

介護予防の有効な促進政策¹

大阪大学 赤井伸郎研究会 医療介護③分科会

村上純一

磯山詩織

神田美香

松本侑馬

山田怜美

池田貴昭

藤原裕樹

2015 年 11 月

¹本報告書は、2015年12月5、6日に行われるISFJ2015に提出する論文内容を報告するものである。本稿の作成にあたっては、赤井伸郎教授(大阪大学)をはじめ、多くの方々から有益かつ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

要約

本稿では、高齢化が一層深刻化する日本において、一人ひとりがより長く健康に老後を過ごすことができる社会の実現を目標とし、市町村による介護予防事業に着目する。

日本は世界に類を見ない超高齢社会であり、高齢者の増加に伴って高齢者の介護に関する制度は様々に変遷してきた。しかし現行の介護保険制度の下でも、待機老人問題や介護離職、介護をする人にとっての負担の増大など、介護需要の増大が原因で様々な問題が顕在化してきている。よって、現在の日本においては、介護需要を抑制することが喫緊の課題であるといえる。

このような状況に対して政府は 2006 年頃から本格的に介護予防の重要性を押し出し始め、今日まで様々な政策の実施とその見直しを繰り返している。それらの介護予防に関する事業の多くは、市町村が実施主体として行われている。本稿では特に介護予防事業に焦点を当てる。介護予防事業は、健康な高齢者が介護を要する状態になることの防止を目的とするため、本稿のビジョンの実現に資すると考えたからである。

調査を進める中で、介護予防事業の実施の際に、高齢者自身の介護予防への関心の低さが障壁になっていることが明らかとなった。そこで本稿では、高齢者の介護予防に対する関心が低いことを問題意識におき、研究を進める。

第 1 章では、高齢者介護をめぐるこれまでの制度の変遷と、現行の制度下で起きている問題を挙げ、介護予防の意義について確認する。そして、現在政府や市町村によって実施されている介護予防の概要と、現行の介護予防における問題点を文献調査と聞き取り調査を基に洗い出す。それらの結果、高齢者の介護予防への関心が低いことが問題であると分かり、その点を本稿における問題意識とした。

第 2 章では、市町村が実施する二次予防事業へ的高齢者の参加率に影響を与える要因について、アンケート調査と定量的な分析を用いて研究している論文を 2 本挙げる。先行研究の限界として、クロスセクションデータを用いた分析にとどまっていること、市町村独自の介護予防に資する取り組みの影響を十分に計れていないことが挙げられる。複数年のデータを用いパネルデータ分析を行った点、一次予防事業も含む市町村独自の取り組みが二次予防事業参加率に与える影響について分析を行った点に本稿の新規性がある。

第 3 章においては、今後の介護予防の推進に向け、高齢者の介護予防への関心を高めることを目的とし、より効果的な政策のあり方を探るためパネルデータを用いた分析を行う。

高齢者の関心の指標としては、従来の二次予防事業のうち、通所型介護予防事業の参加率を用いる。分析の結果、二次予防事業対象者割合、基本チェックリスト実施率、ボランティアポイント制度、二次予防事業欠席者へのサポートが参加率向上のために有効であることが明らかとなった。

第4章では、分析の結果有意となった変数をもとに、以下の3つの政策を提言する。

- I. 地域包括支援センターと医療機関との連携促進
- II. ボランティアポイント制度の普及と参加促進
- III. 「通いの場」を中心としたサポートの実施

これらの政策により、高齢者をはじめ、地域全体で介護予防への関心が高まり、一人ひとりが健康に老後を過ごせる社会が実現すると考える。

目次

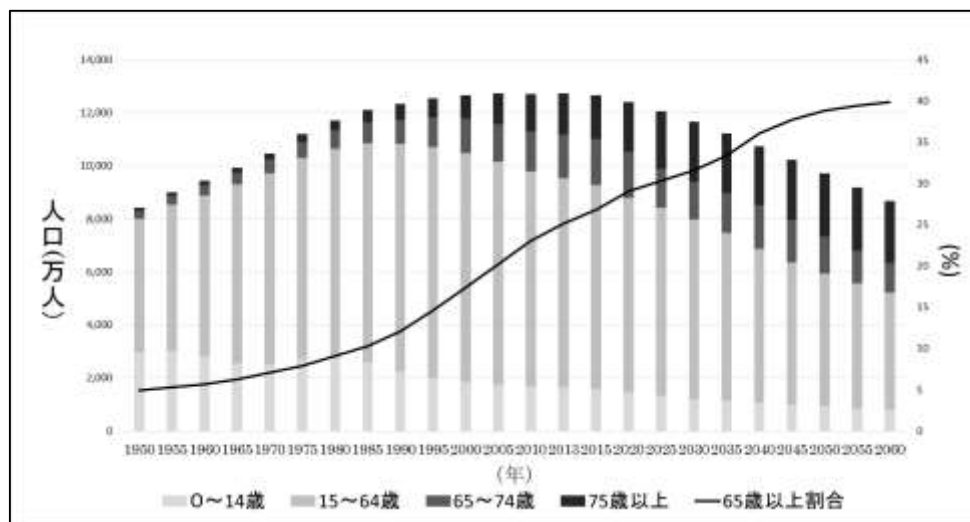
要約.....	2
はじめに	6
第1章 現状分析・問題意識	8
第1節 高齢者介護の現状	8
第1項 日本の介護政策の変遷	8
第2項 介護保険制度	9
第3項 現在の介護をめぐる問題.....	11
第2節 介護予防について	12
第1項 介護予防の定義と政府の姿勢.....	12
第2項 介護予防の意義	13
第3項 介護予防の枠組み.....	13
第4項 介護予防に関する政府の取り組みの分類	14
第5項 本稿の研究対象	15
第3節 地域支援事業について.....	15
第1項 地域支援事業の概要	15
第2項 地域支援事業の事業内容.....	16
第3項 介護予防事業にかかる市町村の取り組み	17
第4項 介護予防事業から介護予防・日常生活支援総合事業へ	19
第4節 介護予防事業の課題と今後の方向性	20
第1項 介護予防事業の課題	20
第2項 介護予防事業における課題への政府の対応.....	21
第3項 高齢者の介護予防への関心	21
第5節 問題意識.....	23
第2章 先行研究及び本稿の位置づけ	24
第1節 先行研究.....	24
第2節 本稿の位置づけ	26

第3章 分析	28
第1節 分析とデータの枠組み	28
第2節 分析の概要	29
第3節 変数選択	30
第4節 分析結果	35
第5節 分析結果の解釈	36
第4章 政策提言	38
第1節 新しい総合事業について	39
第2節 政策提言	40
第1項 基本チェックリストの実施継続の工夫	40
第2項 ボランティアポイント制度の普及と参加促進	42
第3項 欠席者へのサポートの実施	49
おわりに	52
先行研究・参考文献・データ出典	53
参考資料	58

はじめに

日本では、世界でも類を見ない速さで高齢化が進行し、2014年には65歳以上の高齢者割合が26%を上回った。日本の総人口は2013年頃をピークに減少を始め、高齢者人口も2042年をピークに減少を始めるといわれている。しかし、65歳以上高齢者割合は増え続け、2060年には2.5人に一人が65歳以上になると推計されている(図1参照)。

図1「高齢化の推移と将来推計」



(内閣府(2014)「高齢化の推移と将来推計」より筆者作成)

高齢者の増加に伴って、高齢者介護の需要も増大している。また、労働力人口の減少や労働環境の悪さによる介護職従事者の不足、介護施設の不足等により介護サービスの供給が需要を下回っている。介護サービスの需要が増大し、需要に対して供給が追いついていないことで、待機老人²問題や介護離職、介護疲れといった多くの社会問題が深刻化している。

今後も高齢者割合の増加に併せて介護需要は増大を続け、介護の需要と供給の量的な乖離は一層広がると予測される。しかし、介護サービスの供給を増やすための対策は膨大な財源を要する。そこで、将来的に本当に介護が必要な人に望む介護を提供するためには、介護需要の伸びを最低限に抑える必要がある。現在、介護需要の抑制のために行われてい

²特別養護老人ホームに入所を希望するも、入所がかなわない高齢者

る施策として、介護予防事業が挙げられる。財団法人日本公衆衛生協会(2009)「介護予防事業等の効果に関する総合的評価・分析に関する研究報告書」より、介護予防事業に参加した高齢者の9割は身体機能が低下した箇所に維持・改善が見られたことが分かっている。よって、一人ひとりが意識をもって健康づくりに取り組み、より長く健康な状態を維持することが介護需要の抑制に効果的であると考えた。そこで介護需要の抑制、すなわち介護予防に着目し、「一人ひとりがより長く健康に老後を過ごせる社会」をビジョンに掲げる。

先に述べたような介護需要の増大に伴う様々な弊害が問題になっている現状を受けて、政府は介護予防の重要性を押し出し始めている。本稿では、ビジョンを達成するために、介護予防に関する施策の中でも、健康な高齢者が要介護状態になることを抑制するための介護予防事業に焦点を当てる。各市町村で実施されている介護予防に関する取り組みは高齢者の関心に働きかけているのか、分析を通して探っていく。

第1章 現状分析・問題意識

第1節 高齢者介護の現状

第1項 日本の介護政策の変遷

日本の介護政策は、厚生労働省³の管轄の下で、1960年代の老人福祉法制定以降、様々な法や計画の制定と改正を繰り返してきた。それらの政策は、既に生活機能が低下し、介護を必要とする人に対してサービスを提供するものであった(表1参照)。

1990年代に入り、急速な高齢化や長寿命化に伴って高齢者保健福祉の基盤整備は一層強化されてきたが、介護を必要とする高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護需要は増大の一途をたどった。当時、介護サービスは国により提供内容が決められ、対象者も低所得者が優先されていた。利用者負担も世帯収入に合わせて設定され、中高所得者層にとって利用しづらい制度であった。加えて、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、介護を必要とする高齢者を支える家族をめぐる状況も変化し、高齢者の介護を社会全体で支えあう仕組みを構築する必要性が高まってきた。

そこで、2000年にそれまでの措置的な制度が改められ、介護保険制度が導入された。介護保険制度の下では、高齢者自身がニーズに合った適切なサービスを選択して受けることが権利として確立された。介護保険制度について、次項で詳しく述べる。

³ 以下、厚労省とする。

表 1 「日本の介護に関する政策の変遷」

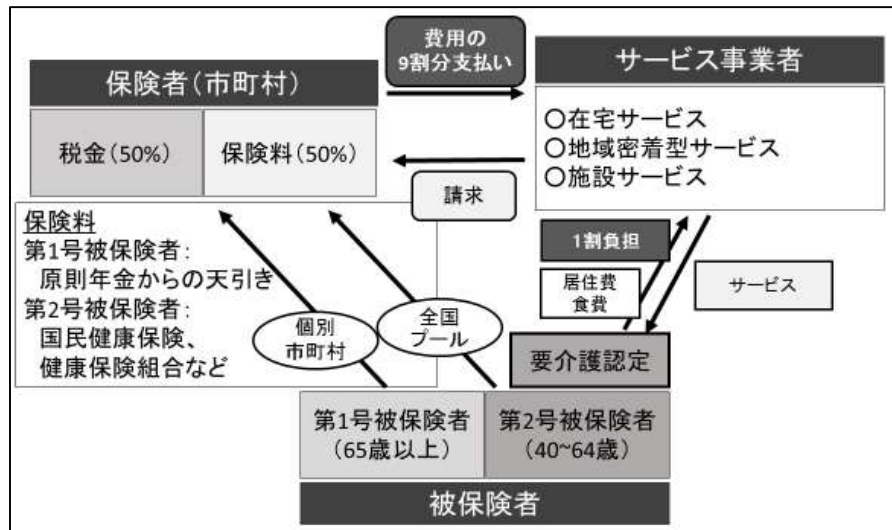
1963	老人福祉法制定	特別養護老人ホーム、老人家庭奉仕員の派遣等を規定 特別養護老人ホームの入所者は低所得者優先
1982	老人保健法制定	高齢者医療の負担公平化を目指す
1989	高齢者保健福祉推進 10か年戦略 (ゴールドプラン)	在宅福祉事業を推進
1990	老人福祉法等改正	市町村及び都道府県が「老人保健福祉計画」を制定することを義務付け
1994	「新・ゴールドプラン」 制定	市町村が在宅福祉・施設福祉を一元的かつ計画的に提供できる体制を整備
2000	介護保険制度	高齢者が自身のニーズに合わせて受けるサービスを選択可能な制度

(厚労省(2013)「公的介護保険制度の現状と今後の役割」より筆者作成)

第2項 介護保険制度

介護保険制度の概要について説明する。介護保険制度の保険者は全国の市町村で、保険料の徴収、制度運営、管理を担う。被保険者は、40歳以上の者で、65歳以上の第1号被保険者と、40歳から64歳の第2号被保険者に分けられる。第1号被保険者は市町村の個別徴収、もしくは年金からの天引きによって保険料を支払う。第2号被保険者は、現在サービスを利用の有無に関わらず、保険料を支払うことが義務づけられている。被保険者は、保険料を支払う代わりに、介護サービスが必要となった際に施設サービスや在宅サービスなどを受けることが出来る(図2参照)。

図 2 「介護保険制度の仕組み」



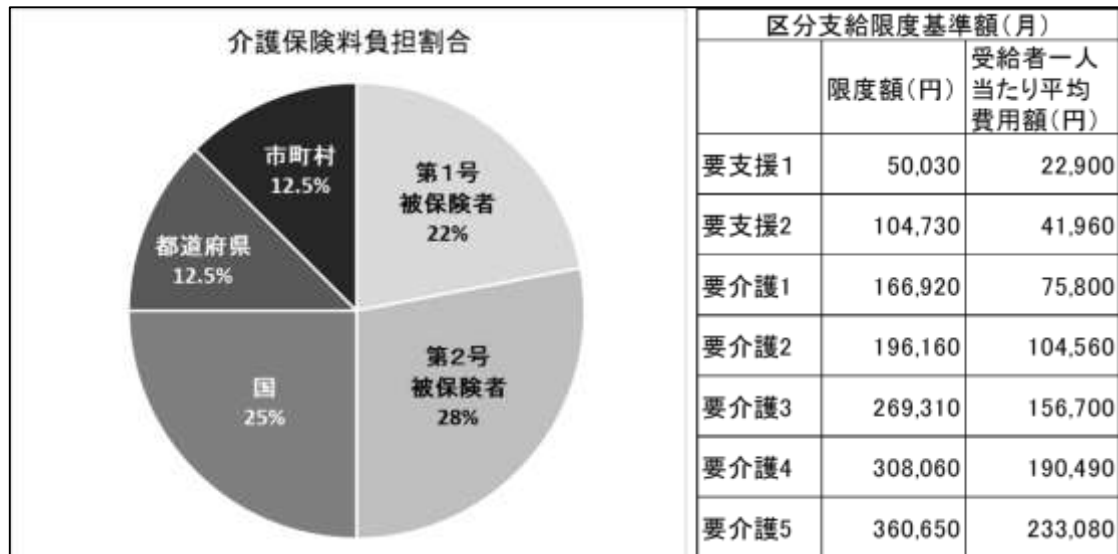
(厚労省(2010)「介護保険制度の仕組み」より筆者作成)

65 歳以上の高齢者が介護サービスを利用する際、要介護認定を受ける必要がある。要介護認定は軽度なものから要支援 1、2、要介護 1～5 の 7 段階で設定される。認定を受けることでケアマネジャー⁴が個人に応じた介護サービス計画を作成し、高齢者はその計画に沿ったサービスを利用することが可能となる。

介護にかかる費用については、要介護認定別に支給限度基準額が設定されている。要介護認定者は、支給限度基準額内であれば、1 割負担でサービスを受けることが出来る。支給限度基準額は要介護度が高くなるほど高額となる(図 3 参照)。また、要介護認定者に対する介護給付と要支援認定者に対する予防給付では給付を受けられる対象サービスが異なる。

⁴厚労省によると、要介護者等からの相談に応じ、要介護者等がその心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるよう市町村、サービス事業者等との連絡調整等を行うものであって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識・技術を有するものとして介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。(介護保険法第 7 条第 5 項)

図 3 「介護保険料負担割合と区分支給限度基準額」



(厚労省(2013)「社会保障給付金の構造を見る」(左)及び
厚労省(2014)「区分支給限度基準額について」(右)より筆者作成)

第3項 現在の介護をめぐる問題

前項までで示したように、これまで介護に関する政策は社会環境の変化に合わせて変遷してきた。しかし現在、高齢者本人、介護をする家族、行政の三者それぞれにとっての問題が顕在化している。高齢者にとっては、待機老人が2013年に全国で約52万人に上るなど介護が必要になっても望む介護を受けられない問題が発生している。介護する家族にとっては、介護サービスが十分に提供されないことで心身の負担が大きくなり、介護を理由とした離職や自殺者の増加などの問題が深刻化している。行政にとっては、2015年には介護給付費が介護保険制度導入時の2000年から約3倍の10.5兆円に膨れ上がり、財政を圧迫していることが問題となっている。これらの問題は、介護需要そのものの増大と、需要に対して供給が追いついていないことにより生じている。

介護サービスの供給が不足する理由としては、一つに介護職従事者の不足が挙げられる。介護職は身体的にも精神的にも大きな負担を伴う仕事であるが、賃金の水準が低く労働環境が整えられていない。厚労省(2008)「介護労働の現状について」によると、介護職は産業全体の平均と比較して勤務年数が短く、基本給与額も低い。また、待機老人問題の

直接の原因である施設不足も挙げられる。高橋(2015)では、多くの都市で将来的に介護施設のベッド数が不足すると指摘されている。

日本において、高齢者人口の増加に伴って今後も介護需要は拡大を続け、上記の介護にまつわる問題は一層深刻化すると予測される。現在、政府も特別養護老人ホーム⁵の入所条件を要介護3以上の高齢者に限ったうえで増設方針を打ち出すなどの対応を行っている。しかし、介護サービスの供給を増やす施策は、現在そして将来的な財政状況を考えると見通しが不透明である。そこで、介護を必要とする高齢者を減らし、介護需要を抑制することが重要であると考え。本稿では介護需要の抑制に着目し、次節より介護予防について説明する。

第2節 介護予防について

厚労省は、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、地域包括ケアシステムの構築の実現を目指している。地域包括ケアシステムとは、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される地域づくり政策のことである。同省は同時に、その一環として介護予防の推進を掲げている。

本稿では前節で述べた介護需要の増大という課題を解決するために介護予防に着目する。

第1項 介護予防の定義と政府の姿勢

厚労省の定義を用いると、介護予防とは、「要介護状態⁶の発生を出来る限り防ぐまたは遅らせること、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」とされている。具体的には身体機能の訓練、生活行為全般の活動、家庭・社会への参加を通じて行われる。

介護予防という概念が最初に制度に組み込まれたのは介護保険制度の2006年改正の時である。それまで日本の介護政策は、既に介護を必要としている人に重点が置かれ、介護予防は注目されてこなかった。しかし、高齢化の進行とともに政府は介護に関する取り組みを見直し、2006年度の介護保険制度改正にて「介護+予防」の方向性を打ち出した。具

⁵社会福祉法人や地方自治体によって運営される公的な介護施設のこと。

⁶ 本稿では、「要支援・要介護」を「要介護」と記す。

体的には、従来の要介護認定を見直して要支援の区分が改変された。また、地域の高齢者が要介護状態にならないよう支援する地域支援事業が介護保険制度の枠組みの中に新たに位置づけられた。地域支援事業については第3節で詳述する。

第2項 介護予防の意義

介護予防によって高齢者介護の需要を抑制することで、前節で挙げた高齢者、介護をする家族、行政の三者の問題の解決が期待される。

まず、財団法人日本公衆衛生協会(2009)「介護予防事業等の効果に関する総合的評価・分析に関する研究報告書」において、市町村の介護予防の取り組みに参加した高齢者の9割は、機能低下が見られた箇所でも維持・改善があると実証された。介護予防によって身体能力の低下を防ぐことにより、高齢者は健康な状態での生活が続けることができる。また、それに伴い金銭面、心身面での家族の介護負担は軽くなると考えられる。

行政は介護保険法に基づき要介護度に応じて介護費用を負担している。そのため、介護予防によって介護を必要とする高齢者が減少するほど行政の財政負担は軽減すると考えられる。厚労省は「平成26年度版厚生労働白書」にて、介護予防や健康管理を推進することによって、2025年における5兆円規模の医療費と介護費の効果額を目標としており、介護予防による財政負担の軽減は政府の目指すところでもある。

第3項 介護予防の枠組み

日本において介護予防は、一次予防、二次予防、三次予防に区分され、高齢者の健康状態に合わせた、目的の異なるサービスが提供される(表2参照)。一次予防・二次予防対象者には健康な状態を長く維持できるようなサービスが、既に要介護認定を受けている三次予防対象者には認定の重度化を防ぐためのサービスが提供される。高齢者の健康状態に応じたサービスを設定することで介護予防の有効性を高めている。

表 2「介護予防の区分と対象者」

介護予防区分	対象者と予防の目的
一次予防	<u>対象：健康な高齢者</u> 精神・身体・社会の各面における活動性を維持・向上させる
二次予防	<u>対象：要介護状態になるリスクが高い高齢者</u> 早期発見・早期対応によって状態を改善し、 要介護状態となることを遅らせる
三次予防	<u>対象：要介護状態にある高齢者</u> 要介護状態の改善や重度化を予防する

(厚労省(2009)「介護予防について」より筆者作成)

第 4 項 介護予防に関する政府の取り組みの分類

現在の介護保険の枠組みによる介護予防政策では、前項で示した分類に則り、一次予防・二次予防対象者は市町村により実施運営される地域支援事業、三次予防対象者は介護サービスの給付(介護給付・予防給付)を受けることができる(図 4 参照)。要介護認定者を対象とする給付は、前節で説明したように要介護度に応じた介護サービスを受けられる制度である。

すべての高齢者を対象とした地域支援事業では、給付では対応しきれない介護に関する支援を行う。この事業の対象者は要介護認定者に限られていないため、市町村は介護予防をはじめとする柔軟な施策を行うことが可能となる。また、財源として、第 1 号保険料だけでなく第 2 号保険料も加えて事業が行われている。

図 4 「介護保険の給付・事業」



(棕野美智子・田中耕太郎(2015)『はじめての社会保障 第12版』(有斐閣)p.139 より

筆者作成)

第5項 本稿の研究対象

2025年に団塊の世代が後期高齢者となり、要介護認定者数が急増することが予測される。それを鑑みると、新しく要介護認定を受ける高齢者を減らすための、水際対策が重要であるといえる。介護給付では既に要介護認定を受けている高齢者のみを対象とし、地域支援事業では健康な高齢者を含む全ての高齢者を対象に要介護状態への進行を防ぐ支援を行う。したがって、給付ではなく地域支援事業を本稿における研究対象とすることが適していると考え、以下では地域支援事業に焦点を当てる。

第3節 地域支援事業について

第1項 地域支援事業の概要

厚労省(2010)「地域支援事業の概要」によると、地域支援事業は介護予防政策の一環である。高齢者が要介護状態となる前から介護予防を推進するとともに、市町村を責任主体として規定している。2006年の改正介護保険法の施行と同時に創設された。

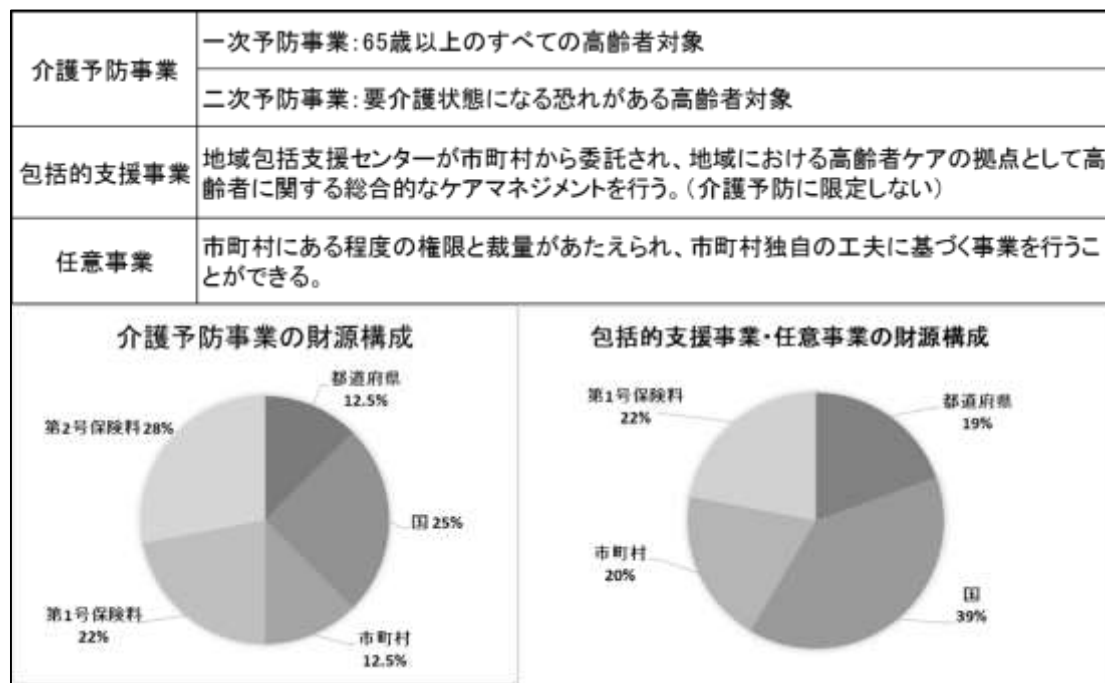
第2項 地域支援事業の事業内容

地域支援事業の具体的な事業内容は、介護予防事業、包括的支援事業、任意事業に分類される。

介護予防事業とは、すべての高齢者を対象とした介護予防のための取り組みを行う事業である。詳細は次項で説明する。包括的支援事業では、地域包括支援センター⁷を中心として高齢者に関する総合的なケアマネジメントを行っている。任意事業では、市町村の裁量に任された事業がなされており、介護にかかる家族の支援などが行われている。

地域支援事業の財源構成は図5の通りである。介護予防事業は事業の財源が給付と同じだが、包括的支援事業と任意事業では財源として第2号保険料は使われない。

図5「地域支援事業の枠組み・財源構成」



(厚労省(2015)「地域支援事業の充実に併せた予防給付の見直し」及び
厚労省(2006)「地域支援事業の実施について」より筆者作成)

本稿では地域支援事業のうち、介護予防を推進するために、すべての市町村において地域独自の工夫をもって実施されている介護予防事業に焦点を当てる。

⁷保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置し連携することで住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行う支援施設。制度横断的連携ネットワークをとることが可能であり、介護予防及び包括的支援事業に携わる。

第3項 介護予防事業にかかる市町村の取り組み

市町村で一般的に行われている介護予防事業の内容と取り組みを一次予防事業、二次予防事業に分けて以下で説明する。取り組みの内容や頻度には地域差がある。以下の説明は厚生労働省(2010)「地域支援事業の実施について」に基づくものである。事業の内容は表3にまとめている。

(1) 一次予防事業

市町村で行われる一次予防の施策は、市町村内のすべての高齢者を対象とし、介護予防普及啓発事業と地域介護予防活動支援事業の2つに分けられる。

(ア) 介護予防普及啓発事業

介護予防活動支援事業とは、介護予防の基本的な考え方を普及することを目的とした事業である。取り組み内容は以下のようになっている。

- ・ パンフレット等の作成及び配布
- ・ 有識者等による講演会や相談会等の開催
- ・ 運動教室などの介護予防教室等の開催
- ・ 介護予防に関する知識又は情報、介護予防事業の実施の記録等を管理するための媒体の配布

(イ) 地域介護予防活動支援事業

地域介護予防活動支援事業とは、介護予防に関する知識向上のための研修会等を実施し、ボランティアや地域組織などが活動できるよう支援することを目的とした事業である。取り組み内容は以下のようになっている。

- ・ 介護予防に関するボランティア等の人材を育成するための研修会の開催
- ・ 介護予防に資する地域活動組織の育成及び支援
- ・ 社会参加活動を通じた介護予防に資する地域活動の実施

(2) 二次予防事業

二次予防を行うにあたって、各市町村は市町村内の高齢者に基本チェックリストを配布している。基本チェックリストとは、高齢者の健康状態を把握するために厚労省が作成した質問票である。高齢者に個別に郵送で配布し、返却された結果を基に二次予防事業対象者を選定し、必要と認められた人に二次予防事業への参加を促している。基本チェックリストの実施と二次予防事業への参加は強制ではなく、任意である。二次予防事業は通所型介護予防事業と訪問型介護予防事業の2つに分けられる。

(ア) 通所型介護予防事業

通所型介護予防事業では、市町村が適当と認める施設に、二次予防事業対象者が通いながら介護予防に取り組む。内容は、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能改善のプログラムなどで、生活機能の改善を図ることを目的とする。市町村によって取り組み内容に差があるほか、実施箇所への移動補助など高齢者の参加のため市町村独自の工夫もみられる。

(イ) 訪問型介護予防事業

訪問介護予防事業では、通所型介護予防事業になじみにくい閉じこもりがちな高齢者を主な対象とする。保健師、栄養士、歯科衛生士等が高齢者の自宅に訪問し、閉じこもり予防、認知症予防、うつ予防・栄養改善・口腔機能向上のプログラムにより指導・相談などを提供することで、高齢者の生活機能の改善を図る。

表 3「介護予防事業の内容」

一次予防事業 〈全高齢者対象〉	介護予防普及啓発事業	パンフレット等の作成及び配布
		有識者等による講演会や相談会等の開催
		運動教室等の介護予防教室等の開催
		介護予防事業の実施の記録等を管理するための媒体の配布
	地域介護予防活動支援事業	介護予防に関するボランティア等の人材の育成及び支援
		介護予防に資する地域活動組織の育成及び支援
		社会参加活動を通じた介護予防に資する地域活動の実施
二次予防事業 〈チェックリストで 二次予防が必要と判断 された高齢者対象〉	通所型介護予防事業	・市町村が適当と認める施設で実施 ・内容は運動器の機能向上・栄養改善、口腔機能向上等を提供
	訪問型介護予防事業	・閉じこもりがちな高齢者が主な対象 ・保健師、栄養士、歯科衛生士等が高齢者の自宅に訪問 ・閉じこもり予防、認知症予防、うつ予防・栄養改善、口腔機能向上のための指導・相談などを提供

(厚労省(2010)「地域支援事業の実施について」より筆者作成)

第4項 介護予防事業から介護予防・日常生活支援総合事業へ

2012年に前項で説明した介護予防事業の枠組みが変更され、新たに介護予防・日常生活支援総合事業⁸が編成された。この変更により、従来の行政主体から、地域主体・住民主体での「通いの場⁹」を中心とした介護予防を目指している。

現在では一部の市町村で移行しており、移行していない市町村では従来の枠組みで介護予防事業が行われている。2015年の介護保険法改正にて2018年までにすべての市町村で移行を完了させることが義務付けられた。

厚労省は、今回の制度変更の意義として、「一次予防事業と二次予防事業を区別せずに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する観点の見直し」と「地域リハビリテーション活動支援事業を始め介護予防を機能強化する観点から新事業の追加」を挙げている。詳しくは第4章で述べる。

⁸ 以下、本稿では「新しい総合事業」と記す。

⁹ 通いの場とは、住民運営でなされる介護予防の拠点である。新しい総合事業にて推進が決定されている。

第4節 介護予防事業の課題と今後の方向性

介護予防事業は、要介護状態になる前から、一人ひとりの状況に応じた介護予防を図るとともに、要介護状態になった場合にも、地域で自立した日常生活を送ることを目標に整備された。しかし、現状としてこの制度の目的を達成するには課題がある。

これまでの介護予防事業の課題と今後の方向性について、文献調査に加えて、大阪府豊中市中央地域包括センター、大阪府豊中市高齢施策課、大阪府豊中市高齢者支援課、厚生労働省老健局老人保健課に聞き取り調査を行った。以下では、聞き取り調査と文献調査より得られた介護予防事業の現状と課題について言及する。

第1項 介護予防事業の課題

現行の介護予防事業においては高齢者の参加率の低さが課題であることが明らかとなった。これまでの二次予防事業では、基本チェックリストで把握した個々の高齢者の健康状態に応じて市町村が参加を促してきた。しかし、政府目標である各市町村の高齢者の5%の参加には遠く及ばず、現状では参加率は1%にも満たない。

日本公衆衛生協会(2009)「今後の介護予防事業のあり方に関する研究」より、参加率の低さの原因は大きく2つに分類される。それは、(1)高齢者の介護予防への関心が低いこと、(2)介護予防事業が高齢者のニーズに合っていないことである。以下それぞれ詳述する。

- (1) 高齢者本人に生活機能の低下の自覚がないことや介護予防への理解がないことなどの要因が挙げられる。政府は、生活機能の低下が疑われる高齢者を基本チェックリストによって選定し、要介護状態への進行を抑止するための働きかけをする。しかし、選ばれたにもかかわらず参加しない人が多い現状は、高齢者の介護予防に対しての関心が低いことを示している。
- (2) 介護予防事業の実施において、開催時期や開催箇所が高齢者の日常生活にそぐわないという声が上げられている。また、介護予防事業の内容や名前が魅力的でないなど、様々な面で高齢者のニーズに合っていないことが研究で明らかにされている。

第2項 介護予防事業における課題への政府の対応

前項の課題を受けて、政府はこれまでの行政主体の事業運営を改めて新しい総合事業への転換を図っている。

新しい総合事業への制度変更によって、第1項で上げた(2)の課題「介護予防事業が高齢者のニーズに合っていないこと」については、地域の住民主体で「通いの場」を中心に介護予防を進めることになり、開催時期や開催箇所といった点で高齢者のニーズに合った事業が実現されることが見込まれる。

しかし(1)の課題「高齢者の介護予防への関心が低いこと」については、政府の今回の制度改正のみで解決されるかが不透明である。厚労省への聞き取り調査にて、住民自らが介護予防に関心を持って活動するための動機付けが、今後介護予防を進めるにあたって重要であると分かった。それを念頭に置いて、市町村が主体的に取り組む必要がある。しかし厚労省は、現状の市町村の取り組みに差があることを考慮すると、新しい総合事業導入後も市町村の施策に格差が生じ、サービスの程度に差が生まれることを懸念している。このことより、高齢者の介護予防への動機づけについては、国の制度の枠組みによって達成されるものではなく、市町村の施策に一任されると考えられる。

第3項 高齢者の介護予防への関心

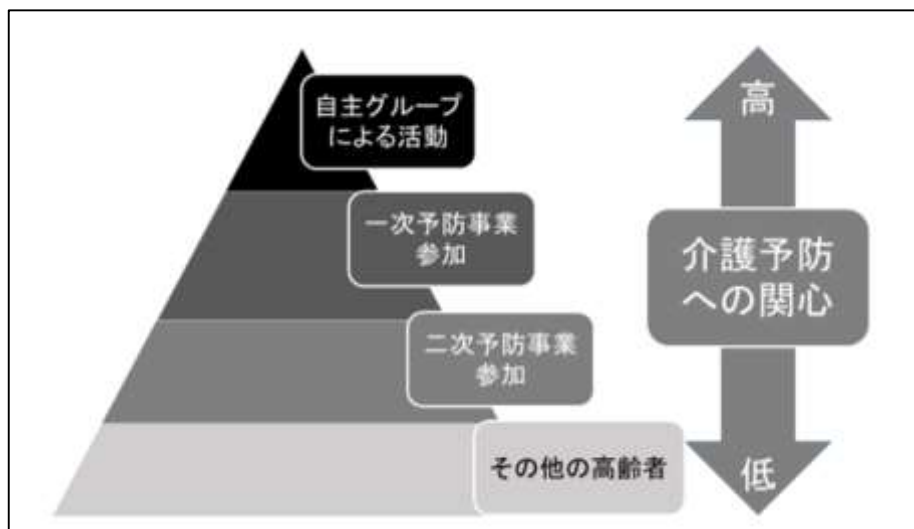
前項の(1)の課題「高齢者の介護予防への関心が低いこと」について豊中市に聞き取り調査を行った。その結果、高齢者の介護予防への関心は、高い順に、自主的に介護予防に参加している人、市町村が行う一次予防事業に参加している人、二次予防事業対象者に選定され事業に参加する人、その他の人となっていることが明らかになった。すなわち、介護予防事業に参加する高齢者は既にある程度介護予防への関心が高い層に属しており、二次予防への高齢者の参加率が高い地域では、介護予防への関心が高いといえる(図6参照)。

以上の文献調査・聞き取り調査より、二次予防事業への参加率の低さは高齢者の介護予防への関心の低さと捉えることが出来ることが分かった。

また、高齢者の介護予防への関心が高いことで、住民主体の活動が活発な地域では、要介護認定者数の増加率が低い傾向がみられる。そのような地域の例として大阪府大東市が挙げられる。本稿では、高齢者の介護予防への関心が高まった際の介護給付費への影響の目安を測るために大東市をモデルとして簡易的に試算を行った。この試算は、あくまで一事例であり一般化することは難しいが目安として用いる。全国市町村の要介護認定者数増

加率が大東市と同程度になった場合の、2025 年時点における介護給付費の削減効果を推計した。その結果、約 200 万人の新たな要介護認定者の増加を抑制でき、年間約 3144 億円の介護給付費節減が見込まれることが分かった。試算の詳細については、本稿の末に記載している。

図 6「介護予防への参加と関心」



(豊中市への聞き取り調査より筆者作成)

第5節 問題意識

人口に占める高齢者の割合が将来的に半数近くに上ると推定される日本において、介護を必要とする高齢者の増加を抑制することは喫緊の課題であるといえる。介護需要を抑制するためには、個人がより長く健康に生活を送ることができるよう、介護予防に努める必要がある。しかし、現状としては市町村が実施する介護予防事業への参加率は極めて低く、高齢者の介護予防への関心が低いといえる。

介護予防事業はその性質上、行政による一方通行的な施策では効果が限られ、地域住民が主体的に取り組むことが重要だとされている。しかし、高齢者の介護予防への関心が低い現状のままで、地域主体・住民主体の方向へと制度が移行しても果たして効果的に働くのかという点是不透明である。したがって本稿では、これからの介護予防に関する効果的な制度設計にあたって、高齢者の介護予防への関心が低いことを問題意識とする。

第2章 先行研究及び本稿の位置づけ

第1節 先行研究

先行研究として、介護予防事業の参加率に影響を与える要因を、アンケート調査と定量的な分析手法を用いて検証している研究を2つ挙げる。

まず、財団法人日本公衆衛生協会(2009)「今後の介護予防事業のあり方に関する研究報告書」では、介護保険者となる全国の市町村(特別区含む)に対して、介護予防事業の実施状況について調査票を用いたアンケート調査を実施し、介護予防事業参加率の関連要因について重回帰分析を用いて分析している。

調査票より、基本チェックリストの実施率や二次予防事業参加率が政府目標に対して低い値となっていることや、市町村の介護予防への取り組みの工夫、介護予防事業全般に関する意見や要望などが明らかになった。

また、二次予防事業参加率(対65歳以上人口)の関連要因について、参加率を被説明変数として重回帰分析を実施している。分析の結果より、二次予防事業への参加率を向上させるには、基本チェックリスト実施率をあげること、自治体において地域包括支援センター等の基盤となるインフラ整備を行うことと共に、自主グループの育成についてもサポートしていくことが重要であると述べている。有意となった変数は表4のとおりである。

表4「重回帰分析の結果」

変数名	係数
市町村人口	－
高齢者1万人あたり地域包括支援センター数	＋
高齢者1万人あたり介護予防にかかわる自主グループ数	＋
基本チェックリスト実施率	＋

(財団法人日本公衆衛生協会(2009)「今後の介護予防事業のあり方に関する研究報告書」

より筆者作成)

次に、財団法人健康・体力づくり事業財団(2010)「高齢者の QOL を支える運動開始・継続を促す健康づくり・環境実態調査事業」においては、全国の 1962 市町村にアンケートを実施し、特に運動を含む介護予防事業を中心に、出席率が高く、効果をあげている要因を検討している。併せて、アンケートの返答があった 590 市町村から 9 市町村を抽出し、詳細の聞き取りを行っている。

分析では、介護予防事業実施前後の 5 つの評価指標の改善率と説明変数の関係を、カイ二乗独立性の検定を用いて分析している(表 5 参照)。なお、本論文においては、二次予防事業への延べ参加人数から独自に出席率を算出して指標として用いている。各種変数は表 6 にまとめている。

分析の結果、介護予防事業への出席率を高めるためには、以下の 2 点が重要であると述べられている。

- (1) 一度の事業への参加人数が多くなりすぎないこと(25 名以上)。
- (2) 従来からよく行われている、欠席者への電話サポート、実施個所への送迎などの支援者側の参加促進の援助に加えて、セルフモニタリングや目標設定などの参加者の行動変容を促す技法を数多く取り入れること。

表 5 「カイ二乗独立性の検定における変数と結果一覧」

変数名		参加率との関係
プログラムの開催回数		○
参加者数		○
プログラムの工夫	セルフモニタリング	○
	欠席者への電話サポート	○
	実施施設への送迎	○
	結果のフィードバック	○
	個別目標設定	○
プログラム継続の工夫の構成		○

※○＝関係あり

(財団法人健康・体力づくり事業財団(2010)「高齢者の QOL を支える運動開始・継続を促す健康づくり・環境実態調査事業」より筆者作成)

第2節 本稿の位置づけ

本稿では、先行研究を参考に、二次予防事業参加率を上げるために効果的な市町村による取り組みを探っていく。そして、どのような施策が参加率、ひいては高齢者の介護予防への関心を上げるのかを明らかにし、介護予防の有効な促進政策の提言を目標とする。

先行研究の限界として、(1)単年のみの分析にとどまっていること、(2)二次予防事業そのものの工夫のみの効果分析になっていることがあげられる。このことは、以下のような問題を含むことになる(表6参照)。

(1)単年度のみの分析では、市町村の特徴等の個別効果を測ることができないため、地域ごとのばらつきと、政策の効果の識別ができない。

(2)市町村は二次予防事業の他に、一次予防事業などで高齢者の介護予防への関心を向上させるためにそれぞれに独自の工夫をもって取り組んでいる。しかし、先行研究ではそれらの二次予防事業参加率への影響を測っていない。

したがって、(1)の限界に対してはパネルデータ分析という手法を用いること、(2)の限界に対しては、市町村独自の介護予防に資する取り組みを分析に取り入れることで、介護予防の参加率向上に効果のある施策、取り組みを明らかにすることが本稿の新規性である。本稿の分析・政策提言はこれからの市町村による介護予防事業の実施に資するところが大きいと考える。

表 6 「先行研究の内容と限界」

	財団法人日本公衆衛生協会(2009) 「今後の介護予防のあり方に関する研究報告書」	財団法人 健康・体力づくり事業財団(2010) 「高齢者のQOLを支える運動開始・継続を促す 健康づくり・環境実態調査事業」
内容	○全国の市町村における介護予防の実施状況を調査 ○二次予防事業参加率を向上させる要因を分析	○二次予防事業出席率に影響を与える 市町村独自の取り組み・工夫を分析
限界	●単年度のみの分析にとどまっている ●市町村の取り組みの効果を計っていない	●カイ二乗独立性の検定による分析にとどまっている(単年度のみ) ●二次予防事業そのものの工夫の影響の分析にとどまっている

(財団法人日本公衆衛生協会(2009)「今後の介護予防事業のあり方に関する研究報告書」、
財団法人健康・体力づくり事業財団(2010)「高齢者の QOL を支える運動開始・継続を
促す健康づくり・環境実態調査事業」より筆者作成)

第3章 分析

第1節 分析とデータの枠組み

本稿における検証仮説を以下のように設定した。

「高齢者の介護予防への関心を高めるために行われている市町村の施策が、二次予防事業参加率に影響を与えている。」

本稿では上記の仮説を検証すべく、実証分析を行う。

厚労省(2013)「都市部の高齢化対策に関する検討会」にて、2025年に特に都市部において後期高齢者数の伸びが顕著であることが指摘されていることから、特に人口の多い中核市・政令指定都市にて介護予防のための取り組みが必要であると考えた。そこで、分析対象を中核市・政令指定都市に絞ってそれらの市で効果的な政策は何かを分析を通して探る。

本稿では入手できた¹⁰、全国の中核市と政令指定都市に関する2009年～2013年の5年分のパネルデータを用いて分析を行う。また、2009～2013年の市町村の取り組みの実施状況を正確に把握するために全国の中核市と政令指定都市に対してアンケートを配布した。その中で、回答があった¹¹40市を対象として分析を行う。対象市は本稿の末に記載している。

アンケート調査において、それぞれの市が介護予防への関心を高めるために行っている取り組みを尋ねた。その結果、普及啓発のための説明会・講演会の実施や日常生活の中でできる介護予防を紹介する介護予防教室の実施、高齢者のボランティア育成事業などが存在することが分かった。

¹⁰ 2015年8月末時点

¹¹ 2015年10月7日時点

第2節 分析の概要

以下でモデル式及び変数名について述べる。ただし $\beta_0 \sim \beta_{11}$ は推定されるパラメータ、 u は誤差項である。分析は固定効果モデルを採択¹²している。変数の出所は表7に、基本統計量は表8にまとめている。

モデル式：

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 X_{1it} + \beta_2 X_{2it} + \beta_3 X_{3it} + \beta_4 X_{4it} + \beta_5 X_{5it} + \beta_6 X_{6it} + \beta_7 X_{7it} + \beta_8 X_{8it} + \beta_9 D_{1it} + \beta_{10} D_{2it} + \beta_{11} D_{3it} + u_{it}$$

($i=1 \sim 40$, $t=2009 \sim 2013$)

変数名：

Y_{it} ：通所型二次予防事業参加率の対数値

β_0 ：定数項

<市町村特有の影響をコントロールする変数>

X_{1it} ：市町村人口

X_{2it} ：二次予防事業対象者割合の対数値

X_{3it} ：高齢化率

X_{4it} ：高齢者1万人当たり地域包括支援センター数

<市町村の施策に関する変数>

X_{5it} ：基本チェックリスト実施率の対数値

X_{6it} ：ボランティアポイント制度¹³実施累積年数

X_{7it} ：高齢者1万人当たり説明会・講演会実施回数

X_{8it} ：高齢者1万人当たり介護予防教室実施回数

D_{1it} ：欠席者へのサポート実施ダミー

D_{2it} ：仲間づくり支援ダミー

<国の制度変更の影響をコントロールする変数>

D_{3it} ：2012年介護保険制度改正ダミー

u_{it} ：誤差項

¹² F 検定、Hausman 検定の結果固定効果モデルが採択された。

¹³ 「介護支援ボランティア制度」とも呼ばれるが、本稿では「ボランティアポイント制度」と記す。

第3節 変数選択

・被説明変数

厚労省「介護予防事業調査報告」から市町村別の二次予防事業のうち通所型二次予防事業の参加者数を65歳以上人口で除した値(二次予防事業参加率)を変数として採択する。本変数は高齢者の介護予防への関心を表す変数として用いる。二次予防事業参加率を選んだ理由は、特に現状生活機能が低下している高齢者に対してどのような施策が有効かを図るためである。二次予防事業のうち、訪問型二次予防事業を含まなかった理由としては、今後制度が変わり介護予防の拠点が「通いの場」へと移ることを踏まえ、高齢者が介護予防の拠点に赴く要因を探るためである。市町村データを用いる理由は介護予防事業の実施主体は都道府県ではなく市町村であるためである。先行研究にならい、対数化をしている。

・説明変数

説明変数には、市町村の施策に関する変数、市町村特有の影響をコントロールする変数、国の制度変更の影響をコントロールする変数を用いる。

◆ 市町村の施策に関する変数

・ボランティアポイント制度実施累積年数

一部の市町村で行われている制度で、主に65歳以上の高齢者が介護施設に入所している高齢者を相手としてボランティアを行うことで市町村から主に換金可能なポイントが配られる制度である。政策の詳細については第4章で述べる。ボランティアを行う高齢者にとって、他者と交流する経験を通じて自己の介護予防に関心を持つことにつながると考える。横須賀市の資料(2011)にて本制度は導入して即座に効果の出るものではないことが指摘されているため、累積年数とした。予想される係数の符号は正である。

- ・仲間づくり支援ダミー

財団法人健康・体力づくり事業財団「高齢者のQOLを支える運動開始・継続を促す健康づくり・環境実態調査事業」(2010)を参考に変数に採用した。二次予防事業の工夫として、事業参加者同士の仲間づくりを支援するものである。事業終了後に自主的にグループを作って介護予防に取り組む高齢者を支援する形が多い。介護予防に取り組む高齢者グループが増えることで、通所型二次予防事業の参加者も増加すると考える。本稿を執筆するにあたり実施したアンケートを基に、実施していれば1、していなければ0とした。予想される係数の符号は正である。

- ・欠席者へのサポート実施ダミー

財団法人 健康・体力づくり事業財団「高齢者のQOLを支える運動開始・継続を促す健康づくり・環境実態調査事業」(2010)を参考に変数に採用した。二次予防事業の工夫として、事業への案内を送ったものの、参加しない高齢者に対して電話や訪問等により参加を促すものである。興味がなく、参加を見送った高齢者が考え直すきっかけになり、通所型二次予防事業の参加率に影響を与えると考える。本稿を執筆するにあたり実施したアンケートを基に、実施していれば1、していなければ0とした。予想される係数の符号は正である。

- ・高齢者1万人当たり相談会・講演会開催回数

介護予防普及啓発事業の一環として、専門職による講演会や相談会が実施されている。高齢者にとって介護予防を知る機会が多いことは通所型二次予防事業の参加率に影響を与えると考えた。予想される係数の符号は正である。

- ・高齢者1万人当たり介護予防教室実施回数

介護予防普及啓発事業の一環として、介護予防教室が実施されている。介護予防教室とは、二次予防事業対象者に選ばれていなくても介護予防に参加出来る事業である。高齢者にとって介護予防に触れる機会が多いことは通所型二次予防事業の参加率に影響を与えると考えた。予想される係数の符号は正である。

- ・基本チェックリスト実施率の対数値

基本チェックリスト実施率とは基本チェックリスト配布人数を65歳以上人口で除した値である。日本公衆衛生協会(2009)「今後の介護予防事業のあり方に関する研究」にて基本チェックリスト実施率は二次予防事業参加率に正の影響を与えている。そのため、その割合は通所型二次予防事業参加率に影響を与えると考えた。予想される係数の符号は正である。

◆ 市町村特有の影響をコントロールする変数

- ・市町村人口

日本公衆衛生協会(2009)「今後の介護予防事業のあり方に関する研究」にて市町村人口は参加率に負に有意であるとの結果が出ている。そのため、市町村人口が通所型二次予防事業参加率に与える影響をコントロールするため、変数に採用した。予想される係数の符号は負である。

- ・二次予防事業対象者割合の対数値

二次予防事業の対象に選ばれなければ二次予防事業へは参加することができない。そのため、その対象者の割合は通所型二次予防事業参加率に影響を与えると考えた。予想される係数の符号は正である。

- ・高齢者1万人当たり地域包括支援センター数

日本公衆衛生協会(2009)「今後の介護予防事業のあり方に関する研究」にて、地域包括支援センター数は二次予防事業参加率に正の影響を与えている。そのため、その数は通所型二次予防事業参加率に影響を与えると考えた。予想される係数の符号は正である。

- ・高齢化率

市町村ごとの高齢化率の影響を除くために採択した。高齢化率が高ければ、その分高齢者の中でも年齢の高い層が多いと考える。高齢になればなるほど介護予防のための取り組みに参加するのが体力的に難しくなると考えた。予想される係数の符号は負である。

◆ 国の制度変更の影響をコントロールする変数

・2012年介護保険制度改正ダミー

介護保険制度は3年に一度改正が行われ、2012年においても改正が行われている。2012年改正において地域包括ケアシステムが初めて打ち出され、介護予防・日常生活支援総合事業が新たに追加されるなど、介護予防事業の内容が改められた。そのため、この改正は通所型二次予防事業参加率に影響を与えると考えた。予想される係数の符号は正である。

表 7「変数出所」

変数名	出所
通所型二次予防事業参加率 の対数値	厚労省「介護予防事業報告」「介護予防・日常生活支援総合事業報告」 及び総務省「住民台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」
市町村人口	総務省「住民台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」
高齢化率	同上
基本チェックリスト実施率 の対数値	厚労省「介護予防事業報告」「介護予防・日常生活支援総合事業報告」 及び総務省「住民台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」
二次予防事業対象者割合 の対数値	同上
高齢者1万人当たり 地域包括支援センター数	総務省「住民台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」及び 筆者実施の各市町村へのアンケート
ボランティアポイント制度 実施累積年数	厚労省「介護予防・日常生活支援総合事業報告」及び各市町村HP、 筆者実施の各市町村へのアンケート
高齢者1万人当たり 説明会・講演会実施回数	厚労省「介護予防事業報告」「介護予防・日常生活支援総合事業報告」 及び総務省「住民台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」
高齢者1万人当たり 介護予防教室実施回数	同上
仲間づくり支援ダミー	筆者実施の各市町村へのアンケートより作成
欠席者へのサポート 実施ダミー	同上
2012年 介護保険制度改正ダミー	厚労省「介護保険制度の概要」より作成

(筆者作成)

表 8「基本統計量」

変数名	平均	標準偏差	最小	最大	標本数
通所型二次予防事業参加率 の対数値	-5.9152	0.9518	-11.5069	-4.3513	200
市町村人口	635752.025	586577.6204	275263	3707843	200
高齢化率	0.2295	0.0018	0.1759	0.2998	200
基本チェックリスト実施率 の対数値	-1.2687	1.3377	-11.0790	0.0831	200
二次予防事業対象者割合 の対数値	-3.5989	1.2220	-7.7371	-1.3724	200
高齢者1万人当たり 地域包括支援センター数	1.3302	0.4815	0.3626	2.5647	200
ボランティアポイント制度 実施累積年数	0.285	0.8761	0	5	200
高齢者1万人当たり 説明会・講演会実施回数	39.6424	62.8767	0	318.6439	200
高齢者1万人当たり 介護予防教室実施回数	63.7255	97.8375	0	604.4630	200
仲間づくり支援ゲーム	0.485	0.5010	0	1	200
欠席者へのサポート 実施ゲーム	0.33	0.4714	0	1	200
2012年介護保険制度 改正ゲーム	0.4	0.4911	0	1	200
基本統計量は小数点以下4位まで表示している。					

(筆者作成)

第4節 分析結果

推定結果は表9にまとめている。カッコ内は標準誤差を示している。

表9「分析結果」

変数名	係数	
市町村人口	-0.0000151 (0.0000049)	***
高齢化率	-31.97221 (14.44392)	**
基本チェックリスト実施率 の対数値	0.1060564 (0.0445172)	**
二次予防事業対象者割合 の対数値	0.2002091 (0.0653947)	***
高齢者1万人当たり 地域包括支援センター数	-0.0394998 (0.4416564)	
ボランティアポイント制度 実施累積年数	0.2309396 (0.0971139)	**
高齢者1万人当たり 説明会・講演会実施回数	0.000901 (0.0007644)	
高齢者1万人当たり 介護予防教室実施回数	0.0001084 (0.0004688)	
仲間づくり支援ダミー	-1.21847 (0.2701265)	***
欠席者へのサポート 実施ダミー	0.69691 (0.3518471)	**
2012年介護保険 制度改正ダミー	0.6753667 (0.2127587)	**
切片	11.42197 (5.294892)	**
R-squared(within)	0.3306	
R-squared(between)	0.1639	
R-squared(overall)	0.1079	
*:10%有意 **：5%有意 ***:1%有意 を示す		

(筆者作成)

第5節 分析結果の解釈

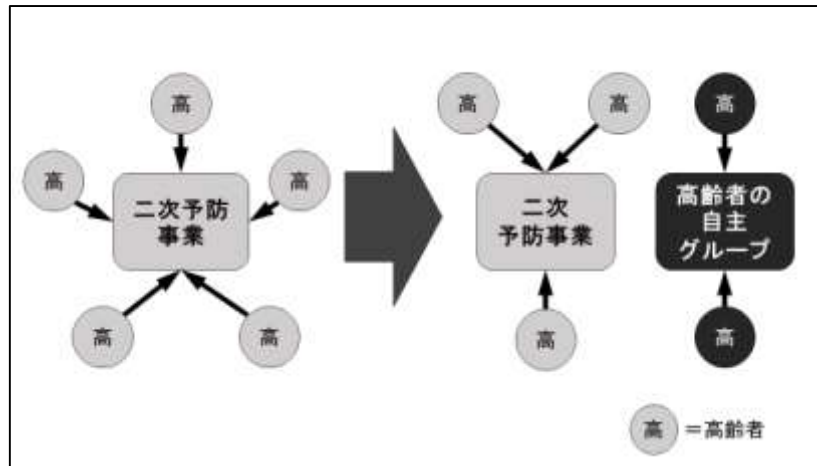
本節では、分析結果を基に仮説を検証する。また、その他の説明変数の分析結果についても解釈する。

まず、市町村の施策に関する変数について解釈を行う。基本チェックリスト実施率の対数値が正に有意となり、仮説が支持された。基本チェックリストの実施によって、市内の高齢者の健康状態を把握し、その結果を基に二次予防事業への案内を送付するため、二次予防事業参加率が高まると考えられる。

また、ボランティアポイント制度、二次予防事業欠席者へのサポートの実施が正に有意な結果となり、仮説が支持された。その他の政策は正に有意な結果とならなかったが、それは、講習会・相談会や介護予防教室はもともと介護予防や健康づくりに関心のある層が多く参加するため、二次予防事業に選ばれるような要介護状態になる可能性が高い高齢者に対してさして影響を与えなかった、という理由が考えられる。

仮説と異なる結果が出た変数として、高齢者同士の仲間づくり支援が存在する。二次予防事業に参加した高齢者同士で事業終了後も自主的に介護予防に取り組む場合、市町村が補助を出す形で支援を行う市町村が多く存在した。先行研究にて自主的に介護予防に取り組む高齢者グループの数が正に有意な結果となっていたため、本分析においても正に有意な結果になると仮説を立てたが、負に有意という結果になった。これは、今まで市町村が行う事業に参加していた高齢者たちが自主的に介護予防に取り組むようになった結果、介護予防の拠点が市町村の事業から高齢者の自主的な集まりの場へと移り、結果として事業に参加する高齢者の数が減ったからである、と解釈が出来る(図7参照)。しかし先行研究と逆の結果が出たことについては今後の研究課題としたい。

図 7 「仲間づくり支援 分析結果の解釈図」



(筆者作成)

第二に、市町村特有の影響をコントロールする変数について解釈を行う。市町村人口と二次予防事業対象者割合の対数値、高齢化率については、仮説が支持された。高齢者 1 万人当たりの地域包括支援センター数は仮説と異なり、正に有意という結果が出なかった。これは、堺市で 2012 年に 7 箇所から 21 箇所に増加させるなどの、分析対象の市町村の中で地域包括ケアシステムの構築のため一気に地域包括支援センターの増設を行った例があり、参加率がそれに追いつかなかったことが原因として考えられる。

最後に、国の制度変更の影響を表す変数について解釈を行う。2012 年の介護保険制度の改正は正に有意な結果となり、仮説が支持された。

第 4 章 政策提言

本稿の分析の結果、介護予防事業への高齢者の参加を増加させる要因として以下の 4 点が明らかとなった。

- ① 基本チェックリスト実施率が高いこと。
- ② 二次予防事業対象者割合が高いこと。
- ③ ボランティアポイント制度を導入していること。また、長く取り組んでいること。
- ④ 二次予防事業欠席者に何らかのサポートをしていること。

また、参加率に与える影響として、

- ① 基本チェックリスト実施率が 1%上がると二次予防事業参加率が約 0.1%
- ② 二次予防事業対象者割合が 1%上がると二次予防事業参加率が約 0.2%
- ③ ボランティアポイント制度の実施年数が 1 年長くなると二次予防事業参加率が約 0.2%
- ④ 欠席者へのサポートがされていると二次予防事業参加率が約 0.7%

上昇することが分かった。

この結果を踏まえて、以下の 3 つの政策を提言する。

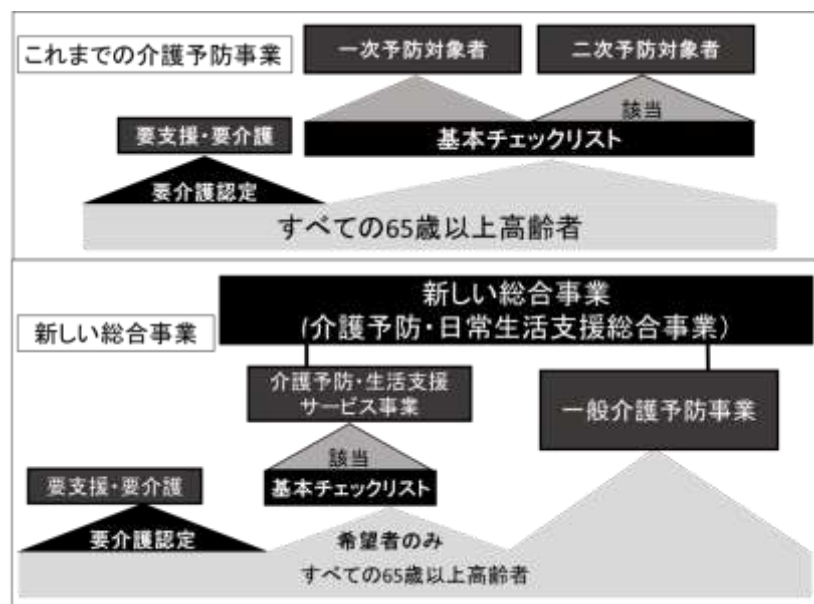
- I. 地域包括支援センターと医療機関との連携促進
- II. ボランティアポイント制度の普及と参加促進
- III. 「通いの場」を中心としたサポートの実施

第1節 新しい総合事業について

本稿では、2009～2013年のデータを対象に分析を行い、効果を分析してきたが、2015年に大幅な制度改正が行われることになった。まず、その制度改正の内容を概観し、その内容を踏まえた上での政策提言を行う。従来の介護予防事業との大きな違いは以下の通りである(図8参照)。

- ① 基本チェックリストの郵送での配布がなくなり、すべての高齢者を対象とする一般介護予防事業の推進が決定された。その結果、「通いの場」の充実など、地域の実情に応じた事業が実施されている。また、「通いの場」に対してはリハビリテーション専門職などの関与を促進している。
- ② 従来の二次予防事業の内容に加え、これまで予防給付で行われてきたサービスの一部を介護予防・生活支援サービス事業として行う。対象者は、要支援の認定を受けた高齢者及び、地域包括支援センターに自ら赴き基本チェックリストをケアマネジャーの前で回答して事業への参加が必要と認められた者のみとなる。

図8「これまでの介護予防事業と新しい総合事業」



(厚労省(2015)「介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方」より筆者作成)

第2節 政策提言

第1項 基本チェックリストの実施継続の工夫

分析にて基本チェックリスト実施率、二次予防事業対象者割合は二次予防事業参加率に正に有意な結果となっている。しかし、新しい総合事業にて基本チェックリストの配布の取りやめが決定しており、高齢者が基本チェックリストに回答するには地域包括支援センターに赴かなければならない。この制度変更は、現行の高齢者に個別に基本チェックリストを配布することのコストが大きかったために行われた。そこで、本稿では制度変更によって市町村が基本チェックリストの配布を取りやめた後も、多くの高齢者が基本チェックリストを容易に実施して自分の健康状態を把握し続けることを可能にすべく以下の提言を行う。政策提言Ⅰのイメージ図は図9にまとめた。

《政策提言Ⅰ 地域包括支援センターと医療機関との連携促進》

【政策の内容と期待される効果】

新しい総合事業では基本チェックリストを地域包括支援センターのみに設置することが決まっている。しかし、京都市実施のアンケート(2013)によると、高齢者のなかで「地域包括支援センターを知っており相談したことがある」人の割合は10%に満たず、「知っているが、相談したことはない」人が約半数であることが分かっている。これより、基本チェックリストに回答する高齢者はこれまでより大幅に減少することが予測される。

そこで、基本チェックリスト実施の窓口として地域のかかりつけ医を活用することを提言する。日本医師会総合政策研究機構(2013)によると、65歳以上高齢者の約8割にかかりつけ医¹⁴がいるということが分かっている。従って、この提言により、高齢者の8割近くが基本チェックリストに触れる機会を得られると考える。

具体的には、病院で診察を受ける前に問診票等と合わせて基本チェックリストを手渡すことで高齢者に基本チェックリストへの記入を促す。また、疾患等の診察に加えて、日常生活で感じている生活機能の低下等の不安や、基本チェックリスト実施を通して気になった点をかかりつけ医に相談することができるようにする。そして、病院が基本チェックリストを回収して地域包括支援センターに提出することで、機能低下がみられる高齢者に対して

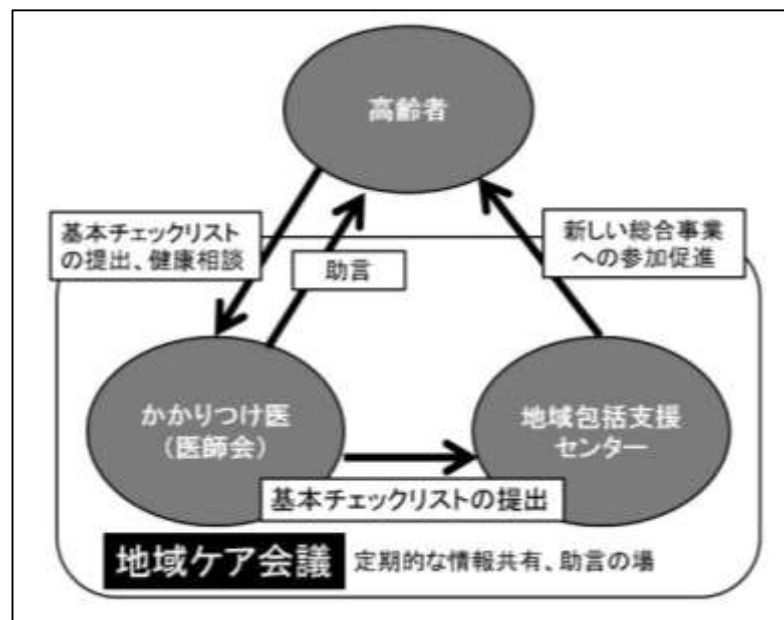
¹⁴ 何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

地域包括支援センターからアプローチし、新しい総合事業への参加を促すことが可能になる。

【実現可能性】

医師と地域包括支援センターとの連携については、政府が掲げている地域包括ケアシステムの構築の一環として、医療と介護の連携が進められていることから、実現可能性が高いと考えられる。現状この両者の連携の場として、地域ケア会議¹⁵が地域包括支援センターごとに設置されている。地域の医師がより多くこの会議の構成員になることで、地域包括支援センターと基本チェックリストや介護予防に関する情報共有を円滑に行うことができる。しかし現状医師の参加が少なく、その要因として、医師が多忙であることや非協力的であること等が指摘されている。それらの解決策として、市町村と市町村の医師会が協働することが挙げられる。千葉県柏市で市の医師会が地域の医師に働きかけたことで医師の参加が促進されたことを考えると、市町村の医師会が働きかけることは地域の医師の参加を促すために有効であると考えられる。

図 9 「政策提言 I のイメージ図」



(筆者作成)

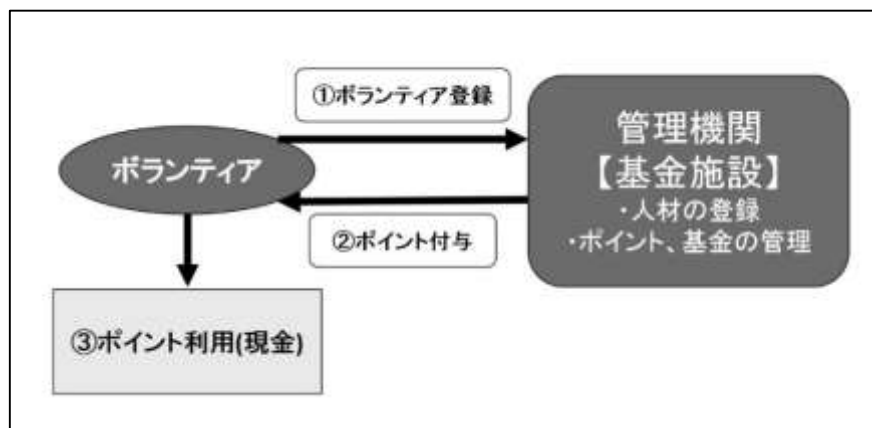
¹⁵ 高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。地域課題の把握・地域づくり・資源開発・政策形成を目的としている。2015年より、設置が努力義務とされている。

第2項 ボランティアポイント制度の普及と参加促進

ボランティアポイント制度を導入し、より長く実施している市町村では高齢者の介護予防への関心が高いことが本稿の分析より明らかとなった。

ボランティアポイント制度は、市町村を実施主体とし、高齢者の社会参加支援のため 2007 年より地域支援事業の枠内で行えるようになった事業である。これは、65 歳以上の高齢者がボランティア活動を行った場合に、市町村が管理機関を通じてポイントを付与し、高齢者の社会参加への動機づけを行う制度である(図 10 参照)。ポイントは現金換算が最も多いが、市町村によっては、介護サービス事業や地域の特産品と交換が可能となっている。2014 年時点で、実施(予定も含む)市町村は 268、ボランティア制度登録人数は 63,958 人¹⁶に上る。鳥取県(2012)「介護支援ボランティア制度市町村導入ガイドライン」によると、高齢者が介護支援ボランティアに参加することで、社会参加が促進され、それによって介護予防の効果があるとされている。そこで、ボランティアポイント制度をより多くの市町村で導入すること、また、当制度への登録者を増加させることを目指す。

図 10 「ボランティアポイント制度の概要」

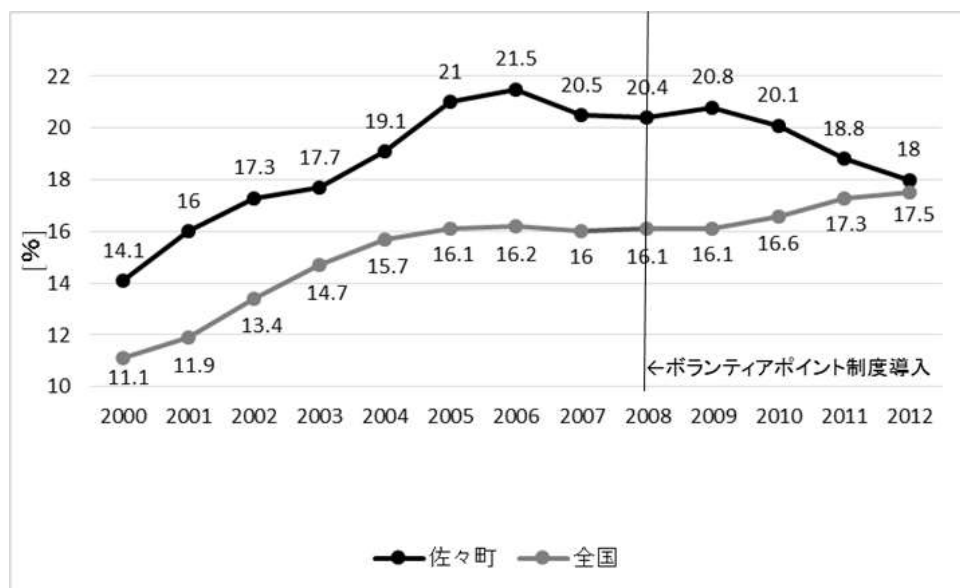


(厚労省(2008)「介護支援ボランティア活動の推進について」より筆者作成)

¹⁶ 稲城市(2014)「介護支援ボランティア制度の全国市町村アンケート調査の結果」より

厚労省がボランティアポイント制度の先進事例として紹介している事例を基に、制度導入による効果を概観する。長崎県佐々町では2008年に制度を導入した。導入後、要介護認定者数は右肩下がり減少し、要介護認定率は目標としていた全国平均まで下がった(図11参照)。

図11 「佐々町の要介護認定率推移」



(厚労省(2015)「介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方」より筆者作成)

ボランティアポイント制度では換金できるポイントの上限は多くの市町村で年間5000円程度に設定されており、市町村の保険料負担への影響額は一月当たり1人数円程度と極めて少ないため、市町村が制度を導入するにあたっての金銭的な障壁は低いと考えられる。しかし、金銭面以外での課題があることが自治体の資料より明らかになった。それぞれの課題に対して解決策を探り、また、制度導入後に参加する高齢者を増加させるべく、提言を行う。

《政策提言Ⅱ．ボランティアポイント制度の普及と参加促進》

鳥取県(2012)「介護支援ボランティア制度市町村導入ガイドライン」・大阪府豊中市高齢施策課への聞き取り調査により、ボランティアポイント制度の課題として以下の 3 つが存在することが明らかになった。

- ・ 制度立ち上げの際に必要な制度設計に手間がかかること。
- ・ ボランティアポイント制度の対象者が 65 歳以上に限定され、それ以下の年齢にはポイントが付与されないこと。
- ・ ボランティアを有償で行うべきではないと考える人がいること。

以上の課題に関して、課題を解決するため、また導入後の高齢者の参加促進を目指して 4 つの政策を提言する。政策提言Ⅱの概要は表 10 にまとめた。

- (1) 都道府県による制度導入の補助
- (2) ボランティアポイント制度の対象者を 40 歳まで拡大
- (3) ボランティアで得たポイントの使い道を指定できる制度作り
- (4) ポイントの付与方法の見直し

(1)都道府県による制度導入の補助

【政策の内容と期待される効果】

ボランティアポイント制度の導入に関して、市町村にとって金銭的な負担は少ないものの、制度設計に手間がかかることが鳥取県の資料にて指摘されている。群馬県や鳥取県、神奈川県など一部の都道府県は、制度導入にあたっての留意点をまとめることや、ポイントの扱いに統一の基準を設けることなどの補助を行うほか、一部の市町村をモデルとして制度導入の促進を図るなどしている。しかしこうした制度の導入や運営に関する補助を行っている都道府県は少なく、市町村の自主的な取り組みに任せている場合がほとんどである。

そこで、各都道府県が主導して、都道府県内の市町村における制度導入を補助することを提言する。補助の内容としては、金銭的な補助に限らず都道府県内の市町村の取り組みの情報共有、ボランティア受け入れ施設数の増加への働きかけなど都道府県が積極的にコーディネーターとなることが望まれる。

都道府県が制度導入にあたって、市町村間での情報共有を促進し、制度導入のガイドラインや目安を作成することで、市町村が円滑に制度を導入できるようになることが期待され

る。また、都道府県間でも補助の実施方法、内容の工夫についての情報共有の場を設けるなど、都道府県が連携して市町村のより良い制度運営に対して補助を行えるように図る必要がある。

【実現可能性】

ボランティアポイント制度の導入にあたって市町村が負う金銭負担は少ないため、都道府県による補助の実施に対する障壁は低いと考えられる。また、都道府県も介護保険制度の保険者であるため、介護予防に資するボランティアポイント制度の導入にはメリットがある。以上2点より、都道府県の補助にかかる負担・デメリットは少なく、実現可能性は高いと考えられる。

(2) ボランティアポイント制度の対象者を40歳まで拡大

【政策の内容と期待される効果】

稲城市の調査(2014)によると、現在ボランティアポイント制度に取り組んでいる市町村の約7割では、65歳以上にのみポイントを付与する仕組みであった。それより下の年齢層に対しては、一般財源からポイントを付与している例もあるものの、ほとんどの市町村が換金なしとしている。神奈川県調査(2015)にて、65歳以上で区切ることで、それより下の年齢層にとっての不公平感とそれに伴うモチベーションの低下を招くことが課題として挙げられていた。千葉市のアンケート(2011)より、40代~60代のすべての世代で約7割はボランティア活動に「参加したい・時間があれば参加したい」と回答しており、若年層の多くはボランティアへの参加意思があるといえる。

しかし、現状地域支援事業の枠内では65歳以上のみにしかポイントを支給することができず、65歳未満のボランティアにポイントを付与するためには市町村の一般財源を利用する必要がある。そこで、厚労省がポイント付与対象の条件を緩和し、ボランティアポイント制度のポイント付与対象者を40歳まで引き下げることが提言する。

対象年齢を40歳以上に引き下げることによって、若い世代がボランティアに参加するきっかけとなる。地域にとっては、若年層がボランティア活動に参加することで、次世代のボランティアの育成が図れ、また、若年層への介護予防の普及啓発につながることを期待される。

【実現可能性】

新しい総合事業の導入により、ボランティアポイント制度は一般介護予防事業の枠内で実施することが決定しており、財源には第 2 号保険料が含まれる。よって制度上、第 2 号被保険者である 40 歳以上にもポイントの付与が可能となるため、新制度移行後ボランティアポイント制度の対象者を 40 歳まで引き下げることは実現可能性が高いと考える。

(3) ボランティアで得たポイントの使い道を指定できる制度作り

【政策の内容と期待される効果】

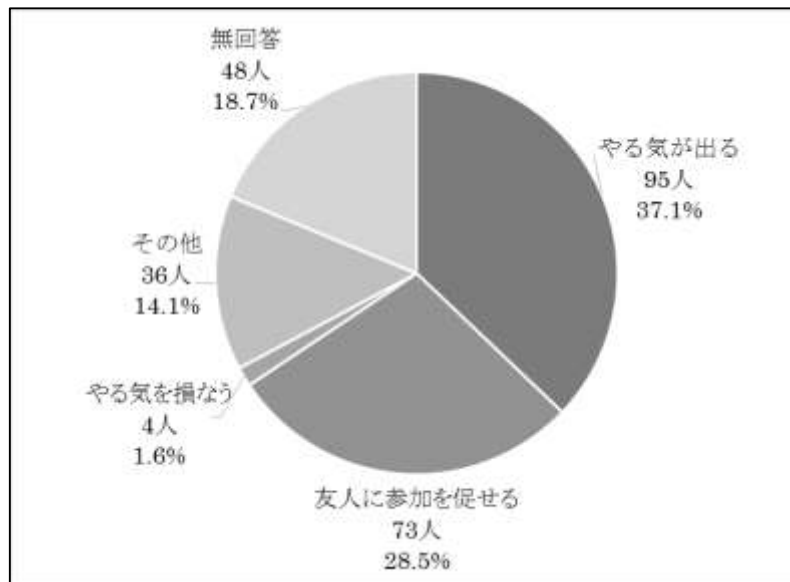
そもそもボランティアとは、無償で社会奉仕活動をすることを表す言葉であるため、たとえ少額でも、有償であることに違和感を感じる層が一定存在することが、横須賀市のアンケートより明らかとなっている。特に年齢の高い層ほどその傾向にあり、70 代以上では無償を望む声が有償を望む声を上回っていた。また愛知県春日井市など、有償であることはボランティアにそぐわないとして、導入を見送った市町村も存在する。

しかし、ボランティアポイント制度において、ポイントの付与はこれまでボランティアに積極的に参加していなかった層が参加するインセンティブとなっているため、ポイントの付与は行うべきであると考ええる。

そこで、ボランティアポイント制度によって得たポイントの用途を参加者が選択できる制度の導入を提言する。具体的には、ポイントの用途の選択肢に現金給付だけでなく、寄付を加えることで、市町村の介護施設等にポイントにより換金される額を寄付することを可能とする。そうすることで、ボランティアを有償で行うことに抵抗を感じる層も純粋なボランティアとしてこの制度に参加することができる。

他にも、ポイントの還元だけでなくボランティアにやりがいを感じる仕組みづくりも整備することが望ましい。例えば、2010 年に稲城市では介護支援ボランティア活動記録展を開催した。こうした表彰の実施によって、本人の意欲向上につながるだけでなく、友人をボランティアに誘うきっかけになったという参加者も存在する(図 12 参照)。金銭などの補助を望まない層にとって、こうした取り組みはインセンティブになるほか、活動にかかわる高齢者の輪を広げるきっかけとなることが期待できる。

図 10 「稲城市介護支援ボランティア記録展などの活動について」



(稲城市(2010)「介護支援ボランティア実施状況アンケート調査」より筆者作成)

【実現可能性】

既に横浜市などでは、介護施設等にポイントを寄付することが可能である。しかし、横浜市の事例を参照すると、介護施設に直接寄付を行うことはできないため、一度ポイントを付与された後自ら寄付を行う必要がある。このような煩雑な手続きを除き、寄付を容易に行えるよう制度を整えるべきである。

(4)ポイントの付与方法の見直し

【政策の内容と期待される効果】

ボランティアポイント制度についての稲城市のアンケート調査(2013)を見ると、ボランティアポイント制度参加者の中では3年以上活動している参加者が最も多い。一方、横須賀市のアンケート調査(2010)を見ると、「一度もボランティアに参加したことがない」層が60代までのすべての年齢層で過半数を占めている。上記2つのアンケートは同一の主体が行ったものではないが、ボランティア活動は初回に参加することには障壁があるものの、それ以後は障壁が低くなり、継続して参加しやすくなる傾向が推察される。本稿ではボランティア活動を開始することを促進すべく以下を提言する。

まず、ボランティア参加 1 年目の高齢者に対してポイントの付与率を上げることを提言する。1 年目の活動にかかるインセンティブを大きくすることで、新規の参入を促せる。

また、横須賀市のアンケートより、一般的なボランティア活動については、活動を開始した理由として「友人から誘われた」ことが上位に挙げられている。そこで、友人に制度への参加を勧めた参加者に対してインセンティブを発生させることが有効であると考え。内容としては、豊中市によるとボランティアポイントの上限に不満を持つ層が存在することから、1 年間の上限緩和が効果的であると考え。

【実現可能性】

現時点で参加者の属性や行動によってポイントの付与に差異を設けている市町村は確認できなかった。そのため、システム面では新たな制度の設計が必要となる。しかし、後に詳述する試算の結果、市町村にとってポイントの付与率を上げることやポイントの換金上限の緩和を行ったとしても、費用面の負担は大きくはならないと考える。したがって、実現可能性は高いと思われる。

表 10 「政策提言Ⅱのまとめ」

政策提言	提言対象	概要
(1) 都道府県による制度導入補助	都道府県	市町村への制度導入の際の金銭面・情報面での補助
(2) 対象者の拡大	厚労省	制度の対象を40歳以上へ拡大
(3) ポイント交換の拡充	市町村	換金以外のポイントの用途の拡充
(4) ポイント付与方法の見直し	市町村	新規参加を促す新たなポイント付与方法の導入

(筆者作成)

厚労省がモデルケースとして紹介している東京都稲城市をモデルとして本稿の(2)ボランティアポイント制度の対象者を 40 歳まで拡大、(4)ポイントの付与方法の見直しの提言を実現した場合にかかる費用の試算をした。その結果、制度にかかる費用は最大でも約 136 万円の増加となり、負担の増加は軽微なものであるといえる(試算の概要は本稿の末に記載)。

第3項 欠席者へのサポートの実施

現行の制度では、二次予防事業対象者を選定し事業への案内を送っていた。そして、案内が送られたものの参加しない高齢者に対して、電話や訪問などのサポートを行うことが、高齢者の介護予防への関心を高めることにつながると分析において明らかになっている。

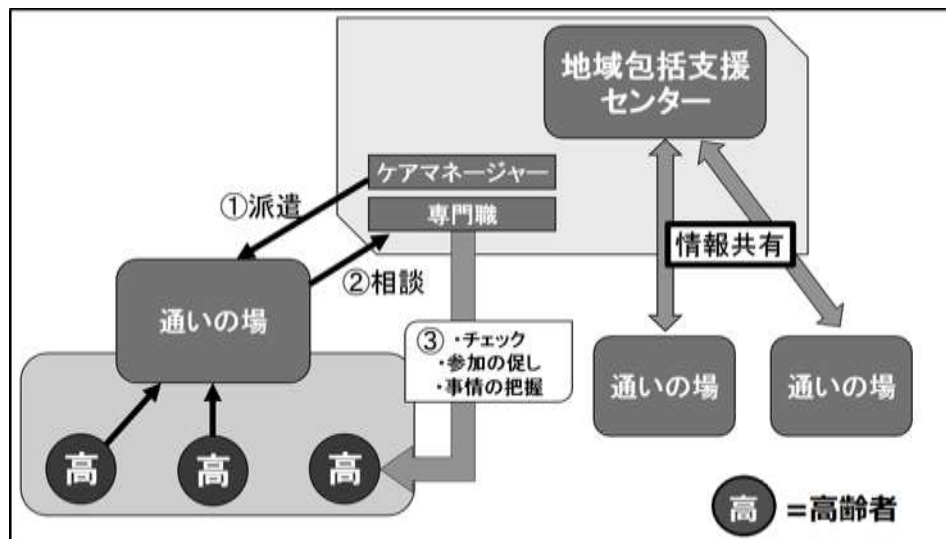
しかし、新しい総合事業においては基本チェックリストによって従来のように二次予防事業対象者を選定することを取りやめたため、従来の方法での欠席者へのサポートができなくなる。これまでは行政が把握している二次予防事業の欠席者にサポートをしてきたが、新しい総合事業移行後は住民主体での介護予防に参加が見られなくなった高齢者に働きかける必要がある。

《政策提言Ⅲ.「通いの場」を中心としたサポートの実施》

地域住民を中心に、「通いの場」を始め、地域活動への参加が減った高齢者に対してサポートを行える体制の整備を提言する。政策の対象者は、地域の住民が運営する介護予防の拠点である「通いの場」への参加が減った高齢者である。政策提言のイメージは図13にまとめている。

提言の流れを説明する。「通いの場」を運営する地域住民が中心となって、地域活動への参加が減った高齢者を把握する。そして、定期的に「通いの場」に派遣されるリハビリテーション専門職やケアマネジャーに相談・報告し、専門職を伴って訪問等のアプローチを行う。訪問等の際に専門職が健康状態をチェックし、必要であれば「通いの場」への参加を促す。また、地域活動への参加が減った理由を聞くことで、高齢者が何を「通いの場」に求めているかが分かる。

図 11 『通いの場』と地域包括支援センターの連携



(筆者作成)

以上のように、不参加者の意見を収集し、地域包括支援センターや他の「通いの場」と情報を共有することで、より地域の実情に則した事業運営が可能となるような体制が実現すると考える。

【実現可能性】

政策の実施にあたって、専門職への負担が増大することが懸念される。しかし、新しい総合事業において「通いの場」への専門職への派遣は定められており、その枠内で地域の高齢者に関する相談にのることは新たな負担を増やすことにはならないと考えられる。

第4項 政策提言まとめ

政策提言Ⅰより、地域の医療機関と連携することで、多くの高齢者が基本チェックリストを実施することが可能になり、自身の健康状態を知るきっかけをつくることが出来る。

政策提言Ⅱより、より多くの市町村でボランティアポイント制度の普及が進む。また、導入された際に、年齢に制限があること・有償であることといった参加者の不満を軽減することでより円滑に事業が運営されることが期待される。

政策提言Ⅲより、介護予防に参加しない高齢者に対して地域住民と専門職が連携してサポートを実施することで、介護予防の取り組みを促進することが出来る。

以上3つの政策提言より、介護予防に関心のある高齢者の割合が増加し、高齢者が介護予防に取り組み、健康維持に努めるようになることで、本稿の掲げるビジョンである、「一人ひとりがより長く健康に老後を過ごせる社会」が実現すると考える。

おわりに

本稿では、介護需要の抑制を研究目的とし、そのために介護予防に着目した。文献調査と聞き取り調査を行う中で、円滑に介護予防を進めるにあたっての大きな阻害要因に高齢者の介護予防への関心の低さが浮かび上がった。そこで、「高齢者の介護予防への関心の低さ」を問題意識とし、市町村の介護予防に関する様々な取り組みの効果について、パネルデータを用いた実証分析を行った。その結果、先行研究では明らかにされてこなかった市町村施策が介護予防事業の参加率に与える影響を本稿で明らかにできた。また、その分析の結果を基に、高齢者の介護予防への関心を高める政策を提言した。

しかし、今後介護予防の促進を図るにあたって、本稿で行った分析では考慮できなかった要因の検討が必要である。今回分析において、市町村が行う介護予防事業への高齢者の参加率を、高齢者の介護予防への関心を表す変数として採択したため、政策の枠外で住民が自主的に集まって介護予防に取り組んでいる場合の効果を図ることが出来なかった。また、説明変数に採択した、「仲間づくり支援ダミー」が仮説と異なる結果となった。これらの議論は今後の研究課題としたい。

最後に、本稿の執筆にあたって聞き取り調査にご協力いただいた大阪府豊中市高齢施策課、大阪府豊中市高齢者支援課、大阪府豊中市中央地域包括センター、厚生労働省老健局老人保健課からは非常に貴重な助言を頂いた。また、分析にあたっては、多くの市町村の介護予防担当者の方よりアンケート調査にご協力を賜った。ここに感謝の意を表し、本稿の締めとする。

先行研究・参考文献・データ出典

先行研究

・財団法人 健康・体力づくり事業財団(2010)「高齢者のQOLを支える運動開始・継続を促す健康づくり・環境実態調査事業」

< http://www.health-net.or.jp/tyousa/houkoku/pdf/h21_qol_houkoku.pdf >

(2015/10/25)

・日本公衆衛生協会(2009)「今後の介護予防事業のあり方に関する研究」

< http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_5_01_all.pdf > (2015/10/25)

参考文献

・棕野美智子・田中耕太郎(2015)『はじめての社会保障 第12版』有斐閣

・愛知県(2012)「地域包括ケアシステムの構築に向けて(中間報告)」

<<http://www.pref.aichi.jp/cmsfiles/contents/0000052/52932/tyukanhoukoku02.pdf>>

(2015/10/25)

・稲城市(2008)「介護支援ボランティア制度」

<https://www.city.inagi.tokyo.jp/kenko/kaigohoken/kaigosien/seido_gaiyou.files/panfurettto.pdf> (2015/10/25)

・稲城市(2010)「稲城市介護支援ボランティア実施状況アンケート調査」

<<https://www.city.inagi.tokyo.jp/kenko/kaigohoken/kaigosien/22houkoku.files/3syoud.pdf>> (2015/10/25)

・稲城市(2013)「稲城市介護支援ボランティア制度」

< http://www.soumu.go.jp/iken/pdf/090313_4_8.pdf > (2015/10/25)

・京都市(2013)「すこやかアンケート及び介護サービス事業者に関するアンケート」

<<http://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/cmsfiles/contents/0000168/168067/2dai2shoud.pdf>> (2015/10/25)

・稲城市(2014)「介護支援ボランティア制度の全国市町村アンケート調査の結果」

<<https://www.city.inagi.tokyo.jp/kenko/kaigohoken/kaigosien/25houkoku.files/25dai6.pdf>> (2015/10/25)

・厚労省(2014)「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案(概要)」

<<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000052668.pdf>> (2015/10/25)

・厚労省(2010)「地域支援事業の概要」

<<http://www.mhlw.go.jp/topics/np0/03/dl/07-06a.pdf>>(2015/10/25)

・厚労省(2013)「今後の高齢者人口の見通しについて」

<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-1.pdf>(2015/10/25)

・厚労省(2006)「地域支援事業の実施について」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/03/dl/tp0313-1a-05_01.pdf> (2015/10/25)

・厚労省(2008)「介護支援ボランティア活動の推進について」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/dl/s0724-4b_0005.pdf> (2015/10/25)

・厚労省(2009)「介護予防について」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1_01.pdf> (2015/10/25)

・厚労省(2010)「介護保険制度の仕組み」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zaisei/sikumi_02.html> (2015/10/25)

・厚労省(2010)「地域支援事業の実施について」

<http://www.zaikaikyo.gr.jp/siryo/pdf/1010_kaitei.pdf> (2015/10/25)

・厚労省(2012)「介護予防マニュアル改訂版」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1_1.pdf> (2015/10/25)

・厚労省(2012)「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」

<<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/shouraisui-kei.pdf>> (2015/10/25)

・厚労省(2012)「社会保障・税一体改革で目指す将来像 ～未来への投資(子ども・子育て支援)の強化と貧困・格差対策の強化～」

<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/shourazou_120702.pdf> (2015/10/25)

・厚労省(2012)「介護支援専門員(ケアマネージャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会」

<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002lhiz-att/2r9852000002lhlo.pdf>>

(2015/10/25)

・厚労省(2013)「公的介護保険制度の現状と今後の役割」

<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/hoken.pdf> (2015/10/25)

・厚労省(2013)「都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築」

<<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000024322.pdf>> (2015/10/25)

・厚労省(2013)「地域ケア会議について」

<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link3-1.pdf> (2015/10/25)

・厚労省(2014)「区分支給限度基準額について」

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000049257.pdf> (2015/10/25)

・厚労省(2014)「平成 26 年度版厚生労働省白書」

<<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/>> (2015/10/25)

・厚労省(2015)「介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方」

<<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000074692.pdf>> (2015/10/25)

・厚労省(2015)「地域支援事業の充実に併せた予防給付の見直し」

<<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000075296.pdf>> (2015/10/25)

・財団法人日本公衆衛生協会(2009)「介護予防事業等の効果に関する総合的評価・分析に関する研究報告書」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/dl/s0326-12f_0001.pdf> (2015/10/25)

・社団法人かながわ福祉サービス振興会(2012)「元気な高齢者介護ボランティアポイント制度調査研究事業実施報告書」

<<http://www.pref.kanagawa.jp/uploaded/attachment/470496.pdf>> (2015/10/25)

- ・高橋(2015)「全国各地の医療・介護の余力を評価する」
< http://www.policycouncil.jp/pdf/prop04/prop04_3.pdf > (2015/10/25)
- ・田近・菊池(2004)「介護保険の総費用と生年別・給付負担比率の推計」
<http://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/8379094/www.mof.go.jp/pri/publication/financial_review/fr_list4/r74/r_74_147_163.pdf>(2015/10/25)
- ・千葉市教育振興財団(2011)「地域活動・ボランティア活動に関する意識調査報告書」
< http://chiba-gakushu.jp/siryou/pdf/chiikikatsudo_ishikichousa.pdf > (2015/10/25)
- ・鳥取県(2012)「介護支援ボランティア制度 市町村導入ガイドライン」
< <http://www.pref.tottori.lg.jp/secure/704328/kaiboragaido.pdf> > (2015/10/25)
- ・内閣府(2013)「平成 25 年度 高齢者の地域社会への参加に関する意識調査結果(概要版)」
< <http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h25/sougou/gaiyo/index.html> > (2015/10/25)
- ・内閣府(2014)「平成 26 年度 一人暮らし高齢者に関する意識調査結果(概要版)」
< <http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h26/kenkyu/gaiyo/index.html> > (2015/10/25)
- ・内閣府(2014)「高齢化の推移と将来推計」
< http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/s1_1_1.html >(2015/10/25)
- ・長崎県佐々町(2014)「[佐々町介護予防ボランティア]の地域デビューを促進する介護予防事業の展開」
< <http://www.kaigokensaku.jp/chiiki-houkatsu/files/423912sazacho.pdf> > (2015/10/25)
- ・日本医師会総合政策研究機構 江口成美(2013)「かかりつけ医機能の強化に向けた調査研究」
< <http://www.jmari.med.or.jp/download/WP294.pdf> > (2015/10/25)
- ・日本医師会・四病院団体協議会(2013)「医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言」
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000015541.pdf> (2015/10/25)
- ・横須賀市(2010)「ボランティア活動に関するアンケート調査結果」
<https://www.google.com/url?q=http://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/2405/simin/documents/201009_6.doc> (2015/10/25)
- ・横須賀市(2010)「ボランティアポイント制度の導入について」

<<https://www.google.com/url?q=https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/2405/simin/documents/tyukantoushin.doc> > (2015/10/25)

- ・横浜市(2009)「横浜市介護支援ボランティアポイント事業について」

<<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/kyoutuu/jourei/unkyo/h21/pdf/2101shiryou4.pdf>> (2015/10/25)

データ出典

- ・厚労省(2009～2013)「介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業報告(介護予防事業調査報告)」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index.html > (2015/9/4)

- ・総務省(2009～2013)「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」

<https://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_&tstatCode=000001039591&requestSender=dsearch > (2015/10/16)

参考資料

【第1章 第4節 第3項：介護給付費削減効果の試算】

大阪府大東市では、2004年から住民が主体となって取り組む介護予防事業を市内全域で展開している。自治会、町内会単位で住民主体での活動の場の普及に取り組んでおり、二次予防事業対象者が参加者全体の3%、要介護認定者が163人近く参加している等、健康状態が悪い高齢者の参加も進んでいる。

全国の市町村で大東市と同程度に高齢者の介護予防への関心が高まり、主体的に参加するようになった場合の2025年時点での全国の介護給付費の簡単な試算を行う。この試算は、高齢者の介護予防への関心を高めることが介護給付費に与える効果の目安である。

大東市が取り組みを開始した2004年時点の要介護認定率は16.8%、2012年時点では17%であり、8年間で0.2%の増加である。これを一定の増加率と仮定すると、10年間の増加率は0.25%となる。他方、全国の要介護認定率は2015年現在で17.9%であり、田近・菊池(2004)によると、2025年時点での要介護認定率は23.6%になるとされている。それを勘案すると、全国の10年間の予想増加率は5.7%となる。

2025年で65歳以上人口は3667万人となる。2025年時点での要介護認定者数は、田近・菊池の推計に基づく、 $3667 \text{ 万人} \times 23.6\% = 865 \text{ 万人}$ となる。

大東市の増加率を全国に適用させた場合、2025年の要介護認定者数は、 $3667 \text{ 万人} \times (17.9 + 0.25)\% = 665 \text{ 万人}$ となり、約200万人の新たな要介護認定者数の増加を抑制できる。また、この人数に一人当たり年間介護給付費の平均値をかけると、 $200 \text{ 万人} \times 157200 \text{ 円} = 3144 \text{ 億円}$ となり、2025年において年間約3144億円の介護給付費節減が見込まれる。

【アンケート調査の質問票】

以下の項目についての質問票を Excel ファイルで作成し、対象とした 63 市の担当の方にメールで送付した結果、40 市から回答を得た。その質問票を文書化したものを以下に参考資料として掲載する。各項目における「数」については、総数と 2009 年～2013 年までの各年の数を尋ねた。

1-1 介護予防・日常生活支援総合事業への移行について

2012 年からの改正前の介護予防・日常生活支援総合事業について

- ・政策の実施の有無
- ・移行の時期(年)

1-2 地域包括支援センターについて

市内の地域包括支援センターについて

- ・地域包括支援センター数
- ・包括的支援業務の職員数

1-3 セルフモニタリングについて

高齢者が自分の行動や考えや感情を自分で観察記録することを促す政策について

- ・セルフモニタリング実施者数
- ・セルフモニタリング事業の概要や特色、成果など(自由記述)

1-4 仲間づくり支援

高齢者の仲間づくりを支援する政策

- ・政策の有無
- ・参加者数
- ・実施回数
- ・仲間づくり支援事業の概要や特色、成果など(自由記述)

1-5 二次予防欠席者へのサポート

二次予防不参加の高齢者へのサポート

- ・政策の実施の有無
- ・サポート方法
- ・欠席者へのサポートの概要や特色、成果など(自由記述)

1-6 実施箇所への移動補助

介護予防事業実施箇所へ的高齢者への移動補助

- ・ 政策の実施の有無
- ・ 補助方法
- ・ 利用回数
- ・ 欠席者へのサポートの概要や特色、成果など(自由記入)

1-7 個別の改善目標の設定

高齢者の改善目標の設定の改善の促し

- ・ 政策の実施の有無
- ・ 利用者数
- ・ 個別の改善目標の設定の概要や特色、成果など(自由記入)

1-8 その他、介護予防事業への参加を促す、介護予防への関心度を高めるための政策

任意事業などで上記の目的のために独自に行っている政策について

- ・ 政策の実施の有無
- ・ 実施政策の具体例(自由記述)

2-1 自主グループについて

- ① ・ 介護予防に関する高齢者による自主組織について
 - ・ (把握している)市内の自主グループの有無
 - ・ グループ数
 - ・ 参加人数
- ② ・ 上記のようなグループに関する支援政策の有無
 - ・ ②の政策の実績や概要、特色、成果など(自由記述)

2-2 高齢者の介護予防への参加を促す仕組み

- ・ 高齢者の介護予防への参加を促すために行われている政策の有無
- ・ 政策名
- ・ 政策の実績や概要、特色、成果など(自由記述)

2-3 高齢者の介護予防への関心を高める仕組み

- ・ 高齢者の介護予防への関心を高めるために行われている政策の有無
- ・ 政策名
- ・ 政策の概要や特色、成果など(自由記入)

2-4 その他(自由記述)

【分析対象市】

分析対象市				
札幌市	船橋市	静岡市	東大阪市	松山市
旭川市	八王子市	豊橋市	尼崎市	福岡市
函館市	横浜市	岡崎市	西宮市	北九州市
青森市	横須賀市	大津市	姫路市	久留米市
盛岡市	新潟市	堺市	奈良市	長崎市
仙台市	金沢市	豊中市	和歌山市	熊本市
秋田市	長野市	高槻市	倉敷市	大分市
さいたま市	岐阜市	枚方市	下関市	宮崎市

【第4章 第2節 第2項：政策提言Ⅱ(2)、(4)を実現した場合の試算】

ボランティアポイント制度に関する政策提言における試算(稲城市を例に)		計(円)
試算における仮定	・ボランティアのうち介護にかかわらボランティアを行っている人の割合はどの世代でも一定とする。 ・稲城市の各世代のボランティア参加率は全国平均と同じ値とする。 ・現状ポイントを最大限換金している人たちは上限が緩和された際、緩和された上限までポイントを換金するとする。 ・40～64歳がボランティアポイント制度に参加した際の換金額の平均は、現状の65歳以上の参加者の平均と同じとする。	
友人の勧誘による上限緩和(上限までポイントを得ている人対象)	【横須賀のアンケートより「友達に誘われてきた」ボランティア参加者の割合: 約40%】×【2013年度の稲城市新規ボランティア参加者数: 約50人】×【上乗せされるポイント5000円(5000円→10000円に緩和すると仮定)】	100000
新規参加者のポイント付与率アップ	【2013年度の稲城市新規ボランティア参加者数: 約50人】×【初回年度ボーナスポイント1000円】	50000
40歳以上へのポイント付与対象者の拡大	平成23年社会生活基本調査によると、40～64歳で高齢者向けのボランティア参加率は65歳以上の参加率の半分である。 稲城市においてボランティアポイント制度の換金を行っている人数の対65歳～85歳人口割合は約2%である。 そこで、40～64歳人口のうち、1%が制度が拡大した際に参加する可能性があると仮定する。 稲城市の2015年時点での40～64歳の人口は31042人であるため、期待される参加人数は310人となる。 一人当たりポイント換金額が現在と同じ3400円になるとすると、拡大による追加コストは、310×3900=1209000円となる。	1209000
計(円)		1359000