓口や気分転換法の紹介、困った時のサービス早見表、ケアラーの体調チェック表、健康診断の記録、知っておきたい介護技術、つばやきコーナー、訪問者メモなどで構成されている。</p> <p>町内会・民生委員・ボランティア・行政・在宅サポーターなどが日常的にかかわることでケアラーの不安解消につなげている。</p>  |
| <p>⑥まちなかケアラーズカフェ 「サンタの笑顔」 (2012年～)</p> | <p>まちなかケアラーズカフェは、もともと東京都世田谷区のNPO法人アラジンが提唱して進めたものである。</p> <p>カフェなどの拠点があると住民の交流・活動等が進みやすくなるため、栗山町でもケアラーズカフェをつくることとなった。ケアラーやひとり暮らしの高齢者、認知症リスクのある高齢者が急増する中、公的サービスだけで個々の世帯を支援していくことには限界があることから、支える側・支えられる側を問わず、自由に集まり交流する場として開設した。コミュニティカフェの機能を重視し、ケアラーや要介護者だけでなく、一般の住民も来られる場になっている。</p>  <p>まちなかケアラーズカフェ「サンタの笑顔」</p> |
| <p>⑦ケアラーアセスメント (2014年～)</p> | <p>介護される側の要介護者は「介護度」で判定されるが、介護する側のケアラーには、そのような基準はなかった。そこで、ケアラーの体調などの変化を把握し、必要なサービス提供などにつなげるため、町社協では独自にケアラーアセスメントを実施している。その際にケアラーの状態を把握するツールとして、「ケアラー度」(心身状況を5段階で評価)を作成している。ケアラー宅を訪問し、休息・睡眠の状況、支援してくれる家族の有無等を聞きとり、例えば、心身ともに健康な状態は「ケアラー度1」(いきいき)、要介護認定の申請に至りそうな状態は「ケアラー度5」(へとへと)というようにランクを設けて第三者が評価している。</p> |

| 事業 | 事業内容 |
|---|---|
| <p>⑧ ケアラー支援専門員（スマイルサポーター）の配置 （2020年～）</p> | <p>まちなかケアラーズカフェにケアラー支援専門員（通称：スマイルサポーター）を配置し、ケアラーへの相談支援のほか、リフレクシユ講座などの交流会を開催するなどして、気軽に相談できる環境を整えた。ケアラー支援専門員は、家庭での介護経験者が担っている。</p>  |
| <p>⑨ ケアラーサポーター</p> | <p>「ケアラーサポーター」はケアラーを訪問し、身近な話し相手・相談相手になる町民ボランティアである。町民が訪問することで横のつながりを形成し、専門職には話しにくい話も傾聴していく。傾聴ボランティア等の研修を受けた町民が担っている。45人が講習を受け、30人が活動している。</p> |
| <p>⑩ 在宅サービスコーディネーター</p> | <p>「在宅サービスコーディネーター」は介護者の状態を把握し、支援が必要な介護者を制度につなげる役を担う。「在宅サービスコーディネーター」はコミュニティソーシャルワーカーに類似した役割を担っている。</p> |
| <p>⑪ ケアラーの実態とささえあい調査</p> | <p>「ケアラーの実態とささえあい調査」を5年ごとに実施し、町の実態把握を行っている。調査データをもとに町の課題や新規事業の検討につなげている。調査結果がケアラー支援の取組の起点となるため、町ではこの調査を重要視している。</p> |

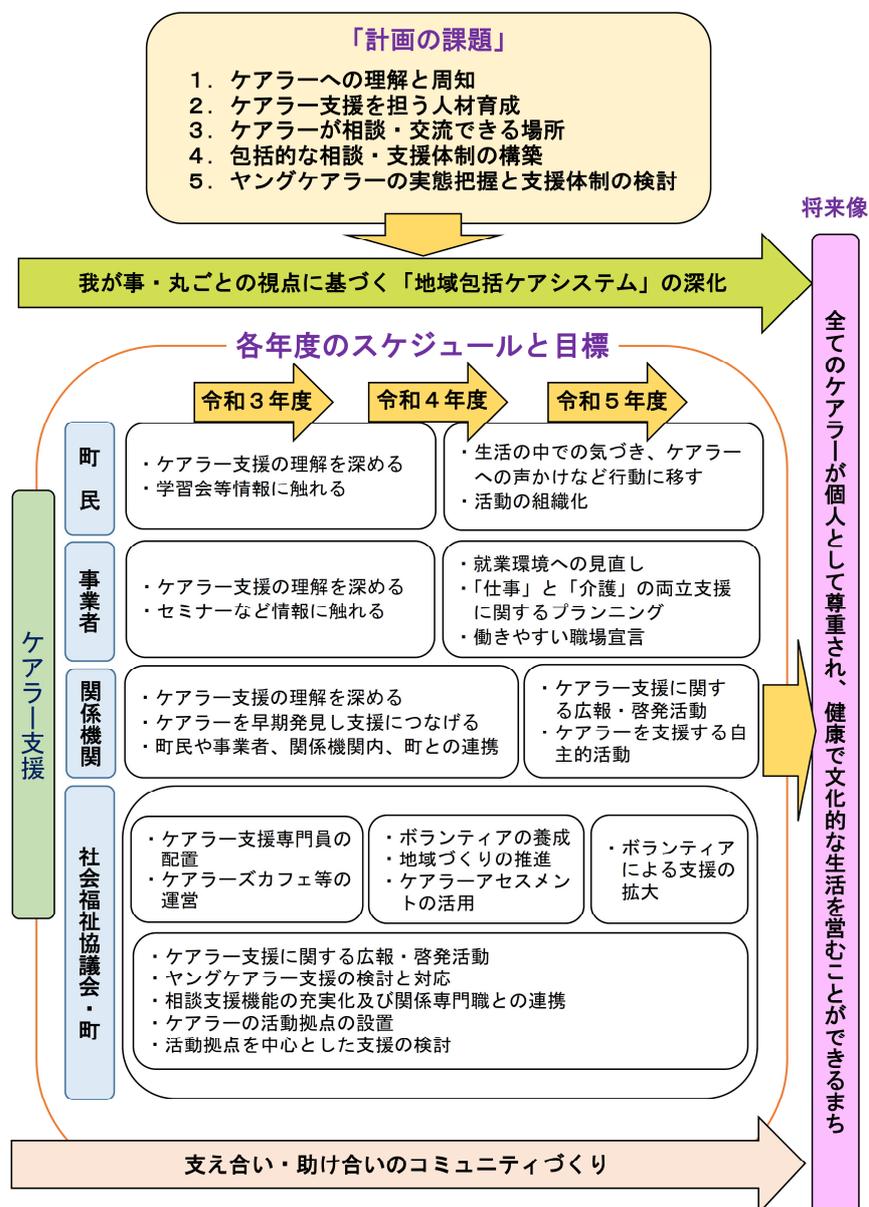
・上記のほか、新型コロナウイルスの感染拡大を受け、ケアラー世帯や一人暮らしの高齢者世帯への安否確認、不安や悩みごとの相談に応じる電話連絡等を実施したほか、ケアラー支援相談専用ダイヤルを設け、スマイルサポーターによる常時の電話相談を開始している。

● 成果と課題、今後の展望

・近年、在宅介護に関わる事件・事故、ヤングケアラー等の社会的な問題への関心が高まる中、栗山町では早くからケアラー支援の必要性に着目し、住民主体の福祉のまちづくりを進めてきた。栗山町のケアラー支援は、自ら病気や要介護リスクを抱え、また孤立しがちなケアラーを地域で支えていくことを趣旨とするが、ケアラー支援を通じて、要介護者の在宅生活の延伸や、在宅介護に関連する事件・事故、問題発生 of 未然防止を図っていくことも視野においている。これまでの取組はこれらの先行投資の意味合いでも行われてきた。取組の開始以来、町内で在宅介護に関わる事件・事故は発生しておらず、また、町民の活動に広がりが見られるようになっており、町内では一定の取組成果があがっていると町では評価している。

- ・さらに、ケアラーの孤立防止をコミュニティの側面から、より一層推進していくためにケアラーズカフェを含む“まちなかカフェ”（誰もが自由を楽しめる“たまり場”）を4箇所を増設した。住民の身近な地域に拠点を設置していくことでケアラー以外の人も含めたケアラー支援・交流・癒しの場にしていくことを想定している。ケアラーズカフェの次のステップとして、行政手続き、健康づくり事業等にも対応できる総合的な拠点に展開していくことも構想している。また、令和4年にコミュニティFMが設置されることから、身近なコミュニティの情報提供の一環としてケアラー支援に関する情報を発信していくことを予定している。
- ・「栗山町ケアラー支援条例」では、誰もが介護され、介護する長寿社会の到来を前提に、地域全体で支え合う地域包括ケアシステムの構築を想定し、行政の責務、事業者・町民の役割を規定している。これらの規定を通じて各主体に意識改革を求めている。また、その基盤づくりとして「栗山町ケアラー支援推進計画」において、「ケアラーへの理解と周知」「ケアラー支援を担う人材育成」「ケアラーが相談・交流できる場所」「包括的な相談・支援体制の構築」「ヤングケアラーの実態把握と支援体制の検討」を課題に挙げている。

図表IV-2-2-17 【「栗山町ケアラー支援推進計画」の全体像】



出典：栗山町ケアラー支援推進計画

埼玉県寄居町

「福祉委員」の制度化を起点とした重層的な互助システムの段階的整備

- ・寄居町は高齢者問題への対応に向け、1998年に町独自の「福祉委員」制度を導入した。また、2011年には「地域支えあいの会」を、2016年には「寄居町共助のまちづくりネットワーク会議」を設置し、段階的に重層的な互助システムを構築してきた。
- ・「福祉委員」の主な役割は見守りや声かけ等のコミュニティ活動であり、民生委員・児童委員等と連携している。「地域支えあいの会」は小地域（行政区）の福祉関係者等からなる推進組織であり、「寄居町共助のまちづくりネットワーク会議」は住民・事業所・専門機関等からなるネットワーク組織である。徐々に巻き込みの範囲を拡大し、今日では地域互助の基盤として定着している。
- ・従来の基盤を活かし、第三層では地域支えあいの会、第二層では地域支えあいの会連絡会を協議体として位置づけている。

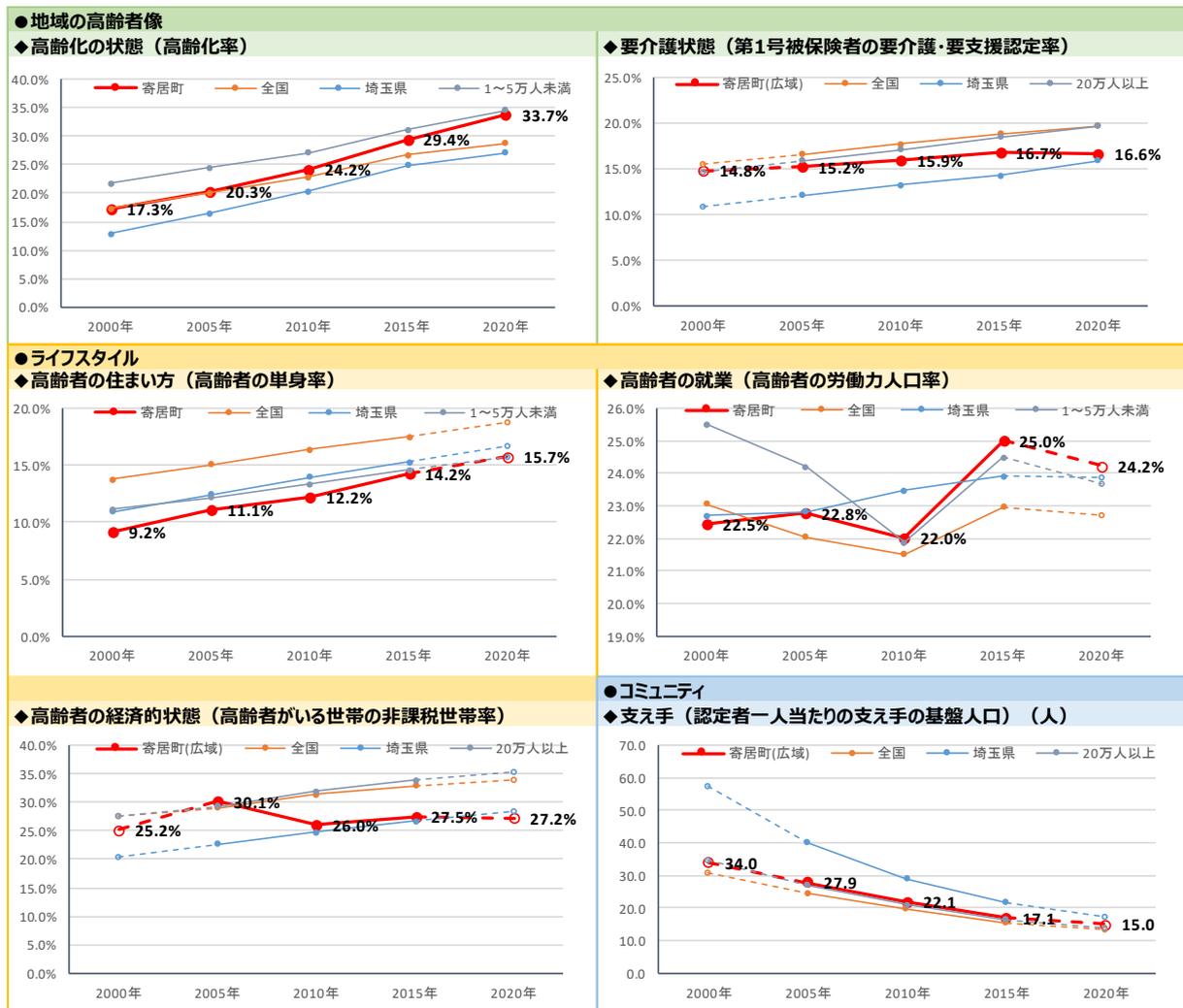
（１）寄居町の地域特性

- ・寄居町は埼玉県に北西部に位置し、面積は64.25km²、東京都心から70km圏に位置する町である。山地、丘陵、台地、低地と多様な地形にあり、荒川が町域の中央を流れている。介護保険事業は、熊谷市、深谷市、寄居町の2市1町で構成される大里広域市町村圏組合が保険者となって運営されている。
- ・総人口（国勢調査）は2000年の37,724人をピークに減少し、2015年には34,081人、2020年には32,374人となっている。高齢化率（同）は2015年には29.4%、2020年には33.7%となっており、全国平均を上回っている。
- ・2015年時点の高齢者の単身率は14.2%、非課税世帯率は27.5%となっており、全国平均よりも低く収まっている。労働力人口率は、25.0%となっており、全国より高くなっている。大里広域市町村圏の要介護（要支援）認定率は2015年度時点で16.7%、2020年時点で16.6%となっており、全国よりも低く収まっている。
- ・全国の保険者のデータを用いて推定した大里広域市町村圏組合の認定率（理論値）[※]は2015年時点で14.1%、2020年時点で15.1%となった。実際の認定率（実績値）は、前述の通り、これよりも高くなっており、何らかの地域的な要因が認定率を押し上げている可能性がある。その一方、近年その差が縮小しており、実際の認定率が理論値の水準に近付いてことから、何らかの地域的な要因が認定率の改善を促進している可能性も想定される。
- ・町内には大里広域市町村圏組合からの委託により、地域包括支援センターが2箇所（北圏域、南圏域）に設置されている。



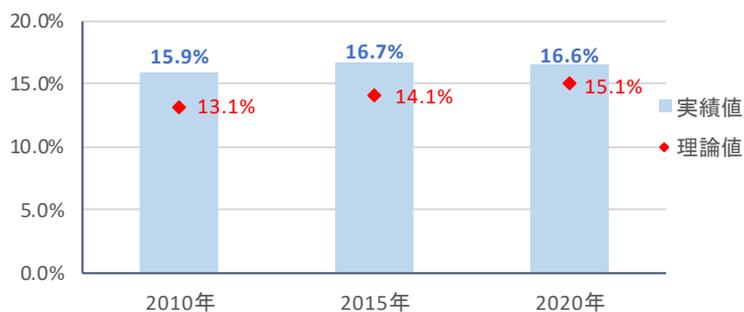
[※] 重回帰分析の結果を用いて算定。全国の保険者のデータ（認定率、高齢化率、単身率、労働力率、非課税世帯率、可住地人口密度、都道府県の認定率）を用いて算出した値。全国の保険者のデータから計算すると大里広域市町村圏組合の認定率はどの程度になるかを示す値。

図表IV-2-2-18【寄居町の高齢者像とコミュニティ】



※上図の各指標は本報告書Ⅲ1における「地域の変化を可視化する指標」。
 ※高齢化率、単身率、労働力率は国勢調査、認定率、非課税世帯率は介護保険事業状況報告・地域包括ケア「見える化」システムのデータを用いて算出している。なお、項目によっては2000年、2020年に推計値を掲載している（2020年国勢調査結果が公表される以前の数値で計算）。
 ※「支え手（認定者一人当たりの支え手の人口基盤）」（独自指標）は、認定者一人に対して支え手となりえる層が何人程度いるかを示す。生産年齢人口と前期高齢者（≒健康寿命以下の高齢者）人口の合計を認定者数で割った値。
 ※介護保険のデータを用いている認定率、非課税世帯率、支え手（認定者一人当たりの支え手の人口基盤）は大里広域市町村圏組合の数値を示す。これらについては参照人口規模も組合圏域の人口規模に合わせている。

図表IV-2-2-19【大里広域市町村圏組合の認定率（理論値と実績値の差）】

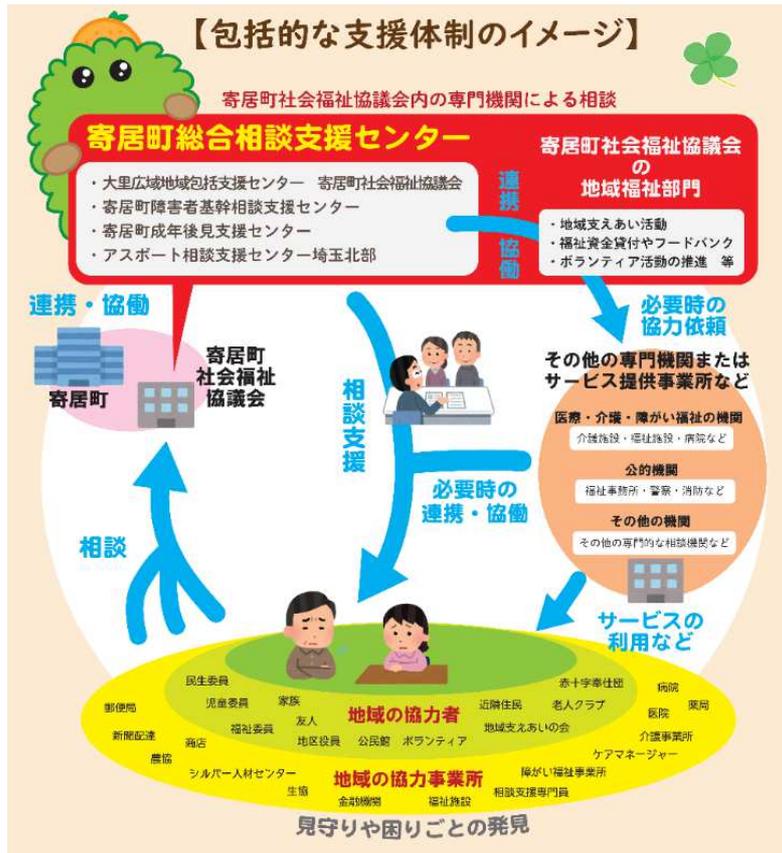


※理論値は重回帰分析の結果を用いた算定結果（本報告書Ⅱ3による。図表IV-1-2の注を参照）

(2) 取組の経過：工夫と改善の過程

- ・寄居町では、高齢者問題への対応に向けて 1998 年に町独自の制度である「福祉委員」を導入した。その後、2011 年には「地域支えあいの会」を、2016 年には「寄居町共助のまちづくりネットワーク会議」を設置している。福祉委員は、30 世帯程度の範囲、地域支えあいの会は行政区の範囲、寄居町共助のまちづくりネットワーク会議は町全体をカバーしており、住民・民間事業者等の巻き込みの範囲を徐々に拡大しながら、長期に渡って段階的に重層的な互助システムを構築してきた。
- ・また、地域支えあいの会連絡会が7つの公民館単位で立ち上がっており、その7つの公民館単位で第二層生活支援・介護予防体制整備推進協議会が組織されている。
- ・2020 年には、福祉4分野（高齢福祉・障がい福祉・権利擁護・生活困窮）の生活課題に対して、総合的に相談業務を行えるよう、「寄居町総合相談支援センター（地域包括支援センター、障がい者基幹相談支援センター、成年後見支援センター、アサポート相談支援センター等）」が開設されている。
- ・寄居町における互助システムのこのような発展は、社会動向に対応しながら、地域における福祉活動の実践者の拡大を図るとともに、その活動の積み重ねを支えていく方法を根気強く継続してきた結果である。
- ・現在、この互助システムにおいては、福祉委員、地域支えあいの会によって、身近な範囲での可能な日常生活支援活動が行われ、第二層生活支援・介護予防体制整備推進協議会において広域的な支援活動が開拓・展開されている。そこで解決できない課題は、「総合相談支援センター」につながれ、総合相談支援センターにおいて、課題解決に向けた地域資源・担い手のコーディネートや、専門機関で構成される実務者会議との協働に関する調整が行われている。寄居町においては長期間をかけて重層的に互助システムが構築されてきた結果、住民・地域にそれぞれの役割認識・活動内容が浸透・定着しており、このようなボトムアップ型の互助システムが機能している。
- ・こうして、住民自らが地域の福祉課題の解決に臨む体制、地域の福祉課題を一元的に受け止める体制、専門機関と連携して課題解決にあたることができる「包括的な支援体制」が構築されている。

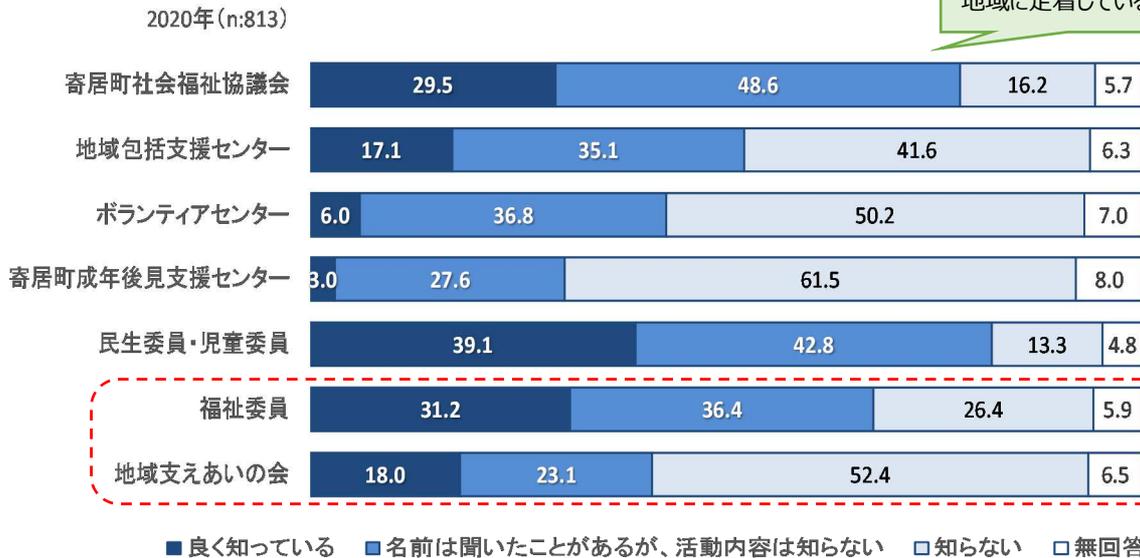
図表IV-2-2-20 【寄居町の包括的支援体制】



出典：寄居町総合相談支援センターパンフレット

図表IV-2-2-21 【町民における活動主体別の認知状況】

町の独自制度も周知され、地域に定着している



出典：「第2期寄居町地域福祉計画・地域福祉活動計画」（令和3年3月）

(3) 取組の現状

●福祉委員

- ・福祉委員の配置は 1998 年から行われている。当時から高齢者問題が顕在化しており、2 年後には介護保険制度の施行を控えていた。介護保険制度の導入に伴って福祉が措置から契約に変わる過渡期において、潜在化する福祉課題を見逃さないよう、民生委員の地域のアンテナ役として 30 世帯に 1 人の割合で配置したのがはじまりである。1998 年に市街地地区からはじまり、2001 年には町内全地区に配置された。2022 年現在、370 人程度が活動している。
- ・福祉委員の配置の目安を 30 世帯に 1 人としたのは、近所の異変等が分かる範囲を想定したことによる。福祉委員制度は吹上町（現鴻巣市）やあきる野市で既に導入されており、それらを参考にしている。
- ・福祉委員の構成は、当初には 40～50 歳代の女性を中心であったが、近年では 60 歳代が中心となっており、男性も増えてきている。福祉委員に 60 歳代が多いのは町の人口構造で 60 歳代が多いことが背景となっている。仕事を持って働きながら福祉委員を担っている人が多くいる。
- ・活動内容は、高齢者等を中心として支援が必要な人の見守り活動、ふれあいいきいきサロンにおける介護予防活動、緊急時のゴミ出しなどの簡単な日常生活支援活動である。
- ・福祉委員がいることによって地区単位の活動もしやすくなっており、ふれあいいきいきサロンの開催に取り組む地区が増えており、サロン開催の回数も年 1 回から月 1 回に増えている。また、福祉委員で活動した人の中から、民生委員・児童委員になる人も出ており、福祉委員は福祉活動の入り口としても機能している。このように、福祉委員制度は様々な好循環を生み出している。
- ・福祉委員制度では、出来る人が出来る時に福祉委員を担うというのが原則となっている。区長が推薦する形式とはなっているが、「次はあなたの番」として隣の家に引き継いでいくパターン等もある。

図表Ⅳ-2-2-22【福祉委員実施概要】

| | |
|-------|--|
| 配置と任期 | <ul style="list-style-type: none"> ・30 世帯に 1 人を目安に区長から推薦 ・任期は 2 年で社協会長から委嘱を受ける |
| 活動内容 | <ul style="list-style-type: none"> ①見守り活動 ②ふれあい配食サービスの配達の手伝い（当初） ③困っている方を発見したら民生委員へ連絡 ④ふれあいいきいきサロンの企画開催 ⑤日常生活支援活動（簡単なゴミ出しの支援など） |

図表Ⅳ-2-2-23【見守り活動】



出典：寄居町地域福祉計画

図表Ⅳ-2-2-24【多世代交流】



出典：寄居町地域福祉計画

●地域支えあいの会

- ・地域支えあいの会の組織化は 2011 年から始まっており、福祉委員制度の導入からは 10 年以上が経過していた。当時、高齢者を狙った詐欺や高齢者の孤独死等の事件・事故が発生しており、それらへの対応を自治会長や区長、民生委員等の役職者の課題とするのではなく、地域全体の課題に位置付けていくため、同じ行政区の住民を対象として活動している区長、民生委員、福祉委員、老人クラブ等のネットワークを形成しようとしたのが地域支えあいの会のはじまりである。なお、地域支えあいの会は小地域福祉活動推進組織と位置づけられている。
- ・2013 年度のはじめには、町内 67 行政区のすべてに地域支えあいの会が結成された。また、行政区よりも広い範囲となる 7 つの公民館単位には、地域支えあい会連絡会が立ち上がっている。こうして住民主体の地域福祉活動の組織化の積み重ねが実現されている。なお、7 つの連絡会の地域には、第二層生活支援・介護予防体制整備推進協議会も組織されている。
- ・地域支えあいの会の構成員は任期のある役職者であるため、役員の交代が常にあるが、組織の継続性は保たれている。
- ・地域支えあいの会の組織化当初には、取組方法への戸惑いもみられたが、地域支えあい会連絡会を年 2 回のペースで開催していく中で、各行政区の実情にあわせたサロン活動、見守り活動、生活支援活動が行われるようになり、その活動を通じて各地域支えあいの会の主体性が育っていった。
- ・地域支えあいの会では互助の基盤として地域サロンの企画・運営を中心に活動が推進されているが、近年では、生活支援・介護予防体制推進協議会とも連携し、コンビニ移動販売の実践や買い物ツアーの企画、行また方不明者の搜索等も新たな活動として定着している。
- ・常設サロンは 2 つの地域支えあいの会連絡会が立ち上げており、それぞれに運営委員会が設置されている。ボランティアが週 2 回開設し、百歳体操のほか、談笑や健康マージャンなどを実施している。開催にあたっては、空いている公共施設や空き家を利用している。この常設サロンは広域的なものであり、第二層コーディネーターが世話役となっている。
- ・サロンの開催は、コロナ禍前の 2018 年度には延べ 241 回となっており、6,869 人の参加があった。常設サロンの開催は 216 回となっており、4,742 人の利用があった。

図表Ⅳ-2-2-25【地域支えあいの会、地域支えあいの会連絡会実施概要】

| | 地域支えあいの会 | 地域支えあいの会連絡会 |
|------|---|--|
| 構成 | ・区長、民生委員、福祉委員、老人クラブ等で構成する行政区内のネットワーク組織 | ・各区の地域支えあいの会会長、区長、民生委員、代表福祉委員 |
| 活動内容 | ①地域支えあいの会連絡会の開催 ②地域サロンの企画・運営 ③コンビニ移動販売の実践や買い物ツアーの企画 ④行方不明者の搜索等 | ①各区の地域支えあいの会活動の情報交換 ②連絡会の運営協議 ③社会福祉協議会の事務連絡等 |

図表Ⅳ-2-2-26【常設サロン運営委員会】



出典：寄居町地域福祉計画

図表Ⅳ-2-2-27【地域支えあいの会連絡会】



出典：寄居町地域福祉計画

●共助のまちづくりネットワーク会議

- ・寄居町社会福祉協議会では第三次地域福祉活動計画策定時に地域福祉懇談会を開催した。その中で、見守り活動には地域住民だけでなく、新聞配達や郵便等の事業者の参加も必要だとの意見があった。その意見が取り入れられ、2016年に、事業者も参加する「共助のまちづくりネットワーク会議」が組織化された。当時は自助・共助・公助の考え方が示されていた時期であり、事業者も含めて共助を担う体制づくりにつながった。
- ・組織化にあたり、地域福祉に関する団体、福祉事業者、医療関係者、一般事業者に参加を呼びかけ、42団体で発足に至った。2022年現在、参加団体は、住民団体15、事業所18、専門機関24の合計57団体にまで拡大している。共助のまちづくりネットワーク会議では、全体会議に加え、各種専門機関の専門職で組織する「実務者会議」も設置している。
- ・共助のまちづくりネットワーク会議においては、寄居町見守りネットワークを立ち上げた。その見守り活動において高齢者等の異変を発見した場合、各参加団体は地域包括支援センターや寄居町社会福祉協議会に連絡するしくみとなっている。こうした中で、一般的な高齢者の行動としては考えにくく、異変が疑われるケース等の連絡を受けて地域包括センターが対応し、公的サービスにつながった事例も出ている。例えば「毎週、郵便局に書籍代金の支払いに来る高齢者がいる」等の連絡もあった。また、防災行政無線での迷い人の放送に合わせて屋外を一斉確認する運動をしており、迷い人の発見に至ったケースもある。見守りネットワークの相談件数は2020年度には92件であった。こうした取組成果も出てきている。
- ・民間事業者にも共助のまちづくりネットワーク会議の認知が徐々に広がっており、民間事業者からの参加意向も寄せられている。近年では商店等の一般の事業所の参加も増えており、例えば、眼鏡店等の参加があった。眼鏡店では目の検査のほか、認知症予防・介護予防の一環として聞こえのチェックを行っており、店舗を拠点とした見守り活動ともなっている。

図表Ⅳ-2-2-28【共助のまちづくりネットワーク会議実施概要】

| | |
|------|---|
| 構成 | ・地域住民、町内事業所、専門機関等 |
| 活動内容 | ①町ぐるみの見守り活動【見守り活動ネットワーク】 ②地域住民の社会参加を促進【地域を担う人材の発掘・育成】 ③自分たちにできることを推進【地域の社会資源の開発・改善】 ④みんなで手を携えた活動【困難な課題への連携対応】 ⑤ずっと地域で暮らせる社会づくり【地域包括ケアシステムの構築】 |

図表IV-2-2-29【共助のまちづくりネットワーク会議】

活動紹介

① 各地区の地域支えあいの会々員

見守り活動に参りましょう

私たちは高齢者や子どもたちをさりげなく見守ります

お茶のみや食事会などのいきいきサロン開催や、熱中症予防等の啓発、声かけによる見守りを行っています。

② 参画団体や見守りネットワーク協力事業所

お客さんの見える位置（店舗や店内）へ掲示しておきましょう

参画団体に加入、見守りネットワーク事業の協力事業所として、コンビニエンスストア各店舗にご協力いただいています。

③ みんなで取り組む迷い人一斉確認事業

行政防災無線で迷い人に関する放送があった際、該当する方がいないかを、可能な限り自宅や事業所の外に出て確認します。該当する方がいた場合は、寄居警察署へ連絡をお願いします。

④ 支援の事例

金融機関より、通帳再発行を繰り返す高齢者について、地域包括支援センターに相談がありました。認知症状から、医療や介護、地域の方による見守り活動などを調整し、地域での生活を支援しました。

問い合わせ

社会福祉法人 寄居町社会福祉協議会

〒369-1221 寄居町大字保田原301 保健福祉総合センター内

TEL 048-581-8523 FAX 048-581-8544

URL <http://www.yorishakyo.jp/>

平成30年8月発行



あなたも参加
みんなで支える 共に生きるまちづくり

寄居町共助のまちづくり ネットワーク会議

それぞれが社会的役割を発揮 情報の共有と連携を強化してみんなで未来を考える

見守り活動ネットワーク

地域を担う人材の発掘・育成

地域の社会資源の開発・改善

困難な課題への連携対応

地域包括ケアシステムの構築

助けられたり、助けたり。
地域住民も事業所も、
公的機関も手をつなぎ、
みんなで共助のまちづくりを
推進しましょう。

寄居町・寄居町社会福祉協議会

出典：寄居町共助のまちづくりネットワーク会議パンフレット

●第二層生活支援・介護予防体制整備推進協議会

- ・寄居町では、第一層が町、第二層は地域支えあいの会連絡会の範囲（7つの公民館単位の地域）、第三層は地域支えあいの会の範囲（67行政区）となっている。
- ・2016年8月に第一層の協議体である生活支援・介護予防体制整備推進協議会が発足した。地域の関係団体や地域の代表者など12名の委員が地域課題に対して「自分たちでできること」を検討している。
- ・第二層の協議体である生活支援・介護予防体制整備推進協議会は、2018年度に公民館単位の全7地区で発足した。それぞれ地域課題について検討し、地域の実情に応じた活動を行っている。協議会の構成員は各地区の地域支えあいの会の経験者で構成されており、地域支えあいの会における活動経験や知見が生かされているほか、各地区の地域支えあいの会の活動との連携・連動も図りやすくなっている。活動拠点（常設サロン）を確保している地区の活動が特に活発であり、他の地区をけん引している。

2-3 互い（民間連携）

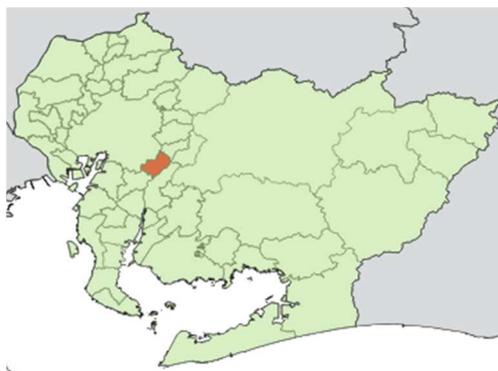
愛知県豊明市

「ふつうに暮らせるしあわせ」を支える、民間の公的保険外サービスの創出・活用促進

- ・豊明市では「ふつうに暮らせるしあわせ」が地域包括ケアのコンセプトとなっており、その実現に向けて住民の互助による身近な支援に加え、生活インフラを支える民間事業者によるサービスの創出・活用促進の取組を推進している。
- ・豊明市版地域ケア会議（多職種合同ケアカンファレンス）を「ふつうの暮らしに戻す支援を皆で考える場」として開催しており、民間事業者もその会議に参加し、資源発掘の一役を担っている。
- ・民間事業者の公的保険外サービスの創出・活用促進に向けて、豊明市では民間事業者との仲立ちや情報支援を行っている。

（1）豊明市の地域特性

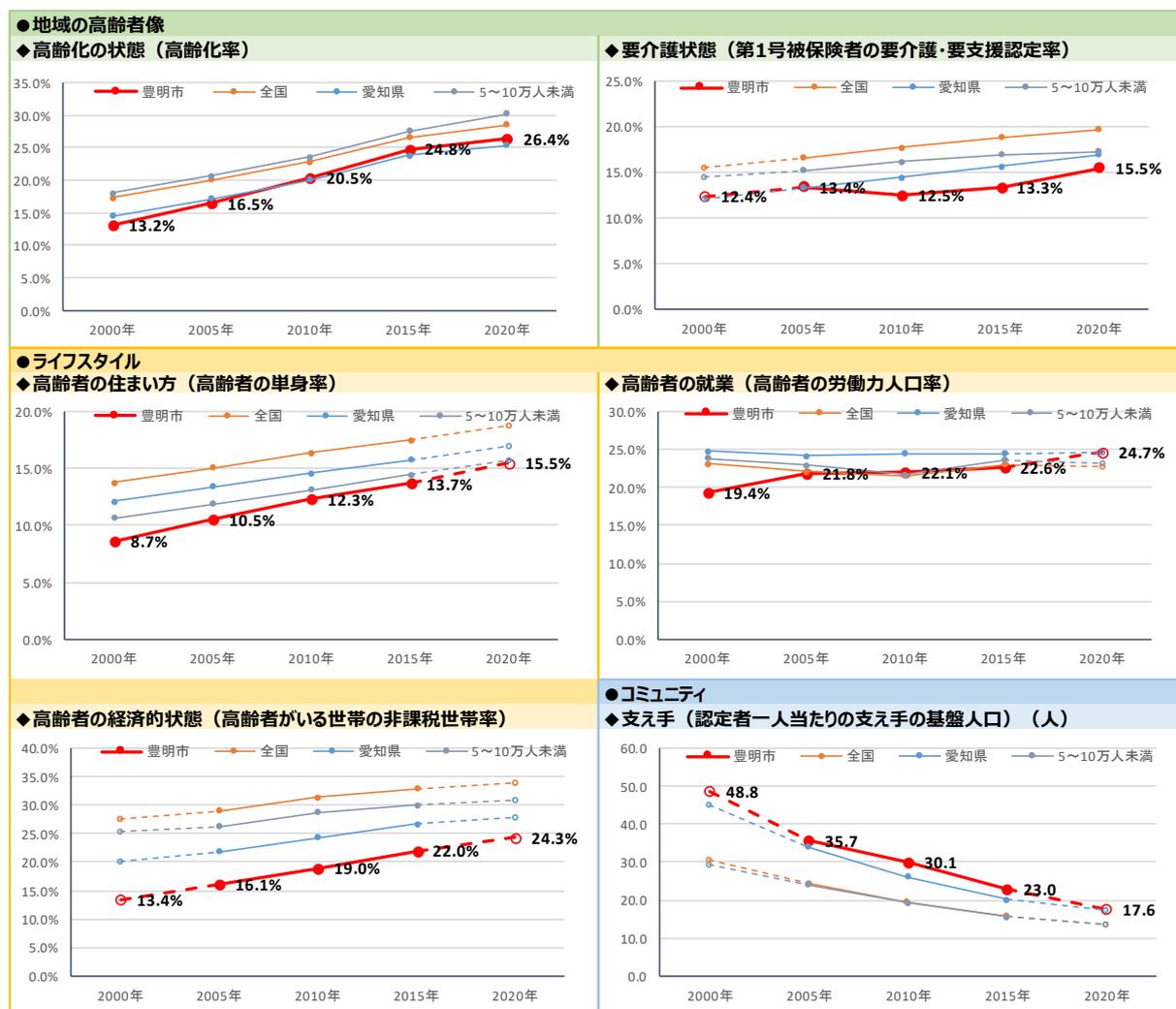
- ・豊明市は、名古屋市に隣接しており、住宅都市として発展してきた。面積は 23.22 km²で台地と低地からなる。
- ・総人口（国勢調査）は 2010 年の 69,745 人まで増加したが、2015 年には 69,127 人、2020 年には 69,295 となっている。高齢化率（同）は 2015 年時点で 24.8%、2020 年時点で 26.4%となっており、全国よりも低くなっている。高齢化率は圏域によって多少の差があり、北部圏域（沓掛町、二村台、間米町）が 28.2%で、中部圏域（23.5%）、南部圏域（27.4%）よりも高くなっている。
- ・2015 年時点の高齢者の単身率は 13.7%、非課税世帯率は 22.0%となっており、一人暮らしや低所得の高齢者の割合は全国よりも低くなっている。労働力人口率は概ね全国と同水準にある。要介護（要支援）認定率は 2015 年度時点で 13.3%、2020 年時点で 15.5%となっており、全国よりも低く収まっている。
- ・全国の保険者のデータを用いて推定した豊明市の認定率（理論値）[※]は 2015 年時点で 14.8%、2020 年時点で 15.7%となっている。実際の認定率（実績値）は上記の通りこれよりも低く収まっており、何らかの地域的な要因が認定率を押し下げる方向で働いていると想定される。
- ・地域包括支援センターは 3 箇所（委託）設置されている。そのうち高齢化の進む地区の相談体制の強化のため、地域包括支援センターを補完する窓口として、豊明団地出張所が置かれている。



[※] 重回帰分析の結果を用いて算定。全国の保険者のデータ（認定率、高齢化率、単身率、労働力率、非課税世帯率、可住地人口密度、都道府県の認定率）を用いて算出した値。全国の保険者のデータから計算すると豊明市の認定率はどの程度になるかを示す値。

・医療施設では藤田医科大学病院（一般病床 1,435 床）があり、介護資源としては、特別養護老人ホーム 4 施設（259 床）、老人保健施設 2 施設（448 床）がある。

図表Ⅳ-2-3-1【豊明市の高齢者像とコミュニティ】

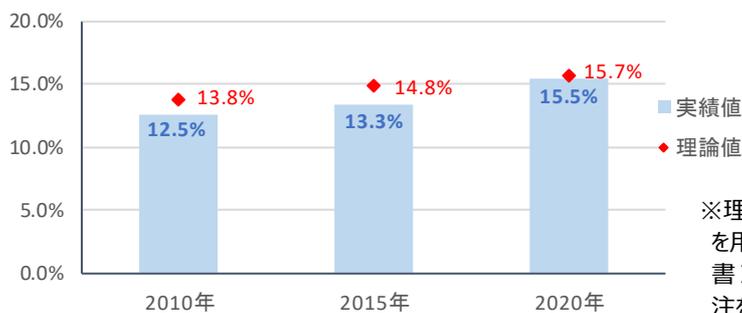


※上図の各指標は本報告書Ⅲ1における「地域の変化を可視化する指標」。

※高齢化率、単身率、労働力率は国勢調査、認定率、非課税世帯率は介護保険事業状況報告・地域包括ケア「見える化」システムのデータを用いて算出している。なお、項目によっては2000年、2020年に推計値を掲載している（2020年国勢調査結果が公表される以前の数値で計算）。

※「支え手（認定者一人当たりの支え手の人口基盤）」（独自指標）は、認定者一人に対して支え手となりえる層が何人程度いるかを示す。生産年齢人口と前期高齢者（≒健康寿命以下の高齢者）人口の合計を認定者数で割った値。

図表Ⅳ-2-3-2【豊明市の認定率（理論値と実績値の差）】



※理論値は重回帰分析の結果を用いた算定結果（本報告書Ⅱ3による。図表Ⅳ-1-2の注を参照）

(2) 取組の経過：工夫と改善の過程

- ・豊明市には豊明団地（UR 都市公団の団地）があり、高齢者夫婦世帯、単身高齢者が多く住んでいる。賃貸住宅ゆえのつながりの希薄さから福祉的課題も多いエリアであった。これらの課題解決に向けて、2014年度～2016年度の3年間にわたり、豊明市はUR都市機構、藤田保健衛生大学（現・「藤田医科大学」）と順次包括協定を結び、豊明団地自治会も加えて、産学官民で「豊明団地けやきいきいきプロジェクト」（愛知県地域包括ケアモデル事業として実施）に取り組んだ。
- ・「豊明団地けやきいきいきプロジェクト」は当初、行政とUR都市機構、大学、自治会の4者の会議でスタートしたが、次第に議論が住民の生活課題にも及ぶようになり、関係する事業主体にも参加を呼び掛けるようになった。

図表IV-2-3-3 【地域包括ケア「豊明モデル」のあゆみ】

地域包括ケア「豊明モデル」のあゆみ



出典：「総合事業の実施状況を踏まえた課題と対応事例」（2018年9月21日）資料より

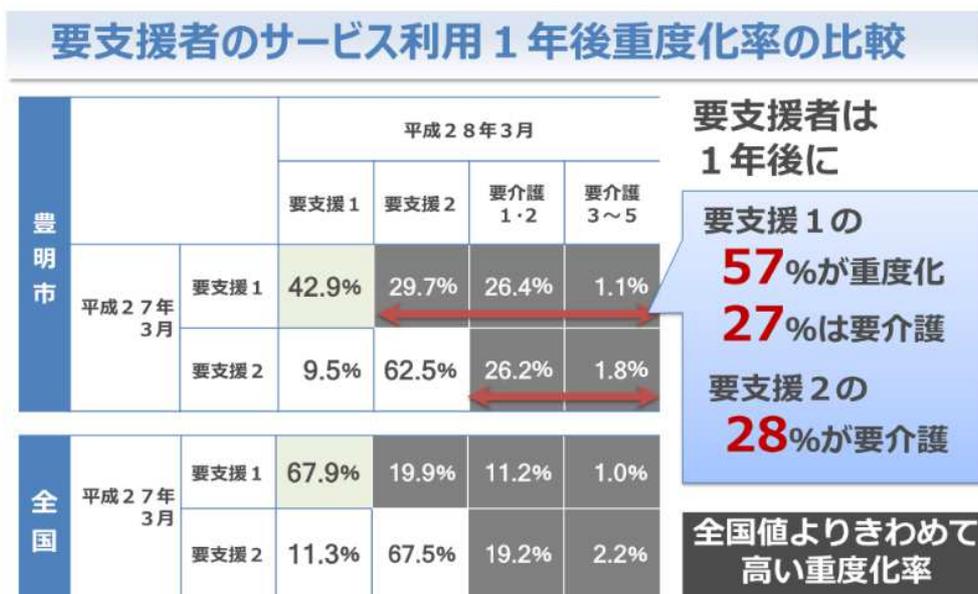
図表IV-2-3-4 【産学官民の地域包括ケア 豊明団地けやきいきいきプロジェクト】
産学官民の地域包括ケア－豊明団地けやきいきいきプロジェクト



出典：「総合事業の実施状況を踏まえた課題と対応事例」（2018年9月21日）資料より

・2015年の介護保険制度の改正を受けて、豊明市では2016年3月に総合事業に移行した。総合事業移行当時、豊明市では軽度要介護認定者数と給付費の伸びが著しく、また、要支援者のサービス利用1年後の重度化率も全国に比べて極めて高くなっていた。介護予防サービスを提供していても重度化が進んでいる現実を踏まえ、総合事業への移行をきっかけとして、高齢者の支援方法を抜本的に見直すこととなった。要支援者へのサービスは、集中介入期に「元気アップ集中リハビリ」（公的保険サービス・総合事業の通所型サービスC）を期間限定（3～6月）で提供し、その後は「日常生活の場に戻す」ことを目指した。

図表IV-2-3-5【要支援者のサービス利用1年後重度化率の比較】



※平成27年度 介護給付費実態調査の概況
表4 要介護(要支援)状態区分別にみた年間継続受給者数の変化別割合

10

出典：「豊明市の介護予防事業を通じた地域づくり戦略」（2019年7月3日）資料より

図表IV-2-3-6【豊明市の総合事業のコンセプト】

豊明市の総合事業のコンセプト

平成28年3月総合事業移行。
通所事業は、高い専門性を持つ理学療法士等による短期集中的なリハビリ（短期集中C型）を中心に据え、3か月から6か月（全30回）で日常生活に戻すプログラムを標準支援とした。

市内23会場で地域運営のまちかど運動教室（一般介護予防事業）



市内デイケア事業所による質の高いリハビリ提供（総合事業 短期集中C型）

訪問と通所の組み合わせにより生活行為の自立を目指す



— 一時的な活動増加 —

PLUS 集中介入期(非日常)
 元気アップ集中リハビリ
 地域リハビリテーション活動支援事業

日常生活へ移行

BASIC 生活期(日常)

以前の暮らし
 普段していたこと
 しなくなったこと

- ・まちかど運動教室・サロン
- ・家族の家事等の役割
- ・趣味、日課、友人つきあい
- ・市場サービスの利用
 (フィットネスクラブ、ショッピング、喫茶、喫茶店、温泉、旅行)

▲ 専門的支援 Start ▲ 3～6Month ▲ 1Year

出典：「豊明市の介護予防事業を通じた地域づくり戦略」（2019年7月3日）資料より

・総合事業の開始と同時に、ふつうの暮らしに戻す支援を皆で考える場として「多職種合同ケアカンファレンス」（地域ケア会議）もスタートさせた。この会議の特徴は、誰でも自由に参加できるオープンカンファレンス方式をとっていることである。民間事業者も参加して、ふつうの暮らしに戻す支援のあり方の議論に加わるようになった。民間事業者にとって多職種合同ケアカンファレンスは、医療・介護関係者とのネットワーク構築を図ったり、高齢者向けの商品・サービスの開発のために高齢者の情報を収集したりする機会となっており、専門職と話し合う場としても活用されている。

図表IV-2-3-7 【豊明市地域ケア会議（多職種合同ケアカンファレンス）の特徴】

豊明市版地域ケア会議(多職種合同ケアカンファレンス)の特徴

オープンバージョン・カンファレンス

①オープンカンファレンス式

参加自由（無報酬）アドバイザー不在（フラットな関係）

②ケーススタディ型

よくある症例を検討 この方「で」考える 次に活かす

③「生活モデル」に基づくディスカッション

暮らしを支える視点で議論 質問ではなく討論重視

多職種合同ケアカンファレンスから政策へ

| 見えてきた課題 | 解決に向けた政策へ |
|---|---|
| 利用者や家族が自立支援を理解してくれない | 連携強化 リハ職によるケアマネ同行訪問 (地域リハビリテーション活動支援事業) 他の職種が把握したい項目を網羅した共通アセスメントシート作成 |
| ケアマネのアセスメントの技量の差が大きい | |
| 訪問による栄養改善指導をしてほしい | 公的制度化 市町村特別給付の創設 送迎付き一般介護予防事業の創設 |
| 送迎つきで負荷が少ない運動の場が必要 | |
| 送迎つきで、一人でも楽しめる外出先がないか自分で買い物したいが、行き帰りが辛い | 資源発掘 民間企業との連携 保険外サービスの創出・活用促進 健康麻雀、プレミアムサロン等 |
| 男性や知的な活動を好む方が参加したくなる通いの場がない | |

出典：「地域ケア会議から新しい価値観の創造へ」（2019年2月5日）資料より

- ・高齢者がふつうの暮らしを取り戻していけるようにするサービス・支援の創造には、高齢者の困り事やニーズへの気づきと、地域資源の発掘が重要となる。その気づきや発掘は、政策現場での日常的な情報収集や個別の対応の積み重ねが基盤となる。民間事業者と連携して高齢者の暮らしを支える事業等を創り上げていく取組は、現場でのこうしたボトムアップ的な取組、日常的な取組があつてこそ成り立つものである。豊明市では、このようなボトムアップ的なプロセスを重視しており、高齢者の生活上の課題やニーズに対し、民間事業者との連携においても一社一社と協議を進めながら、個別に協力を得ている。
- ・豊明市ではこのようなボトムアップの取組を民間事業者・行政の双方の組織においてオーソライズしていくため、公的保険外サービス創出・促進に関する協定の締結も進めている。協定を締結したほうが双方で取組やすくなるケースも少なくないため、多様な民間事業者の参加を促進する一環として2017年より実施している。
- ・このような取組を進めていく過程で、いくつもの公的保険外サービスが生まれている。例えば、下表のように送迎や配送等のサービスがある。豊明市ではこれらのサービスの創出にあたって、事業者にとってのメリットも含めて提案を行っているほか、その利用促進に向けてサービス周知等の情報支援の取組を行っている。実際に、これらのサービスを導入した事業者においては利用者数の増加や客単価の上昇等の効果が得られており、高齢者、事業者にそれぞれ便益がもたらされている。また、民間事業者との連携により新たな事業の創出も進めている。

図表IV-2-3-8 【公的保険外サービスの創出及び民間事業者との連携により実施した事業の例】

| 区分 | 高齢者の生活課題・ニーズ | 創出サービス・事業 |
|-----------|---------------------------|---|
| 公的保険外サービス | 出掛ける足がない | 温泉施設の無料送迎バス (民間事業者：温泉施設) |
| | 店舗で商品を見て選びたいが、持ち帰るのが難しい | 食品店舗で購入した商品の無料配送 (民間事業者：生協) |
| 民間事業者との連携 | ちょっとした困りごと(ごみ捨て、買物代行、掃除等) | 住民の互助活動「ちゃっと」 ※サービスではなく互助(有償)として展開 (民間事業者：生協・農協) |
| | 出掛ける足がない | オンデマンド型乗り合い送迎サービス「チョイソコ」 (民間事業者：メーカー・薬局) |
| | 健康づくり・介護予防 | 温泉施設で理学療法士による健康講座／カラオケボックスを利用した体操教室／フィットネスクラブでのインストラクターによる健康講座 (民間事業者：温泉施設・カラオケボックス・フィットネスクラブ) |
| | | 市主催の運動教室での健康チェックと商品説明 (民間事業者：メーカー) |

図表IV-2-3-9 【民間事業者との連携により創出したサービスの例】



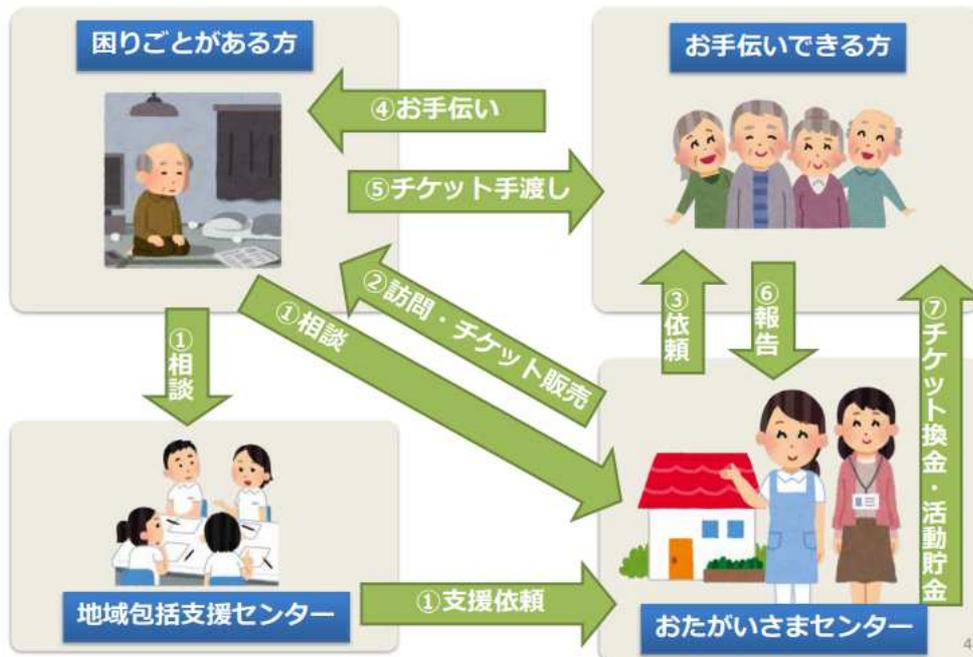
住民主体の支え合いのしくみ

豊明市おたがいさまセンター「ちやっと」開設 (29.11.1)



運営主体

南医療生協組合(事務局)・コープあいち・JAあいち尾東農協・豊明市(健康長寿課)



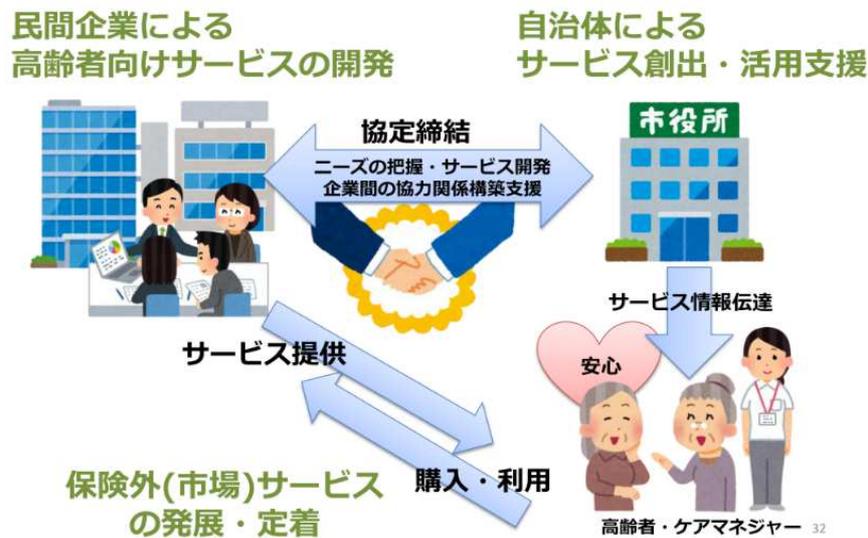
出典：「豊明市の介護予防事業を通じた地域づくり戦略」(2019年7月3日) 資料より

(3) 取組の現状

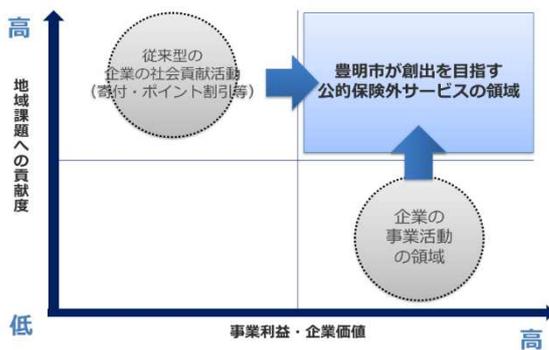
●事業の現状

・豊明市の地域包括ケアのビジョンである、「ふつうに暮らせるしあわせ」を実現するため、高齢者の様々な生活上の課題を解決するサービス等を、民間事業者と共に創出していく取組を進めている。公的保険サービスだけでなく、高齢者の生活を支え、健康寿命の延伸に資する民間サービス市場が拡大することで、高齢者が多様な選択肢の中からサービスを選択できるようにしていく取組である。豊明市ではこのような趣旨に賛同する民間事業者と順次連携（協定締結）を進めている。そこでの市の役割は、連絡会議の開催、住民へのサービスの周知、事業者の役割としては、高齢者のニーズ把握、サービスの創出となっている。協定を締結した民間事業者は2020年1月7日時点で18社となっている。

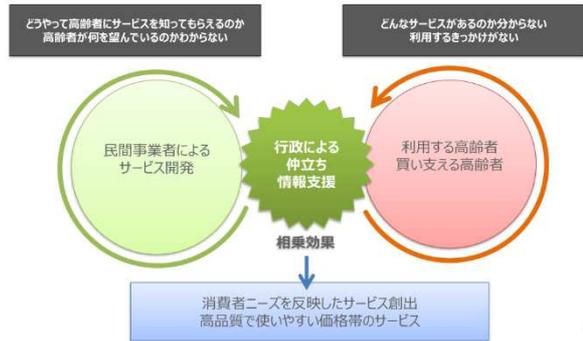
図表IV-2-3-10【豊明市における公的保険外サービスの創出】



豊明市が目指す公的保険外サービスの領域



ヘルスケア産業・公的保険外サービスの創出促進



民間事業者との協議・保険外サービス創出促進協定

平成29年2月以降、計14社と締結済み。

行政の役割：連絡会議の開催、住民への周知

事業者の役割：高齢者のニーズ把握、サービスの創出

| 事業者名 | サービス |
|------------------------------------|------------------------|
| アイエムディカル株式会社 FITNESS PARKS | フィットネス・健康講座 |
| 生活協同組合コープあいち | 購入品無料配送 |
| 株式会社コパン コパンスイミングスクール豊明 | 介護予防教室 |
| 株式会社KOMOKA ガス安全ホームインスペクト三河安城ステーション | 生活支援・家事援助 |
| 株式会社だるま Curves 豊明駅前店 | フィットネス・健康講座 |
| 株式会社東海第一 豊明 カラオケクラブ DAM | 介護予防教室 |
| 株式会社サカシ 豊明の湯みどり店 | 無料送迎バスによる外出支援・入浴・健康づくり |
| 株式会社中西 | お片づけ・生活支援 |
| 豊永乳業株式会社中部支社東海支店 | 健康教室 |
| 株式会社スズメ | 簡単お掃除、高齢者雇用 |
| 株式会社コアミスズクラブ | 3Dシアタープログラム「oyz」 |
| 株式会社筑地楽器 | YAMAHA 音楽教室 |
| アイシン精機株式会社 | 健康意識のための楽しい送迎 |
| 中外製薬株式会社 | フレイル対策 |



出典：「総合事業の実施状況を踏まえた課題と対応事例」
(2018年9月21日) 資料より

●成果と課題、今後の展望

- ・住民活動ならではの良さと、企業の安定したサービスの良さがあり、豊明市では生活インフラを支える民間事業者、互助機能を進める住民活動、両者がそれぞれの利点を生かしていける仕組みを考えている。豊明市の地域包括ケアを構築する時に安定的に供給されなければいけないものについては民間を活用・応援し、市民の意欲・盛り上がり期待する部分のあるものについては市民活動として行う。そのバランスを取ることが重要であるとの認識を持っている。
- ・サービスの開発側が、高齢者の暮らしのしづらさや困難さを理解せずにサービスや製品をつくと、高齢者にとって使いづらいものになる可能性が高い。利用者の「もっとこうしてくれたらいいのに」というニーズを、市では社会に伝える責務があると認識しており、民間企業へ多職種合同カンファレンスに参加する機会を確保している。
- ・高齢者にどのようなニーズがあり、何が足りていないのか、また、それにどのように対応すればよいのか等、民間事業者向けの新たな情報収集と発信、サービス評価の枠組みが必要になると市では認識している。

愛知県豊田市

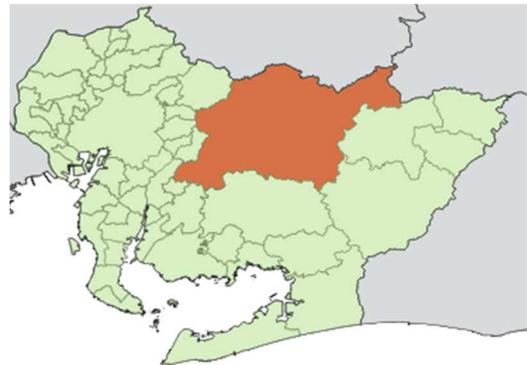
官民連携介護予防「ずっと元気！プロジェクト」：ソーシャルインパクトボンドの活用による、民間事業者を巻き込んだ介護予防の推進

- ・豊田市は 2021 年より、ソーシャルインパクトボンド※を活用して民間事業者を巻き込みながら、高齢者の介護予防を促進する「ずっと元気！プロジェクト」を始めた。
- ・プロジェクトでは、多数の民間事業者の参加を得て、運動・趣味・就労等、多岐に渡る社会参加プログラムを提供している。
- ・従来の介護予防事業が対象としていない層も含め、幅広い高齢者の参加を図ることで、これまでアプローチできていない潜在的なリスク層へのアプローチも見すえている。市が進めてきたポピュレーションアプローチをさらに前広に行う方向性を持っている。
- ・プロジェクトでは介護保険給付費 10 億円の削減を目指し、5 年間で最大 5 億円を投じる設計である。年間 5,000 人の参加を図り、介護予防では全国初の大規模なソーシャルインパクトボンド事業となる。2021 年 7 月に開始し、2022 年 1 月現在、35 事業者が参画、参加者数は 1,448 人となっている。

※ソーシャルインパクトボンド：行政が民間資源を活用して行う成果連動型の事業によって、社会課題を解決する官民連携の手法

(1) 豊田市の地域特性

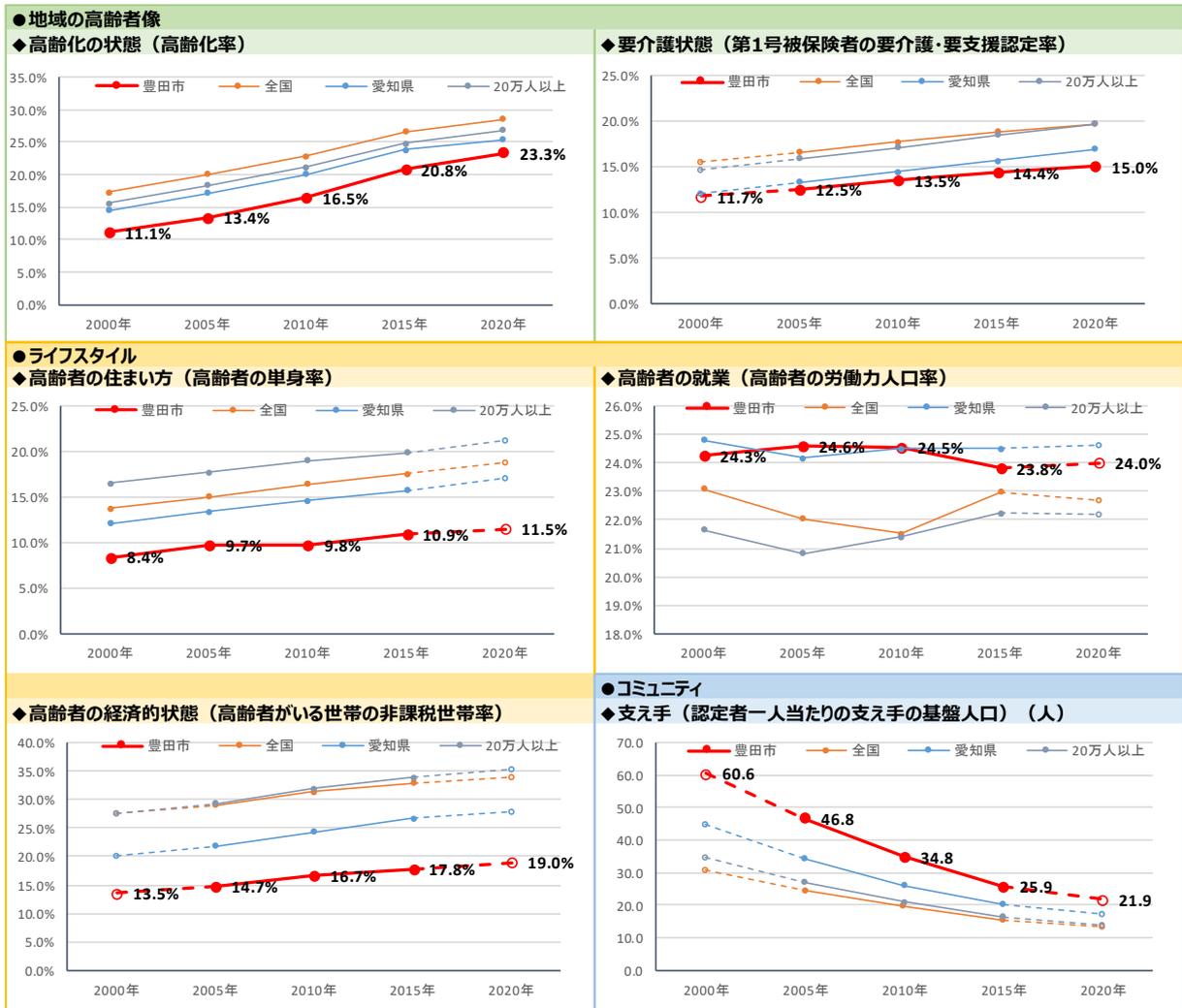
- ・豊田市は愛知県のほぼ中央に位置する中核市であり、愛知県全体の 17.8%を占める広大な面積を持つ。全国有数の製造品出荷額を誇る「クルマのまち」、ものづくりの都市としての一面と、市域の約 7 割を森林が占め、田園が広がる緑のまちとしての一面を併せ持っている。
- ・総人口（国勢調査）は 1980 年以降増加を続けていたが、2015 年には 422,542 人、2020 年には 422,330 と横ばいに転じている。高齢化率（同）は 2015 年時点で 20.8%、2020 年時点で 23.3%と、全国平均及び愛知県平均よりも低くなっている。ただし、高齢化率には大きな地域差があり、47.6%（稲武地区）、45.0%（旭地区）等、40%を超えている地区もある。
- ・2015 年時点の高齢者の単身率は 10.9%、非課税世帯率は 17.8%となっており、一人暮らしや低所得の高齢者の割合は全国よりも大幅に低くなっている。労働力人口率は 23.8%と全国平均より高くなっている。要介護（要支援）認定率は 2015 年度時点で 14.4%、2020 年時点で 15.0%となっており、全国よりも低く収まっている。



- ・全国の保険者のデータを用いて推定した豊田市の認定率（理論値）※は 2015 年時点で 13.8%、2020 年時点で 14.6%となっている。豊田市の認定率は全国平均よりも低いとはいえ、理論値からみれば、もっと低く収まってもよいと解釈され、豊田市には認定率を高める何らかの押し上げ要因がある可能性もある。一方で 2015 年に比べて 2020 年は理論値に対する実績値の差が縮まっており、改善が進んでいる可能性もある。この間、認定率を押下げる何らかの改善要因が働いた可能性が想定される。
- ・地域包括支援センターはすべて委託で 28 箇所設置されており、28 箇所中 19 箇所は特別養護老人ホーム等高齢者施設内に設置されている。また市内全ての地域包括支援センターの統括・支援をする機関として豊田市基幹包括支援センターが 1 箇所設置されている。

※ 重回帰分析の結果を用いて算定。全国の保険者のデータ（認定率、高齢化率、単身率、労働力率、非課税世帯率、可住地人口密度、都道府県の認定率）を用いて算出した値。全国の保険者のデータから計算すると豊田市の認定率はどの程度になるかを示す値。

図表IV-2-3-11 【豊田市の高齢者像とコミュニティ】

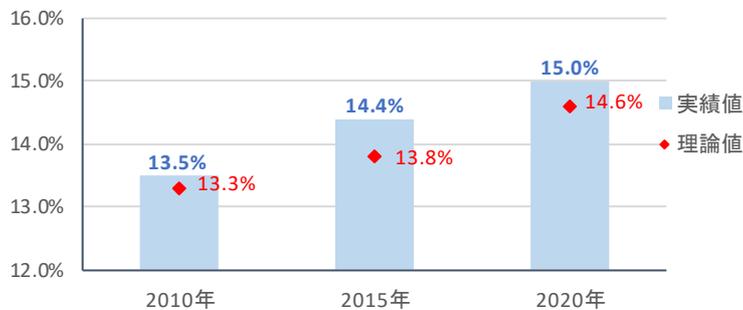


※上図の各指標は本報告書Ⅲ1における「地域の変化を可視化する指標」。

※高齢化率、単身率、労働力率は国勢調査、認定率、非課税世帯率は介護保険事業状況報告・地域包括ケア「見える化」システムのデータを用いて算出している。なお、項目によっては2000年、2020年に推計値を掲載している（2020年国勢調査結果が公表される以前の数値で計算）。

※「支え手（認定者一人当たりの支え手の人口基盤）」（独自指標）は、認定者一人に対して支え手となりえる層が何人程度いるかを示す。生産年齢人口と前期高齢者（≒健康寿命以下の高齢者）人口の合計を認定者数で割った値。

図表IV-2-3-12【豊田市の認定率（理論値と実績値の差）】



※理論値は重回帰分析の結果を用いた算定結果（本報告書Ⅱ3による。図表IV-1-2の注を参照）

(2) 取組の経過：工夫と改善の過程

- ・豊田市では、市内の製造業の生産拡大に伴って転入してきた最初の世代が団塊の世代と重なる。これらの世代の人口がその前の世代に比べて多いため、豊田市では現在急速に後期高齢者が増加している。こうした、いわゆる「2025年問題」（団塊の世代がすべて75歳以上になり、医療・介護等の社会保障費の増大が懸念される問題）の到来については以前から予測されており、豊田市ではこれまでも「2025年問題」に備えて介護予防の普及に積極的に取り組んできた。例えば、一般介護予防事業においては、住民主体の通いの場の普及拡大等を図るとともに、保健師等の専門職が地域に出向いて活動の啓発・支援等に当たってきた。
- ・しかしながら、新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、これらの取組の継続が難しくなったほか、元気な高齢者の日常生活においても外出機会が減少し、自宅に閉じこもりがちになる状況が生じた。こうした状況が続くことで高齢者の心身の衰え、介護リスクの上昇が増長され、豊田市における「2025年問題」のインパクトをより大きなものにしかねないことは明白であった。このため、従来の介護予防の通組みの強化や拡充、新たな追加的な取組の重要性が高まっていた。
- ・他方で、豊田市では株式会社ドリームインキュベータとソーシャルインパクトボンドの活用に向けた調査・研究に関する覚書を2020年2月に締結し、SDGs等を念頭において、様々な分野の課題解決に向けたソーシャルインパクトボンドの活用の可能性について検討を進めていた。こうした中、前述のように、コロナ禍の影響を伴って要介護リスクが高まっている状況が明白となり、介護予防におけるソーシャルインパクトボンドの活用が検討課題に浮上し、事業設計へと進んでいる。
- ・事業設計は、株式会社ドリームインキュベータが行っている。また、事業設計においては、一般社団法人日本老年学的評価研究機構（JAGES）の参加も得られ、JAGESによる学術的な知見に基づいた情報提供を得ながら、協議を進めることができた。その過程ではJAGESにより、例えば高齢者の社会参加によって要介護リスクが何ポイント下がるか等のエビデンスデータが示され、数値を基にした検討作業が展開できている。
- ・このようにして、介護保険給付費10億円の削減を目指し、5年間で最大5億をかけ、年間5,000人の参加を図る事業の設計が固まった。この事業は「ずっと元気！プロジェクト」として、介護予防では全国初の大規模なソーシャルインパクトボンド事業となった。
- ・しかしながら、検討途中で問題も生じた。介護保険において市（保険者）の費用負担は1/8であり、介護保険給付費10億円を削減する場合の市の負担軽減分は1億2500万円となる。1億2500万円の負担減に対して5億円の税金を投入することは、費用対効果からみて不可能である。ここで、検討作業は一旦暗礁に乗り上げた。しかし、打開策となるアイデアが得られた。そのアイデアとは企業版ふるさと納税の活用である。企業から5億円の寄付を募り、事業の財源に充てるというものであり、市税の投入を回避できるため、費用対効果の問題も解消される。寄付を募った結果5億円の寄付が寄せられ、ソーシャルインパクトボンドを活用した介護予防事業「ずっと元気！プロジェクト」は実現に至った。
- ・この事業は、第8期豊田市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画において「SIBを活用した社会参加型介護予防事業の展開」として重点事業に位置づけられている。

図表IV-2-3-13【2025年問題とコロナ禍影響の相互作用のリスク】

豊田市の介護費用は、コロナ禍の影響もあり、大きく増加する懸念

豊田市における介護予防の課題感
直近起こっていること

高齢者の社会参加がコロナによりほぼストップ

- ・社会参加は、要介護リスク低減効果あり
- ・コロナによりオフライン事業実施が困難、且つ代替手段のオンライン事業も容易でない

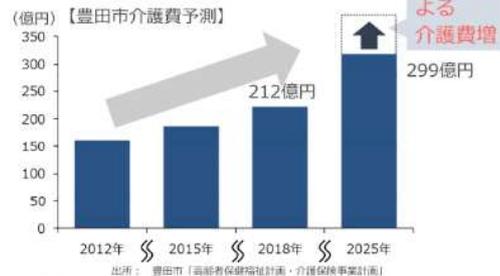
公式YouTubeでの動画配信など対策を講じているが、更なる対応が必要



豊田市における介護費の現状と今後の予測

介護費増加 現状のままいくと、介護費は大幅増

- ・'25年時点で4割程度増加
- ・コロナの影響を考慮すると、更に増加



市民への影響 高齢者の元気や幸福度の低下も懸念

- ・外出や運動の機会が減少
- ・他者との交流の機会がない

自治体だけではコロナ対応等でリソース不足、且つオンライン事業などの推進は苦手
→民間のリソースをフル活用する必要、将来の財政負担増の積極的抑制が必要

- ・SIBを導入しリスクシェア及び多数の企業参画・創意工夫を取り入れるスキームに

出典：豊田市官民連携介護予防「ずっと元気！プロジェクト」資料より

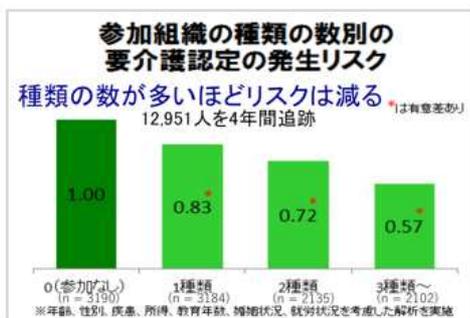
図表IV-2-3-14【学術研究機関（JAGES）の参加によるエビデンスの提供】

社会参加と健康寿命増進の繋がりについて

高齢者がスポーツの会や趣味の会等に参加すること（＝社会参加）により、将来介護になるリスクや認知症を発症するリスクを低減する効果があることが、学術機関の研究により分かっています。

要介護リスクの低減

多くの種類の社会参加をすることにより、将来介護になるリスクを下げる事が可能



認知症発症リスクの低減

また、社会との繋がりが認知症発症リスクを下げることもできる



出所：JAGES「スポーツや趣味の会など複数の会に参加する人ほど要介護になりにくい」特にスポーツの会に参加している人の確率は34%低下、「社会との多様なつながりがある人は認知症発症リスクが半減」

5

出典：豊田市官民連携介護予防「ずっと元気！プロジェクト」資料より

(3) 取組の現状

●事業のスキーム

- ・「ずっと元気！プロジェクト」は、ソーシャルインパクトボンドを用いた介護予防事業であり、介護保険給付費 10 億円の削減を目指して 5 年間で最大 5 億円を投入し、年間 5,000 人の参加を図る事業である。
- ・この事業では、多くの民間事業者の参加のもとに、従来の介護予防事業で中心的な運動・体操のプログラムほか、趣味や就労、エンターテインメント等も含めて多様な選択肢を提供していく。それにより、高齢者の社会参加機会・社会活動量の増加を図り、要介護リスクの低減を図っていく。また、高齢者が社会参加・社会活動を通じて「いきがい」や「楽しみ」を得ていけるようにすることで、「幸せ」を感じられる暮らしを実現していけるようにすることを目指している。
- ・事業は委託により実施している。委託先は「民間取りまとめ組織」として、「ずっと元気！プロジェクト」で高齢者にプログラムを提供していく民間事業者を選定し、伴走しながら事業を推進していく。
- ・最大 5 億円の投入は事業の成果報酬に充てられる。この事業では成果報酬として中間成果報酬と最終成果報酬を設けている。中間成果報酬は、参加人数、継続参加人数を指標として評価し、最終成果報酬は要介護リスク点数の低減度、介護保険給付費削減額を指標として評価し、支払われることとなっている。

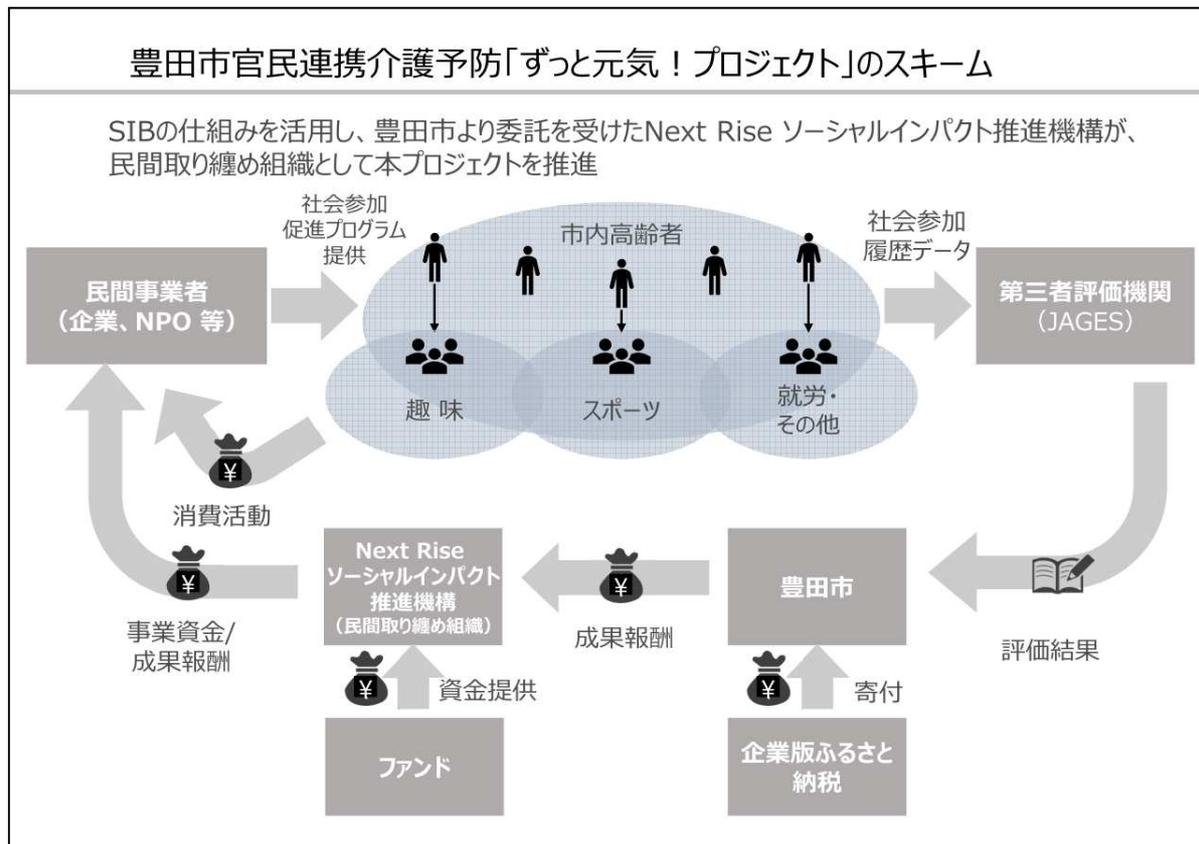
図表Ⅳ-2-3-15【「ずっと元気！プロジェクト」の事業概要】

| | |
|----------|---|
| テーマ | ・高齢者の介護予防 (社会参画機会・社会活動量の増) |
| 対象 | 65歳以上の高齢者 ※主たるターゲットは、70歳代を想定 |
| 事業費 | 事業費：5.5億円 (効果検証含む) |
| 事業期間 | 事業：5年(2021/7/1～2026/6/30) 最終の効果検証：2026年度に実施・完了 |
| 指標 | 【実施成果指標】 ①参加人数 ②継続参加人数 【最終成果指標】 ③要介護リスク点数の低減度 ④介護保険給付費削減額 ※指標は、JAGESとも協議し設定 (要介護リスク点数) →3年以内に要支援・要介護になるリスクを推定 (1点当たりの給付費に与えるインパクトもエビデンス有) →参加群・非参加群を統計的に比較し、その差を効果と認定 (ステータス(年齢・性別・介護リスク度など)の近い群 同士で比較) |
| 報酬割合 | 【委託事業運営分】：30% 【成果報酬】：70% (内訳) 実施成果分：30% 最終成果分：40% |
| プログラムの選定 | 「民間とりまとめ組織」が、成果指標を達成するのに最も適した事業者 (或いは、事業者の集合体)を選定 |
| 事業者 | 合同会社 Next Rise ソーシャルインパクト推進機構 |

出典：豊田市官民連携介護予防「ずっと元気！プロジェクト」資料より

・事業の流れは下図の通りである。民間事業者の取りまとめ組織によって選定された民間事業者が高齢者の要介護リスクを低減させる事業（社会参加促進プログラムの提供）を実施し、第三者評価機関（JAGES）が事業に関するデータを収集・評価し、評価の結果に基づいて豊田市が成果報酬を民間事業者の取りまとめ組織に支払うという流れになっている。

図表IV-2-3-16【「ずっと元気！プロジェクト」のスキーム】

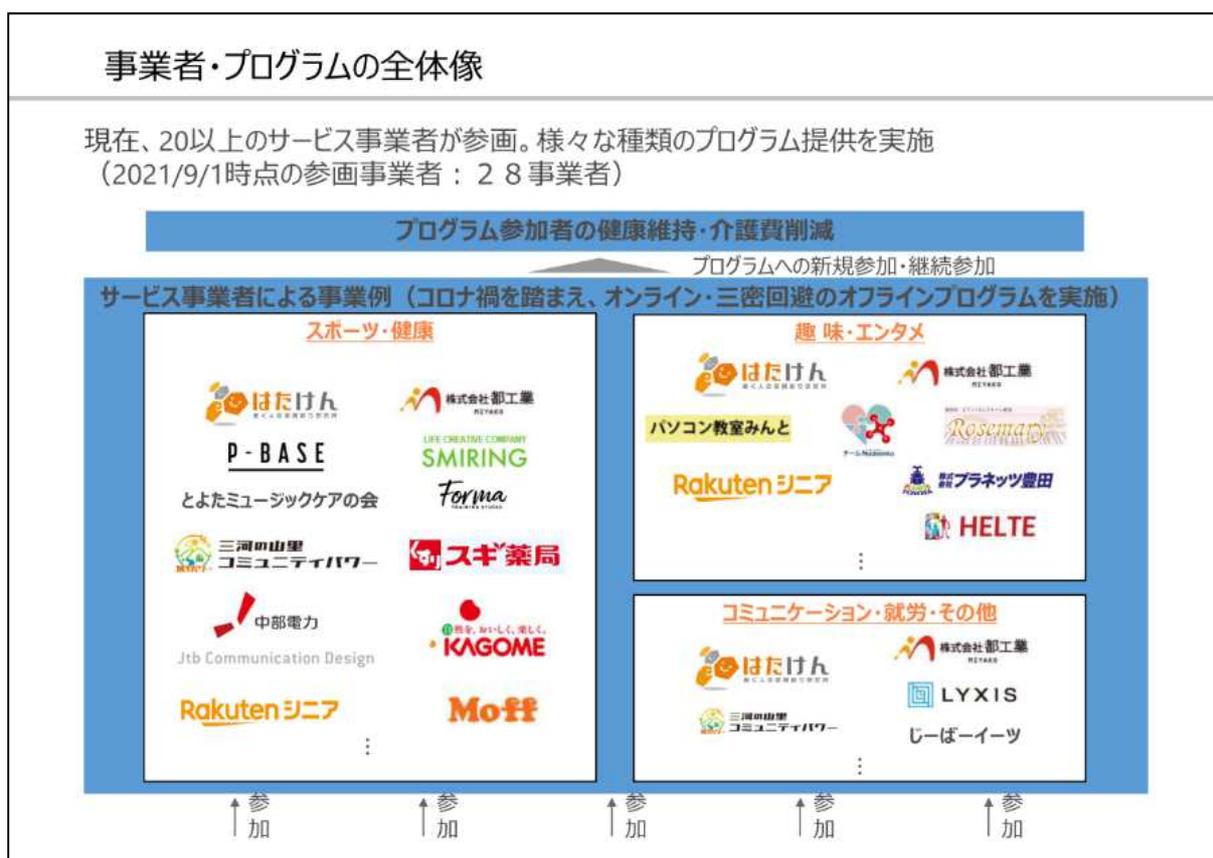


出典：豊田市官民連携介護予防「ずっと元気！プロジェクト」資料より

●プログラム

- ・「ずっと元気！プロジェクト」では、コミュニケーションを創出する多様なプログラムを提供している。その具体的な内容は、運動のほか、趣味や就労、エンターテインメントなど多岐に渡っている。事業のスキームとして、多様なプログラムを提供できるようにしているのは、多様な民間事業者の参加を促すためでもあり、実際に多様な民間事業者の参加が得られている。また、多様なプログラムを提供することは、高齢者の参加意欲を高めるための一つの方法でもある。
- ・なお、少なくとも当面の間はコロナ禍において社会参加を促進していくことになるため、オンラインプログラムや三密回避によるオフライン事業に関するノウハウを有する民間事業者の創意工夫を促進している。これにより、感染対策の徹底と継続的な社会参加を促進するプログラムを提供している。

図表IV-2-3-17【「ずっと元気！プロジェクト」のプログラム】



出典：豊田市官民連携介護予防「ずっと元気！プロジェクト」資料より

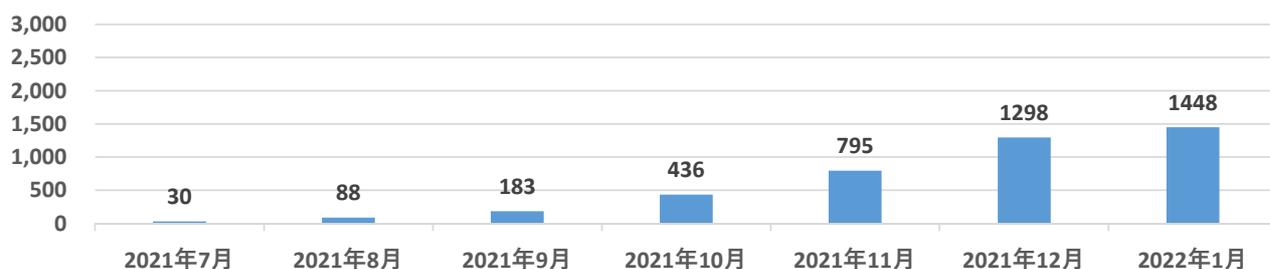
●参加状況

- ・事業は2021年7月に開始している。2022年1月現在、35の民間事業者が参画し、プログラムへの参加者数は1,448人となっている。また、参加者の継続率[※]は36%となっている。
- ・プログラム参加者には事業の開始前に簡易なアンケートを実施し、利用者の属性や社会参加等の状況を把握ができるようにしている。また、半年に1回、第三者機関であるJAGESが評価検証のアンケートを行うこととなっている。アンケート結果を集計した結果（2022年1月時点）、年層別では前期高齢者が約6割、後期高齢者が約4割となっており、5歳階級別では70歳～74歳が4割弱で最多となっていた。また、参加者のプログラム参加前の社会参加実績をみると、社会参加実績がある人、社会参加実績がない人が約半々となっていた。このことから、事業実施前には社会参加をしていなかった層の参加が得られていることが把握できた。この結果を踏まえて次年度の事業につなげていく予定である。

※継続率：以下に該当する者を「継続者」とし、これを前月までの累計参加者数で除した値

- ・初回参加から3カ月以上参加機会のある人：50%以上の参加で継続カウント
- ・初回参加から2カ月の参加機会がある人：100%の参加（2カ月とも参加）で継続カウント

図表IV-2-3-18【参加者数の推移】



出典：豊田市

図表IV-2-3-19【参加者の年齢】

| | 累計参加者数 | |
|---------|--------|-----|
| | 人数 | 割合 |
| 65歳～69歳 | 347 | 24% |
| 70歳～74歳 | 535 | 37% |
| 75歳～79歳 | 368 | 26% |
| 80歳～84歳 | 130 | 9% |
| 85歳～89歳 | 55 | 4% |
| 90歳～ | 7 | 0% |

図表IV-2-3-20【参加者の社会参加実績】

| | 累計参加者数 | |
|----------|--------|-----|
| | 人数 | 割合 |
| 社会参加実績有り | 745 | 51% |
| 社会参加実績無し | 703 | 49% |

社会参加実績：直近6カ月の高齢者クラブ等のコミュニティ参加状況：アンケート結果

出典：豊田市

●成果と課題及び対策

- ・多様な民間事業者が様々な種類の社会参加プログラムを提供することで、事業実施前には社会参加をしていなかった高齢者の参加が得られた。市にはこのことについて想定以上の効果だという評価もある。一方、参加者数の目標と実績とに差があることも明らかになった。豊田市では、その要因として、オンラインプログラムに対する高齢者抵抗感が強いこと、また、オンラインプログラムを提供している民間事業者の多くは市内に拠点を持たないために高齢者との接点を持ちにくいこと、まだ周知が広がっていないこと等を想定している。このような想定も踏まえ、民間取りまとめ組織において対策の検討を進めている。市においても高齢者団体、介護事業者等を通じたプログラムの配布、地域包括支援センター（委託包括）の窓口での紹介等を進め、周知向上を図っていくこととしている。
- ・この事業では企業版ふるさと納税を活用し、全国の企業から寄付を受けて推進している。この点で、市だけではなく企業にとっても関心の高いプロジェクトである。こうしたことから豊田市では、この事業を全国各地で展開できるようなモデルに成長させるという使命感を持って事業を推進している。そのためにも、事業を最後まで実施し、適切に評価していくプロセスを重要視している。

2-4 知恵

大阪府寝屋川市

研究機関によるモデル事業の活用：通所型サービスCの有効活用への展開

- ・寝屋川市では先進地を視察し、2017年から通所型サービスCを導入した。翌2018年には研究機関と協力してモデル事業を実施した。
- ・モデル事業を通じて通所型サービスCの効果が実証されたことが契機となり、寝屋川市では通所型サービスCを介護予防・生活支援サービスの基本に位置づけている。
- ・以降、通所型サービスCのプログラムの改善、事業者の事業継続の見通しの確保等をはじめ、運用上の工夫を重ね、通所型サービスCを重視した取組を継続している。

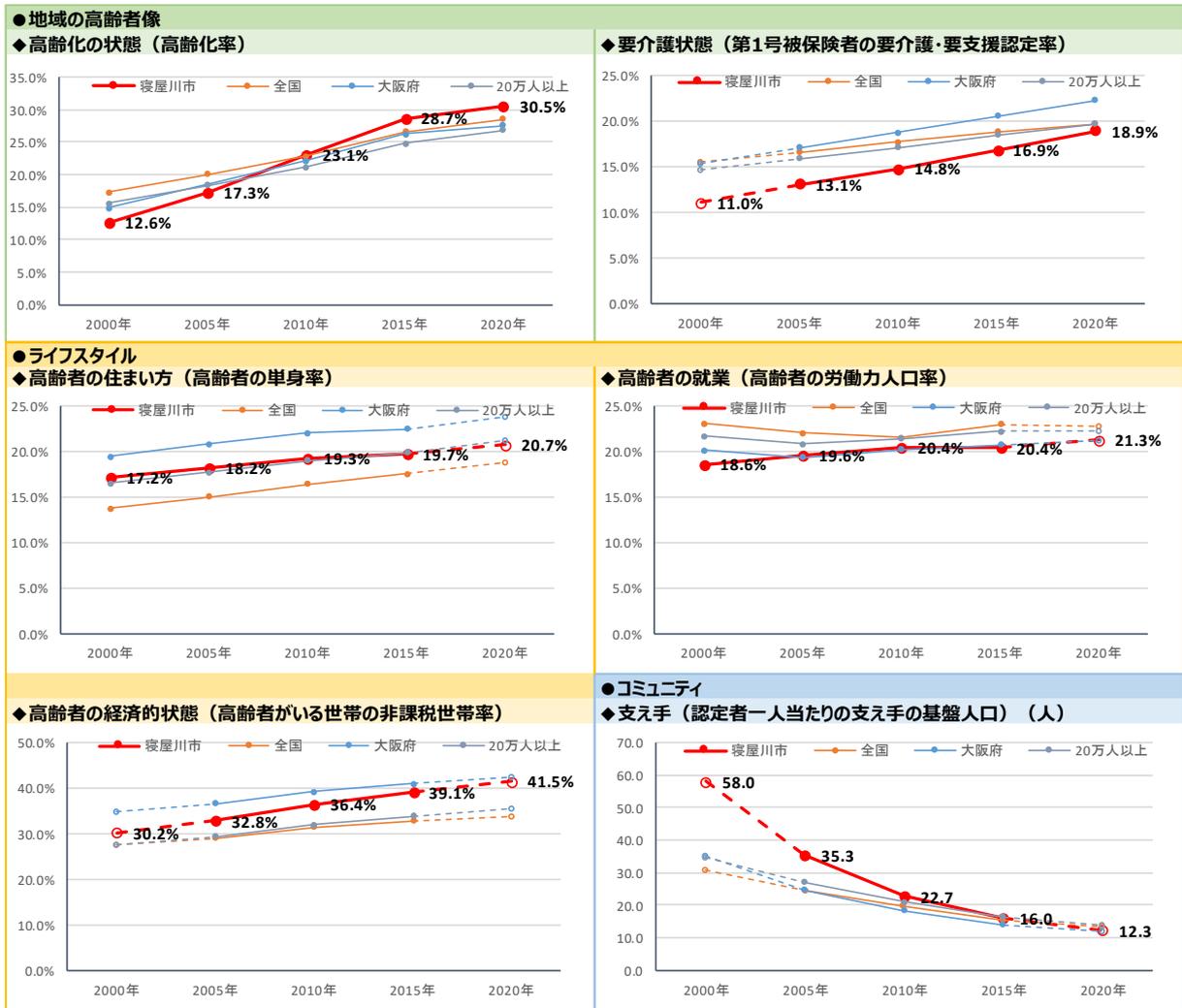
(1) 寝屋川市の地域特性

- ・寝屋川市は、大阪府の東北部に位置する中核市であり、大阪市域の中心から15km、京都市域の中心から35kmの距離にある。面積は24.70km²となっており、東部は丘陵、西部は平坦な地形となっている。
- ・総人口（国勢調査）は1995年の258,443人をピークに減少し、2015年には237,518人、2020年には229,733人となっている。高齢化率（同）は2015年時点で28.7%、2020年時点で30.5%となっており、全国及び大阪府平均よりも高くなっている。
- ・2015年時点の高齢者の単身率は19.7%、非課税世帯率は39.1%となっており、一人暮らしや低所得の高齢者の割合が全国よりも高くなっている。他方、労働力人口率は20.4%となっており、全国より低くなっている。要介護（要支援）認定率は2015年度時点で16.9%、2020年時点で18.9%となっており、全国よりも低く収まっている。
- ・全国の保険者のデータを用いて推定した寝屋川市の認定率（理論値）[※]は2015年時点で20.2%、2020年時点で22.1%となったが、実際の認定率（実績値）はこれよりも低く収まっている。このことから、寝屋川市には認定率を理論値よりも押下げる何らかの地域的な要因があると見込まれる。その要因について、寝屋川市では、地域の住環境の影響（外出のしやすさ：交通利便性、地形等）等が関係していると考察している。
- ・地域包括支援センターはすべて委託で、中学校区に1箇所、全体で12箇所に設置している。
- ・地域ケア会議の構成は5種類（自立支援型、課題解決型、ネットワーク型、圏域、市）となっている。



[※] 重回帰分析の結果を用いて算定。全国の保険者のデータ（認定率、高齢化率、単身率、労働力率、非課税世帯率、可住地人口密度、都道府県の認定率）を用いて算出した値。全国の保険者のデータから計算すると寝屋川市の認定率はどの程度になるかを示す値。

図表IV-2-4-1 【寝屋川市の高齢者像とコミュニティ】

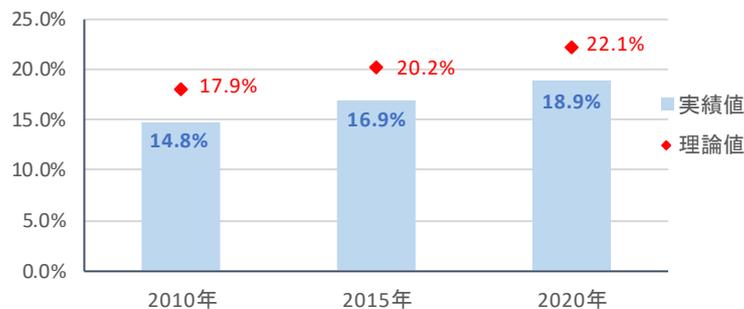


※上図の各指標は本報告書Ⅲ1における「地域の変化を可視化する指標」。

※高齢化率、単身率、労働力率は国勢調査、認定率、非課税世帯率は介護保険事業状況報告・地域包括ケア「見える化」システムのデータを用いて算出している。なお、項目によっては2000年、2020年に推計値を掲載している（2020年国勢調査結果が公表される以前の数値で計算）。

※「支え手（認定者一人当たりの支え手の人口基盤）」（独自指標）は、認定者一人に対して支え手となりえる層が何人程度いるかを示す。生産年齢人口と前期高齢者（≒健康寿命以下の高齢者）人口の合計を認定者数で割った値。

図表IV-2-4-2 【寝屋川市の認定率（理論値と実績値の差）】



※理論値は重回帰分析の結果を用いた算定結果（本報告書Ⅱ3による。図表IV-1-2の注を参照）

(2) 取組の経過：工夫と改善の過程

- ・寝屋川市では、奈良県生駒市等の先進地の視察等を経て、2017 年度に通所型サービスCの事業を開始した。ただし、事業開始当初、通所型サービスCの利用に広がりはみられなかった。市では先進地の取組を参考に、通所型サービスCの効果と必要性についての理解を深めてはいたものの、当時、通所型サービスCの利用促進や重点化等を行っていく方向性を持ってはならず、通所型サービスCの利用については他のサービスと同様に個々のケアマネジャーの判断に委ねていた。しかし、当時のケアマネジャーは、通所型サービスCに対して必ずしも深い見識を持ち合わせていなかった。他方で、市では当時の通所型サービスCの事業者に、従前相当のサービスや緩和基準によるサービスの事業者等を指定しており、予防リハビリに視点を置いて事業者等を指定してはなかった。これらの状況が重なり、結果的に2017年度における通所型サービスCの利用者は6人にとどまった。初年度において、市には利用者が少ないという評価はあったものの、その要因や対策の検討にまでは踏み込まずに評価を終えている。後に市では、先進地の事例に倣って事業のみを導入し、当時の市の状況に合わせて事業を効果的に推進する基盤づくりができていなかったと評価している。
- ・寝屋川市では、現在、通所型サービスCを介護予防サービス・生活支援サービス事業の基本にすえており、要支援認定者が何らかの介護予防・生活支援サービスを利用する場合、原則的に、まず通所型サービスCを利用する流れをつくっている。事業開始当初には、通所型サービスCは他の介護予防・生活支援サービスと並列的に位置づけられており、その中から選択的に利用される流れであったが、現在では大きな転換が図られている。その転機となったのが研究機関と協力して実施したモデル事業の実施であった。
- ・「介護予防・日常生活支援総合事業のモデル事業」は2018年度に実施されている。このモデル事業は、寝屋川市をフィールドとする実証事業であり、通所型サービスCの効果を検証し、その結果を反映した介護予防・日常生活支援総合事業を実施することで高齢者の介護予防・自立支援の推進、介護給付費の抑制につなげることを目的としている。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（IHEP）、株式会社N T Tデータ経営研究所、株式会社T R A P Eの共同研究として実施され、千葉大学、成城大学、大阪大学が協力機関として参加している。モデル事業の実施に先駆けて寝屋川市では、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（IHEP）と介護予防事業等を通じた予防理学療法の活用効果に関する共同プロジェクト協定を締結している。市においては、研究機関による分析結果や知見を市の総合事業の評価や見直しに反映できる機会となっている。

図表IV-2-4-3 【モデル事業（実証事業）の枠組み】

| | |
|--------|---|
| 目的 | 通所型サービス(短期集中)の効果を検証し、その結果を反映した介護予防・日常生活支援総合事業を実施することで高齢者の介護予防・自立支援の推進、介護給付費の抑制につなげる。 |
| 期間 | ①2～4月：サービス提供準備（訪問評価、測定、ケア会議） ②4～7月：サービス提供（調査対象介入群300人） ③10月ごろ：サービス終了3か月後測定（調査対象介入群300人） ④12月：報告書完成 ※調査外 10～1月（順次）：サービス提供（対象群300人） |
| 調査対象者数 | 要支援者600人（介入群300人、対照群300人） |
| 実施主体等 | <p>＜研究代表者＞ ①一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 服部真治(研究総務部次長)</p> <p>＜合同研究者＞ ②株式会社NTTデータ経営研究所 吉田俊之(シニアマネージャー) ③株式会社TRAPE 鎌田大啓(代表取締役)、山崎和雄(取締役)</p> <p>＜協力＞ 千葉大学(予防医学センター社会予防医学研究部門 近藤教授)、成城大学(大学院経済学研究科 河口教授)、大阪大学</p> <p>※ 寝屋川市と①が本調査研究に係る協定締結、 寝屋川市と③が本調査研究に係る業務提携契約締結</p> |

出典：寝屋川市「通所型サービス（短期集中）モデル事業説明会」（平成30年1月）

- ・モデル事業においては、介護予防ケアマネジメントの一環として「事前訪問」（訪問アセス）が新設され、リハ職が対象者宅を訪問することになる。従来はケアマネジャーのみで介護予防ケアマネジメントを実施していたが、社会参加や自立支援の視点でサービス支援を提案していくためにリハ職が関わることとなった。
- ・モデル事業における寝屋川市にとっての最大の収穫は、通所型サービスCの効果を示す客観的なエビデンス（卒業率）が得られたことである。これによって、先進地だけではなく寝屋川市においても効果的なサービスであることが立証された。このことが、モデル事業前には介護予防・生活支援サービスの選択肢の一つという位置づけにあった通所型サービスCを基本サービスに位置づける方向転換につながっている。
- ・また、モデル事業における実践を通じて、通所型サービスCを効果的に活用していくための課題やしくみづくりの重要性も明確になった。それが、モデル事業後の運用改善につながっている。例えば、訪問指導の創設、プログラムの充実（質の確保）、介護予防ケアマネジメントの創出等である。

図表IV-2-4-4 【モデル事業の成果】

- ① 参加して元気になった高齢者がいたこと
- ② 一定の規範的統合が図れたこと
必要ではない、高齢者の生活機能が低下するようなサービスは終了
することが高齢者にとって重要

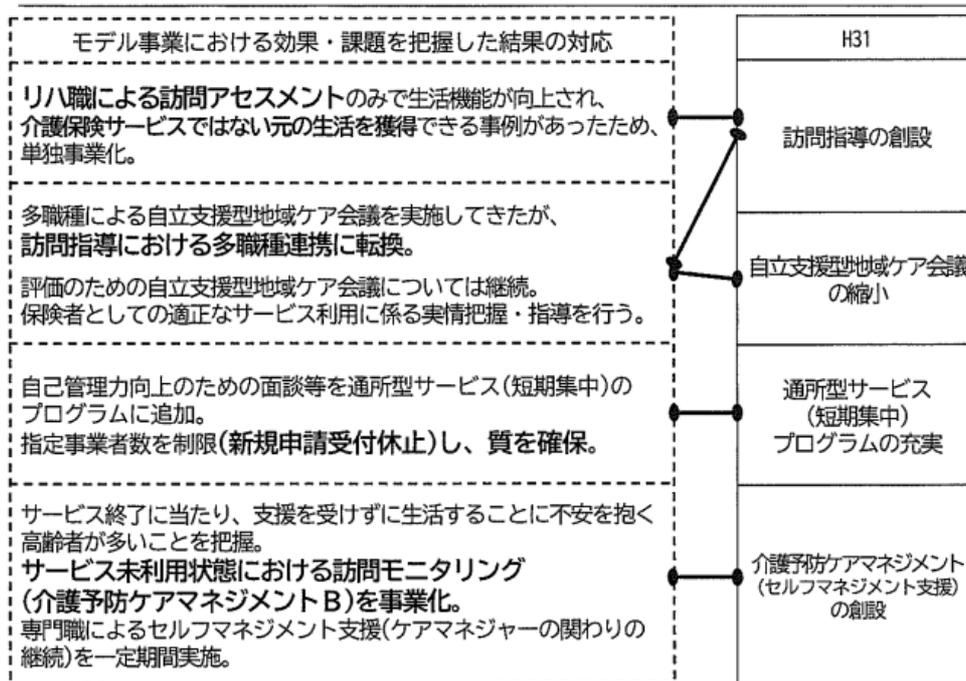
| | |
|---------------|--|
| 従来の考え方 | 支援が必要 ⇒ 利用を継続して重度化予防 |
| 総合事業(通所C)の考え方 | 従来の考え方(重度化予防)に加え、支援が必要 ⇒ 短期間・集中的な支援で機能改善 ⇒ 介護保険サービスではない元の生活を継続して介護予防 |

- ③ 結果に基づき、事業変更・予算要求がしやすかったこと

出典：寝屋川市「元の生活を取り戻す」～短期集中通所サービスを中心とした介護予防の取組（令和3年4月）

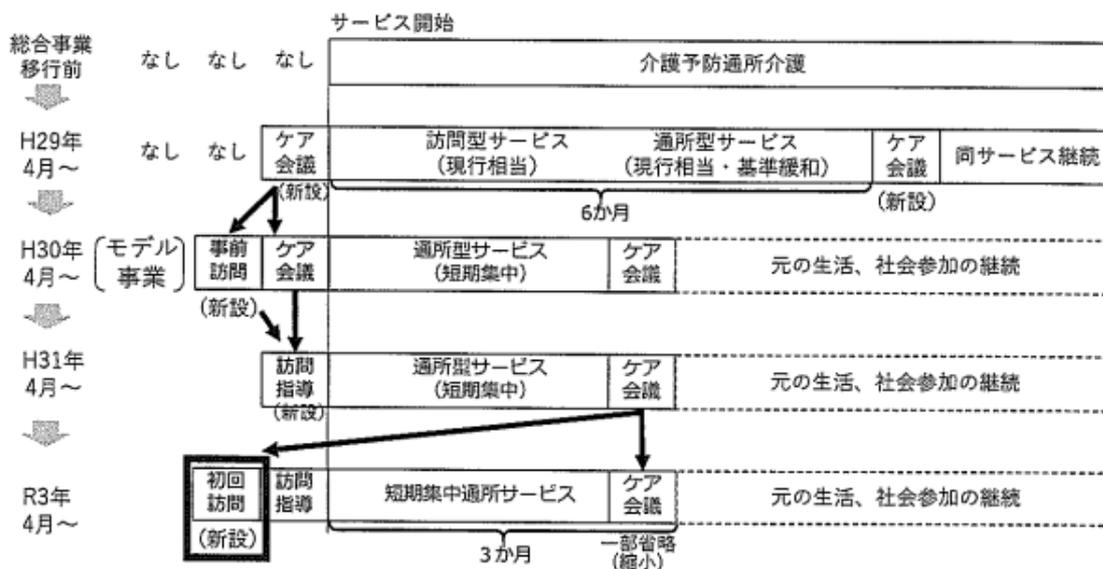
図表IV-2-4-5 【モデル事業後の運用改善】

H31運用（H30モデル実施を経て）



出典：寝屋川市「元の生活を取り戻す」～短期集中通所サービスを中心とした介護予防の取組（令和3年4月）

図表IV-2-4-6 【モデル事業を経た改善過程】



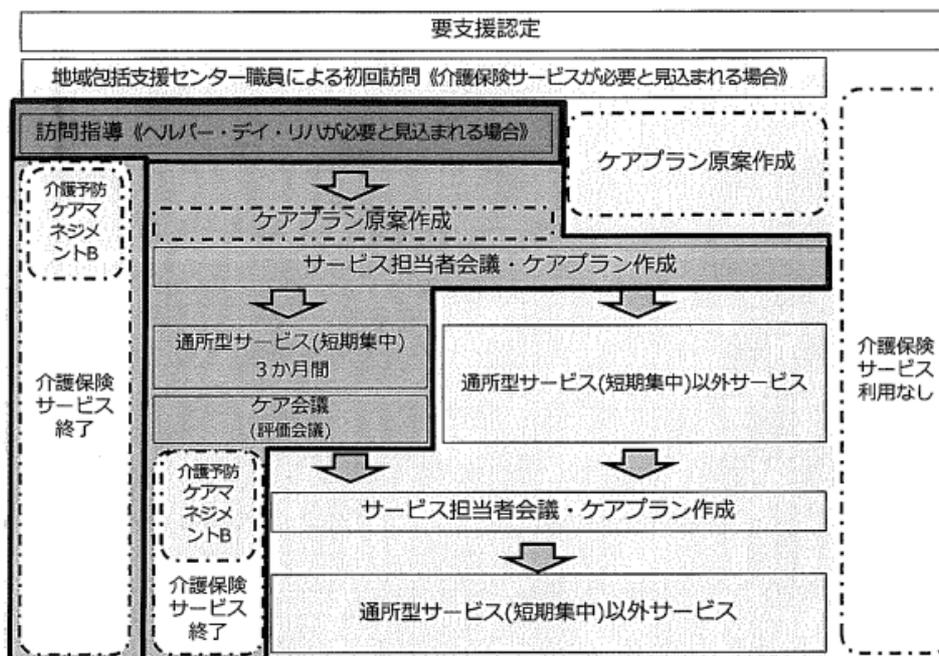
出典：寝屋川市「元の生活を取り戻す」～短期集中通所サービスを中心とした介護予防の取組（令和3年4月）

(3) 取組の現状

●モデル事業後の事業の流れと実績

・モデル事業を経て、寝屋川市における通所型サービスCの位置づけは、下図の通りとなっている。介護予防・生活支援サービスが必要な要支援認定者では、難病、がん、認知症等の要件に該当しない限り、原則として通所型サービスCを利用する流れとなっており、通所型サービスCを利用せずに他のサービスを利用できないこととなっている。

図表IV-2-4-7 【介護予防ケアマネジメントの流れと通所型サービスCの位置づけ】



出典：寝屋川市「元の生活を取り戻す」～短期集中通所サービスを中心とした介護予防の取組（令和3年4月）

・2020年度の卒業率は37.4%となっている。4割近くが生活機能を改善し、活動量の多い生活や社会参加につながっている。

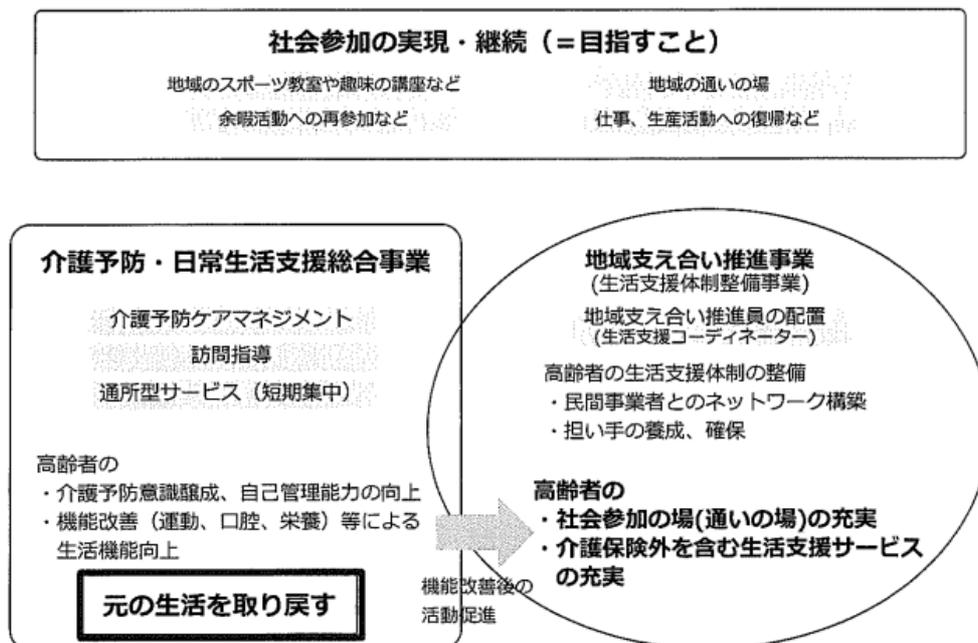
図表IV-2-4-8 【寝屋川市訪問指導・通所型サービスC実績】

| 2020年度 訪問指導 実施件数 | 通所型サービスC 利用 | | 通所型サービスC利用後 | | | | | |
|------------------------|----------------|-------|-------------|-------|------|-------|-----|-------|
| | | | 卒業 | | 継続 | | 中止 | |
| 602件 | 318件 | 52.8% | 119件 | 37.4% | 153件 | 48.1% | 46件 | 14.5% |

出典：寝屋川市「元の生活を取り戻す」～短期集中通所サービスを中心とした介護予防の取組（令和3年4月）

・寝屋川市では、介護予防・日常生活支援総合事業と生活支援体制整備事業を両輪として回すことで、高齢者が活動的な生活を継続し、「元の生活を取り戻す」ことができるような地域づくりを推進している。通所型サービスCは、「元の生活を取り戻す」過程において、寝屋川市が最も重要視しているサービスである。通所型サービスCにおいては、利用者の「セルフマネジメント」を重視しており、利用者が自分自身に興味をもち、自分の自立的な生活の可能性に気づいていけるようにプログラムを進めている。そのため、利用者が、生活（機能）や社会参加に対して自信を大きく持っていけるように支援を行っている。

図表IV-2-4-9 【寝屋川市が取り組む地域づくり】



43

出典：寝屋川市「元の生活を取り戻す」～短期集中通所サービスを中心とした介護予防の取組（令和3年4月）

●課題と対策

- ・日常生活での活動量を増加させることが長期的な介護予防に効果的であるという視点から、寝屋川市では通所型サービスCの終了時に自立支援型地域ケア会議を開催している。地域ケア会議においては、「サービスの継続」を必要視する意見がケアマネジャーから出ることがある。利用者が希望するサービスを専門職の視点でコーディネートすることを自らの役割だと考えているためであるが、従来の給付の発想も根強く残っている。従来の発想の転換を図っていくことが、引き続き課題となっている。
- ・通所型サービスCからの卒業者を通いの場につないでいくことで介護保険サービス以外での活動量の増加を促すことができる。寝屋川市ではそのつながりがまだ十分ではなく、今後さらに選択肢を増やす検討をしていくこととしている。行政主体の通いの場もその選択肢の一つとなっている。
- ・卒業後3～4カ月目のフォローが大きな課題となっており、卒業者の重度化防止の取組を実施することとしている。行政主体の通いの場はその選択肢ともなる。
- ・通所型サービスCにおいては、事業所によって卒業率の実績に差があり、5割を超える事業所もある一方で2割にとどまっている事業所もある。市では事業所間の競争を促進していくため表彰を考えている。

大分県佐伯市

サービス利用者の継続的なデータ分析：事業のPDCAとケアマネジメントにおけるエビデンスベースの改善

- ・佐伯市では、総合事業の実施前から要支援新規認定者のデータ分析を行っており、分析結果に基づいて事業の方向性の検討を進めていた。
- ・総合事業への移行後には、通所型サービスC利用者のデータ分析を進めて事業の評価を行い、通所型サービスCを中心とする事業構築を進めてきた。
- ・データ分析から得られた知見は専門職に共有され、ケアマネジメントにも反映されている。

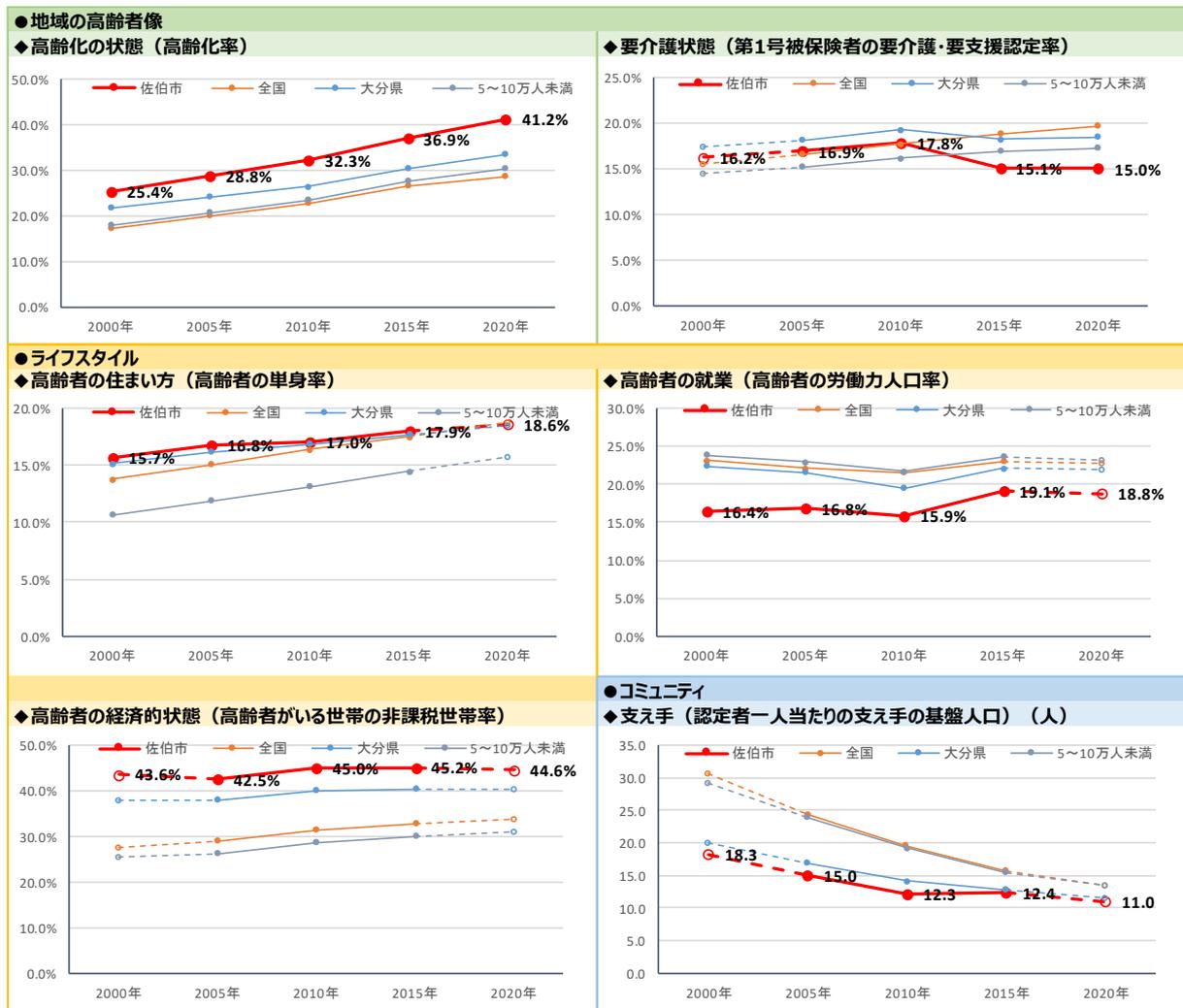
(1) 佐伯市の地域特性

- ・佐伯市は大分県南東部に位置しており、九州で最も広い面積（903.14km²）を持つ。総人口（国勢調査）は1955年の118,236人から減少し、2015年には72,211人、2020年には66,851人となっている。高齢化率（同）は2015年時点で36.9%、2020年時点で41.2%となっており、国や県の水準を大幅に上回っている。市内3つの日常生活圏域のうち、高齢化率が最も高い圏域の高齢化率（住民基本台帳、2020年9月）は49.2%となっている。
- ・2015年時点の高齢者の単身率は17.9%で全国と同水準だが、労働力率は全国より低く、非課税世帯率は全国より高くなっている。他方、要介護（要支援）認定率は2015年度時点で15.1%、2020年時点で15.0%となっており、全国よりも低く収まっている。
- ・全国の保険者のデータを用いて推定した佐伯市の認定率（理論値）[※]は2015年時点で18.9%、2020年時点で19.2%となったが、実際の認定率（実績値）はこれよりも低く収まっている。このことから、佐伯市には認定率を理論値よりも押下げる何らかの地域的な要因があると見込まれる。
- ・地域包括支援センターは3箇所あり、各日常生活圏域に1箇所設置されている。市中心部を含む圏域1に直営の地域包括支援センターがあり、圏域2と圏域3に委託のセンターがある。2021年度までは直営の1箇所ですべて3圏域に対応していたが、2022年度から社会福祉協議会に委託し、3箇所の体制に移行した。委託の2箇所には直営のセンターから保健師が出向しているほか、毎月の3包括連絡会議を通じて、相互連携、運営支援を図っている。



[※] 重回帰分析の結果を用いて算定。全国の保険者のデータ（認定率、高齢化率、単身率、労働力率、非課税世帯率、可住地人口密度、都道府県の認定率）を用いて算出した値。全国の保険者のデータから計算すると佐伯市の認定率はどの程度になるかを示す値。

図表IV-2-4-10【佐伯市の高齢者像とコミュニティ】



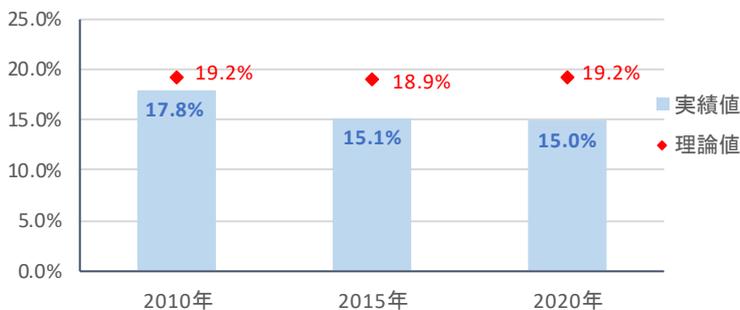
※上図の各指標は本報告書Ⅲ1における「地域の変化を可視化する指標」。

※高齢化率、単身率、労働力率は国勢調査、認定率、非課税世帯率は介護保険事業状況報告・地域包括ケア「見える化」システムのデータを用いて算出している。なお、項目によっては2000年、2020年に推計値を掲載している（2020年国勢調査結果が公表される以前の数値で計算）。

※「支え手（認定者一人当たりの支え手の人口基盤）」（独自指標）は、認定者一人に対して支え手となりえる層が何人程度いるかを示す。生産年齢人口と前期高齢者（≒健康寿命以下の高齢者）人口の合計を認定者数で割った値。

図表IV-2-4-11

【佐伯市の認定率（理論値と実績値の差）】



※理論値は重回帰分析の結果を用いた算定結果

（本報告書Ⅱ3による。図表IV-1-2の注を参照）

図表IV-2-4-12

【日常生活圏域】



(2) 取組の経過：工夫と改善の過程

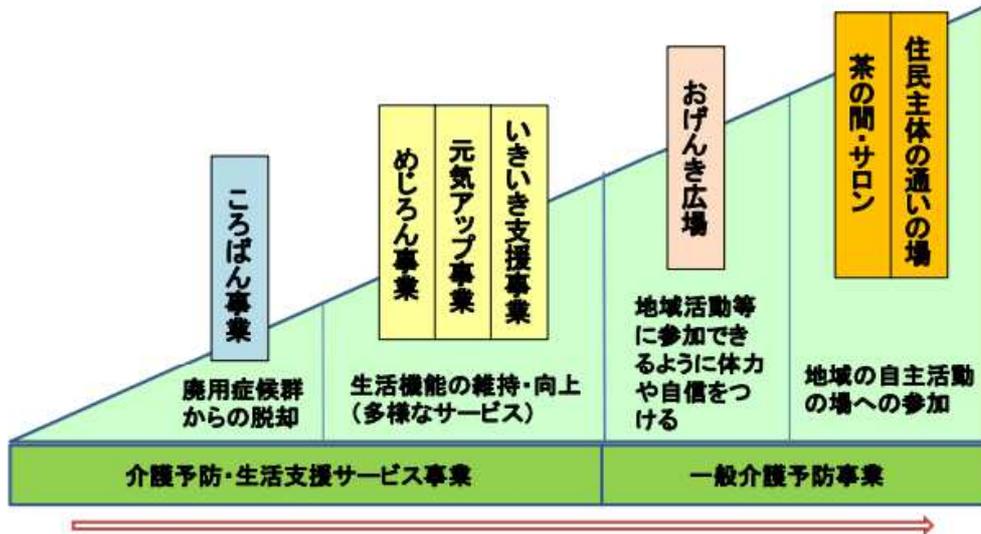
● C型事業「ころばん事業・ころばん訪問事業」の取組

○ C型事業の構築

- ・佐伯市では、総合事業への移行にあたって認定者データの分析を行い、総合事業の方向性を明確にした。要支援新規認定者の原因疾患の分析の結果、生活が不活発で筋力や体力が低下してきた人に対して、しっかりと運動に取り組んでもらい低下した身体機能を向上させるための事業を実施すること、また、認知症による物忘れや意欲の低下等から身の回りのことが自分でできなくなってきた人に対して、脳を活性化させさらなる認知機能の低下を予防するための事業を実施することが必要だという結論に至っている。
- ・佐伯市では総合事業を2015年に開始しているが、通所型サービスCである「ころばん事業」、訪問型サービスCである「ころばん訪問事業」は2017年の開始となっている。C型の実施にあたってデータ分析を行っている。総合事業開始前における要支援認定者の原因疾患を分析した結果、第一位は「整形外科疾患から生じる生活不活発（廃用症候群）」であった。その割合が年々増えており、2016年度には半分を占めるまでになった。こうした状況を踏まえ、より効果的な事業の構築に向けて総合事業の見直しを行い、2017年のC型事業の実施に至っている。具体的には、従前相当のサービスの類型として行っていた通所型サービス「ころばん事業」のプログラム内容や基準等を改め、通所型サービスと訪問型サービスをセットにしたC型事業「ころばん事業・ころばん訪問事業」として実施することになった。
- ・事業開始当初には大きな課題も発生した。例えば、初年度にはC型サービス利用の中断が34.1%あった。その後、医療との連携を図り、かかりつけ医へのサービス利用可否の確認等を進めた。これによって中断率は低下してきた。このように事業の運営については、課題と向き合いながら改善を図っている。
- ・C型サービスは2事業者が提供しており、いずれも圏域1に拠点を構えている。このため、利用者も圏域1が多数を占めている。2事業者の稼働率は約8割であったが、近年、コロナの影響により7割弱となっている。他方、圏域2と圏域3では、送迎に片道1時間前後かかることが影響し、C型の対応ができない地域もある。圏域2と圏域3でもニーズはあるため、市では各圏域にC型の拠点を設置したいと考えている。しかし、人員配置基準として理学療法士や作業療法士の常駐を求めており、事業者としては八職の確保が難しく、新たな参入事業者は出ていない。このため、市では緩和した配置基準を作成し、事業者の拡大を図っている。
- ・佐伯市のC型サービスは6カ月を基本とする。九州一広い面積の市域を2事業者のみで対応しているため、事業者にとっては送迎の負担が大きい。このため遠方地域の利用者には週1回の対応が限界となってしまう。週1回の対応の場合、3カ月間で十分な改善効果を見込めない利用者も多い。そこで6カ月間を基本としてプログラムを組んでいる。
- ・卒業後には、生活機能を維持するために通いの場に繋げる。市内にはサロンや住民主体の通いの場が計200箇所以上あり、国が示している通いの場の目標値（徒歩15分の範囲内で、1割の高齢者が参加できる場所数）を満たしている。一方、過疎化と高齢化により、自宅から徒歩15分の範囲内に通いの場がない地域も多い。そのような地域では、セルフケア（家事、散歩、畑仕事等）による身体機能の維持を基本的な選択肢に据えている。佐伯市の特性を踏まえると、毎日の生活の中でいかに生活を活発にするかの視点が必要であることが、市の担当者と専門職の間で確認され、現在の支援方針となっている。なお、佐伯市では本人の状態と地域特性を勘案し、C型卒業時の改善した状態をセルフケアでなるべく長く維持してもらい、状態が悪化したら再びC型にエントリーしてもらうという流れも作っている。

図表IV-2-4-13【通所型サービスにおけるこぼん事業の位置づけ】

利用者の状態像に応じて受けられるサービスを整備することにより、軽度者を元気にする体制をつくる。サービス導入時には専門職(セラピスト)を活用し、廃用性の原因を探り短期集中的な支援を行う。卒業後は残された課題に応じて、生活機能の維持・向上のために多様なサービスを活用したり、卒業者の体力づくり・閉じこもり予防として一般介護予防事業を活用する。最終的には地域の自主的な集いの場に参加できるようになることを目指す。



早期に専門職による介入をし廃用を防いで地域へ返す ⇒ 自助・互助で支え合う場へ繋ぐ
(住民力の活用・セルフケアの推進)

出典：佐伯市の介護予防の取組について

図表IV-2-4-14【こぼん事業・こぼん訪問事業】

○通所型サービス

| 国の基準 | 従前の通所介護相当 | | | 短期集中予防サービス |
|--------|--|--|---|---|
| サービス種別 | めじろん事業 | 元気アップ事業 | いきいき支援事業 | こぼん事業 |
| 内容 | 運動機能が低下し日常生活に支障がある対象者に対し、運動を中心としたサービスを実施する。 ○めじろん体操 ○体力測定 など | 認知症、閉じこもり等により認知機能や運動機能が低下した対象者に対し、脳トレーニングや体操等のサービスを実施する。 | 病気等により自宅に閉じこもりがちで、身体機能の低下が生じている対象者に対し、社会参加へのきっかけづくりを目的としたサービスを実施する。 | 整形疾患等により運動機能が低下し、日常生活動作が困難になった対象者に対し、理学療法士が通所事業所において運動機能向上の訓練を実施する。 |

○訪問型サービス

| 国の基準 | 従前の訪問介護相当 | | 短期集中予防サービス | | |
|--------|--|--|---|---|--|
| サービス種別 | はつらつ事業 | サポート事業 | 栄養訪問事業 | 口腔訪問事業 | こぼん訪問事業 |
| 内容 | 身体機能の低下により家事等に支障がある対象者に対し、1時間程度のサービスを実施。 (調理、掃除、入浴、屋内外の歩行等) | 身体機能の低下により家事等に支障がある対象者に対し、30分程度のサービスを実施。 (買い物、ゴミ出し、調理の下準備、洗濯の取り込み等) | 栄養面の課題がある対象者や、その家族に対して、管理栄養士が定期的に訪問し栄養改善のための助言や指導を行う。 | 口腔機能の低下がある対象者や、その家族に対して、歯科衛生士が定期的に訪問し、口腔機能向上のための助言や指導を行う。 | 通所型こぼん事業の利用者に対し、理学療法士が自宅に訪問し、日常生活動作の確認(入浴や調理等)や助言指導、環境整備の提案等を行う。 |

出典：佐伯市の介護予防の取組について

●データ分析の取組

○データ分析の実施

- ・要支援認定者や総合事業利用者のデータ分析は、市直営の地域包括支援センターに所属する専門職（保健師）が行っている。もともと総合事業を担当する専門職が、各事業の評価のために毎年行っている分析であり、利用者別にサービス利用開始から1年後の状態について経過を追い、改善・維持・悪化の状況を把握し、各事業の効果や課題を分析している。
- ・佐伯市ではC型事業や地域リハビリテーション活動支援事業等において、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、歯科衛生士の専門職から協力を得て、総合事業の構築を行っている。毎年、地域リハの専門職と意見交換会を行い、各専門職の視点でデータ分析に対するフィードバックや意見をj得ている。このような積み重ねを行ってきた結果、分析内容が徐々に充実してきた。課題が生じた場合には、その解決に向けて原因の分析等も行っている。また、C型サービス利用者のデータが蓄積してきたことで可能になった分析もある。2020年にはC型への再エントリー者の分析を初めて行っている。その結果として再エントリー者の属性的な傾向、再エントリーまでの期間、廃用の要因等の傾向が可視化された。

○データ分析の実例

- ・佐伯市では多様な分析を行っている。例えばC型事業終了者の状況に関する分析がある。C型サービス利用者について、卒業者、他の総合事業への移行者、予防給付サービス利用者、利用中断者の構成を可視化している。卒業者については、卒業後の活動の場についても把握をし、その構成を可視化している。事業開始初年度からの累積値の傾向を追っていくと、卒業者のうち一般介護予防事業への移行者、他の総合事業への移行者の増加や、中断者の減少が明らかになっている。初年度に、中断者の多さが問題視されたが、対策につながっており、以降は初年度より低い水準に収まっている。

図表Ⅳ-2-4-15【C型事業終了者の状況】

| ころばん事業・ころばん訪問事業のまとめ（過去の集計結果との比較） | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|------------|--------------|--------------|-------------|---------------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|
| ※平成29年10月～平成30年9月までの事業利用者数 176名（うち123名が事業終了、53名は現在も利用中） | | | | | | | | | | | |
| | 利用者数 (延) | 利用中 (人) | 卒業者数 (人) | 一般介護 予防事業 | 趣味や 習い事 | 自宅での 家事や 畑作業等 | 自費 サービス | ボランティア 活動 | 総合事業 | 予防給付 | 利用中断 |
| 合計 | 176 | 53 | 66 53.7% | 7 5.7% | 11 9.0% | 43 35.0% | 2 1.6% | 3 2.4% | 7 5.7% | 5 4.1% | 42 34.1% |
| ↓ | | | | | | | | | | | |
| ※平成29年10月～令和1年9月までの事業利用者数 310名（うち247名が事業終了、63名は現在も利用中） | | | | | | | | | | | |
| | 利用者数 (延) | 利用中 (人) | 卒業者数 (人) | 一般介護 予防事業 | 趣味や 習い事 | 自宅での 家事や 畑作業等 | 自費 サービス | ボランティア 活動 | 総合事業 | 予防給付 | 利用中断 |
| 合計 | 310 | 63 | 153 61.9% | 30 12.1% | 34 13.8% | 81 32.8% | 5 2.0% | 3 1.2% | 19 7.7% | 18 7.3% | 57 23.1% |
| ↓ | | | | | | | | | | | |
| ※平成29年10月～令和3年9月までの事業利用者数 575名（うち516名が事業終了、59名は利用中） | | | | | | | | | | | |
| | 利用者数 (延) | 利用中 (人) | 卒業者数 (人) | 一般介護 予防事業 | 趣味や 習い事 | 自宅での 家事や 畑作業等 | 自費 サービス | ボランティア 活動 | 総合事業 | 予防給付 | 利用中断 |
| 合計 | 575 | 59 | 312 60.5% | 71 13.8% | 59 11.4% | 170 33.0% | 9 1.7% | 3 0.6% | 59 11.4% | 26 5.0% | 118 22.9% |

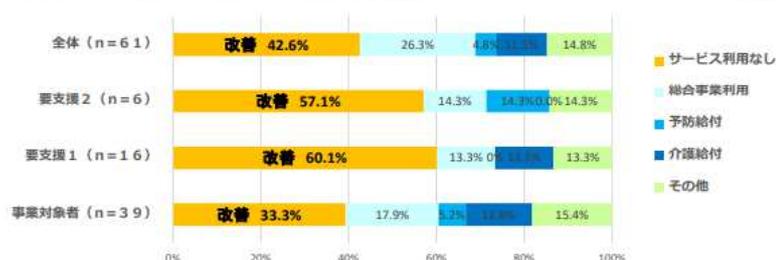
出典：佐伯市の介護予防の取組について

・卒業後の状態については、サービス利用状況をもとに継続的にモニタリングされており、改善、維持、悪化の評価が行われている。卒業後24カ月後の状態をみると、初年度には「改善」が4割、3年間の累積では「改善」が5割となっていることが把握できた。プログラムやケアマネジメントの改善、事業運営の見直し等により、事業の効果の高まりが確認された。引き続き、データ分析により、課題の可視化と検討を行い、改善を図っていくことが重要視されている。

図表IV-2-4-16【改善・維持・悪化の状況】

ころばん事業における「改善・維持・悪化」の状況（24か月後）

※平成29年10月1日～平成30年9月30日の間に事業を利用し卒業した方の24か月後の状況を調査



※平成29年10月1日～令和1年9月30日の間に事業を利用し卒業した方の24か月後の状況を調査

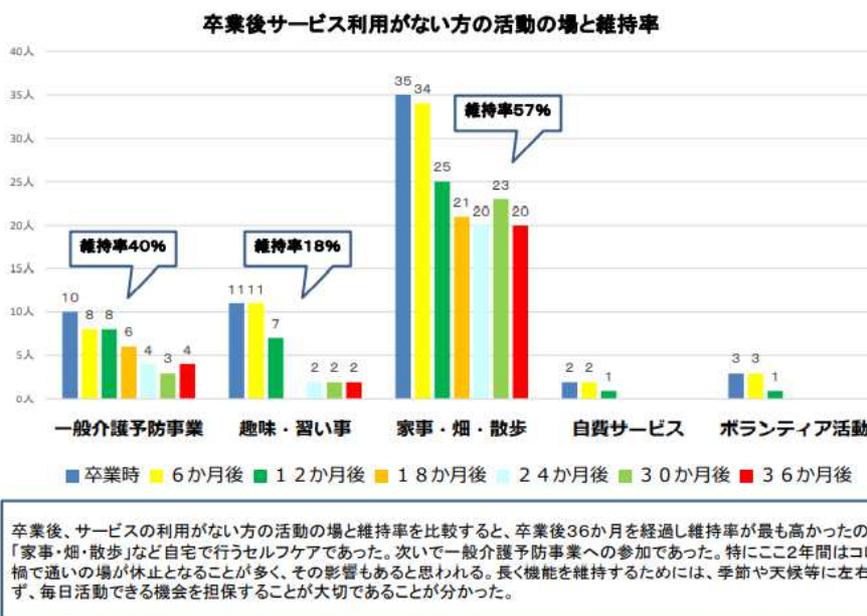


出典：佐伯市の介護予防の取組について

・卒業後の活動についても継続的にモニタリングされており、モニタリング結果がデータ化されている。このデータを活かして、活動の違いによる卒業後の状態の維持に差があるかどうかの分析も行われている。卒業後の活動として、一般介護予防事業、趣味・習い事、セルフケア（家事・畑・散歩）、自費サービス、ボランティア活動の5種類の活動別に状態の維持の状況を追っていくと、卒業後36カ月の時点では、セルフケア（家事、畑作業、散歩等）をしていた人が状態維持率が最も高くなっていることがわかった。佐伯市では卒業後の活動として、通いの場への参加だけではなく、日々の生活の中でできることを行っていくセルフケアを重視しているが、このデータはその裏付けとなっている。

図表IV-2-4-17【卒業者の状態の維持率（活動別）】

ころばん事業終了者の活動の場と維持率の比較（N = 61）

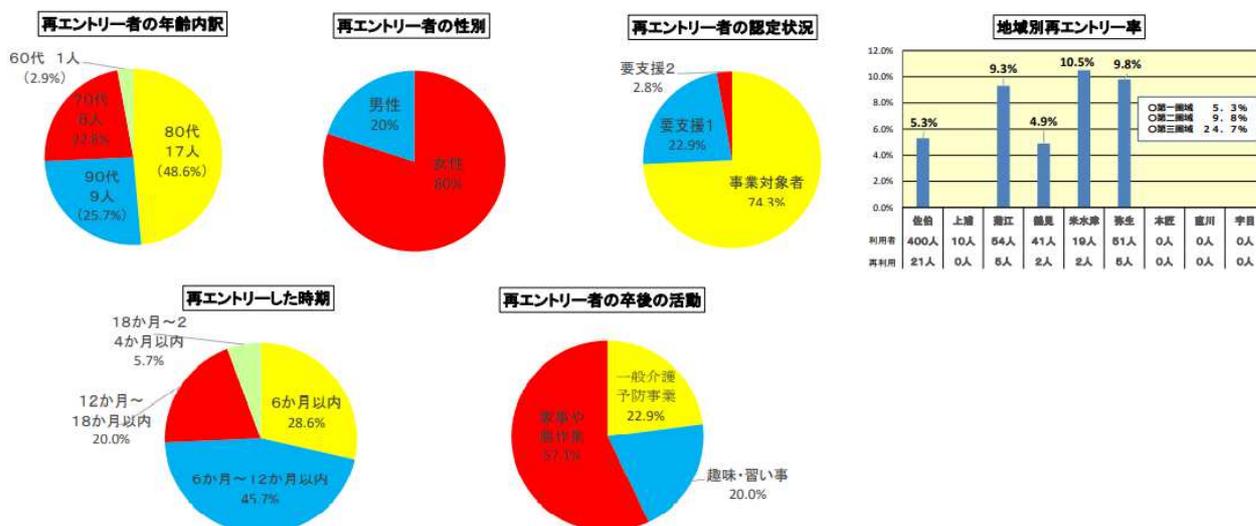


出典：佐伯市の介護予防の取組について

卒業後の再エントリー者の状況については、2020年に初めて分析を行った。事業開始から4年が経過し、再エントリー者が増えてきたためである。卒業後12か月以内での再エントリーが7割以上を占め、そのうち、6か月以内が3割を占めており、6か月以内の再エントリー者は90代が最も多いことが分かった。また、卒業後の活動では、セルフケア（家事・畑・散歩）の実施が半数以上を占めていることや、既存の社会資源の少ない圏域3で再エントリー率が高いことがわかった。

図表IV-2-4-18【再エントリー者の状況】

ころばん事業再エントリー者の状況（N = 35）



出典：佐伯市の介護予防の取組について

○分析結果の活用

- ・分析結果については、C型のプログラムの評価や改善に向けた事業者との意見交換会の場で使用している。分析データを用いて、行政、包括支援センター（ケアマネージャー）、事業者それぞれが気をつけなければならないこと、あるいは対策が必要なこと等を出し合っ方向性を確認している。
- ・個別のケアマネジメントの改善に向けても活用している。例えば、「事業中断者が多い」という分析結果に注目し、さらにデータを掘り下げていくと、中断者の内訳として「糖尿病や心不全など内科疾患の増悪による者が多い」「身体機能の改善により活動性が上がり転倒し骨折する者が多い」等といった発見に繋がっている。このような具体的な傾向まで見えてくると、ケアマネジメントにも活用しやすくなる。こうした分析結果については、ケアマネージャーの研修に使用したり、利用者への注意喚起に活用したりしている。
- ・また、事業の評価や事業構築の検討にも活用している。佐伯市ではC型事業の分析を特に重視している。その理由はC型事業が動いていくと、地域支援事業全体が連動して動いていくからである。C型の卒業から地域へつないでいくためには、地域支援事業の中にある一般介護予防事業や在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業との連動が欠かせない。地域支援事業を適切に構築していくため、C型サービス利用者の分析結果から見えてきた課題を地域支援事業内の各事業担当に投げかけ、エビデンスに基づく事業の検討、構築を促進している。
- ・分析結果については介護予防の周知や啓発にも活用している。市報やケーブルテレビ、介護予防講演会等でC型サービスによる利用者の変化や改善効果を公表している。

(3) 取組の現状

●現状と課題

- ・現在、C型サービス利用者の状態像の多様化が進んでおり、事業開始当初の単純な廃用モデルだけではなく、廃用に加えて認知症のあるケース、パーキンソン病など進行性の疾患や脳血管疾患による後遺症のあるケース、心不全や腎不全のあるケース等がみられるようになってきている。こうした複雑なケースについても、医師の許可があれば参加できるようにしており、必要に応じて医師と連携を取るようになっている。
- ・また、卒業後の身体機能維持の状況には二極化の傾向もみられる。90歳以上の超高齢者の利用や状態像の複雑なケースの利用から、改善状態を長く維持することが難しいケースが増えている。プログラム内容やケアマネジメントの質の向上により、改善効果が得られやすくなっている一方で、その効果を長く維持することが難しい人も増えている状況がある。佐伯市では超高齢者（90歳以上）の利用に関しては卒業後、半年から1年に渡って身体機能が維持できれば成功だと考えている。このようなケースについては、卒業後のモニタリングを丁寧に行い、早めに状態の変化を把握し、個々の状態に合わせて半年、あるいは1年ごとの再エントリーに繋がられるようになっている。
- ・他方、1年に渡って改善状態を維持できると、その後も長く状態を維持できる傾向がある。現在では事業者が利用者に対して卒業後にどのような取組を行えばよいのかを伝える（自宅で行える個別プログラムの提案やセルフチェックシートの活用）ようになっている。また、ケアマネージャーも利用者に対して丁寧に卒業後の活動の必要性について説明できるようになってきた。そのため、利用者の介護予防に対する理解も、数年前に比べると高まっている。
- ・佐伯市にはC型サービス利用者のための地域ケア会議（ケアマネジメント支援会議）がある。理学療法士や管理栄養士、歯科衛生士などのアドバイザー以外に、一般介護予防事業を担当する保健師、サロンのコーディネーター（作業療法士）が参加し、また生活支援体制整備事業との連動のため、生活支援コーディネーターの参加も得ている。会議では支援方針に対する認識の共有や、地域課題の抽出を行っている。
- ・以上のような多様な場面において、データを用いて課題の可視化や対策の検討を行っている。C型事業の開始からの数年間で既に、利用者の変化、卒業者の変化もみられるようになってきている。こうした変化に対応し、事業やケアマネジメントを進化させていくためにも、佐伯市においてはデータ分析を継続的に行っていくこととしている。

V 結びにかえて

- ・本調査研究では、長期的な地域づくりの視点から、各地における、これまでの取組効果に関する評価の試行、取組の実態・課題の把握を行った。その上で、取組の効果が出ていると見込まれる地域を事例に選定して取組の過程や内容を詳細に把握した。
- ・取組効果の評価の試行過程では、要介護・要支援認定率の水準を半分程度説明できる統計モデルが得られた。そのモデルを用いて各地の認定率の理論値を算出し、さらに理論値に対する実績値の差を求めた。その結果を地図上に表示したところ、理論値に対して実績値が低い地域（取組の効果が得られている可能性がある地域）は、2020年時点では九州南部・東部、四国南部等で多く見られた。そのほか北海道、また三大都市圏でもまだらにみられた。認定率そのものの水準とは異なる分布が確認できた。
- ・取組の実態・課題の把握は、市区町村及び市区町村社会福祉協議会へのアンケート調査によって行った。その結果、市区町村では取組の成果について、「特になし」という回答が半数近くに上り、回答の中では最も高くなった。ただし、取組効果の試算結果において認定率の実績値が理論値を下回る地域（理論値を2%以上下回る地域）では、他の地域に比べて「特になし」が低くなっており、「取組の目標数値の達成や実績数値の改善等」が他の地域よりも高くなっていた。また、認定率の理論値に対する実績値の水準に改善の可能性がある市町村、インセンティブ交付金の得点が高い市町村においても同様の傾向が確認された。このことから、市区町村全体では何らかの成果が出ているとの認識は必ずしも高くないものの、数値目標やインセンティブ交付金のチェックリスト等で取組の推進管理や評価ができていない市区町村では、取組の成果の可視化が行われ、取組の成果が認識されている可能性が高いと見込まれる。地域づくりという大きな枠組みの取組を進めていく中で、具体的な成果目標を定め、その進捗管理をしっかりと行っていくことの重要性が改めて確認できる。これは、中長期的に地域づくりを進めていく場合には特に重要な視点となると見込まれる。
- ・本調査研究の事例は、そのような地域から選定してある。各事例については、「集い」「互い」「知恵」の枠組みでそれぞれ数例を選定してあるが、「集い」「互い」「知恵」の枠組みを越えていくつかの共通点も浮かび上がってきた。一つは、取組が継続・進化している地域には「基盤的取組」ともいべき中心的な取組があることである。例えば、大東市の大東元気でまっせ体操、四万十市の地区健康福祉委員会、須崎市のゆうゆう大学、栗山町のケアラー支援、寄居町の福祉委員等である。長期に渡ってこれらの取組が継続されており、地域に新たな課題が生じた場合には、これらの取組を進化させ、あるいは、これらの取組を補完するように施策の体系が調整されていた。関連するもう一つは、それらの地域では、国の制度が導入された場合にも従来の地域の施策を中心に考えていることである。前掲の自治体の大半では総合事業が導入された時、総合事業の枠組みに合わせて従来の地域の施策を調整するのではなく、従来の地域の施策に合わせて総合事業の枠組みを活用していた。基盤的施策のもう一つの重要な側面は、寝屋川市、佐伯市にみられるC型の重点化から示唆される。両市の取組は長期的に行われていた継続的な取組ではないが、総合事業開始後、政策的に総合事業の基本的取組として位置づけられ、それを中心として関連施策の構築が進められていた。基盤的な取組を明確にすることで、それを起点として関連施策の体系も連動的に整理されやすくなる可能性がうかがえる。
- ・長期的な地域づくりを展望する場合、制度から政策への拡張が重要となる。アンケート調査の結果において、各地域における独自の工夫は「専門職・専門機関等、制度間の連携」「専門職・専門機関等と地域との連携」「地域の取組の促進」等従来の地域包括ケア体制を中心とするものに集中していた。他方、長期を見ずして当面の間重要となる取組では、これらのほか「他の分野の施策との連携」「長期的な視点での取組」への回答も高くなっていた。制度を中心に非制度的な領域へと広げていく従来の枠組みを越え、介護・福祉以外の領域の施策との連携、民間連携、科学技術（ICT等）の実装等、政策的な拡張の必要性が認識

されている。豊明市や美瑛町における取組は、比較的早くから住民や民間を巻き込んで、連携の枠組みを拡大してきた。その視座は介護・福祉の次元を越えてまちづくりの次元に立っている。他方、豊田市では、地域における急速な変化に対応していくための新たな大規模な取組を始めた。これも介護・福祉の枠を越えてまちづくり、サービスインフラの整備、産業創造等へと展開し得るものとなっている。いずれも長期的な視点でのアンケートの回答に対応するものとなっている。今日既に、従来高齢者を中心とした推進されてきた地域包括ケアシステムの深化の取組は、より広範で包括的な概念である「地域共生社会」の実現に向けた取組の中に組み込まれている。2020年の社会福祉法の改正により、このような包括的・総合的な取組がさらに促進されていくと考えられる。

資料編

S Q 4. その（それらの）取組では、どのような点に独自性や特色があると認識していますか。（いくつでも）

1. 専門職・専門機関等との連携方法、制度間の連携方法等
2. 専門職・専門機関等と地域との連携方法等
3. 地域の取組の促進方法等（例：地域の巻き込み、活動の立上げ・継続支援等）
4. 産官学連携、民間活用の方法等（例：協力事業者の登録、官民連携協定の推進、社会技術の開発・実装等）
5. 他の分野の施策との連携方法等（例：定住支援、産業振興・就労支援、教育・文化振興、防災・防犯、農福連携等、福祉以外の分野の施策との連携等）
6. ICT活用の推進方法等（例：地域活動でのデジタル端末導入、情報活用支援等）
7. 取組資金の調達方法等（例：クラウドファンディング等の活用、ソーシャル・インパクト・ボンド等成果報酬型の事業推進等）
8. 長期的な視点での取組プロセス等（例：長期を見すえた段階的な基盤整備・体制整備等）
9. その他（ ）

Q 2. Q 1（ヒアリングや資料提供の依頼を受けた取組）以外で、貴団体独自の地域づくりの取組はありますか。

1. 独自の取組がある
2. 独自の取組はない

《Q 2で1と回答した場合、以下のS Qをお答えください》

S Q 1. どのような取組ですか。（いくつでも）

1. 地域ぐるみの取組の体制整備・しくみづくり（地域包括ケアシステム・地域共生社会の構築・深化、他の施策分野（住宅・産業・コミュニティ・インフラ等）との連携等）
2. 介護予防・日常生活支援総合事業に該当する取組
3. 地域ケア会議の充実を図る取組
4. 在宅医療・介護連携に該当する取組
5. 認知症施策推進事業に該当する取組
6. 生活支援体制整備事業に該当する取組
7. 保健事業との連携等の取組（保健事業・介護予防の一体的実施事業、フレイル予防等）
8. その他（ ）

S Q 2. 可能であれば、上記の回答に該当する事業名をご記入ください（主なもの3つ以内）

| |
|-------------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> |
|-------------------|

S Q 3. その（それらの）取組では、どのような点に独自性や特色があると認識していますか。（いくつでも）

（※選択肢は次の頁に続きます。）

1. 専門職・専門機関等との連携方法、制度間の連携方法等
2. 専門職・専門機関等と地域との連携方法等
3. 地域の取組の促進方法等（例：地域の巻き込み、活動の立上げ・継続支援等）
4. 産官学連携、民間活用の方法等（例：協力事業者の登録、官民連携協定の推進、社会技術の開発・実装等）

5. 他の分野の施策との連携方法等（例：定住支援、産業振興・就労支援、教育・文化振興、防災・防犯、農福連携等、福祉以外の分野の施策との連携等）
6. ICT活用の推進方法等（例：地域活動でのデジタル端末導入、情報活用支援等）
7. 取組資金の調達方法等（例：クラウドファンディング等の活用、ソーシャル・インパクト・ボンド等成果報酬型の事業推進等）
8. 長期的な視点での取組プロセス等（例：長期を見すえた段階的な基盤整備・体制整備等）
9. その他（ ）

Q 3. Q 1やQ 2の地域づくりの取組に関して、現時点で見えている成果はありますか。（いくつでも）

※「成果」については、成果の情報発信の根拠として庁外に示せるもの（数値、体制図、文書、事例・トピックス等）があるかどうかを基準にご判断ください。

1. 取組の目標数値の達成や実績数値の改善等
2. 取組の目的に対応する数値以外の成果（連携体制の充実、地域活動の拡大、先行事例の誕生等）
3. 取組の目的以外の副次的な成果（今後の取組の地域資源の発掘、想定外の連携の実現、想定外の取組への波及等）
4. その他（ ）
5. 特にない

●民間サービスの活用についておうかがいします。

Q 4. 介護保険外サービスとして、民間事業者と協定を締結しているサービスはありますか。（いくつでも）

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. 高齢者の見守りサービス | 2. 高齢者の宿泊サービス |
| 3. 食事宅配（宅食・配食）サービス | 4. 家事代行サービス |
| 5. 外出支援サービス | 6. 訪問理美容サービス |
| 7. その他サービス（ ） | 8. 協定を締結しているサービスはない |

Q 5. 介護保険外サービスの必要性（地域課題の共有）やその内容（サービス内容）について、民間事業者と協議する場がありますか。

1. ある
2. ない

Q 6. 介護保険外サービスを住民に知らせるための取り組みをしていますか。

1. している（具体的内容： ）
2. していない

●長期を見すえた地域づくりについておうかがいします。別紙を見てお答えください。

Q 7. 認定率の表をご覧ください。表には、貴団体の地域の認定率の理論値（全国の保険者のデータから計算した値）と、貴団体の地域の実際の認定率の差を示しています。2020年において、理論値よりも、貴団体の実際の認定率が高くなっている要因、あるいは、低くなっている要因として思いあたることはありますか。（いくつでも）
（※選択肢は次の頁に続きます。）

1. 地域の住環境の影響（外出のしやすさ・しにくさ：交通利便性、坂地等の地形、冬季積雪等）
2. 自然災害による被災や避難生活の影響
3. 地域のコミュニティの状況（近隣交流、地域活動の活発さ等の状況）
4. 地域の高齢者の生活スタイルの影響（食習慣、一人暮らし等住まい方等の状況）

5. 住宅構造の影響（一戸建て・集合住宅等の住居形態、住宅の広さ等）
6. 地域の取組の効果（健康づくり・生きがい活動、介護予防・日常生活支援の活動等）
7. 要介護（支援）認定時の判定作業の影響
8. その他（ ）
9. 特にない・わからない

Q 8. 将来推計の表をご覧ください。貴団体の地域における長期的な変化を見すえた場合、どのような方向の取組が最も重要になるとお考えですか。（1つだけ）

1. 支援ニーズの発生自体の抑制（健康づくり、フレイル・介護予防、健康課題・生活課題の早期発見）
2. 支援ニーズに対応するための人的な基盤整備（専門職・ボランティア等の支え手の確保）
3. 支援ニーズに対応するための支援提供体制整備（連携体制の整備や仕組みづくり）
4. 長期的な変化に地域（第2層・第3層）で持続的に対応できるようにする地域力向上等の取組（住民の主體的な活動の促進、地域の能力開発等）
5. その他（ ）

Q 9. 今後どのような施策分野との連携強化が特に重要になるとお考えですか。（いくつでも）

1. 健康づくり関連施策（例：健康増進、スポーツ・文化等の生きがい支援等）
2. コミュニティ関連施策（例：見守り・孤立防止、社会参加機会の創出、互助力の向上等）
3. 住宅施策（例：多様な住まい方の提案、集住促進等）
4. 労働・産業施策（例：就労支援、多様な就労機会の創出、保険外サービスの拡大等）
5. 家計関連施策（例：老後の生活資金形成の啓発、生活困窮の未然防止や経済的支援等）
6. 人口関連施策（例：定住支援や少子化対策等と連携した人口減少対策等）
7. その他（ ）

Q 10. 長期的な地域づくりの過程で当面の間、特にどのような点が重要になるとお考えですか。（いくつでも）

1. 専門職・専門機関等との連携方法、制度間の連携方法等
2. 専門職・専門機関等と地域との連携方法等
3. 地域の取組の促進方法等（例：地域の巻き込み、活動の立上げ・継続支援等）
4. 産官学連携、民間活用の方法等（例：協力事業者の登録、官民連携協定の推進、社会技術の開発・実装等）
5. 他の分野の施策との連携方法等（例：定住支援、産業振興・就労支援、教育・文化振興、防災・防犯、農福連携等、福祉以外の分野の施策との連携等）
6. ICT活用の推進方法等（例：地域活動でのデジタル端末導入、情報活用支援等）
7. 取組資金の調達方法等（例：クラウドファンディング等の活用、ソーシャル・インパクト・ボンド等成果報酬型の事業推進等）
8. 長期的な視点での取組プロセスの構築（例：長期を見すえた段階的な基盤整備・体制整備等）
9. その他（ ）

以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました。

S Q 4. その（それらの）取組では、どのような点に独自性や特色があると認識していますか。（いくつでも）

1. 専門職・専門機関等との連携方法、制度間の連携方法等
2. 専門職・専門機関等と地域との連携方法等
3. 地域の取組の促進方法等（例：地域の巻き込み、活動の立上げ・継続支援等）
4. 産官学連携、民間活用の方法等（例：協力事業者の登録、官民連携協定の推進、社会技術の開発・実装等）
5. 他の分野の施策との連携方法等（例：定住支援、産業振興・就労支援、教育・文化振興、防災・防犯、農福連携等、福祉以外の分野の施策との連携等）
6. ICT活用の推進方法等（例：地域活動でのデジタル端末導入、情報活用支援等）
7. 取組資金の調達方法等（例：クラウドファンディング等の活用、ソーシャル・インパクト・ボンド等成果報酬型の事業推進等）
8. 長期的な視点での取組プロセス等（例：長期を見すえた段階的な基盤整備・体制整備等）
9. その他（ ）

Q 2. Q 1（ヒアリングや資料提供の依頼を受けた取組）以外で、貴会独自の地域づくりの取組はありますか。

1. 独自の取組がある
2. 独自の取組はない

《Q 2で1と回答した場合、以下のS Qをお答えください》

S Q 1. どのような取組ですか。（いくつでも）

1. 地域ぐるみの取組の体制整備・しくみづくり（地域包括ケアシステム・地域共生社会の構築・深化、他の施策分野（住宅・産業・コミュニティ・インフラ等）との連携等）
2. 介護予防・日常生活支援総合事業に該当する取組
3. 地域ケア会議の充実を図る取組
4. 在宅医療・介護連携に該当する取組
5. 認知症施策推進事業に該当する取組
6. 生活支援体制整備事業に該当する取組
7. 保健事業との連携等の取組（保健事業・介護予防の一体的実施事業、フレイル予防等）
8. その他（ ）

S Q 2. 可能であれば、上記の回答に該当する事業名をご記入ください（主なもの3つ以内）

| |
|-------|
| |
| ----- |
| |
| ----- |
| |

S Q 3. その（それらの）取組では、どのような点に独自性や特色があると認識していますか。（いくつでも）

（※選択肢は次の頁に続きます。）

1. 専門職・専門機関等との連携方法、制度間の連携方法等
2. 専門職・専門機関等と地域との連携方法等
3. 地域の取組の促進方法等（例：地域の巻き込み、活動の立上げ・継続支援等）
4. 産官学連携、民間活用の方法等（例：協力事業者の登録、官民連携協定の推進、社会技術の開発・実装等）

5. 他の分野の施策との連携方法等（例：定住支援、産業振興・就労支援、教育・文化振興、防災・防犯、農福連携等、福祉以外の分野の施策との連携等）
6. ICT活用の推進方法等（例：地域活動でのデジタル端末導入、情報活用支援等）
7. 取組資金の調達方法等（例：クラウドファンディング等の活用、ソーシャル・インパクト・ボンド等成果報酬型の事業推進等）
8. 長期的な視点での取組プロセス等（例：長期を見すえた段階的な基盤整備・体制整備等）
9. その他（ ）

Q 3. Q 1やQ 2の地域づくりの取組に関して、現時点で見えている成果はありますか。（いくつでも）

※「成果」については、成果の情報発信の根拠として庁外に示せるもの（数値、体制図、文書、事例・トピックス等）があるかどうかを基準にご判断ください。

1. 取組の目標数値の達成や実績数値の改善等
2. 取組の目的に対応する数値以外の成果（連携体制の充実、地域活動の拡大、先行事例の誕生等）
3. 取組の目的以外の副次的な成果（今後の取組の地域資源の発掘、想定外の連携の実現、想定外の取組への波及等）
4. その他（ ）
5. 特にない

●民間サービスの活用についておうかがいします。

Q 4. 介護保険外サービスとして、民間事業者と協定を締結しているサービスはありますか。（いくつでも）

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. 高齢者の見守りサービス | 2. 高齢者の宿泊サービス |
| 3. 食事宅配（宅食・配食）サービス | 4. 家事代行サービス |
| 5. 外出支援サービス | 6. 訪問理美容サービス |
| 7. その他サービス（ ） | 8. 協定を締結しているサービスはない |

Q 5. 介護保険外サービスの必要性（地域課題の共有）やその内容（サービス内容）について、行政や民間事業者と協議する場がありますか。

1. ある
2. ない

Q 6. 介護保険外サービスを住民に知らせるための取り組みをしていますか。

1. している（具体的内容： ）
2. していない

●長期を見すえた地域づくりについておうかがいします。別紙を見てお答えください。

Q 7. 認定率の表をご覧ください。表には、貴会の地域の認定率の理論値（全国の保険者のデータから計算した値）と、貴会の地域の実際の認定率の差を示しています。2020年において、理論値よりも、貴会の実際の認定率が高くなっている要因、あるいは、低くなっている要因として思いあたることはありますか。（いくつでも）

（※選択肢は次の頁に続きます。）

1. 地域の住環境の影響（外出のしやすさ・しにくさ：交通利便性、坂地等の地形、冬季積雪等）
2. 自然災害による被災や避難生活の影響
3. 地域のコミュニティの状況（近隣交流、地域活動の活発さ等の状況）
4. 地域の高齢者の生活スタイルの影響（食習慣、一人暮らし等住まい方等の状況）

5. 住宅構造の影響（一戸建て・集合住宅等の住居形態、住宅の広さ等）
6. 地域の取組の効果（健康づくり・生きがい活動、介護予防・日常生活支援の活動等）
7. 要介護（支援）認定時の判定作業の影響
8. その他（）
9. 特にない・わからない

Q 8. 将来推計の表をご覧ください。貴会の地域における長期的な変化を見ずえた場合、どのような方向の取組が最も重要になるとお考えですか。（1つだけ）

1. 支援ニーズの発生自体の抑制（健康づくり、フレイル・介護予防、健康課題・生活課題の早期発見）
2. 支援ニーズに対応するための人的な基盤整備（専門職・ボランティア等の支え手の確保）
3. 支援ニーズに対応するための支援提供体制整備（連携体制の整備や仕組みづくり）
4. 長期的な変化に地域（第2層・第3層）で持続的に対応できるようにする地域力向上等の取組（住民の主體的な活動の促進、地域の能力開発等）
5. その他（）

Q 9. 今後どのような施策分野との連携強化が特に重要になるとお考えですか。（いくつでも）

1. 健康づくり関連施策（例：健康増進、スポーツ・文化等の生きがい支援等）
2. コミュニティ関連施策（例：見守り・孤立防止、社会参加機会の創出、互助力の向上等）
3. 住宅施策（例：多様な住まい方の提案、集住促進等）
4. 労働・産業施策（例：就労支援、多様な就労機会の創出、保険外サービスの拡大等）
5. 家計関連施策（例：老後の生活資金形成の啓発、生活困窮の未然防止や経済的支援等）
6. 人口関連施策（例：定住支援や少子化対策等と連携した人口減少対策等）
7. その他（）

Q 10. 長期的な地域づくりの過程で当面の間、特にどのような点が重要になるとお考えですか。（いくつでも）

1. 専門職・専門機関等との連携方法、制度間の連携方法等
2. 専門職・専門機関等と地域との連携方法等
3. 地域の取組の促進方法等（例：地域の巻き込み、活動の立上げ・継続支援等）
4. 産官学連携、民間活用の方法等（例：協力事業者の登録、官民連携協定の推進、社会技術の開発・実装等）
5. 他の分野の施策との連携方法等（例：定住支援、産業振興・就労支援、教育・文化振興、防災・防犯、農福連携等、福祉以外の分野の施策との連携等）
6. ICT活用の推進方法等（例：地域活動でのデジタル端末導入、情報活用支援等）
7. 取組資金の調達方法等（例：クラウドファンディング等の活用、ソーシャル・インパクト・ボンド等成果報酬型の事業推進等）
8. 長期的な視点での取組プロセスの構築（例：長期を見ずえた段階的な基盤整備・体制整備等）
9. その他（）

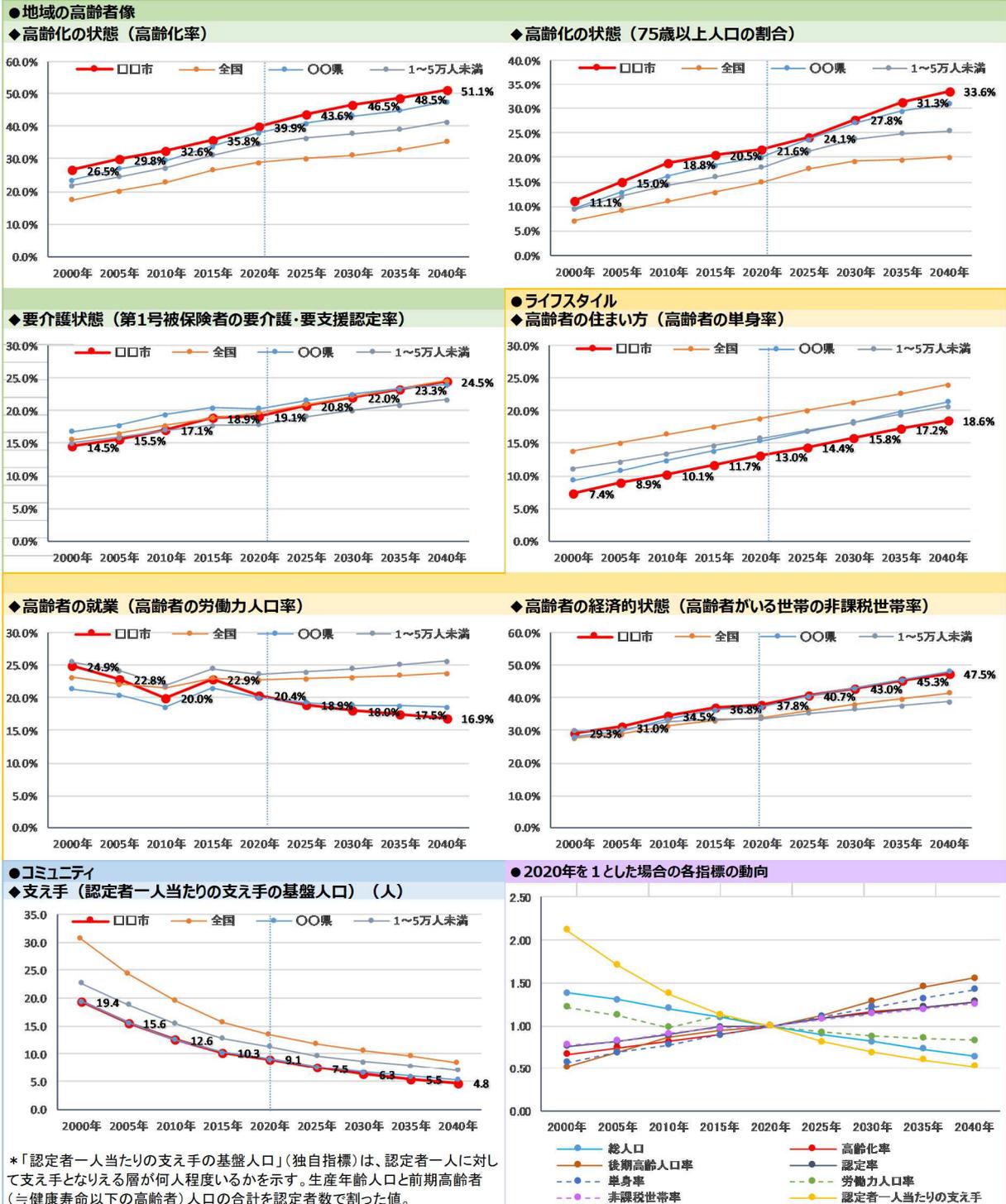
以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました。

3. 調査票添付資料

〇〇県 □□市

《□□市のこれまでと今後の見込み》(Q8~10関係の試算)

◆人生100年時代の高齢者の生活を支える地域づくりについて、長期的視点での検討に資する主要な指標を選定し、高齢者像、ライフスタイル、コミュニティの観点から地域の変化の状況を示しました。



*「認定者一人当たりの支え手の基盤人口」(独自指標)は、認定者一人に対して支え手となりえる層が何人程度いるかを示す。生産年齢人口と前期高齢者(≧健康寿命以下の高齢者)人口の合計を認定者数で割った値。

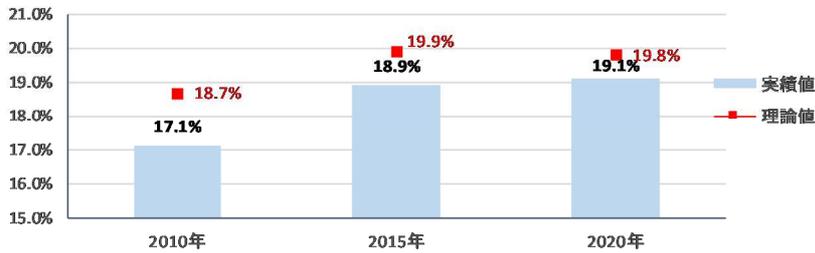
◆【推計について】: 単回帰分析で推計。これまでの状況が今後も続いたらどうなるかを示す(コホートや要因構造は考慮していない)。例えば「高齢化がこのまま進めば」「75歳以上人口率がこのまま上昇すれば」等複数の条件で推計し、当てはまりのよいものを採用している。当てはまりのよい結果が得られなかった場合は実績の平均値を使用して推計している。なお、実績期間の変動が大きい指標の推計はその影響を受ける(多くの市町村で労働力人口率は影響を受けている)。介護保険データは保険者単位のため、認定率・非課税世帯率・支え手の各指標では広域連合・組合全体のデータが表示されている場合がある(参考データの人口規模も同様)。データに欠損がある場合は「0」と示される。2020年以降が推計値。

《□□市の認定率の評価》(Q7関係の試算)

◆これまでの介護予防・日常生活支援等の取組成果の検討に向けて、□□市の認定率の理論値を算出しました。

●□□市の認定率の水準

◆認定率の理論値と実績値



◇実績値が理論値を上回っている場合、何らかの地域的な要素(下記「参考」の重回帰式の右辺の項目以外)が認定率を押し上げる方向で影響していると考えられます。

◇実績値が理論値を下回っている場合、何らかの地域的な要素(同)が認定率を押し下げている方向で影響していると考えられます。

※グラフは保険者別の認定率(広域連合・組合の場合は連合・組合全体の数値)

【理論値と実績値について】

◆この理論値は、全国の保険者のデータを用いて重回帰分析という手法で算出したものです。全国の保険者のデータから計算すれば、□□市の認定率はこの程度になるはずだという水準を示しています。

◆□□市の認定率の実績値が理論値とずれている場合、何らかの地域的な要素(=地域特性)が、□□市の認定率を押し上げたり、押し下げていると考えられます。

◆「何らかの地域的な要素」とは、分析で用いたデータ以外の全ての要素です。分析では、高齢化率、非課税世帯率等(下記「参考」重回帰式の右辺の項目)のデータを使用しています。これ以外が押し上げ・押し下げ要因となります。気候・地形等を含む住環境、自然災害、コミュニティ、生活スタイルの多様な要素、住宅構造、地域の施策や取組等の効果、認定時の判断基準等、様々な要素が考えられます。(※「可住地人口密度」は、地域の生活環境を総合的に示す指標として、「都道府県の認定率」は広域的な地域特性を総合的に示す指標と見なして使用)

(参考) : 重回帰分析で得られた理論値の算出式

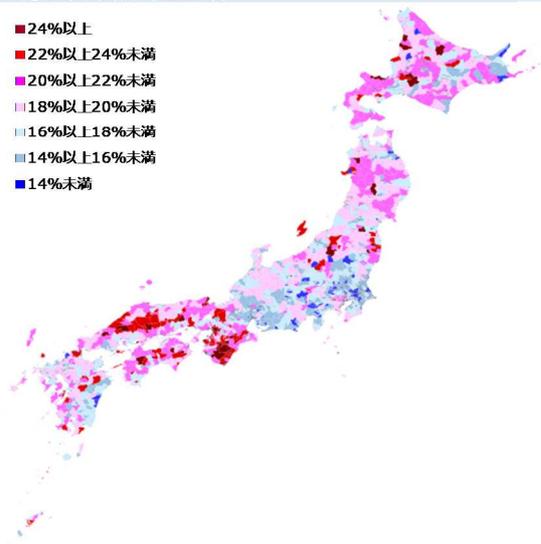
| 年 | 重回帰式 |
|-------|--|
| 2010年 | 認定率(理論値) = 0.071 × 高齢化率 + 0.045 × 単身率 + 0.023 × 非課税世帯率 - 0.021 × 労働力人口率 + 0.744 × 都道府県認定率 + 0.011 |
| 2015年 | 認定率(理論値) = 0.139 × 高齢化率 + 0.050 × 非課税世帯率 - 0.019 × 労働力人口率 + 0.000001 × 可住地人口密度 + 0.669 × 都道府県認定率 - 0.002 |
| 2020年 | 認定率(理論値) = 0.118 × 高齢化率 + 0.060 × 非課税世帯率 - 0.027 × 労働力人口率 + 0.000002 × 可住地人口密度 + 0.645 × 都道府県認定率 + 0.002 |

※統計的に有意にならなかった指標項目は除外しています。理論値算出には「高齢化率」「単身率」…の部分に各保険者の数値が入ります。

●全国状況(参考)

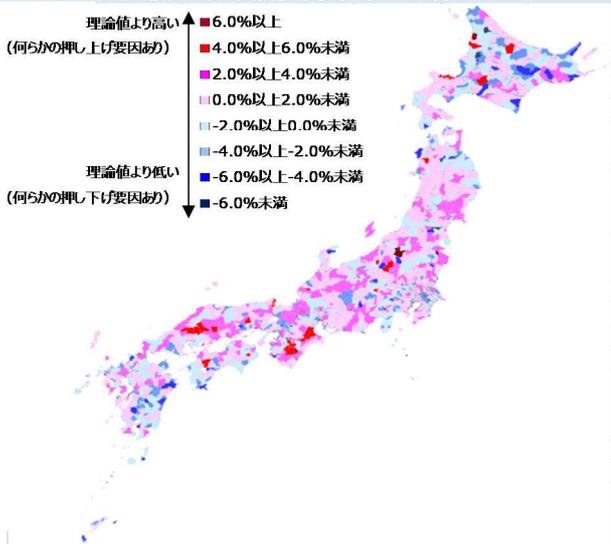
◆認定率の実績(2020年)

- 24%以上
- 22%以上24%未満
- 20%以上22%未満
- 18%以上20%未満
- 16%以上18%未満
- 14%以上16%未満
- 14%未満



◆認定率の理論値に対する実績値の水準(2020年)

- ↑ 理論値より高い (何らかの押し上げ要因あり)
- 6.0%以上
- 4.0%以上6.0%未満
- 2.0%以上4.0%未満
- 0.0%以上2.0%未満
- -2.0%以上0.0%未満
- -4.0%以上-2.0%未満
- -6.0%以上-4.0%未満
- ↓ 理論値より低い (何らかの押し下げ要因あり)
- -6.0%未満



●推計・分析に使用したデータ(出所)

- ・人口、高齢化率、可住地人口密度：国勢調査、社会保障・人口問題研究所推計
- ・認定率、非課税世帯率：介護保険事業状況報告、地域包括ケア見える化システム
- ・単身率、労働力人口率：国勢調査

「人生100年時代の高齢者の生活を支える地域づくりに関するアンケート調査」添付資料
分析・作成：株式会社サーベイリサーチセンター

厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
令和3年度老人保健健康増進等事業
地域づくりに関する調査研究事業
報告書

発行 株式会社サーベイサーチセンター
〒116-8581 東京都荒川区西日暮里2丁目40番10号
TEL (代表) 03-3802-6711
<https://www.surece.co.jp/>
