

日本の介護保険制度における 介護予防の位置づけと成果

本編

2025年4月

MRI 三菱総合研究所

本報告書の概要

(エグゼクティブサマリー)

本報告書は、日本の介護保険制度における介護予防の位置づけと成果を整理し、制度創設の背景や変遷、介護予防のエビデンス、そして今後の方向性を概観するものです。

2000年に開始された介護保険制度は、急速に高齢化が進む中で、家族に依存していた介護を社会全体で支える仕組みとして誕生しました。制度は「自立支援」「利用者本位」「社会保険方式」を理念とし、高齢者が可能な限り自立した生活を送れるよう、介護サービスに加え、介護予防にも重点が置かれています。

特に2005年以降、要介護状態になる前に生活機能の低下を防ぐ「介護予防」が推進され、個人への支援(機能回復訓練等)だけでなく、住民主体の通いの場などを通じた地域づくりが重要視されるようになりました。これにより、高齢者の社会参加の機会が増加し、身体的・精神的機能の維持につながっています。

国や自治体は通いの場の設置、地域リハビリ支援、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等を通じて、介護予防の取組を強化してきました。また、成果を評価するための指標や交付金制度も整備され、PDCAサイクルによる改善が進められていますが、全国での実施状況は必ずしも十分とはいえず、また実施状況にも大きな地域差があります。

エビデンス面では、多くの研究から、社会参加が要介護認定リスクや認知症発症、うつなどの予防に有効であることが確認されています。社会参加の頻度や種類が多いほど、フレイルやIADL低下のリスクが低下することも示され、地域全体の参加率が高まると、参加していない高齢者にも好影響が及ぶことが分かっています。

介護保険制度が25年を迎え、制度の持続可能性と高齢者のQOL向上の両立が求められる今、介護予防は一層重要な政策課題となっています。本報告書は、これから介護予防に取り組む自治体職員にとっての指針となることを意図しており、現場実務に即した具体的な取組や効果検証のためのエビデンスも紹介しています。地域包括ケアシステムの深化が進む中で、自治体職員の皆さまが住民主体の介護予防を支え、持続可能な地域づくりを進める一助となれば幸いです。

目次

1.	本報告書の目的と重要性	…7
2.	日本の介護保険制度の創設と介護予防の位置づけ	…9
	2.1 介護保険創設に至るまでの経緯	
	2.2 介護保険制度の基本的な枠組みと特徴	
	2.3 現在の介護保険制度	
	2.4 介護保険制度における介護予防の位置づけ	
3.	高齢者像の変化とこれまでの日本の介護予防の取り組み	…13
	3.1 高齢者の身体機能の改善と要介護認定の後ろ倒し	
	3.2 介護予防の概念と重要性	
	3.3 介護予防の政策的アプローチ	
	3.4 全国の自治体における一般介護予防の実施状況	
4.	介護予防のエビデンスについて	…21
	4.1 介護予防の評価方法	
	4.2 国内外の介護予防効果に関する研究結果	
	4.3 結果のまとめ	
5.	今後の取組の方向性	…37

1 本報告書の目的と重要性

本報告書は、自治体において、介護保険施策に従事する方や介護予防施策担当になる方の参考となるよう、介護保険制度の創設の背景、制度の枠組み、介護予防の位置づけやこれまでの取組とその効果についてエビデンスを交えて解説することを目的としています。

2000年に開始された介護保険制度は、高齢化が急速に進む社会において、介護を必要とする高齢者を支えるための重要な社会基盤となっています。特に2005年頃からは、日本の高齢化のスピードを見据え、より長く自分の力で自立した生活をする事ができる高齢者を増やしていくこと、また制度の持続性を担保すること等を目的として、介護サービスの提供に加え、介護予防の取組、すなわち健康寿命の延伸に政府として取り組んできました。介護予防は、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものです。効果的な介護予防の推進に当たっては、機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチを含めたバランスの取れたアプローチが重要と考えられています。

超高齢社会を迎えた日本において、病気になっても、介護が必要になっても、可能な限り、住み慣れた地域で最後まで自分らしく暮らすことができるよう、「地域包括ケアシステム」を構築してきましたが、この中では、医療、介護、住まい、自立した日常生活の支援に加え、介護予防が位置付けられています。その実現には、地域ごとに今後の地域の在り方を考え、多様な主体間の連携によるネットワーク構築(地域づくり)を進めることが重要としています。

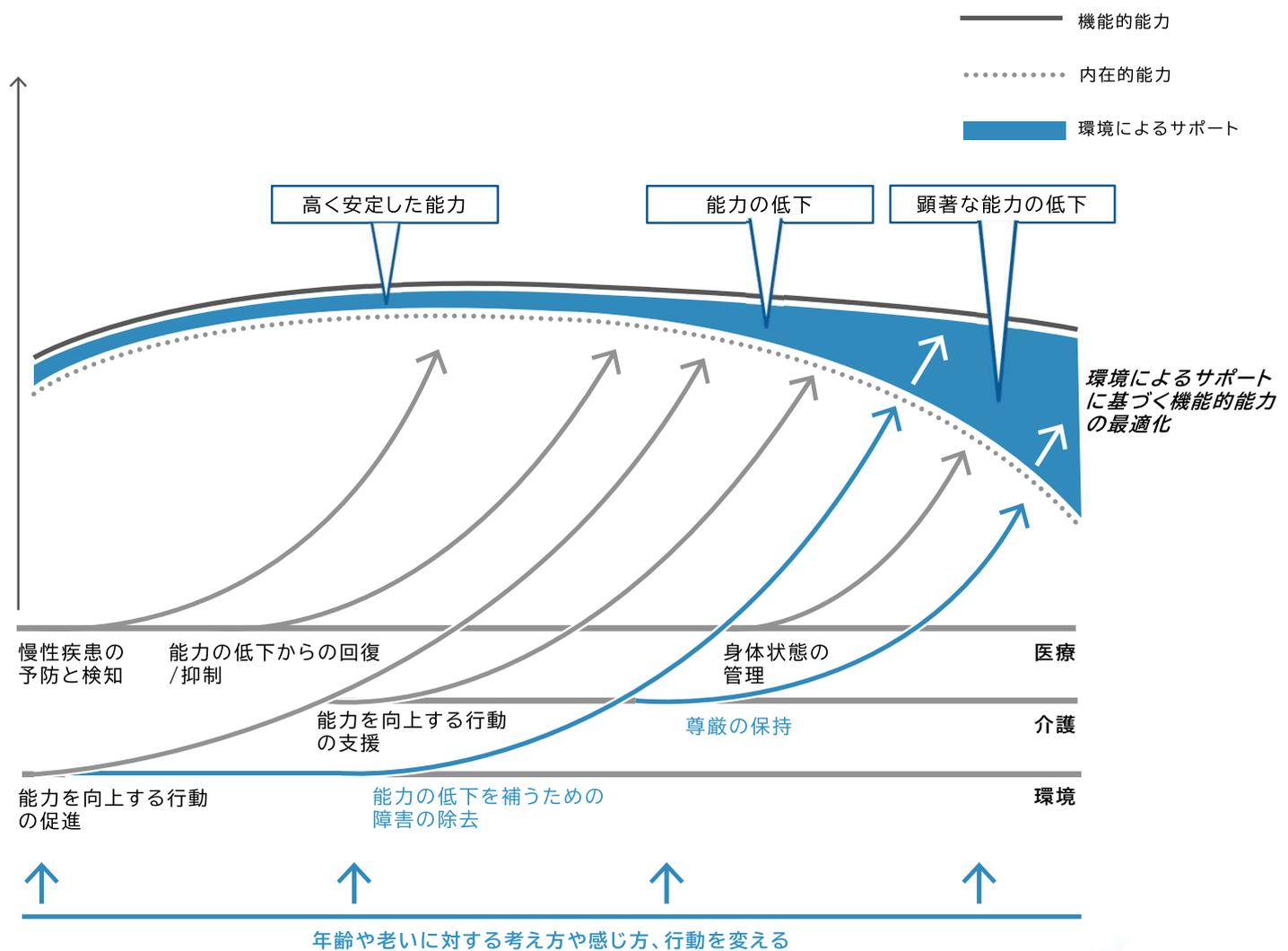
2020年に世界保健機関が取りまとめた報告書においても、2030年までの健康寿命延伸に向けた取組について、より豊かな老いができる環境を整えるために必要な要素と取り組むためのステップが示されています。豊かな老いを過ごすために必要な高齢者の機能は、個人の内在的な能力、人が生活する環境、そして人々が環境とどのように相互作用するのかを組み合わせたものとされ、具体的には以下の5つが、高齢者が生活をする上で必要な機能と定義されています。

1. 基本的なニーズを満たし、適切な生活水準を確保する能力(例えば、十分な食料、衣類、適切な住居、医療及び医薬品を含む長期介護サービスを賄うことができること)
2. 学び、成長し、意思決定する能力(個人の自律性、尊厳、誠実さ、自由、そして独立性を強化するため)
3. 移動能力(日常の用事を済ませ、活動に参加するため)
4. 関係性を築き、維持する能力(子供や家族、親密なパートナー、近隣住民、その他人々との)
5. 社会に貢献する能力(例えば、友人を助けたり、若者を指導したり、家族の世話をしたり、ボランティア活動をしたり、文化活動を追求したり、仕事をするなど)

日本のこれまでの介護予防施策の中では、ここで示されている取組が幅広く進められてきました。健康寿命の推移は図表1のような経過をたどることが考えられ、医療、介護、一人一人をとりまく環境のそれぞれが健康寿命の推移に関連しており、また、高齢期のみならず幼少期から高齢期の健康寿命に関わるライフコースの視点が必要であることが示されています。必要な機能として示されている上記1-3については、介護保険制度以外で対応していることも多いため、本書では、介護保険制度の中で取り組んでいる、「4. 関係性を築き、維持する能力」、「5. 社会に貢献する能力」に関係する社会参加を維持するための取組について、エビデンスとともに紹介します。

介護予防に関する制度設計や運営、そして取組の効果は、世界各国にも参考になる点が多く、本報告書を通じて、日本の経験を共有し、国際的な議論にも貢献できれば幸いです。

図表1 健康寿命の推移—機能・能力の最適化の概念図



(出典)世界保健機関(World Health Organization) “Decade of healthy aging: baseline report”を基に作成

2 日本の介護保険制度の創設と介護予防の位置づけ

2.1 介護保険創設に至るまでの経緯

高齢者福祉については、1963年の老人福祉法制定以前は、生活保護法による養老施設への収容保護という施策程度で、対象者もごく一部の低所得者に限定されていました。世界で初めての老人関係法といわれた老人福祉法の制定により、健康診断の実施や、特別養護老人ホーム制度の創設、老人家庭奉仕員制度(現在の訪問介護員)の法制化など、社会的支援を必要とする高齢者を幅広く対象とする施策への転換が図られ、高齢者全体の福祉の向上を図るための施策が総合的、体系的に推進されることとなりました。

1970年代になると、高齢者福祉では、寝たきり高齢者の数やその生活実態の深刻さが明らかにされ、社会福祉施設緊急整備5カ年計画が策定されるなど、特別養護老人ホームを中心に、量的な整備が徐々に図られてきました。一方、老人医療の分野においては、老人医療費の無料化の影響により、老人医療費が著しく増大し、福祉施設などに受け皿がないために病院へ入院する、いわゆる「社会的入院」の問題が指摘されるようになりました。

1980年代になって、通所介護、短期入所生活介護が制度化されるなど、在宅福祉に力が入られるようになりましたが、在宅介護の充実にとって大きな節目となったのが1989年に策定された「高齢者保健福祉推進十カ年戦略(ゴールドプラン)」でした。同計画において、数値目標をもって、在宅福祉事業が積極的に進められるとともに、同計画を円滑に推進するため、1990(平成2)年に老人福祉法等が改正され、全市町村及び都道府県が「老人保健福祉計画」を策定することが義務づけられました。これらにより、市町村において、在宅サービスと施設サービスが一元的かつ計画的に提供できるような体制が整えられました。さらに、全国の地方公共団体で作成された老人保健福祉計画の内容を踏まえて、1994年には、計画の内容を見直して一層の充実を図る「新・高齢者保健福祉推進十カ年戦略(新ゴールドプラン)」が策定されました。

1990年代に入り高齢者保健福祉の基盤整備が強化されましたが、我が国における急速な高齢化の進展に伴い、寝たきりの高齢者などが急速に増加し、介護ニーズが急速に増大することが見込まれる一方で、核家族化の進展等による家族の介護機能が低下し、高齢期の介護が家族にとって身体的、精神的に大きな負担となってきました。これまで、高齢者に対する介護サービスは、一部は老人福祉法に基づいて行政側がサービスの内容を決める、いわゆる「措置」に基づくサービスとして提供され、また、一部は老人医療の中で担われてきました。しかし、従来の公費による措置制度では、その性格上、予算の制約の下で、行政機関によってサービスの利用対象者や内容が決められ、これ以上の介護サービスの飛躍的な拡充が難しい状況がありました。

図表 2 介護保険制度の創設前の老人福祉・老人医療政策の経緯

年 代	高齢化率	主 な 政 策
1960年代 老人福祉政策の始まり	5.7% (1960)	1962(昭和37)年 訪問介護（ホームヘルプサービス）事業の創設 1963(昭和38)年 老人福祉法制定 ◇特別養護老人ホーム創設、訪問介護法制化
1970年代 老人医療費の増大	7.1% (1970)	1973(昭和48)年 老人医療費無料化 1978(昭和53)年 短期入所生活介護（ショートステイ）事業の創設 1979(昭和54)年 日帰り介護（デイサービス）事業の創設
1980年代 社会的入院や寝たきり老人の社会的問題化	9.1% (1980)	1982(昭和57)年 老人保健法の制定 ◇老人医療費の一定額負担の導入等 1987(昭和62)年 老人保健法改正（老人保健施設の創設） 1989(平成元年)年 消費税の創設（3%） ゴールドプラン （高齢者保健福祉推進十か年戦略）の策定 ◇施設緊急整備と在宅福祉の推進
1990年代 ゴールドプランの推進 介護保険制度の導入準備	12.0% (1990)	1990(平成2)年 福祉8法改正 ◇福祉サービスの市町村への一元化、老人保健福祉計画 1992(平成4)年 老人保健法改正（老人訪問看護制度創設） 1994(平成6)年 厚生省に高齢者介護対策本部を設置（介護保険制度の検討） 新ゴールドプラン策定 （整備目標を上方修正） 1996(平成8)年 介護保険制度創設に関する連立与党3党（自社さ）政策合意 1997(平成9)年 消費税の引上げ（3%→5%） 介護保険法成立
2000年代 介護保険制度の実施	17.3% (2000)	2000(平成12)年 介護保険法施行

(出典)厚生労働省「令和5年版厚生労働白書」

日本の高齢化は、この間に急速に進行してきました。総人口に占める65歳以上人口割合（高齢化率）は1970年には7.1%でしたが、1990年には、12.1%となりました。

急速な高齢化の進展に伴う要介護高齢者の増加や介護期間の長期化、また、いわゆる「社会的入院」の増加など、介護ニーズはますます増大していました。その一方で、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化してきたことから、高齢者の介護の問題を一部の限られた人の問題として捉えるのではなく、高齢者を等しく社会の構成員として捉えながら、社会全体で高齢者介護を支える仕組みとして、1997年に介護保険法が成立し、2000年に施行されました。制度の基本的な考え方は以下のとおりです。

- 自立支援** : 単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというを超えて、高齢者の自立を支援することを理念
- 利用者本位** : 利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度
- 社会保険方式** : 給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用

2.2 介護保険制度の基本的な枠組みと特徴

介護保険の被保険者(加入者)は、①65歳以上の者(第1号被保険者)、②40～64歳の医療保険加入者(第2号被保険者)に分けられます。第1号被保険者は原因を問わず要支援・要介護状態(支援や介護が必要な状態)となったときに、第2号被保険者は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、介護保険サービスを受けることができます。

介護保険の保険者(運営主体)は、市町村と特別区(広域連合を設置している場合は広域連合)です。保険者は、介護サービス費用の7～9割を給付するとともに、第1号保険者の保険料を徴収し、介護保険財政を運営しています。財源は公費5割、保険料5割です。

介護保険サービスを利用するためには、要介護(要支援)認定を受ける必要があります。市区町村の職員などの認定調査員が自宅等に訪問し、心身の状況について本人・家族から聞き取る調査(認定調査)の結果と主治医意見書を元に、「介護認定審査会」で審査が行われ、介護の手間のかかり具合に応じて、要介護度の判定が行われます。要介護度は要支援1・2、要介護1～5の7段階です。

2.3 現在の介護保険制度

社会全体で高齢者介護を支える仕組みとして創設された介護保険制度は2024年で25年目を迎えました。保険者及び都道府県は、介護保険給付の円滑な実施のため、3年間で1期とする介護保険事業(支援)計画を策定することとされており、それに先立ち国が作成する基本指針は、計画を作成する上でのガイドラインの役割を果たしています。市町村は策定した介護保険事業計画に基づき、保険料の設定等を実施しています。市町村介護保険事業計画を踏まえて、都道府県は都道府県介護保険事業支援計画を策定します。都道府県は介護保険事業支援計画に基づき基盤整備(介護保険施設等の指定調整など)を実施しています。

介護保険制度は着実に社会に定着してきており、介護サービスの利用者は2000年4月の149万人から2023年4月には524万人と約3.5倍になっています。あわせて介護費用も増大しており、2000年度の約3.6兆円から、2022年度には約11.4兆円となり、高齢化が更に進行する2040年には約25.8兆円になると推計されています。また、介護費用の増大に伴い、制度創設時に全国平均3,000円程度であった第1号被保険者の介護保険料は、第8期介護保険事業計画期間(2021年度から2023年度)においては、全国平均6,014円になっており、2040年には約9,200円になると見込まれています。そして、いわゆる団塊ジュニア世代の全員が65歳以上となる2040年頃を見通すと、85歳以上人口が急増し、認知機能が低下した高齢者や要介護高齢者が更に増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれています。さらに、都市部と地方では高齢化の進み方が大きく異なるなど、これまで以上にそれぞれの地域の特性や実情に応じた対応が必要となる中、このような社会構造の変化や高齢者のニーズに応えるために、「地域包括ケアシステム」の深化・推進を図ることが求められています。

2.4 介護保険制度における介護予防の位置づけ

介護保険では、施設における入所サービスや、在宅での介護サービスの提供に対する保険給付に加え、高齢者が可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するために、保険者である市町村が「地域支援事業」を行うこととされています。住民主体の活動等を通じた高齢者の社会参加や介護予防の取組（一般介護予防事業）も、この地域支援事業の中で全国の市町村において行われています。このように、介護保険では、要介護状態となった高齢者への介護サービスの提供を行うだけでなく、高齢者が地域で自立した日常生活を継続できるよう、介護予防の取組も行う仕組みとなっています。

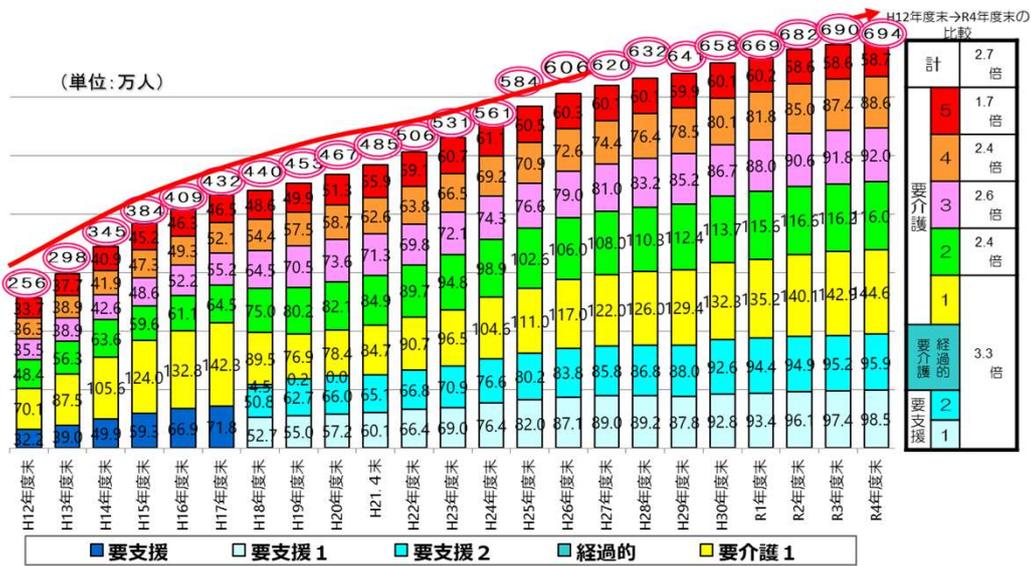
介護予防の目的は、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった個々の要素の改善だけを目指すものではなく、これら心身機能の改善や環境調整などを通じて、日常生活の活動性を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質（QOL）の向上を目指すものです。そのため、機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチを行うことが重要との考えに基づき、年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを市町村が中心となって推進しています。

3 高齢者像の変化とこれまでの日本の介護予防の取組

3.1 高齢者の身体機能の改善と要介護認定率の低下

介護保険制度の創設後 20 年以上が経過し、要介護(要支援)認定者数は、制度開始当初平成12(2000 年)年度の 256 万人から令和4(2022) 年度には 694 万人へと約 2.7 倍に増加しています。一方、年齢調整を行った第1号被保険者の認定率をみると、要介護認定率はピーク時の平成27年3月末の17.9%から減少してきており、令和5年3月末には16.3%となっています。

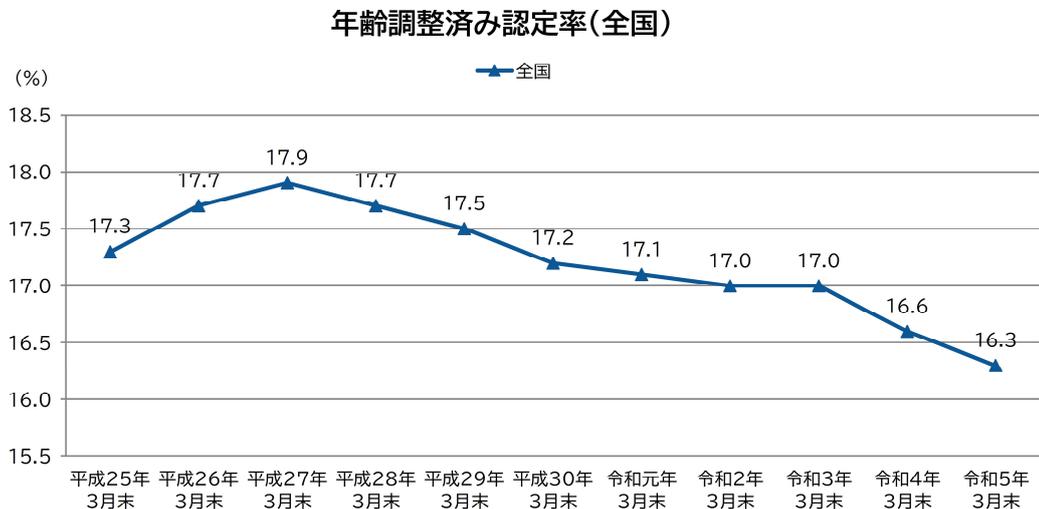
図表 3 要介護認定者数の推移



【出典】介護保険事業状況報告

注) H22年度末の数値には、広野町、榎葉町、富岡町、川内村、双葉町、新地町は含まれていない。

図表 4 第1号被保険者の認定率(年齢調整後)の変化



(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報(令和4年度のみ「介護保険事業状況報告」月報)および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」

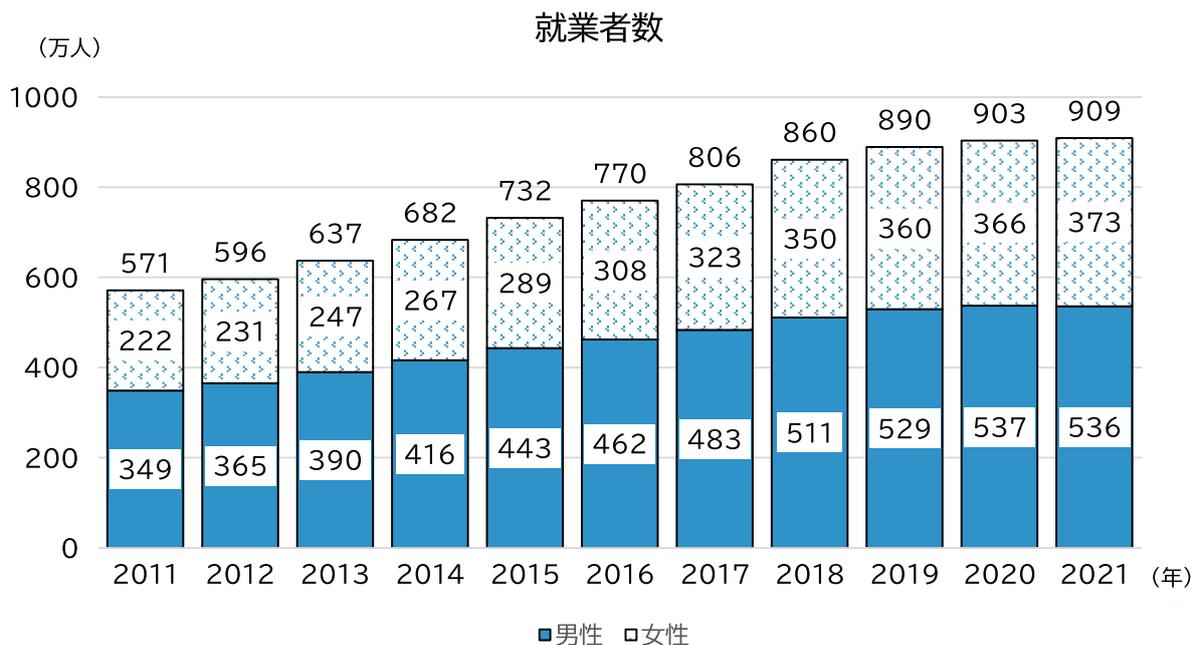
図表4から、介護予防の考え方は、介護保険制度の創設時から導入されていますが、2005年の介護保険法の改正により、地域支援事業が創設され、全国で介護予防の取組が本格的に始まり、2015年頃から、要介護認定率の低下が見取れます。明らかな因果関係を証明することは難しいものの、一定国レベルでの介護予防の取組の効果が出てきている可能性が示唆されています。

他方、要介護認定を受けていない65歳以上の方々の体力といった基礎的な能力が過去の同年齢に比べて向上しているという結果も出ています。2019年に発表された文部科学省の高齢者の体力テストに関する報告によると、2018年の70-74歳男性の体力テストの合計点数が1998年の65-69歳の合計点数を上回っており、女性においては、2018年の75-79歳の合計点数が1998年の65-69歳の合計点数とほぼ同等であり、20年間で、男性では約7歳程度、女性では約10歳程度体力が向上していることがわかっています。

また、物忘れの自覚についても、国民生活基礎調査の結果を経年で確認をすると、65歳から74歳の1998年の物忘れの有訴率を100とすると、2016年には60程度となっており、物忘れを自覚している高齢者も減少傾向にあります。

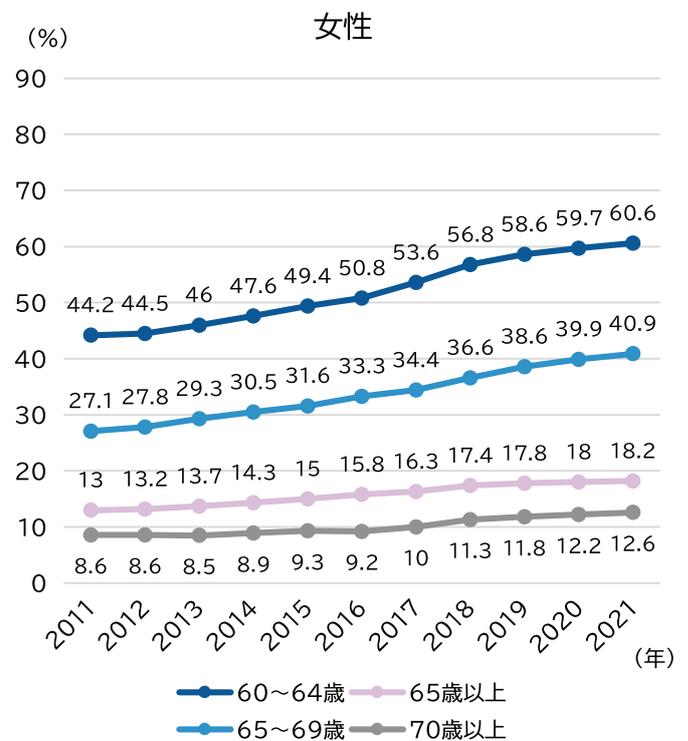
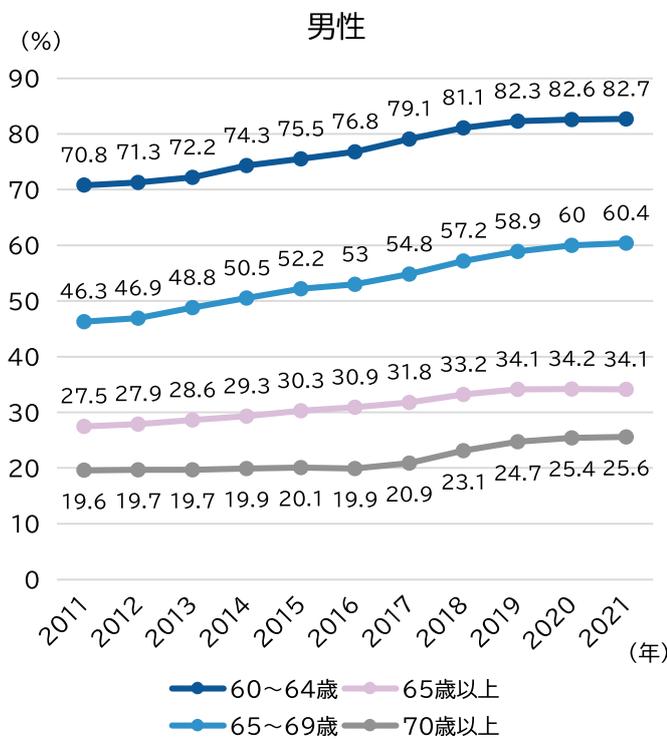
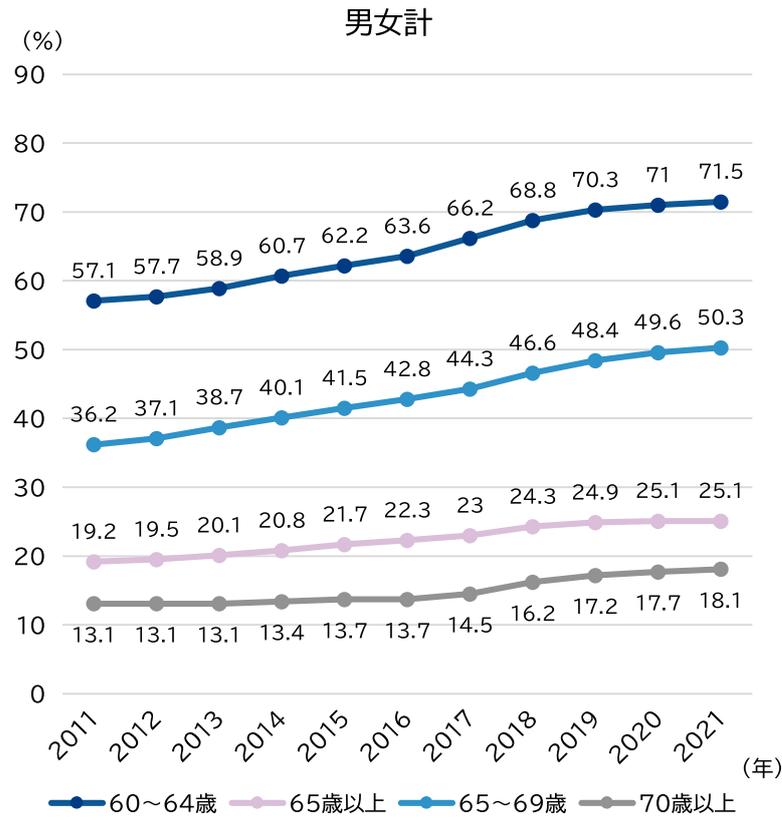
就労は高齢者の体力や認知機能を維持する要因の一つになっていることが考えられますが、2021年の高齢者の就業者数について、2004年以降連続で前年に比べ増加し、909万人と過去最多となっています(図表5)。高齢者の就業率を年齢階級別にみると、65-69歳は上昇し続け、2021年に初めて50%を超え、70歳以上は5年連続で上昇し2021年に18.1%となっています(図表6)。

図表 5 高齢者の就業者数の推移



(出典)総務省「労働力調査」を基に作成

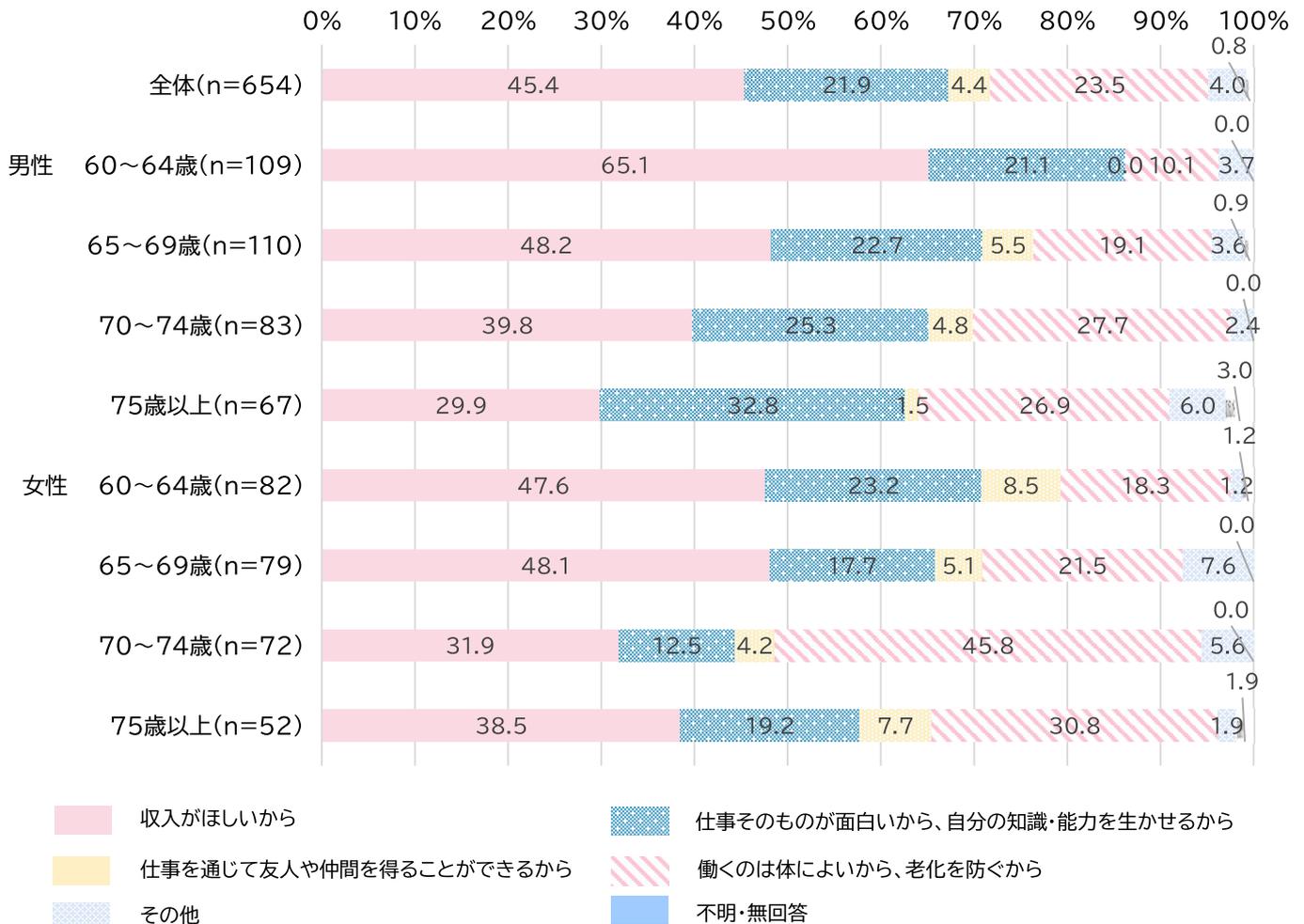
図表 6 高齢者の就業率の推移



(出典)総務省「労働力調査」を基に作成
 ※年齢階級別就業率は、各年齢階級の人口に占める就業者の割合

2019年度に内閣府が行った高齢者の経済活動に関する調査によると、現在収入のある仕事をしている人に、仕事をしている理由を聞いたところ、「収入がほしいから」(45.4%)が最も多く、次いで「働くのは体によいから、老化を防ぐから」(23.5%)、「仕事そのものが面白いから、自分の知識・能力を生かせるから」(21.9%)の順となっている。性・年齢別に見ると、「収入がほしいから」とする割合は、男性の60～64歳層で特に高いが、男女とも年齢が高くなるに従って就業の理由は多様化する傾向がみられています。(図表7)

図表 7 高齢者が仕事をしている理由



(出典)内閣府「令和元年度高齢者の経済生活に関する調査」を基に作成

3.2 介護予防の概念と重要性

介護予防の理念は前述のとおり、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものであり、生活機能の低下した高齢者に対して、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものです。

3.3 介護予防の政策的アプローチ

現在、介護予防を推進するための政策的なアプローチはいくつかあります。本章ではそれを御紹介します。

介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。)のうち、一般介護予防事業は、介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、一般介護予防事業評価事業、地域リハビリテーション活動支援事業の5つから構成され、各市町村が主体となり実施されています。特に、地域介護予防活動支援事業においては、市町村が介護予防に資すると判断する地域における住民主体の通いの場等の介護予防活動の育成・支援を行っています。

図表 8 通いの場について

- 通いの場は、年齢や心身の状態等によって高齢者を分け隔てることなく誰でも参加することができ、介護予防などを目的とした活動を行う場です。通いの場が身近な場所にあることで、地域の支え合いの仕組みが醸成され、孤独・孤立予防にも寄与します。また、住民同士のつながりができることで防災・防犯の意識が高まり、地域の安心・安全にもつながります。
- このように通いの場は、介護予防だけでなく、社会参加や住民による互助を生み出す場であるとともに、地域力を高める拠点でもあります。
- 通いの場では、体操や運動をはじめ、料理教室やグラウンド・ゴルフといった趣味活動、耕作放棄地を活用した農作業、スマホ教室などの生涯学習、子ども食堂などと連携した多世代交流、就労的活動など、地域の特色を生かした取組が行われています。
- また、通いの場の機能強化や継続支援のために、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施や地域リハビリテーション活動支援事業等を通じて専門職が通いの場を訪れ、認知症予防や栄養相談、口腔ケア等を行う市町村も増えてきています。

(出典)厚生労働省「通いの場の課題解決に向けたマニュアル Ver.1(令和6年3月)」

国は、保険者における高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた取組や都道府県における保険者支援の取組を推進するため、PDCAサイクルによる取組を制度化しています。その一環として、自治体において高齢者の自立支援・重度化防止等に関する取組を推進していくための財政的インセンティブとして、市町村や都道府県における取組の達成状況を評価できるような客観的な指標を設定し、指標の達成状況に応じて交付金を交付する、保険者機能強化推進交付金を創設しています。また、2020年には、公的保険制度における介護予防の位置付けを高める目的で、新たに介護保険保険者努力支援交付金(社会保障の充実分)を創設し、介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価することにより、評価に応じて補助金の配分することとしました。指標には、「介護予防・生活支援サービス・一般介護予防事業の実施に当たって、データを活用して課題の把握を行っているか」、「通いの場の参加者の健康状態等の把握・分析により、介護予防・生活支援サービス・一般介護予防事業の内容等の検討を行っているか」、「要介護認定者の平均要介護度の変化率の状況」等があり、毎年、評価を行っています。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(以下「ニーズ調査」という。)は、市町村が、一般高齢者、総合事業対象者、要支援者を対象に、日常生活圏域ごとに、要介護状態になる前の高齢者の健康リスクや社会参加状況を把握することで、地域診断に活用し、地域の抱える課題を特定すること等を目的として実施するものです。からだを動かすこと、食べること、毎日の生活、地域での活動、たすけあい、健康等に関する項目を調査するものとして、厚生労働省が調査票などを例示しており、調査項目の選定が容易になると同時に、地域間で円滑に比較しやすくなり、多くの自治体で実施されています。また、事業計画に定めた介護予防の「取組と目標」の進捗管理等に、ニーズ調査を活用して取組の効果を把握することができます。進捗管理に活用するとともに、次期計画策定時の「取組と目標」の設定にも活用することが出来ます。また、一般介護予防事業等の各種施策による取組の評価として、地域の変化を把握することにも活用されています。

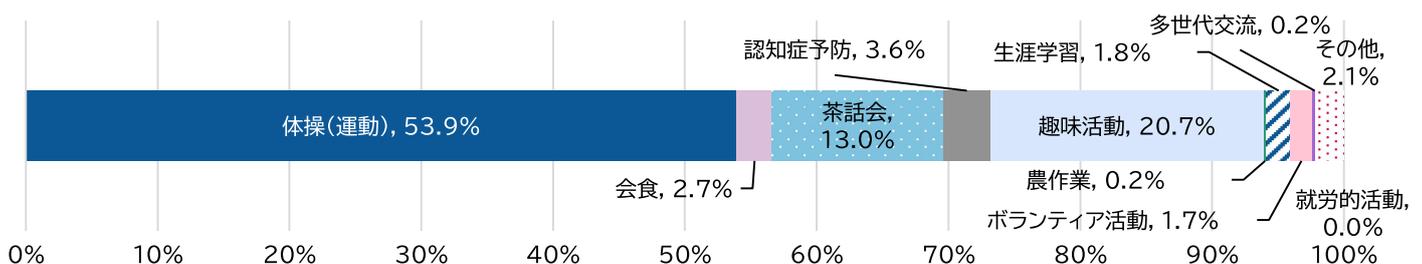
介護予防の取組の推進のための一助として、特に優れた取組を行っている企業、団体及び自治体(保険者を含む。)を表彰することにより、生活習慣病の予防推進、個人の主体的な介護予防等の取組につながる活動の奨励・普及を図るとともに、企業、団体及び自治体が一体となり、個人の主体的な取組があいまって、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境の構築を推進することを目的として、「健康寿命延ばそうアワード」を実施しています。

3.4 全国の自治体における一般介護予防の実施状況

このように複数ある取組のうち、厚生労働省では、毎年、全国の市町村を対象に一般介護予防事業の実施状況に関する調査を行っています。

2022年度調査によると、通いの場は、1,741市町村中1,699市町村で活動実績があり、箇所数は145,641箇所でした。通いの場の主な活動内容は、「体操(運動)」が最も多く、53.9%で実施していました。次いで、「趣味活動」20.7%、「茶話会」13.0%、「認知症予防」3.6%、「会食」2.7%の順で実施していました(図表9)。

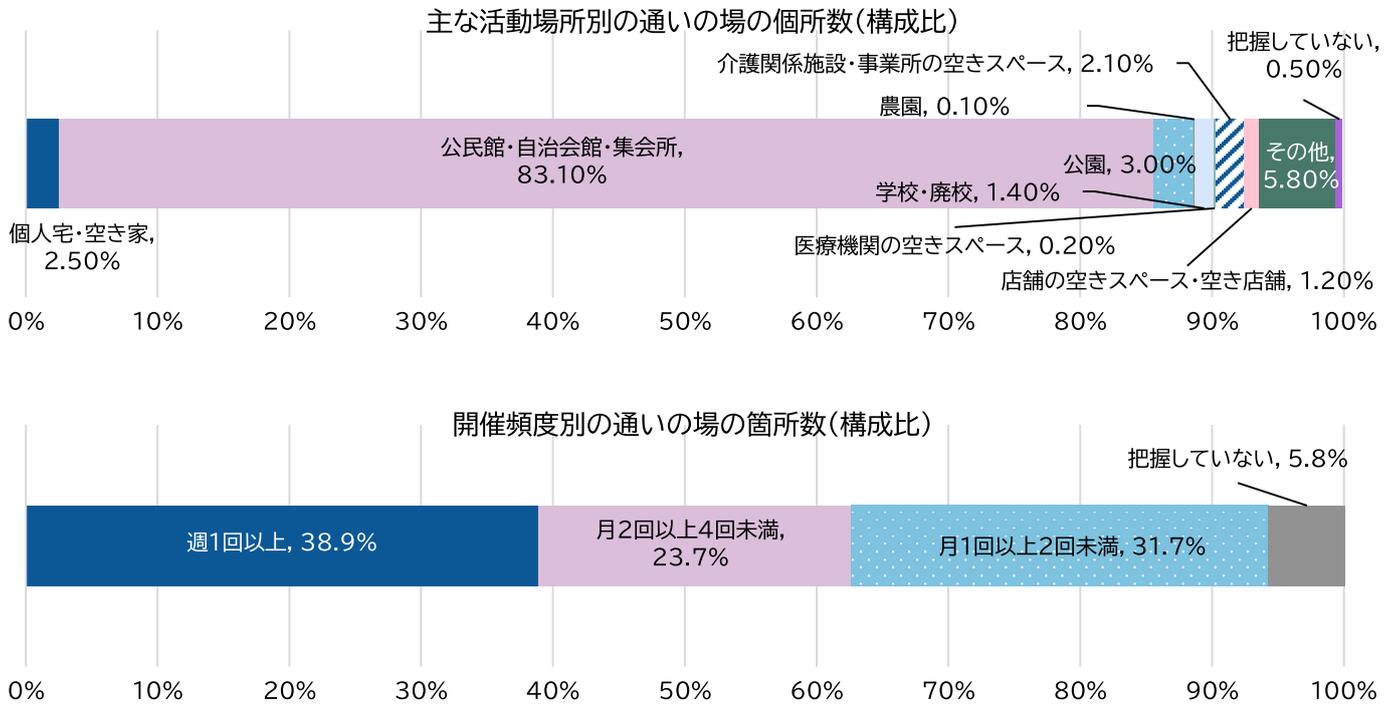
図表 9 主な活動内容別の通いの場の箇所数(構成比)



(出典)厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業等(地域支援事業)の実施状況(令和4年度実施分)に関する調査結果(概要)」を基に作成

主な活動場所は、「公民館・自治会館・集会所」が最も多く、83.1%、開催頻度は、「週1回以上」が最も多く、38.9%でした(図表10)。

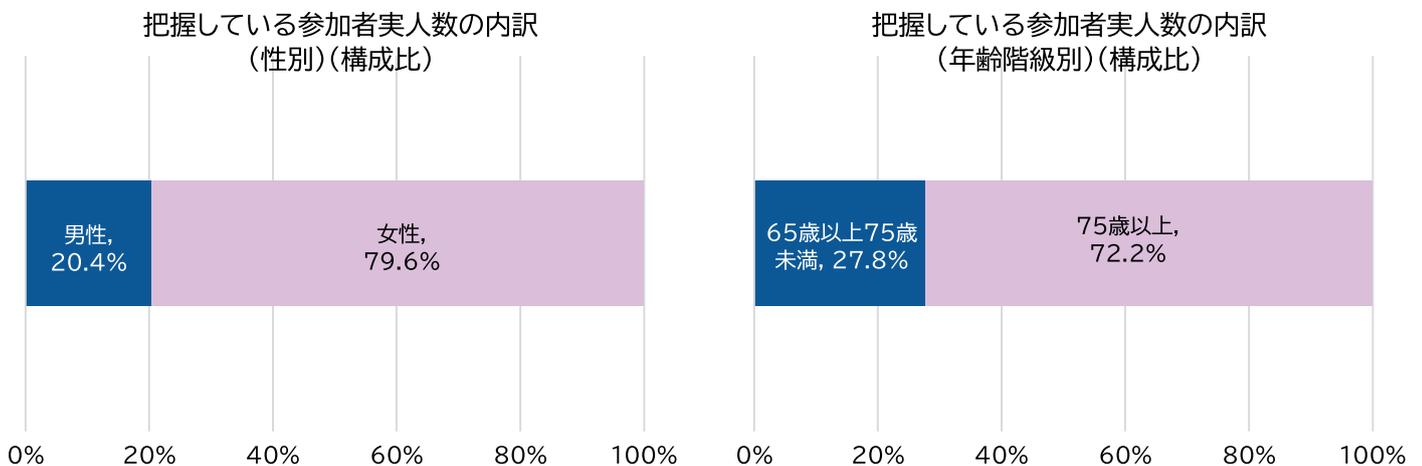
図表 10 通いの場の主な活動場所と開催頻度



(出典)厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業等(地域支援事業)の実施状況(令和4年度実施分)に関する調査結果(概要)」を基に作成

参加者の性及び年齢階級の内訳は、「男性」が 20.4%、「女性」が 79.6%と女性が大半でした。年齢階級別にみると「65 歳以上 75 歳未満」が 27.8%、「75 歳以上」72.2%と、後期高齢者が 3 分の 2 を上回る状況でした(図表11)

図表 11 通いの場の参加者の性別・年齢階級別の内訳



(出典)厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業等(地域支援事業)の実施状況(令和4年度実施分)に関する調査結果(概要)」を基に作成

通いの場の参加率については、2025年度までに8%まで高めることを目標としており、年々上昇しているものの、2022年の全国の平均値は6.2%となっており、さらなる取組が求められます。また、都道府県毎の参加率をみると、最も高い県(15.2%)と、最も低い県(2.9%)との間には、12ポイントもの差があるなど、地域により取組状況に大きな差がある状況です。

一般介護予防事業における、介護予防把握事業を実施した市町村は1,684 市町村(96.7%)、介護予防普及啓発事業は、1,695 市町村(97.4%)、地域介護予防活動支援事業は 1,460 市町村(83.9%)、一般介護予防事業評価事業は 623 市町村(35.8%)、地域リハビリテーション活動支援事業は 1,272 市町村(73.1%)でした。

4 介護予防のエビデンスについて

4.1 介護予防の評価方法

介護予防の取組を評価するにあたっては、大きく分けて、個人レベルと集団レベルの評価方法があります。

個人レベルの社会参加の効果を評価する手法としては、社会参加の有無や頻度、種類、数などと、アウトカムとなりうる要介護認定や認知症発症、死亡、幸福感等との関連を分析することが考えられます。さらに、社会参加と要介護認定の間のメカニズムを明らかにするため、両者に深く関わるフレイル状態やIADL¹、うつ、他組織への参加につながるか等との関連について分析を行います。

集団レベルの評価の場合には、アウトカムを地域レベルの要介護認定率とし、説明変数を地域の社会参加率として関連があるかを確認するために分析を行うエコロジカルな手法に加え、個人レベルの要因と集団レベルの要因の両方を加味した上で、集団レベルの社会参加率の増加が地域レベルの要介護認定率と関連するかを分析するマルチレベル分析なども行われています。

ここでは、エビデンスレベルにも配慮しながら、社会参加を促進することで高齢者にどのような予防効果があるかについて研究結果の紹介をします。社会参加については、3.3で言及したように幅広い概念であり、論文によって定義が異なるため、それぞれの定義についても論文ごとにお示しします。研究デザインや分析方法など、結果の解釈に関わる知識については、コラムに掲載していますので、参考にしてください。また、実際に自治体で介護予防に取り組む際には、本書の別冊資料に具体的な進め方と、各ステップで参考になるエビデンスやマニュアルをまとめていますので、そちらを参考にしてください。

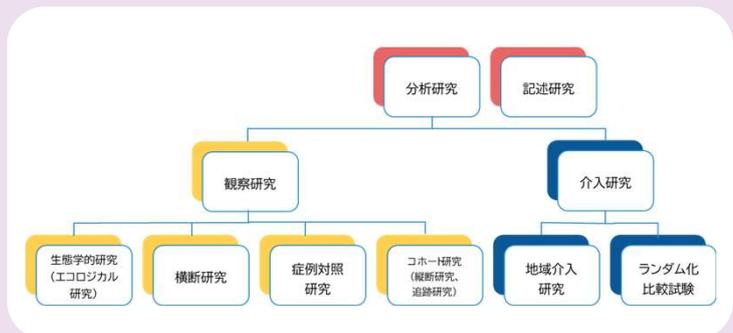
¹IADL(Instrumental Activities of Daily Living)手段的日常生活動作と訳され、電話を使用する能力、買い物、食事の支度、洗濯、薬やお金の管理、交通機関の利用等、日常生活上の複雑な動作のことを指す。

Column 研究デザインについて

地域で行われていることが要介護リスクと関連しているか、について分析をする際、研究のデザインとしては、観察研究と介入研究があります。また、それぞれ集団レベルと個人レベルの研究があります。観察研究は文字通り、調査表や検査を行って「観察」したデータを集め、分析をします。観察研究の中には、1時点のデータを分析する横断研究と、経年に渡って同じ人を追跡してデータを取得し、結果を確認する縦断研究があります。縦断研究の中でも、例えば喫煙など暴露のある人とない人を長期で追跡し(これを前向きと呼びます)、両群の健康状態を調査・分析するコホート研究が最もよく使われます。最近では、同じ縦断研究でも、パネルデータ研究というデザインもあります。コホート研究は死亡や疾患の発症をアウトカムとして分析するため関心のあるイベントが起きると追跡を中断します。これに対し、パネルデータ分析は、複数回回答している人に限って参加状況の変化が健康状態の変化に影響しているか、などを分析することを目的とした研究デザインです。本書では縦断研究としてこの2つから得られた結果を多く紹介しています。

介入研究は、意図的に介入をする群としない群を作り、介入した群が介入しなかった群に対してよい効果が認められたか、を分析します。

最近では、社会参加の有無そのものや要介護認定率そのものも、個人の要因だけでなく、住んでいる地域の都市度や高齢化率など、地域要因とも関連しているため、個人レベルで取得したデータと集団レベルのデータを組み合わせることで両方の要因を加味し、個人、地域の各要因がどれだけ介護予防と関連しているかを分析するマルチレベル分析と呼ばれる方法もでてきています。



(出典)Charles Hennekens, Julie Buring, Epidemiology in Medicine. 1987. Walters Kluwer.を基に作成

Column エビデンスレベル(結果の信頼度のレベル)について

疫学研究の中では、例えば社会参加しやすい人としにくい人と関係なくランダムに社会参加をする人としらない人を割り当てて社会参加そのものの効果を見るランダム化比較試験(以下、RCT: Randomized Controlled Trial)と呼ばれる介入研究が最もエビデンスレベルが高いと言われています。

しかし、RCTを行うためには住民を社会参加する群としない群に割り振る必要があり、倫理的・政策的な課題があります。

他方、研究デザインは観察研究(コホート研究や横断研究)でも、準RCTと呼ばれる傾向スコアマッチング法、操作変数法など、RCTを直接行うことなくエビデンスレベルを上げられる統計手法の開発も進み、多くの結果が出てきています。

図) エビデンスレベル¹⁾²⁾



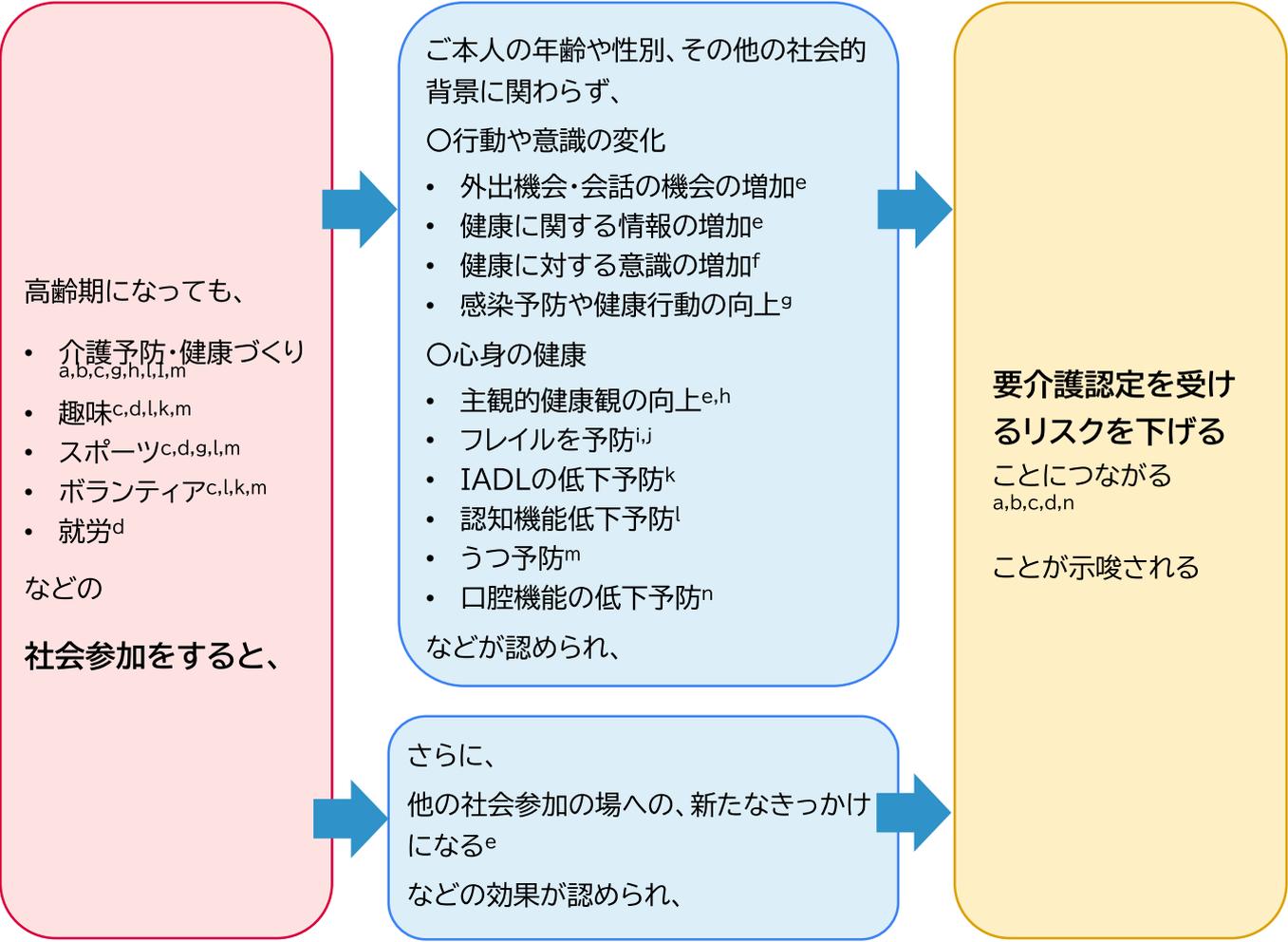
(出典)1)福井. エビデンスに基づく診療ガイドライン. 日本内科学会雑誌. 2010;99(12):2941-3. 2)中田. 疫学的研究手法とは. 体育の科学. 65(6)441-444, 2015. 一部改変.

4.2 国内外の介護予防効果に関する研究結果

1) 個人レベルの研究成果

図表12 個人レベルの社会参加の介護予防との関連に関するエビデンスのまとめ

※それぞれの論文の説明はアルファベットの箇所をご確認ください



要介護認定リスクをアウトカムとした場合、社会参加と、要介護認定リスクの低下との関連が、準RCTと呼ばれるエビデンスレベルの傾向スコアマッチングや操作変数法を用いたコホート研究から示されています。なぜ社会参加が要介護認定リスクを下げるかを検証していくと、社会参加をすることがフレイルやIADLの低下、物忘れやうつ、口腔内のフレイルを予防することにつながり、さらには社会参加が新たな社会参加やネットワークを広げることにつながるということが関連していることが明らかになってきました。さらに、社会参加が、要介護認定リスクの低下だけではなく、ご本人の主観的健康観や幸福感の向上にも寄与していることがわかってきており、ご本人が長く活力を持って人生を送ることができる、よい関連が認められています。

図表12に関連するエビデンスリスト

a 社会参加と要介護認定の関連

Hikichi H, Kondo N, Kondo K, Aida J, Takeda T, Kawachi I. Effect of a community intervention programme promoting social interactions on functional disability prevention for older adults: propensity score matching and instrumental variable analyses, JAGES Taketoyo study. J Epidemiol Community Health. 2015 Sep;69(9):905-10.

研究デザイン	地域介入研究（追跡期間2006年から2012年）
対象者・N数	愛知県の自治体に住む65歳以上で要介護認定を受けていない高齢者約2400名
社会参加の定義	町内で行われている通いの場(サロン)への参加
分析手法	傾向スコアマッチング法、操作変数法、Coxハザード回帰分析
結果	月に1回程度開かれている町の高齢者サロン参加している人たちは、参加していない人たちに比べて要介護状態になるリスクが約半分に抑制されていた。

b 社会参加と要介護認定の関連

Yamamoto T, Hikichi H, Kondo K, Osaka K, Aida J. Community intervention programs prolong the onset of functional disability among older Japanese. Geriatr Gerontol Int. 2022 Jun;22(6):465-470.

研究デザイン	コホート研究(縦断研究)（追跡期間2010年から2016年）
対象者・N数	宮城県の自治体に住む65歳以上で要介護認定を受けていない高齢者約3800名
社会参加の定義	町内で行われている通いの場(サロン)への参加
分析手法	Coxハザード回帰分析
結果	月に1回程度開かれている町の高齢者サロン参加している人たちは、参加していない人たちに比べて要介護状態になるリスクが約半分に抑制されていた。

図表12に関連するエビデンスリスト

c 社会参加と要介護リスク

Abe N, Ide K, Watanabe R, Hayashi T, Iizuka G, Kondo K. Social participation and incident disability and mortality among frail older adults: A JAGES longitudinal study. J Am Geriatr Soc. 2023; 71(6): 1881-1890

研究デザイン	コホート研究(縦断研究) (追跡期間2010年から2016年)
対象者・N数	13市町に在住のフレイル高齢者9090人(基本チェックリストで確認)
社会参加の定義	趣味の会、スポーツの会、ボランティアへの参加の有無
分析手法	Coxハザード回帰分析
結果	フレイル高齢者であっても、社会参加をしている人は、趣味の会で0.74倍、スポーツの会で0.72倍、ボランティアで0.79倍6年後に要介護認定を受けているリスクが低かった。

d 社会参加(就労)と要介護認定リスクの関連

Ide K, Tsuji T, Kanamori S, Jeong S, Nagamine Y, Kondo K. Social Participation and Functional Decline: A Comparative Study of Rural and Urban Older People, Using Japan Gerontological Evaluation Study Longitudinal Data. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17(2), 617.

研究デザイン	コホート研究(縦断研究) (追跡期間2010年から2016年)
対象者・N数	13市町在住の65歳以上で要介護認定を受けていない高齢者40,376名
社会参加の定義	町内会・自治会、趣味、スポーツ、業界団体、ボランティア、老人クラブへの参加有無、就労
分析手法	Coxハザード回帰分析
結果	就労している人はしていない人に比べて農村部で0.83倍、都市部で0.80倍6年後に要介護認定を受けているリスクが低かった。その他、スポーツの会で農村部0.79倍、都市部0.83倍、趣味の会で農村部0.76倍、都市部0.90倍要介護リスクが低かった。また、参加している組織の数が多いほど要介護リスクが低いという関連も見られた。

図表12に関連するエビデンスリスト

e 社会参加と外出機会、会話の機会の関連

細川ら.「健康交流の家」の利用による健康への効果検証. 社会医学研究. 第34巻2号. Bulletin of Social Medicine, Vol.34(2)2017

研究デザイン	横断研究（実施時期2015年12月）
対象者・N数	愛知県の自治体に住む65歳以上で要介護認定を受けていない高齢者約130名
社会参加の定義	町内で行われている通いの場（サロン）への参加
分析手法	傾向スコアマッチング法、ポアソン回帰分析
結果	通いの場参加群は非参加群に比べ、外出する機会が3.78倍（ $p=0.07$ ）、会話する機会が6.27倍（ $p<0.001$ ）高かった。また、防災意識が高まった割合が1.97倍高かった（ $p<0.001$ ）。

f 社会参加と健康に対する意識の関連

通いの場参加後の社会参加状況と健康情報・意識に関する変化:JAGES通いの場参加者調査, 林尊弘, 竹田徳則, 加藤清人, 近藤克則. 総合リハビリテーション, 47巻11号, pp.1109-1115, 2019.

研究デザイン	横断研究（実施時期2015年12月から2016年2月）
対象者・N数	7市町の65歳以上で要介護認定を受けていない高齢者で、通いの場109箇所への参加者2,159名
社会参加の定義	町内で行われている通いの場（サロン）への参加
分析手法	記述疫学
結果	通いの場参加群は非参加群に比べ、健康に関する情報が増えた（ $p<0.001$ ）、健康について意識するようになった（ $p<0.001$ ）、健康を保つことができていると思う（ $p<0.001$ ）と感じている人が有意に多かった。

図表12に関連するエビデンスリスト

g 社会参加と感染予防や健康行動への意識との関連

Kimura M, Ide K, Sato K, Bang E, Ojima T, Kondo K. The relationships between social participation before the COVID-19 pandemic and preventive and health-promoting behaviors during the pandemic: the JAGES 2019-2020 longitudinal study. *Environ Health Prev Med.* 2022;27:45

研究デザイン	パネルデータ研究(縦断研究) (追跡期間2019年から2020年)
対象者・N数	2019年度(コロナ流行前), 2020年度(コロナ流行下)の両時点の調査に回答した全国10市町の要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者10,523人
社会参加の定義	9種類の社会参加(ボランティア, スポーツ, 趣味, 学習・教養, 特技や経験を他者に伝える活動, 老人クラブ, 通いの場, 町内会・自治会, 就労)
分析手法	ポアソン回帰分析またはロジスティック回帰分析
結果	コロナ前にスポーツクラブに参加者していた高齢者は1.68倍(CIR:1.68, 95%CI:1.60-1.76, $p < 0.001$), 通いの場に参加していた高齢者は1.50倍(CIR:1.50, 95%CI:1.43-1.59, $p < 0.001$), 非参加者に比べてコロナ下でストレッチや運動を多くしていた。

h 社会参加と主観的健康観の関連

Ichida, Y., Hirai, H., Kondo, K., Kawachi, I., Takeda, T., Endo, H., Does social participation improve self-rated health in the older population? A quasi-experimental intervention study, *Social Science & Medicine* (2013), 94, p 83-90.

研究デザイン	コホート研究(縦断研究) (追跡期間2006年から2008年)
対象者・N数	愛知県の自治体に住む要介護認定を受けていない高齢者1,549名
社会参加の定義	町内で行われている通いの場(サロン)への参加
分析手法	作変数法、ロジスティック回帰分析
結果	通いの場に参加している群はしていない群に比べ2.5倍 2年後の主観的健康感が高かった。

図表12に関連するエビデンスリスト

i 社会参加とフレイルリスクの関連

竹内ら. 高齢者の社会参加とフレイルとの関連: JAGES2016-2019縦断研究. 日本公衆衛生雑誌. 2023年70巻9号 p. 529-543.

研究デザイン	パネルデータ研究(縦断研究) 追跡期間2016年から2019年
対象者・N数	28市町に住む要介護認定を受けていない高齢者59,545名(ベースラインの時点で基本チェックにてフレイル判定の方は排除)
社会参加の定義	9種類の社会参加(ボランティア, スポーツ, 趣味, 学習・教養, 特技や経験を他者に伝える活動, 老人クラブ, 通いの場, 町内会・自治会, 就労)
分析手法	ポアソン回帰分析、多重代入法
結果	市町の介護予防の取組で0.91倍, 収入のある仕事で0.90倍, ボランティアで0.87倍, 自治会で0.87倍, 学習・教養で0.87倍, 特技・経験の伝達で0.85倍, 趣味の会で0.81倍, スポーツの会で0.80倍, フレイル発症リスクが有意に低かった。さらに, 社会参加数が多い人ほどフレイル発症リスクが有意に低かった。

j (参考)社会参加の場作りとフレイルの関連

Sato K, Ikeda T, Watanabe R, Kondo N, Kawachi I, Kondo K. Intensity of community-based programs by long-term care insurers and the likelihood of frailty: Multilevel analysis of older Japanese adults. Soc Sci Med.2020;245:112701.

研究デザイン	パネルデータ研究(縦断研究) 追跡期間2010年から2016年
対象者・N数	81市町に住む要介護認定を受けていない高齢者375,400名
社会参加の定義	各市町村が実施する介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業
分析手法	マルチレベルロジット分析
結果	「通いの場」やボランティア活動等の地域介護予防活動支援事業について、高齢者百人当たり1回の実施は、フレイル・リスクを11%引き下げることと関連していた(オッズ比 0.89)。また、地域介護予防活動支援事業は、市民参加の機会が乏しい地域ほど効果が大きい可能性があることが示唆された。

図表12に関連するエビデンスリスト

k 社会参加とIADL(手段的日常生活機能)の関連

Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Association Between Social Participation and 3-Year Change in Instrumental Activities of Daily Living in Community-Dwelling Elderly Adults. J Am Geriatr Soc. 2017 Jan;65(1):107-113.

研究デザイン	コホート研究(縦断研究) 追跡期間2011年から2014年
対象者・N数	奈良県の2市に住む要介護認定を受けていない高齢者6,360名
社会参加の定義	趣味の会、老人クラブ、ボランティア
分析手法	ロジスティック回帰分析
結果	趣味の会は男性で32%、女性で47%IADL低下リスクを下げていた。女性では、その他地域のイベントで32%、老人クラブで26%、ボランティアグループで44%IADL低下リスクを下げることに寄与していた。

l 社会参加と認知機能の関連

Hikichi H, Kondo K, Takeda T, Kawachi I. Social interaction and cognitive decline: Results of a 7-year community intervention. Alzheimers Dement (N Y). 2016 Dec 21;3(1):23-32.

研究デザイン	地域介入研究 追跡期間2007年から2014年
対象者・N数	愛知県の自治体に住む要介護認定を受けていない高齢者2,793名
社会参加の定義	町内で行われている通いの場(サロン)への参加
分析手法	ロジスティック回帰分析、傾向スコアマッチング、多重代入法
結果	年に4回以上の通いの場参加群は非参加群に比べ、認知症の発症リスクを30%下げていた。

図表12に関連するエビデンスリスト

m 社会参加とうつの関連

Shiba K, Torres JM, Daoud A, Inoue K, Kanamori S, Tsuji T, Kamada M, Kondo K, Kawachi I. Estimating the impact of sustained social participation on depressive symptoms in older adults. *Epidemiology*: November 2021 - Volume 32 - Issue 6 - p 886-895.

研究デザイン	3時点パネルデータ研究 追跡期間2010年から2016年
対象者・N数	要介護認定を受けていない高齢者32,748名
社会参加の定義	スポーツの会、趣味の会、ボランティア、町内会・自治会、通いの場に月1回以上参加
分析手法	doubly robust targeted maximum likelihood estimation
結果	継続的に社会参加している人は、していない人に比べてスポーツの会で13%、趣味の会で15%、ボランティアで19%、町内会・自治会で18%、通いの場で13%抑うつリスクが低かった。

n 口腔機能と要介護認定リスク

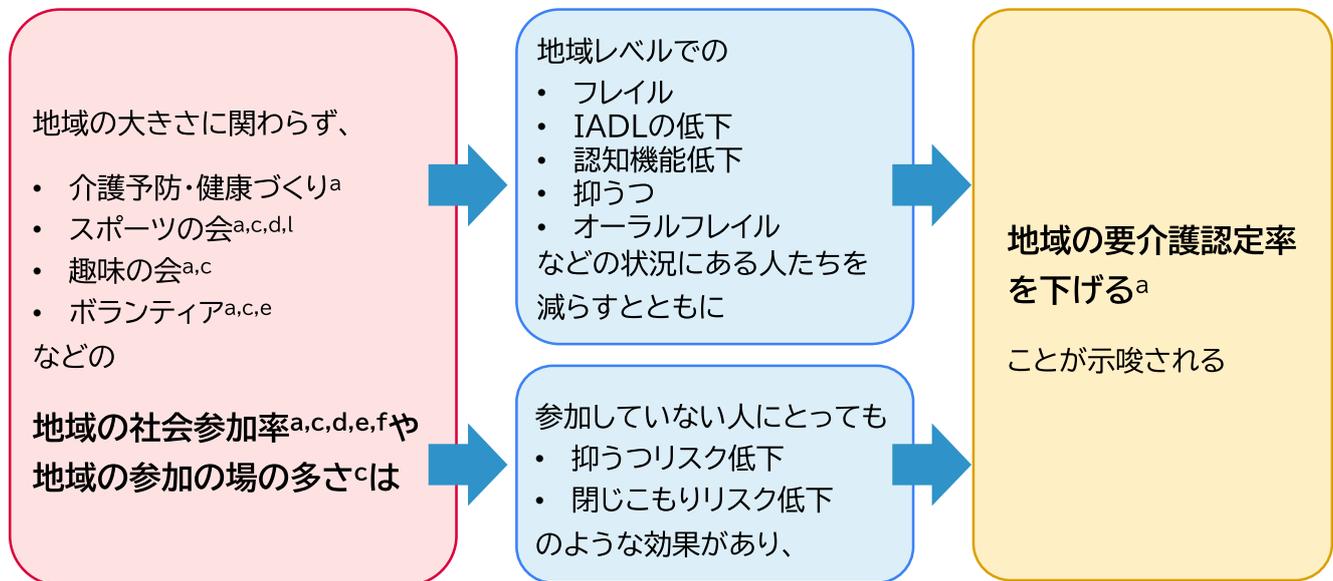
Yamamoto-Kuramoto K, Kiuchi S, Takeuchi K, Kusama T, Nakazawa N, Tamada Y, Aida J, Kondo K, Osaka K. Oral status and incident functional disability: A 9-year prospective cohort study from the JAGES. *Arch Gerontol Geriatr.* 2023;111:105009.

研究デザイン	コホート研究(縦断研究) 追跡期間2010年から2019年
対象者・N数	要介護認定を受けていない高齢者44,083名
分析手法	Coxハザード回帰分析
結果	6年後の新規要介護認定リスクは咀嚼困難ありで1.22倍、口腔乾燥ありで1.18倍、現在歯≤19本で1.18倍、むせあり1.10倍の順で高かった。

1) 集団レベルの研究成果

図表13 個人レベルの社会参加の介護予防との関連に関するエビデンスのまとめ

※それぞれの論文の説明はアルファベットの箇所をご確認ください



各自治体で地域づくり、社会参加の場を作る取組は、個人へのアプローチのみならず、地域全体へのアプローチであるため、集団レベルや地域レベルでの取組が、地域の高齢者の介護予防にどのような関連があったのか、は自治体の施策担当者は気になるところかと思えます。個人レベルの影響に関する研究と比較すると、集団レベルの研究のエビデンスレベルは少し下がりますが、本章の冒頭のコラムでご紹介したマルチレベル研究などの研究手法により、個人レベルの要因も考慮した上で、地域の社会参加率があがると、要介護認定率が下がるという関連も報告されています。個人レベルと同様に、地域レベルでのフレイルや物忘れ、うつなどの集団レベルの保有率も下がり、地域全体の要介護認定率を下げることが示唆されています。また、地域の社会参加率があがることは、参加していない人にも良い影響を与えている可能性が示唆されており、地域の社会参加率は友人関係の豊かさや地域への愛着や信頼につながったり、地域で誰かと交流することが当たり前の雰囲気醸成されることも一つの理由なのではと考えられています。

図表13に関連するエビデンスリスト

a 社会参加と要介護認定率の関連

伊藤大介, 斉藤雅茂, 宮國康弘, 近藤克則.+91市区町における地域組織参加率と要支援・介護認定率の関連—地域組織の種類・都市度別の分析:JAGESプロジェクト—.厚生労働省の指標66(8)

研究デザイン	横断研究（調査時期2016年）
対象者・N数	91市区町に住む要介護認定を受けていない高齢者188,583人
社会参加の定義	8つの種類(①ボランティア, ②趣味関係, ③スポーツ関係, ④介護予防・健康づくり, ⑤町内会・自治会, ⑥老人クラブ, ⑦学習・教養サークル, ⑧特技や経験を他者に伝える活動)別の地域組織参加率(月1回以上参加者の割合)を市区町村別に集計した値
分析手法	上記の値と各市町村の要介護認定率の関連を重回帰分析
結果	ボランティア(B=-0.24), 趣味の会(B=-0.16), スポーツの会(B=-0.22), 介護予防・健康づくり(B=-0.45)の4種類の地域組織参加率は統計的に有意に地域の要介護認定率が低かった。

b 社会参加とフレイルの関連

Noguchi T, Murata C, Hayashi T, Watanabe R, Saito M, Kojima M, Kondo K, Saito T. Association between community-level social capital and frailty onset among older adults: A multilevel longitudinal study from the Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES). Journal of Epidemiology and Community Health. 2021.

研究デザイン	コホート研究(縦断研究)（追跡期間2013年から2016年）
対象者・N数	全国384の小地域(日常生活圏域:おおよそ小学校区、または中学校区)の2013年時点でフレイルではない高齢者21,940名
社会参加の定義	ボランティア, 趣味関係, スポーツ関係, 学習・教養サークル, 特技や経験を他者に伝える活動への小地域ごとの参加率
分析手法	個人レベルと小地域ごとの集計値を使用したマルチレベルロジスティック回帰分析
結果	市民参加が10%ポイント上がるとフレイル発生リスクが6%低くなっていた(フレイル発生のオッズ比=0.94 [95%信頼区間=0.90-0.97], p<0.01)。この結果は、個人の社会関係や生活習慣の影響を追加で取り除いても認められ、性別や学歴、所得に関わらず、一貫して関連性が認められた。

図表13に関連するエビデンスリスト

c 社会参加の場の多さとIADLの関連

Fujihara, S.; Tsuji, T.; Miyaguni, Y.; Aida, J.; Saito, M.; Koyama, S.; Kondo, K. Does Community-Level Social Capital Predict Decline in Instrumental Activities of Daily Living? A JAGES Prospective Cohort Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16, 828.

研究デザイン	地域レベル縦断研究（追跡期間2010年から2013年）
対象者・N数	全国380小地域（日常生活圏域）に住む要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者30,587名
社会参加の定義	スポーツの会、趣味の会、ボランティアに月1回以上参加
分析手法	個人レベルと小地域ごとの集計値を使用したマルチレベルロジスティック回帰分析
結果	380地域ごとにIADLが低下した人の割合を集計した結果、平均は8.0%で、0.0%～30%の地域差があった。個人の要因を取り除いても、地域の社会参加が多いと、3年後のIADLが低下するリスクは10%減少していた（オッズ比:0.90）。

d 社会参加割合と抑うつとの関連

Tsuji T, Miyaguni Y, Kanamori, Hanazato, Kondo K. Community-level sports group participation and older individuals' depressive symptoms. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2018 Jun;50(6):1199-1205

研究デザイン	2時点パネルデータ分析（縦断研究） （追跡期間2010年から2012年）
対象者・N数	12道県39市町村516小地域（日常生活圏域）に住む要介護認定を受けていない高齢者74,681名
社会参加の定義	小地域ごとのスポーツの会に月1回以上参加している者の割合
分析手法	個人レベルと小地域ごとの集計値を使用したマルチレベルポワソン回帰分析
結果	スポーツの会への参加割合を516地域ごとに集計した結果、平均で24.3%であり、0.0%～56.5%の地域差が認められた。参加割合が10%増えたとすると、その地域に暮らす高齢者全体の抑うつリスクが男性で11%、女性で4%低くなる結果が確認された。この値は、各対象者が運動グループに参加しているか否かの影響を差し引いた結果であり、すなわち、スポーツの会に参加する高齢者の多い地域では、スポーツの会に参加していない人でも、地域の抑うつリスク低下の恩恵を受ける可能性が示唆される。

図表13に関連するエビデンスリスト

e 社会参加と抑うつに関連

Motoki Tamura, Shinji Hattori, Taishi Tsuji, Katsunori Kondo, Masamichi Hanazato, Kanami Tsuno and Hiroyuki Sakamaki. Community-Level Participation in Volunteer Groups and Individual Depressive Symptoms in Japanese Older People: A Three-Year Longitudinal Multilevel Analysis Using JAGES Data. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18(14), 7502

研究デザイン	2時点パネルデータ分析(縦断研究)(追跡期間2013年から2016年)
対象者・N数	24市町村522小地域(日常生活圏域)に住む要介護認定を受けていない高齢者37,522名
社会参加の定義	小地域ごとのボランティアに参加している者の割合
分析手法	個人レベルと小地域ごとの集計値を使用したマルチレベルポワソン回帰分析
結果	対象者のうち、うつ傾向を示した人は10.4%であった。2013年のボランティアグループ参加割合を522地域ごとに集計した結果、平均は10.6%であり、最小1.1%～最大27.4%の地域差が認められた。回帰分析の結果、地域のボランティアグループ参加割合が10%ポイント高いと、その地域に暮らす高齢者全体のうつ発症リスクが10%低い結果が確認された。この値は、各対象者がボランティアグループに参加しているか否かの影響を差し引いた結果であり、すなわち、ボランティアグループに参加する高齢者の多い地域では、ボランティアグループに参加していない人でも、地域のうつ発症リスク低下の恩恵を受ける可能性が考えられる。

図表13に関連するエビデンスリスト

f 社会参加と閉じこもりの関連

Tsuji T, Kanamori S, Miyaguni Y, Kondo K. Community-Level Sports Group Participation and Health Behaviors Among Older Non-Participants in a Sports Group: A Multilevel Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(2): 531, 2021.

研究デザイン	横断研究（調査時期2016年）
対象者・N数	39市町の1000小地域(日常生活圏域)に住む要介護認定を受けていない高齢者157,233名のうち、非参加者89,847名
社会参加の定義	小地域ごとのスポーツの会に月1回以上参加している者の割合
分析手法	個人レベルと小地域ごとの集計値を使用したマルチレベルロジスティック回帰分析
結果	1000地域のスポーツグループ参加割合の平均は26.7%(最小2.0%～最大50.5%)。地域のスポーツの会参加割合が10%ポイント高くなる(=地域の高齢者の10人に1人が新たに参加する)につれ、その地域に暮らす非参加者の閉じこもりのリスクは6%低くなる結果が確認された。

g 社会参加とオーラルフレイルの関連

Yamamoto T, Mochida Y, Irie K, Altanbagana NU, Fuchida S, Aida J, Takeuchi K, Fujita M, and Kondo K. Regional Inequalities in Oral Frailty and Social Capital. *JDR Clinical and Translational Research*

研究デザイン	横断研究（調査時期2019年から2020年）
対象者・N数	全国62自治体の要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者165,164名
社会参加の定義	小地域ごとのスポーツの会、趣味の会、ボランティア参加率
分析手法	個人レベルと自治体、小地域ごとの集計値を使用した3段階マルチレベルポワソン回帰分析
結果	オーラルフレイルとは、歯を失ったり、食べたり話したりする口の機能の軽微な衰えが重なって、口の機能低下の危険性が増しているが改善も可能な状態のことを指す。オーラルフレイルとの関連では、農村部は大都市部よりオーラルフレイル該当者率が1.17倍高い一方で、社会参加の多い学校区では社会参加の少ない学校区に比べてオーラルフレイルの該当者が0.96倍少ない関連が認められた。

4.3 結果のまとめ

今回取り上げた論文は、各領域で可能な限りエビデンスレベルが高いものを選び紹介しましたが、社会参加の介護予防効果については、これまでもアジア、ヨーロッパなど様々な地域で繰り返し確認されています。

個人レベルでは、社会参加がフレイル、IADL、うつ、物忘れのリスクを下げたり、より社会参加を促進することで、要介護認定リスクを下げるということが繰り返し報告されています。また、今回の結果のまとめでは詳述しませんでした。個人レベルでは12自治体4.6万人の追跡調査で、週1回以上の趣味やスポーツの会への参加により6年間で1人当たり約11万円、就労している人では6万円程度介護費が低いという費用との関係も報告されています。

集団レベルの効果検証は、マルチレベル分析が始まったことで、最近10年ほどで進んできたところ。地域の社会参加率が増加することが、集団レベルの健康に良い影響を及ぼし、さらには参加していない個人の健康にも良い効果を及ぼすという波及効果が認められることで、要介護認定リスクを下げることを示唆されはじめています。令和6年度老人保健健康増進等事業「1人あたり介護給付費等の地域差要因に係る調査研究事業」では、集団レベルの社会参加割合の高低が自治体ごとの介護給付費の増減と関連するかについて分析をしており、月1回以上ボランティア、スポーツの会、趣味の会、町内会・自治会、学習教養サークル、自治体の通いの場、就労に参加している人の割合が高いと給付費を下げる関連が認められています。

5 今後の取組の方向性

介護予防の取組は、全国の自治体で行われていますが、その取組をさらに推進するとともに、これまで必ずしも取組が十分でなかった地域でも実施していただくことが望まれます。我が国において、徐々にエビデンスレベルの高い研究成果も認められてきており、各自治体で行っている介護予防の取組の効果検証の結果を示していくことも期待されています。予算も人材も社会資源も限られる中、各自治体において介護予防に取り組んでいただくために、これまでに述べた内容を参考に、また具体的な取組方法については、別冊の「自治体向け資料」も参考にいただき、効果的な取組を検討、実践していただければ幸いです。

国においては、今回とりまとめた内容の自治体への積極的な周知などにより、各自治体において、効果的な介護予防の取組を促していただくことが求められます。また、国は、介護予防の取組の定量的な評価指標を示し、取組の評価方法の例示を行うとともに、既存のニーズ調査や地域包括ケア見える化システムの活用、基本チェックリストの項目を把握し、KDBシステムにデータ登録して住民の状態をモニタリングできる仕組みの構築等、データを活用した課題・取組の効果の分析を促進する体制の整備が求められます。また、各自治体が専門的なデータ分析を独自で実施するには様々な課題もあることから、都道府県による市町村支援、国民健康保険団体連合会や研究機関との連携等も含め、各自治体のデータ活用体制の整備を検討することも必要です。さらに、自治体の介護予防の取組を促すようPDCAサイクルを運用する仕組みの実現に向けて、例えば、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(インセンティブ交付金)を活用し、成果を上げている自治体が適切に評価されることも必要です。

成果連動型民間委託契約方式(PFS/SIB)²を活用した介護予防の取組が複数の自治体で実施される等、新たな方策を取り入れている自治体もあります。介護予防は、ただ単に自治体の保健福祉担当部署や介護保険担当部署だけが行うものではなく、雇用・教育・交通・建設・警察などの数多くの部署の連携が重要です。SIBを活用した取組では、役所の他部門との連携だけでなく、関係機関や民間企業、学術団体等、産学官の連携により実施されています。こうした仕組みを活用し、成果を上げている取組について、さらなる周知を図っていくことも重要です。

国の施策の充実を図ることで、各自治体での介護予防の取組がより推進されることを期待しています。

²成果連動型民間委託契約方式(PFS/SIB)を導入した事業とは、国または地方公共団体が、民間事業者等に委託等して実施させる事業のうち、その事業により解決を目指す行政課題に対応した成果指標が設定され、地方公共団体等が当該行政課題の解決のためにその事業を民間事業者等に委託等した際に支払う額等が、当該成果指標の改善状況に連動するものです。

令和6年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

介護予防事業等の効果検証に関する調査研究事業

令和 7(2025)年 4 月発行

発行 株式会社 三菱総合研究所

ヘルスケア事業本部

〒100-8141 東京都千代田区永田町 2-10-3

日本の介護保険制度における 介護予防の位置づけと成果

本編