

令和5年度厚生労働省老人保健健康増進等事業補助金

老人保健健康増進等事業

通いの場におけるフレイル予防の促進へ向けた

効果的な手法に関する調査研究

— 報告書 —

令和6（2024）年3月

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

1. 要約	4
1.1. 事業目的	4
1.2. 事業内容	4
1.2.1. 事業1：アンケート調査	4
1.2.2. 事業2：通いの場の有効性検証	4
1.2.3. 事業3：ヒアリング調査	4
1.3. 結果の要約	4
2. 事業体制	6
2.1. 本研究事業の実施体制	6
2.2. ワーキンググループ	6
2.2.1. ワーキンググループの役割と担当	7
2.2.2. ワーキンググループの構成員	7
2.2.3. ワーキンググループの開催日と議題	7
2.3. 検討委員会	8
2.3.1. 検討委員会の構成員	8
2.3.2. 検討委員会の開催日と議題	8
3. 事業1 アンケート調査	10
3.1. 対象	10
3.2. 実施期間	10
3.3. 調査項目	10
3.4. 解析方法	13
3.5. 集計結果	14
3.5.1. 回収状況	14
3.5.2. 事業担当課および担当者の属性	14
3.5.3. PLAN_理解度：地域づくりによる介護予防の背景の理解の分布	17
3.5.4. PLAN_通いの場の調査・計画状況の分布	18
3.5.5. DO_体制・連携状況の分布	26
3.5.6. DO_通いの場の実施状況の分布	30
3.5.7. CHECK_通いの場の評価状況の分布	34
3.5.8. ACTION_通いの場の調整・改善状況の分布	36
3.5.9. アクトレシピ各スコアおよび総合得点	38
3.5.10. 通いの場の理解度の得点（スコア1）	40
3.5.11. 通いの場の調査・計画状況の得点（スコア2）	40
3.5.12. 通いの場の体制・連携状況の得点（スコア3）	41
3.5.13. 通いの場の実施状況の得点（スコア4）	41
3.5.14. 通いの場の評価状況の得点（スコア5）	41

3.5.15.	通いの場の調整・改善状況の得点（スコア 6）	42
3.5.16.	アクトレシピによる総合得点.....	42
3.5.17.	ヒアリング調査対象となった自治体のアクトレシピの各得点.....	43
3.6.	事業 1 の要点.....	46
4.	事業 2 通いの場の有効性検証によるモデルパターンの抽出.....	48
4.1.	フレイルをアウトカムとした解析.....	49
4.1.1.	対象.....	49
4.1.2.	評価項目	50
4.1.3.	解析結果 1 通いの場参加.....	52
4.1.4.	解析結果 2 通いの場参加頻度.....	54
4.1.5.	解析結果 3 市町村間比較.....	55
4.1.6.	補足分析 基本チェックリストで判定可能な各ドメイン（日常生活関連動作低下、運動機能低下、低栄養、口腔機能低下、閉じこもり、認知機能低下、うつ）をアウトカムとした解析.....	57
4.2.	要介護認定をアウトカムとした解析.....	59
4.2.1.	対象.....	59
4.2.2.	評価項目	59
4.2.3.	解析結果 1 通いの場参加.....	61
4.2.4.	解析結果 2 通いの場参加頻度.....	62
4.2.5.	解析結果 3 市町村間比較.....	63
4.2.6.	補足分析：健康寿命をアウトカムとした分析.....	65
4.3.	事業 2 の要点.....	67
5.	事業 3 ヒアリング調査の実施.....	69
5.1.	対象自治体の選定方法.....	69
5.2.	実施時期と実施方法.....	69
5.3.	ヒアリング内容.....	69
5.4.	ヒアリング結果.....	70
5.4.1.	名古屋市.....	70
5.4.2.	知多市.....	73
5.4.3.	伊豆市.....	75
5.4.4.	東浦町.....	76
5.5.	事業 3 の要点.....	78
6.	本事業の総括と今後の展望.....	79
7.	参考文献.....	81
8.	参考資料.....	82
8.1.	アンケート調査で使用した調査票.....	82

1. 要約

1.1. 事業目的

本研究事業の目的は、アンケート・ヒアリング調査による通いの場の実施状況やプロセス評価、通いの場の有効性検証に基づいて good practice を抽出し、フレイル予防に効果的な手法や評価方法を提案することであった。

1.2. 事業内容

1.2.1. 事業1：アンケート調査

東海北陸6県（愛知県、岐阜県、三重県、静岡県、石川県、富山県）の194自治体を対象に、通いの場の事業に関するプロセス（PDCA サイクル）をアンケート調査によって評価した。PDCA サイクルは ACT-RECIPE（以下、アクトレシピ）を用いて、通いの場の1) 理解度、2) 調査・計画状況、3) 体制・連携状況、4) 実施状況、5) 評価状況、6) 調整・改善状況についてスコアリングし、順位付けすることで good practice と見なせる市町村を特定した。

1.2.2. 事業2：通いの場の有効性検証

通いの場参加者と非参加者の予後（フレイル発症、要介護認定）を比較検証可能な多市町村の縦断データ（*JAGES：Japan Gerontological Evaluation Study、日本老年学的評価研究）を解析し、通いの場の有効性を検証した。また、多市町村データの強みを活かし、市町村間比較も行い、縦断データより good practice である市町村を抽出した。抽出した市町村の具体的な取組を事業3において聴取した。

1.2.3. 事業3：ヒアリング調査

事業1および事業2の結果に基づいて、good practice を展開している自治体を抽出し、アクトレシピを用いて通いの場事業の具体的な取り組みを聴取した。対象自治体の選定は、アンケート調査に回答した自治体（N=127）のうち、ヒアリング調査に同意した自治体（n=28）から選択した。アンケート調査のアクトレシピ*の総合得点を用いて、3つの可住地人口密度区分（①4000人/km²以上、②1000～3999人/km²、③1000人/km²）から、各区分で最も得点が高かった3市（①名古屋市、②知多市、③伊豆市）を、ヒアリング対象自治体として選出した。加えて、JAGESの調査から、通いの場の参加割合が高い自治体をヒアリング対象候補とし、東浦町、大府市、武豊町を選出した。そのうち、ヒアリング調査に同意のあった東浦町（可住地人口密度：1000～3999人/km²）を対象とした。

1.3. 結果の要約

事業1の結果、多くの自治体が、通いの場の理解度（70/100点以上）や通いの場の実施状況（概ね60/100点以上）が良好であった一方で、通いの場の評価状況はスコアが低い傾向が見られた。総合得点で順位付けすることで、効果的に実施できている自治体を抽出した。その後、総合得点の上位と下位の10自治体を比較した時、効果的な事業が行えていない自

自治体では、通いの場の評価、および調整・改善に関わる項目の点数がとくに低かった。これは上位スコアの自治体でも、この2つの項目が他の項目に比べて低いため、どの自治体も評価と調整・改善に関する領域の強化を行う必要があることが明らかとなった。

事業2の結果、フレイルの発症や新規要介護認定（要介護2以上）、また健康寿命喪失（要介護2以上および死亡）に対して、通いの場の参加者において予防効果が期待できることが確認され、通いの場への参加頻度が高いほど、また、その効果は後期高齢者において、より顕著に見られた。また、高齢者全般に対しては週1回以上の参加が、後期高齢者では月に1回以上の参加が勧められる結果を得た。以上の結果から、通いの場参加により健康寿命を喪失しにくくなる可能性が明らかとなり、そのメカニズムとして、参加によるフレイルリスクの低下が寄与することが示唆された。さらに、日常生活動作、運動機能、閉じこもり、抑うつリスクの低下といった側面が通いの場参加により持たされている可能性も示された。

事業3の結果、効果的な事業を推進している自治体は、①専門職と連携し、介護予防や通いの場の重要性を地域に伝える取り組みを積極的に行っている ②参加者の興味やニーズに答える通いの場を計画し、運営を支援している ③通いの場の情報発信や開設・運営に関する情報提供を発信している、の3つが共通していた。一方で、通いの場のリーダーやメンバーの担い手が不足していることが共通の課題として挙げられていた。名古屋市は、スマートフォン向けアプリと連動した取り組みなど、介護予防に関するコンテンツが非常に充実しているようであった。反面、コミュニティの希薄化による、住民への情報の提供および周知に課題があるようであった。知多市では、通いの場の数は過不足なく、医学的評価を含むマネジメントを基盤に、ニーズに応じた取り組みをする工夫があった。課題として、新たなコンテンツの創出が聴取された。伊豆市では、地元企業と連携した多様な取り組みを展開していた。反面、歩いて行ける範囲に集える場所が少ないなどの問題を抱えているようであった。また、通いの場の参加割合の高さで選出された東浦町は、住民と協力することによって通いの場は基本的に歩いていける箇所に構築できており、行政が実施している各種健康づくり教室などから住民主体の通いの場（同好会）の運営にシフト出来るように積極的な支援をしていることが特徴的であった。

2. 事業体制

2.1. 本研究事業の実施体制

役割	事業実施者の所属および担当内容
事業代表者	佐竹昭介 国立長寿医療研究センター フレイル研究部 部長 担当内容：事業の全体のとりまとめ
事業担当者	大須賀洋祐 国立長寿医療研究センター フレイル研究部 副部長 担当内容：アンケート・ヒアリング調査の設計と実行、報告書の作成
事業担当者	荒井秀典 国立長寿医療研究センター 理事長 担当内容：検討委員（有識者）の調整
事業担当者	藤原佳典 東京都健康長寿医療センター研究所 副所長 担当内容：アンケート/ヒアリング調査票の監修と助言
事業担当者	清野諭 東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム 主任 研究員 担当内容：アンケート/ヒアリング調査票の監修と助言
事業担当者	近藤克則 国立長寿医療研究センター 老年学評価研究 部長 担当内容：通いの場の有効性検証
事業担当者	堀紀子 国立長寿医療研究センター フレイル研究部 特任研究員 担当内容：アンケート/ヒアリング調査の設計と実行補助、報告書の作成
事業担当者	吉浦和宏 国立長寿医療研究センター フレイル研究部 特任研究員 担当内容：アンケート/ヒアリング調査の設計と実行補助、報告書の作成
経理担当者	伊藤静孝 国立長寿医療研究センター 財務経理課 課長 担当内容：経理担当

2.2. ワーキンググループ

本研究事業を計画的かつ効果的に推進するために、実務担当者で構成されるワーキンググループを全9回開催した。

2.2.1. ワーキンググループの役割と担当

ワーキンググループでは、国立長寿医療研究センターフレイル研究部（大須賀・木下・堀・吉浦）がアンケート調査を実施し、JAGES に関わる研究者グループ（井手・渡邊・松村・柴田）が大規模データを用いて通いの場の有効性検証を実施した。ヒアリング調査は、国立長寿医療研究センターフレイル研究部と JAGES のグループが合同で実施した。東京都健康長寿医療センター研究所（清野）は、ワーキンググループのアドバイザーとして参画した。

2.2.2. ワーキンググループの構成員

国立長寿医療研究センター フレイル研究部
大須賀洋祐、木下かほり、堀紀子、吉浦和宏
日本老年学的評価研究に関わる研究者のワーキンググループ
井手一茂、渡邊良太、松村貴与美、柴田亜希
東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム
清野諭

2.2.3. ワーキンググループの開催日と議題

	開催日	議題
第1回	令和5年6月28日（水）	<ul style="list-style-type: none">事業目的、事業概要の確認マイルストンの確認連絡手段、ファイルの共有方法などの確認
第2回	令和5年7月25日（火）	<ul style="list-style-type: none">倫理委員会、検討委員会の確認アンケート調査票の確認有効性検証に使用するデータベースの確認
第3回	令和5年8月22日（火）	<ul style="list-style-type: none">倫理委員会の審査結果報告アンケート調査の発送方法の確認アンケート調査票の最終確認有効性検証に使用するデータベースの確認
第4回	令和5年9月28日（木）	<ul style="list-style-type: none">アンケート調査の進捗確認有効性解析の進捗確認
第5回	令和5年10月24日（火）	<ul style="list-style-type: none">アンケート調査の進捗確認有効性解析の進捗確認
第6回	令和5年11月20日（月）	<ul style="list-style-type: none">アンケート調査の進捗確認有効性解析の進捗報告ヒアリング調査内容の確認
第7回	令和5年12月5日（火）	<ul style="list-style-type: none">アンケート調査の進捗確認ヒアリング調査内容の確認ヒアリング調査対象自治体選出
第8回	令和6年1月30日（火）	<ul style="list-style-type: none">ヒアリング調査の進捗確認

		<ul style="list-style-type: none"> 報告書の構成確認
第9回	令和6年2月27日(火)	<ul style="list-style-type: none"> 報告書の構成と体裁確認

2.3. 検討委員会

事業計画や解析結果は、有識者で構成される検討委員会（全5回開催）によって決定・監修された。

2.3.1. 検討委員会の構成員

1	荒井秀典 (委員長)	国立長寿医療研究センター 理事長
2	佐竹昭介	国立長寿医療研究センターフレイル研究部 部長
3	近藤克則	国立長寿医療研究センター老年学評価研究部 部長
4	葛谷雅文	名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院 病院長 名古屋大学 名誉教授
5	武地一	藤田医科大学医学部認知症・高齢診療科 教授
6	石崎達郎	東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム 研究部長
7	飯島勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構 機構長 東京大学未来ビジョン研究センター 教授
8	杉本研	川崎医科大学医学部 教授
9	梅垣宏行	名古屋大学未来社会創造機構 教授 名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学老年科学 教授
10	藤原佳典	東京都健康長寿医療センター研究所 副所長 東京都介護予防・フレイル予防推進支援センター センター長
11	清野諭	東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加とヘルシーエイジング研究チーム 主任研究員（大都市社会関係基盤研究）
12	中村廣隆	朝日大学保健医療学部看護学科公衆衛生看護学領域 講師

2.3.2. 検討委員会の開催日と議題

	開催日	議題
第1回	令和5年8月17日(木)	<ul style="list-style-type: none"> 自己紹介 調査概要の確認 研究体制の確認 スケジュールの確認 通いの場の有効性解析結果の確認 委員長の選出 通いの場の定義に関する議論

		<ul style="list-style-type: none"> アンケート調査票の確認
第2回	令和5年9月12日(火)	<ul style="list-style-type: none"> 通いの場の定義に関する確認 アンケート調査票の最終確認
第3回	令和5年11月14日(火)	<ul style="list-style-type: none"> アンケート調査の回収状況および速報値の確認 通いの場の有効性解析結果の確認 ヒアリング調査の対象自治体の選出方法の確認
第4回	令和6年1月16日(火)	<ul style="list-style-type: none"> ヒアリング調査の速報結果の確認 通いの場の有効性解析結果の確認
第5回	令和6年3月12日(火)	<ul style="list-style-type: none"> 報告書の確認

3. 事業1 | アンケート調査

令和2年度から開始された「高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施」では、フレイル予防を推進する拠点として「通いの場」が推奨されている。通いの場では、住民が主体となり、保健師や管理栄養士などの専門職が効果的に関与することで、多様な取り組みを実施するよう求められている。しかし、この取り組みが各自治体において、効果的に機能しているか否かについては不明である。

東海北陸管内の自治体における通いの場の実態について、具体的な推進方策や標準化された評価の枠組み（PDCA サイクルに沿った「通いの場」の取組を推進するための手引き）に基づいて、アンケート調査から各自治体の取組の実施状況を明らかにした。

3.1. 対象

東海北陸6県（愛知県、岐阜県、三重県、静岡県、石川県、富山県）の194自治体

3.2. 実施期間

2023年9月～2023年10月

3.3. 調査項目

アンケートは、令和3-4年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）の研究班（研究代表者：藤原佳典）が作成した、PDCA サイクルに沿った「通いの場」の取組を推進するための手引き（自治体向け）¹のアクトレシピに基づき作成した。アクトレシピは、自治体の担当職員が地域全体を俯瞰的にみて、通いの場の取組を戦略的に推進するための事業計画を立案（P）・実践し（D）、評価結果（C）をもとに再度計画を見直す（A）過程を評価できる。アクトレシピはPDCAを6つのフェーズに分け、実施することが望ましいと考えられる10のコア項目と、それらに付随する40の小項目がチェックリスト形式でまとめられている。表3-1に、アクトレシピの項目を示す。

表3-1 アクトレシピによるPDCAの各項目

フェーズ	コア項目	小項目	各小項目の選択肢
PLAN 理解	①地域づくりによる介護予防の背景を理解している	1 介護予防・フレイル予防の要点を理解している 2 介護予防・フレイル予防の要点を住民や関係者に説明できる 3 通いの場の必要性を理解している 4 通いの場の必要性を住民や関係者に説明できる	1 していない ／できていない 2 あまりしていない ／あまりできていない 3 している ／できている 4 よくしている ／よくできている
PLAN 調査・計画	②調査結果等から地域の強みと弱み、通いの場の現状を把握している	1 少なくとも数年に1度程度、地域診断の際に調査（ニーズ調査等）を活用している 2 地域にある通いの場の実施状況（場の数、活動頻度、内容、運営など）を把握している 3 通いの場の参加者の状況（性別、年齢層、健康状態、要支援、要介護認定者の参加の有無など）を把握している 4 地域の強みと弱みを把握している	1 していない 2 あまりしていない 3 している 4 よくしている
	③重点課題を明確にし、課内で共有している	1 通いの場に関係する地域の弱み（問題点）を洗い出している 2 重点的に取り組むべき課題（重点課題）を決めている 3 上記を課内で協議・共有している	1 していない 2 あまりしていない 3 している 4 よくしている
	④重点課題の解決に向けた実施計画・目標値を策定している	1 重点課題に対する取組内容を策定している 2 取組の年間計画を決めている 3 取組の目標や目標値を設定している 4 役所内の他事業とどのように連動させるかを整理している 5 連携が必要な機関・組織を整理している 6 上記を課内で協議・共有している	1 していない 2 あまりしていない 3 している 4 よくしている
DO 体制・連携	⑤評価計画（いつ、誰が、何を、どのように評価するか）が明確である	1 体制・連携や取組の実施状況の評価方法を決めている 2 取組による直接の成果（通いの場の数や参加者数など）の評価方法を決めている 3 取組による効果の評価方法を決めている	1 していない 2 あまりしていない 3 している 4 よくしている
	⑥重点課題の解決に必要な行政内外の機関・組織と連携している	1 行政内の他部署・支局（出張所等）と連携している 2 他機関と連携している 3 職能団体と連携している 4 住民組織と連携している	1 していない 2 あまりしていない 3 している 4 よくしている
DO 実施	⑦重点課題の解決に必要な取組を実施している	1 支援者・ボランティアの養成、スキルアップを行っている 2 通いの場の立ち上げ支援を行っている 3 通いの場の継続支援を行っている 4 住民の参加を促す取組を行っている 5 他事業と連携している 6 介護予防と保健事業の一体的実施を行っている 7 その他の取組を実施している	1 していない 2 あまりしていない 3 している 4 よくしている

CHECK 評価	⑧通いの場事業を評価している	1 体制・連携を評価している 2 取組の実施状況を評価している 3 直接の成果を評価している	1 していない 2 あまりしていない 3 している 4 よくしている
	⑨通いの場の効果を評価している	1 通いの場の参加者を対象にした調査・評価を随時行っている 2 高齢者全体を対象に、個人を識別した調査を、少なくとも数年に一度実施している 3 個人を識別した調査において、通いの場の参加者と非参加者を識別できる 4 個人を識別した調査データ(通いの場の参加状況やアンケートデータ等)と医療・介護保険情報等を結合できる	※当てはまるものに○をつける
ACTION 調整・改善	⑩課題解決に向けた計画、体制、取組内容、目標値を再検討している	1 計画を再検討している 2 体制を再検討している 3 取組内容を再検討している 4 目標値を再検討している	1 していない 2 あまりしていない 3 している 4 よくしている

質問項目はアクトレシピに加え、質問紙の回答への同意についての可否、事業担当課および担当者の属性、ヒアリング調査への協力依頼の項目を追加し、22項目であった。回答方法は4択、選択項目、複数回答、自由記述である。以下は主な項目である。

①事業担当課および担当者について

事業担当課の在籍者数、通いの場の数、担当者の年代、入職してからの年数、通いの場の担当歴、医療や保健に関わる資格や免許

②通いの場の理解度について

介護予防・フレイル予防の理解と住民・関係者への説明、通いの場の必要性の理解と住民・関係者への説明

③通いの場の調査・計画状況について

【地域の強みと弱み、通いの場の現状把握】

地域診断の際のニーズ調査の活用、通いの場の実施状況の把握、通いの場の参加者の状況の把握、地域の強みと弱みの把握

【重点課題の明確化と共有】

通いの場に関係する地域の弱み(問題点)の洗い出し、重点課題の決定や課内および課外・その他の関係者などでの協議・情報共有

【重点課題の解決に向けた実施計画・目標値の策定】

重点課題の取り組み内容の策定や年間計画・目標値の設定、役所内での他事業との連動の整理、連携が必要な機関・組織の整理、重点課題についての課内での協議・共有

【評価計画の明確化】

体制・連携や取組の実施状況の評価方法の決定、取組による直接の成果の評価方法の決定、取組による効果の評価方法の決定

④通いの場の体制・連携状況について

行政内の他部署・支局（出張所等）との連携、他機関との連携、実際に連携している機関の種類、職能団体との連携、実際に連携している職能団体の種類、住民組織との連携、実際に連携している住民組織の種類

⑤通いの場の実施状況について

支援者・ボランティアの養成・スキルアップ、通いの場の立ち上げ支援や継続支援、住民の参加を促す取組、他事業との連携、保健事業と介護予防の一体的実施やその他の取り組みの実施、その他の取組の具体的な内容、重点課題解決に向けて実施している取組の内容

⑥通いの場の評価状況について

【通いの場事業の評価】

体制・連携の評価、取組の実施状況の評価、直接の成果の評価、実際に評価している項目

【通いの場の効果の評価】

【適切な評価に向けた準備として実際に行っているもの】

⑦通いの場の調整・改善状況について

課題解決に向けた計画・体制・取組内容・目標値の再検討

⑧ヒアリング調査への協力について

ヒアリング調査への協力の可否、可の場合の連絡先

3.4. 解析方法

自治体の分類は、①県別、②可住地人口密度別に分けた。可住地人口密度は可住地面積1km²当たりの人口密度を示し、本調査では総務省統計局から公表されている「統計でみる市区町村のすがた 2023」の可住地面積²および「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」の令和3年の人口の資料³を使用し、人口/可住地面積(km²)により算出した。可住地人口密度は、JAGES の分類方法を用いて、4000人/km²以上（都市部に相当）、1000～3999人/km²（郊外に相当）、1000/km²未満（農村部に相当）の3つとした。①と②は小項目について各項目の割合の分布、アクトレシピの得点は記述統計を示した。自由記述は記載内容をまとめた。

次に、返信のあった自治体のうちヒアリング調査に協力可能な自治体を抽出し、アクトレシピの項目に欠測値のない自治体の点数を算出した。アクトレシピは、【理解度】がスコア1、【調整・計画】がスコア2、【体制・連携】がスコア3、【実施】がスコア4、【評価】がスコア5、【調整・改善】がスコア6に分類される。各スコアの小項目の回答は、「していない／できていない」が1点、「あまりしていない／あまりできていない」が2点、「している／できている」が3点、「よくしている／よくできている」が4点である。各フェーズの合計点を算出後、小項目数で除算し、得点率を算出した。最後に、6つのフェーズの得点を合計し、合計点数の平均得点（総合得点）を算出した。

3.5. 集計結果

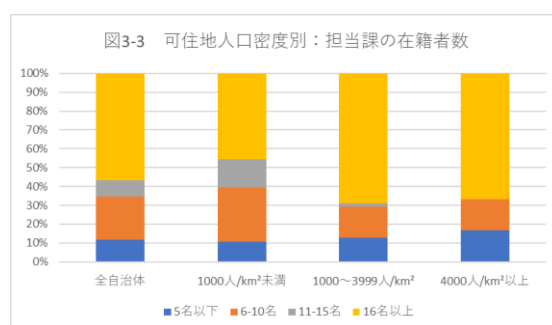
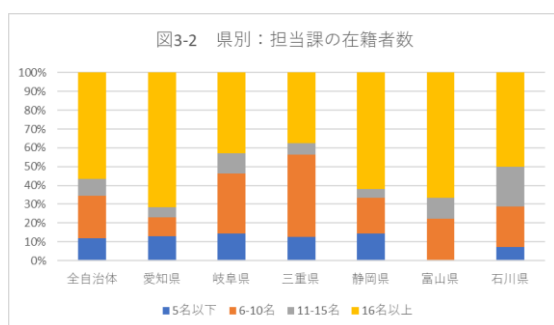
3.5.1. 回収状況

調査対象の194自治体に質問紙を送付した。返信がなかった64自治体、回答に同意しなかった3自治体を除き、有効回答数は127自治体（有効回答率65.5%）であった。自治体別の有効回答数（有効回答率）は、愛知県39/54自治体（72.2%）、岐阜県28/42自治体（66.7%）、三重県16/29自治体（55.2%）、静岡県21/35自治体（60%）、富山県9/15自治体（60%）、石川県14/19自治体（73.7%）であった。回収された自治体のうち可住地人口密度別では、4000人/km²以上が6/9自治体（66.7%）、1000～3999人/km²が55/83自治体（66.3%）、1000/km²未満が66/102自治体（64.7%）であった。

3.5.2. 事業担当課および担当者の属性

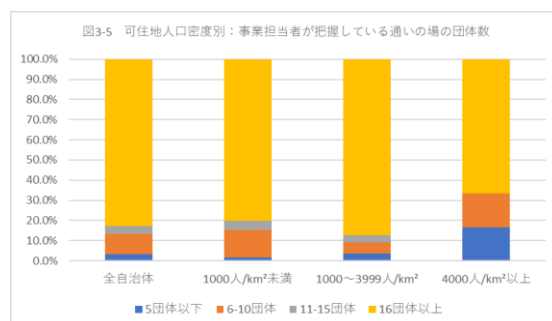
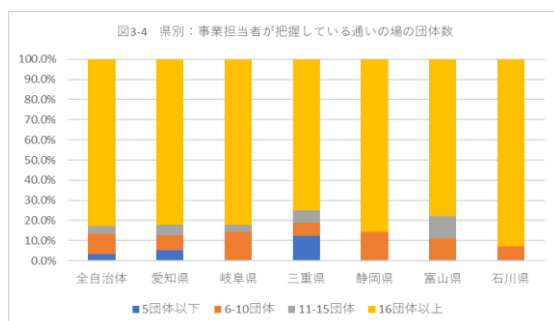
3.5.2.1. 事業担当課の在籍者

図3-2、図3-3に担当課の在籍者数の分布を県別、可住地人口密度別に示す。県別では愛知県、静岡県、富山県、可住地人口密度別では1000～3999人/km²、4000人/km²以上では16名以上の在籍者の割合は60%以上であった。



3.5.2.2. 事業担当者が把握している通いの場の団体数

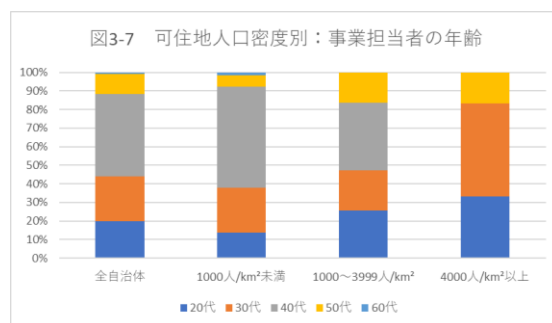
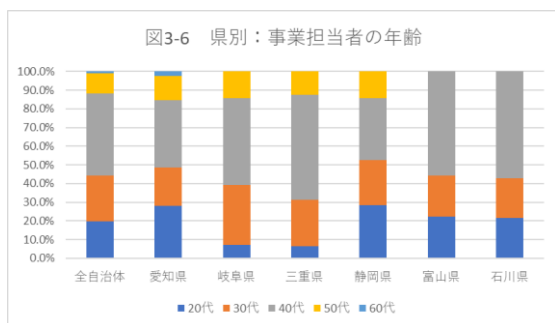
図3-4、3-5に事業担当者が把握している通いの場の団体数を県別、可住地人口密度別に示す。県別および可住地人口密度別の自治体とも16団体以上が65%以上であった。



3.5.2.3. 事業担当者の年齢

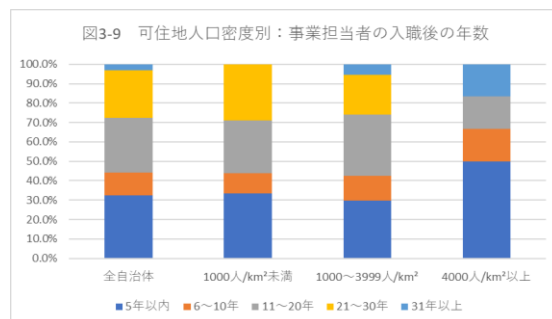
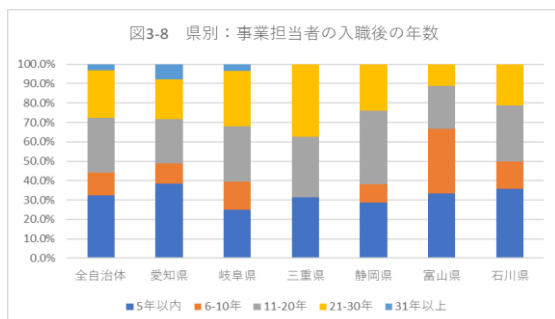
図3-6、図3-7に事業担当者の年代を県別、可住地人口密度別に示す。全自治体では40

代、30代、20代、50代、60代の順であった。県別ではどの県も40代が多かったが富山県と石川県は50代と60代の担当者はいなかった。可住地人口密度別の自治体では1000人/km²未満では全自治体と同様の分布であったが、4000人/km²以上では20代と30代が80%以上であった。



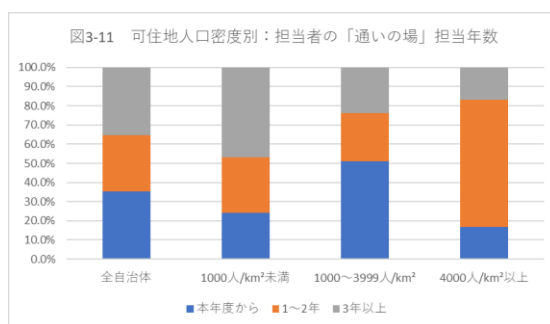
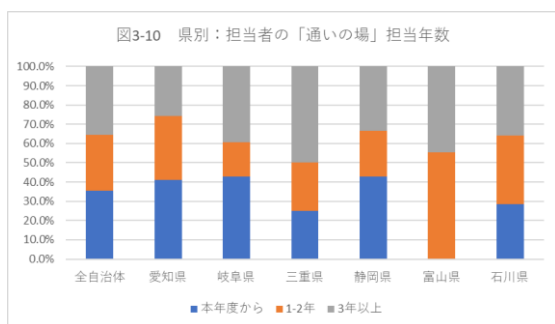
3.5.2.4. 事業担当者の入職後の年数

図3-8、図3-9に事業担当者が入職してから何年目にあたるかを県別、可住地人口密度別に示す。全自治体では5年以内、11-20年、21-30年、6-10年、31年以上の順であった。県により分布は異なったが5年以内と11-20年は22~38%であった。可住地人口密度別では1000人/km²未満と1000~3999人/km²は全自治体と同様の分布であったが、4000人/km²以上の自治体では5年以内が50%を占めた。



3.5.2.5. 「通いの場」事業の担当者になってからの年数

図3-10、図3-11に事業担当者が「通いの場」の担当者になってからの年数を県別、可住地人口密度別に示す。全自治体では令和5年度から、1-2年、3年以上とも30%前後の分布であった。県により分布は異なったが、どの県も3年以上は25%以上であった。可住地人口密度別で分布は異なった。



3.5.2.6. 「通いの場」事業の担当者の医療や保健に関わる資格や免許について

表 3-12、表 3-13 に、事業担当者の医療や保健に関わる資格や免許を県別、可住地人口密度別に示す。通いの場事業の担当者の医療や保健に関わる資格や免許は、県別および可住地人口密度別の自治体とも看護師・保健師が 50%以上であった。その他の資格・免許では社会福祉士、理学療法士などが続いた。

表 3-12 県別における事業担当者の医療や保健に関わる資格や免許

	全自治体 (N=127)	愛知県 (N=39)	岐阜県 (N=28)	三重県 (N=16)	静岡県 (N=34)	富山県 (N=9)	石川県 (N=14)
看護師・保健師	77 (60.6%)	21 (53.8%)	19 (67.9%)	10 (62.5%)	11 (52.4%)	5 (55.6%)	11 (78.6%)
なし	28 (22%)	16 (41%)	4 (14.3%)	2 (12.5%)	4 (19%)	1 (11.1%)	1 (7.1%)
社会福祉士	9 (7.1%)	0	4 (14.3%)	1 (6.3%)	2 (9.5%)	1 (11.1%)	1 (7.1%)
理学療法士	7 (5.5%)	2 (5.1%)	1 (3.6%)	2 (12.5%)	1 (4.8%)	1 (11.1%)	0
作業療法士	2 (1.6%)	0	0	0	0	1 (11.1%)	1 (7.1%)
管理栄養士・ 栄養士	2 (1.6%)	0	0	1 (6.3%)	1 (4.8%)	0	0
精神保健福祉士	1 (0.8%)	0	0	0	1 (4.8%)	0	0
社会福祉主事	1 (0.8%)	0	0	0	1 (4.8%)	0	0
薬剤師	0	0	0	0	0	0	0
歯科衛生士	0	0	0	0	0	0	0
健康運動指導士	0	0	0	0	0	0	0

表 3-13 可住地人口密度別における事業担当者の医療や保健に関わる資格や免許

	全自治体 (N=127)	1000人/km²未満 (N=66)	1000~3999人/km² (N=55)	4000人/km²以上 (N=6)
看護師・保健師	77 (60.6%)	43 (65.2%)	32 (58.2%)	2 (33.3%)
なし	28 (22%)	6 (9.1%)	19 (34.5%)	3 (50%)
社会福祉士	9 (7.1%)	8 (12.1%)	1 (1.8%)	0
理学療法士	7 (5.5%)	4 (6.1%)	2 (3.6%)	1 (16.7%)
作業療法士	2 (1.6%)	2 (3%)	0	0
管理栄養士・ 栄養士	2 (1.6%)	2 (3%)	0	0

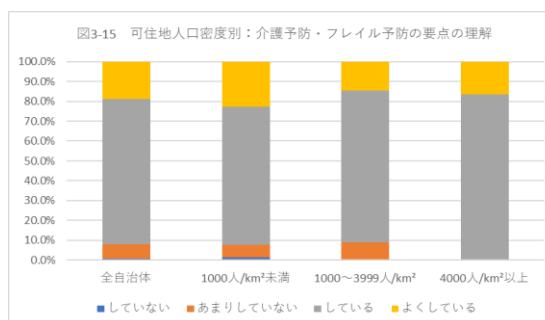
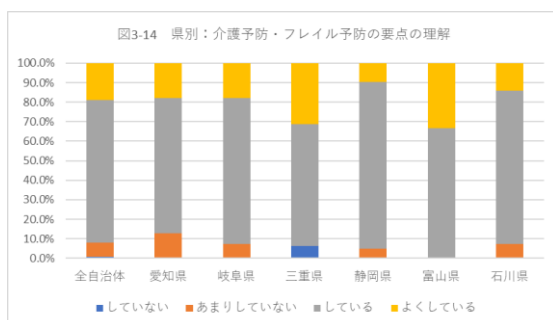
精神保健福祉士	1 (0.8%)	1 (1.5%)	0	0
社会福祉主事	1 (0.8%)	0	1 (1.8%)	0
薬剤師	0	0	0	0
歯科衛生士	0	0	0	0
健康運動指導士	0	0	0	0

事業担当課および担当者の属性のまとめ

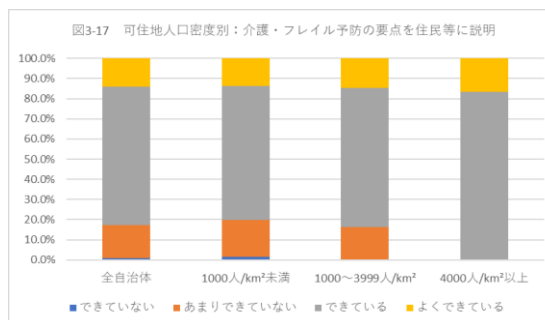
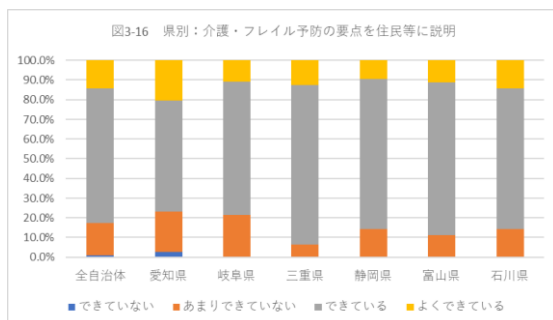
事業担当課の担当者の在籍者数は16名以上が60%以上、事業担当者が把握している通いの場の団体数は16団体以上が65%以上であった。事業担当者の年齢は40代が多かったが、可住地人口密度の4000人/km²以上の自治体は20代と30代が多かった。事業担当者の入職後の年数は県により分布が異なり、5年以内と11-20年が多かった。通いの場事業の担当者になってからの年数は、3年以上が25%以上で、医療や保健に関わる資格・免許では看護師・保健師が50%以上であった。

3.5.3. PLAN_理解度：地域づくりによる介護予防の背景の理解の分布

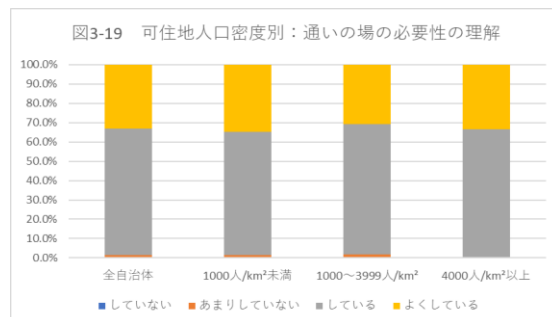
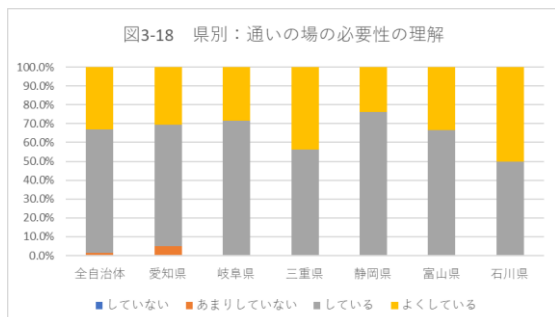
介護予防・フレイル予防の要点を理解しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図3-14、図3-15に示す。県別および可住地人口密度別の自治体とも「理解している」「よく理解している」を合わせて80%以上であった。



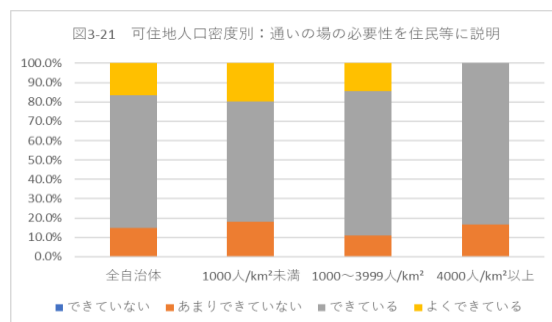
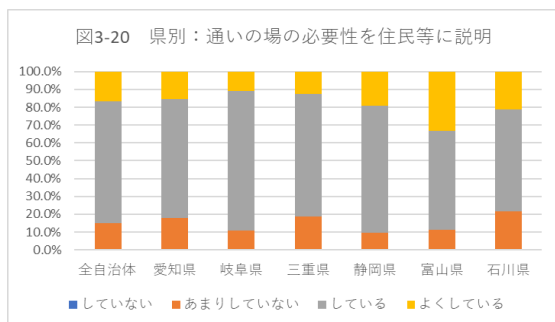
介護予防・フレイル予防の要点を住民や関係者に説明できるか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図3-16、図3-17に示す。県別および可住地人口密度別の自治体とも「できている」「よくできている」を合わせて75%以上であった。



通いの場の必要性を理解しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-18、図 3-19 に示す。県別および可住地人口密度別の自治体とも「理解している」「よく理解している」を合わせて 90%以上であった。



通いの場の必要性を住民や関係者に説明できるか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-20、図 3-21 に示す。県別および可住地人口密度別の自治体とも「できている」「よくできている」を合わせて 80%以上であった。



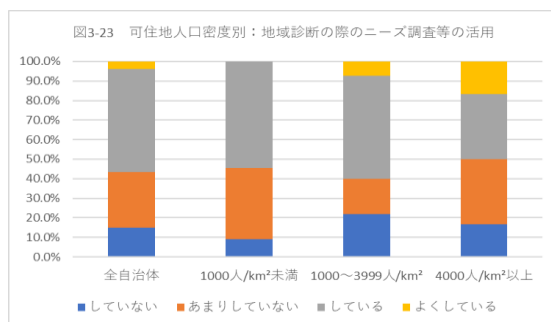
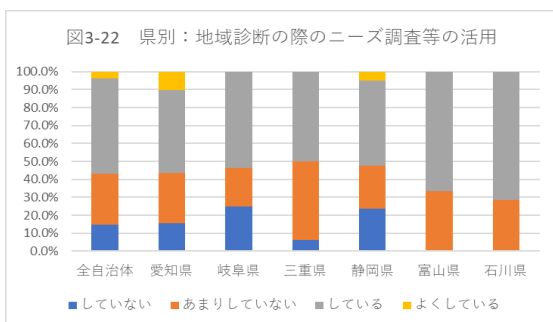
PLAN_理解度：地域づくりによる介護予防の背景の理解のまとめ

介護予防・フレイル予防の要点や通いの場の必要性の理解や住民への説明は、どの県も「理解している」「説明できている」が 75%以上であった。

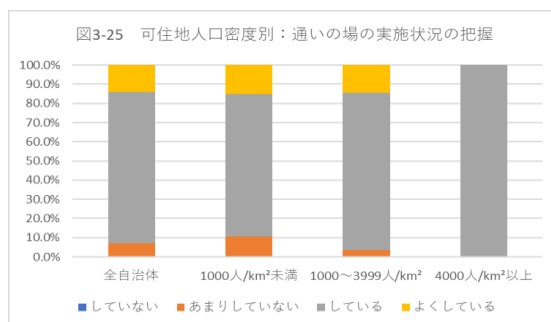
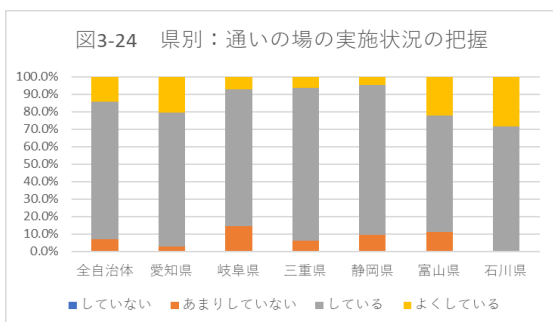
3.5.4. PLAN_通いの場の調査・計画状況の分布

3.5.4.1. 調査結果等から地域の強みと弱み、通いの場の現状を把握している

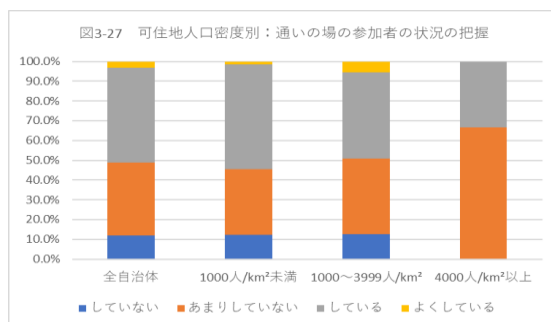
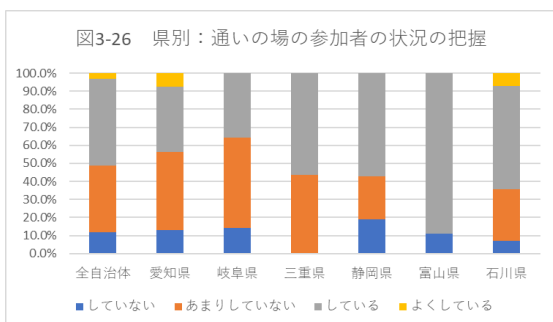
少なくとも数年に 1 度程度、地域診断の際に調査（ニーズ調査等）を活用しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-22、図 3-23 に示す。県により分布は異なったが、県別および可住地人口密度別の自治体とも「活用している」「よく活用している」を合わせて 50%以上であった。



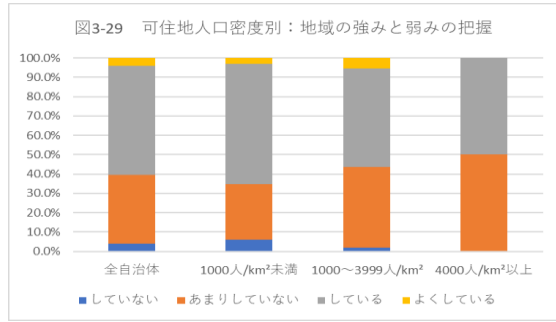
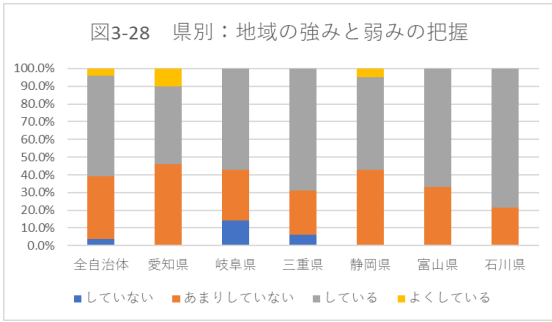
地域にある通いの場の実施状況（場の数、活動頻度、内容、運営者など）を把握しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-24、図 3-25 に示す。県別および可住地人口密度別の自治体とも「把握している」「よく把握している」が 85%以上であった。



通いの場の参加者の状況（性別、年齢層、健康状態、要支援・要介護認定者の参加の有無など）を把握しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-26、図 3-27 に示す。県、可住地人口密度別とも分布は異なった。富山県は「把握している」が 89%であったが、その他の県では 35%～57%であった。可住地人口密度の 4000 人/km² 以上では「あまり把握していない」が 67%であった。



地域の強みと弱みを把握しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-28、図 3-29 に示す。県別および可住地人口密度別の自治体とも「把握している」「よく把握している」を合わせて 50%以上であったが、可住地人口密度別の 4000 人/km² 以上では「把握している」が少なかった。

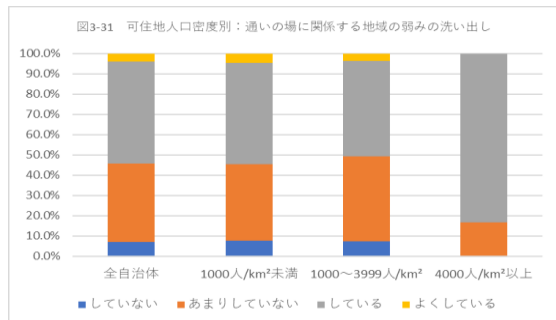
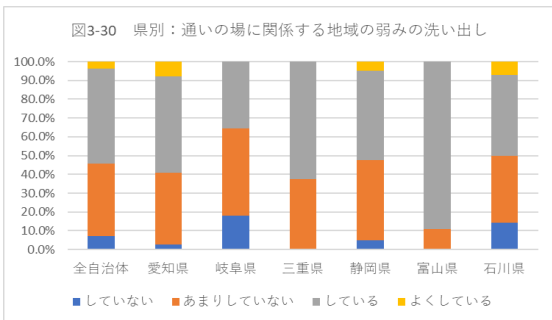


調査結果等から地域の強みと弱み、通いの場の現状を把握のまとめ

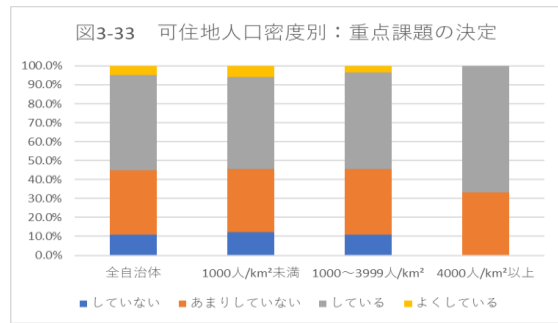
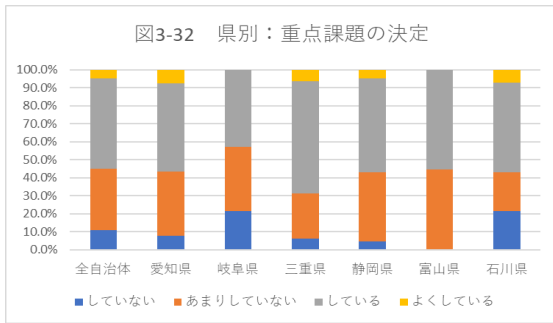
通いの場の実施状況の把握は、県別、可住地人口密度別とも「把握している」「よく把握している」が85%以上であった。地域診断の際に調査（ニーズ調査等）を活用、通いの場の参加者の状況の把握、地域の強みと弱みの把握は、富山県、石川県は60%以上、その他の自治体も概ね50%以上が多かったが、可住地人口密度別4000人/km²以上では50%を下回った。

3.5.4.2. 重点課題を明確にし、共有している

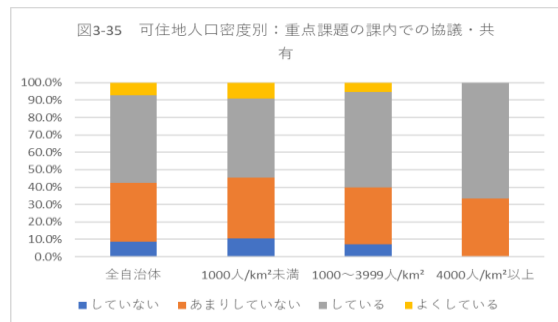
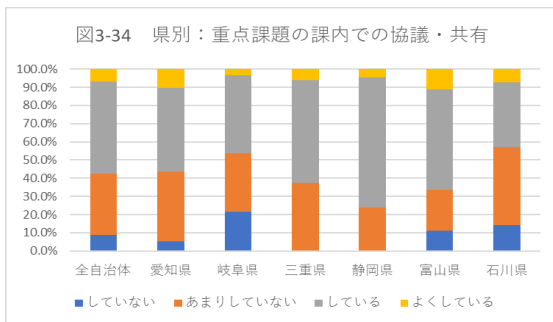
通いの場に関係する地域の弱み（問題点）を洗い出しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図3-30、図3-31に示す。県により分布は異なった。岐阜県以外は「している」「よくしている」を合わせて50%以上、富山県と可住地人口密度別の4000人/km²以上では80%以上であった。



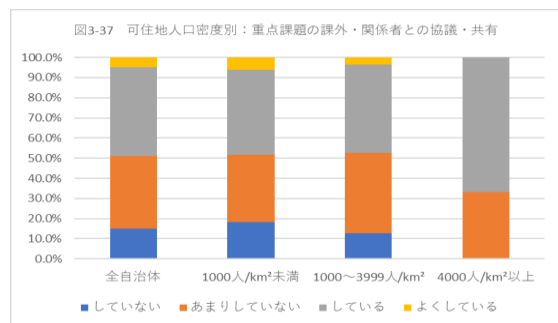
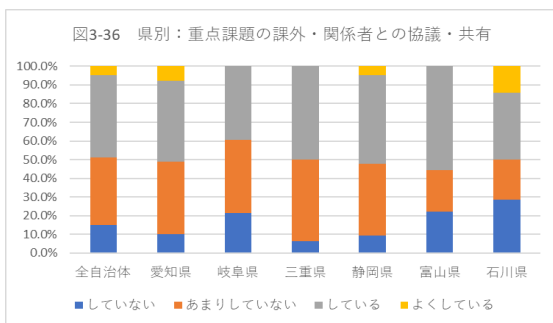
重点的に取り組むべき課題（重点課題）を決めているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図3-32、図3-33に示す。岐阜県以外は「している」「よくしている」を合わせて50%以上であった。



重点的に取り組むべき課題（重点課題）について課内で協議・共有しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-34、図 3-35 に示す。県により分布は異なった。岐阜県と石川県は「している」「よくしている」を合わせて 50%に満たなかったが、三重県、静岡県、富山県は 60%以上であった。可住地人口密度別では 1000～3999 人/km²、4000 人/km²以上では 60%以上であった。

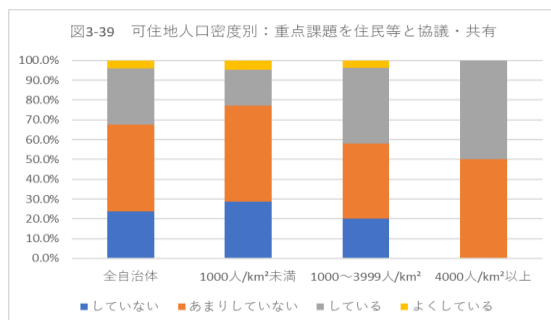
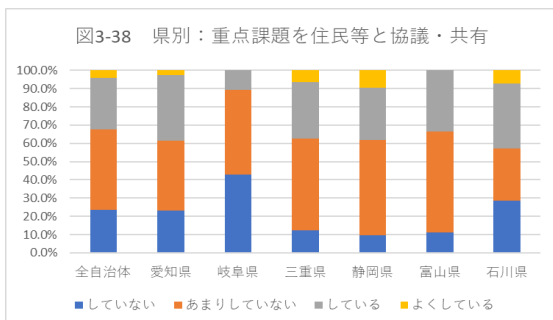


重点的に取り組むべき課題（重点課題）について課外や関係者とも協議・共有しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-36、図 3-37 に示す。県別では岐阜県以外は「している」「よくしている」を合わせて 50%以上であった。可住地人口密度別では 1000 人/km²未満、1000～3999 人/km²の自治体では 50%を下回った。



重点的に取り組むべき課題（重点課題）について住民（ボランティア）とも協議・共有しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-38、図 3-39 に示す。どの県も「している」「よくしている」を合わせて 50%を下回った。可住地人口密度別では 4000 人/km²

以上では 50%であったがそれ以外は 50%を下回った。

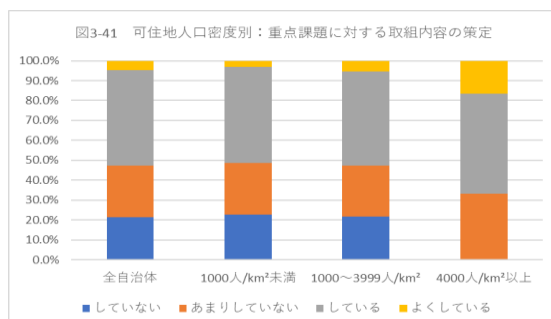
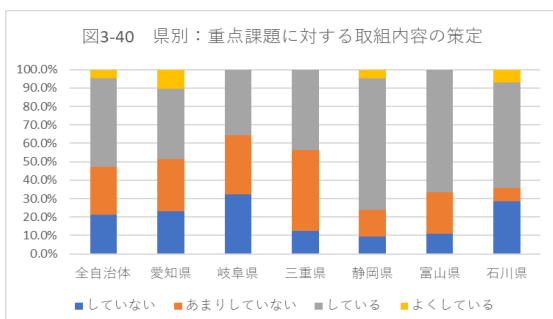


重点課題を明確にし、共有のまとめ

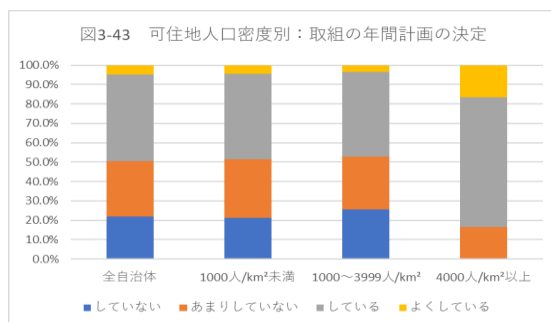
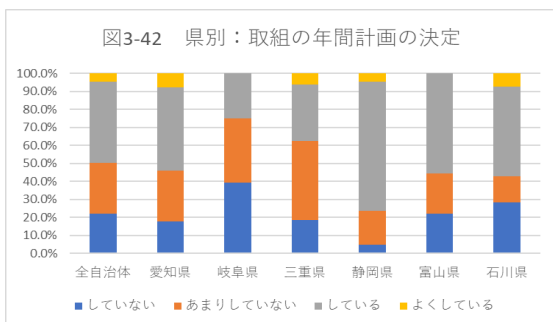
可住地人口密度別 4000 人/km² 以上では、どの項目も「している」「よくしている」は 50% 以上であった。

3.5.4.3. 重点課題の解決に向けた実施計画・目標値を策定している

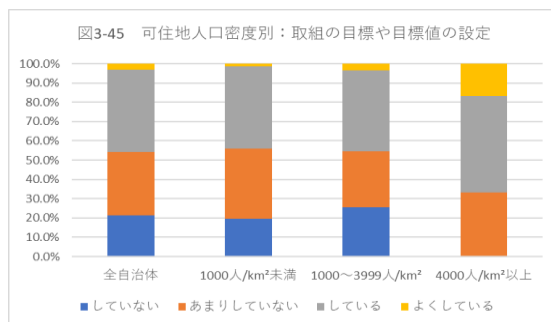
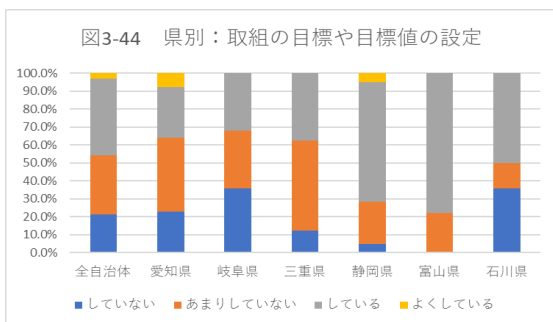
重点課題に対する取組内容を策定しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-40、図 3-41 に示す。県により分布は異なった。愛知県、岐阜県、三重県では「している」「よくしている」を合わせて 50%を下回ったが、静岡県、富山県、石川県は 60%以上であった。可住地人口密度別では 1000 人/km² 未満、1000～3999 人/km² は 50%以上、4000 人/km² 以上では 60%以上であった。



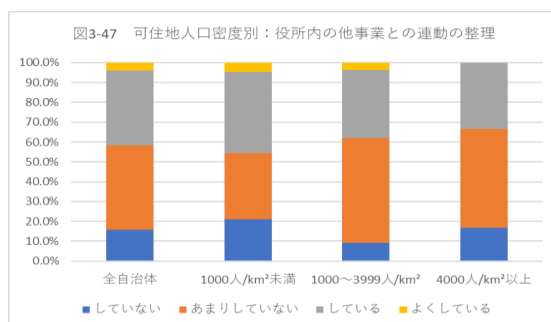
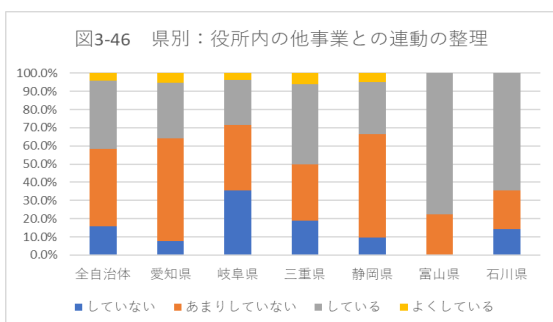
取組の年間計画を決めているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-42、図 3-43 に示す。県により分布は異なった。岐阜県、三重県は「している」「よくしている」を合わせて 40%に満たなかったが、その他の県は 50%以上であった。可住地人口密度別では 1000 人/km² 未満、1000～3999 人/km² は 50%に満たなかったが、4000 人/km² 以上では 80%以上であった。



取組の目標や目標値を設定しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-44、図 3-45 に示す。県により分布は異なった。愛知県、岐阜県、三重県は「している」「よくしている」を合わせて 40%に満たなかったが、その他の県は 50%以上であった。可住地人口密度別では 1000 人/km² 未満、1000～3999 人/km² は 50%に満たなかったが、4000 人/km² 以上では 60%以上であった。

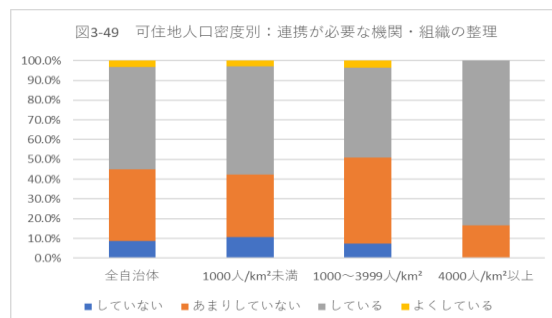
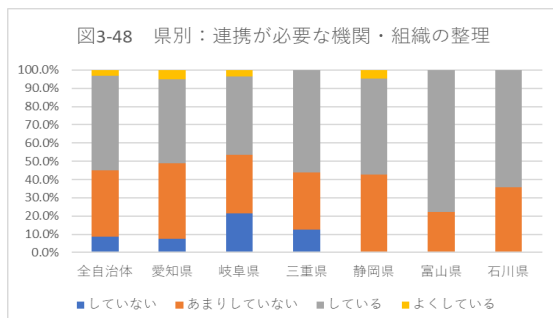


役所内の他事業とどのように連動させるかを整理しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-46、図 3-47 に示す。県により分布は異なった。愛知県、岐阜県、静岡県は「している」「よくしている」を合わせて 40%を下回った。三重県は 50%以上、富山県と石川県は 60%以上であった。可住地人口密度別では 50%を下回った。

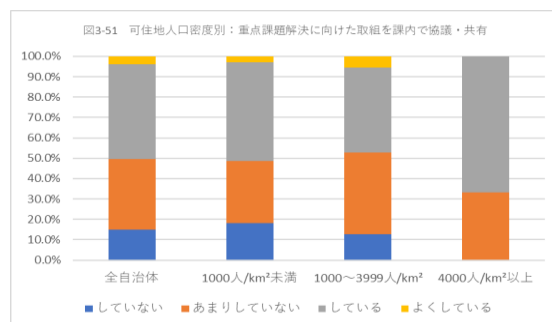
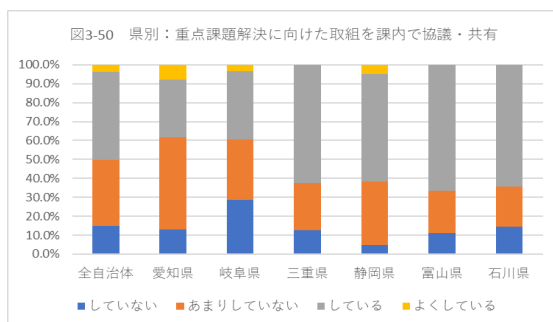


連携が必要な機関・組織を整理しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-48、図 3-49 に示す。県別および可住地人口密度別とも「している」「よくしている」を合わせて 50%以上であった。石川県は 60%以上、富山県と可住地人口密度別の 4000 人/km² 以

上では 80%前後であった。



上記の問いについて課内で協議・共有しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-50、図 3-51 に示す。県により分布は異なった。愛知県、岐阜県は「している」「よくしている」を合わせて 40%を下回ったがそれ以外の県は 60%以上であった。可住地人口密度別では 1000 人/km² 未満、1000～3999 人/km² は 50%前後であったが、4000 人/km² 以上では 60%以上であった。

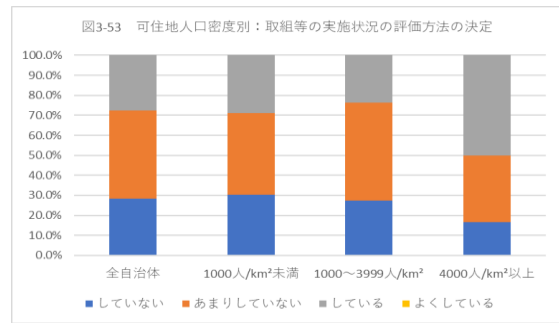
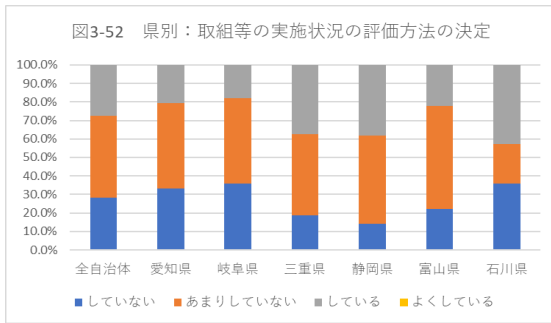


重点課題の解決に向けた実施計画・目標値を策定のまとめ

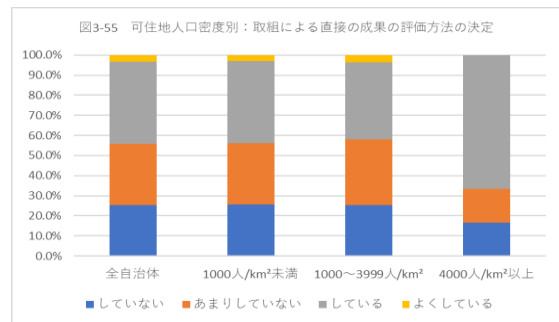
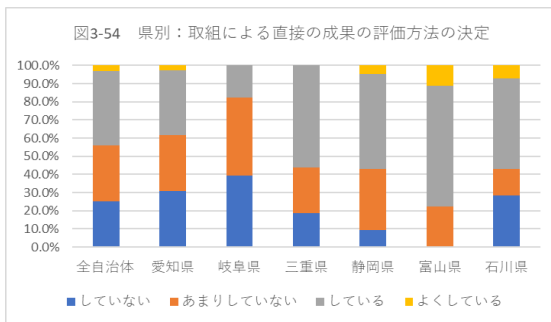
県別、可住地人口密度別で分布は異なった。重点課題の解決に向けた取組内容の策定、年間計画の決定、目標値の設定、役所内の他事業との連動の整理、連携が必要な機関・組織の整理、それらの課内での協議・共有のいずれも富山県、石川県は「している」「よくしている」が 50～60%以上であった。可住地人口密度別は 4000 人/km² 以上では、役所内の他事業との連動の整理以外 60%以上であった。その他の県、可住地人口密度別では 40%、50%に満たなかった。

3.5.4.4. 評価計画（いつ、誰が、何を、どのように評価するか）が明確である

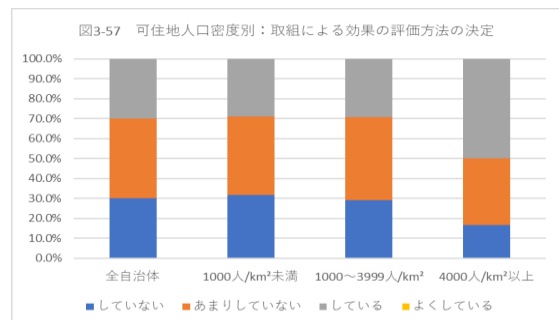
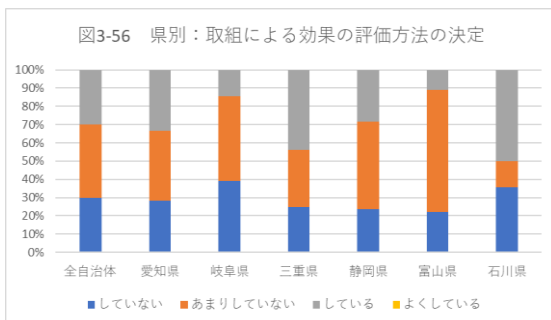
体制・連携や取組の実施状況の評価方法を決めているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-52、図 3-53 に示す。可住地人口密度別 4000 人/km² 以上の自治体では「している」「よくしている」を合わせて 50%であったが、それ以外の県、可住地人口密度別では 40%を下回った。



取組による直接の成果（通いの場の数や参加者数など）の評価方法を決めているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-54、図 3-55 に示す。県により分布は異なった。愛知県、岐阜県は「している」「よくしている」を合わせて 40%を下回ったがそれ以外の県では 60%以上であった。可住地人口密度別では 1000 人/km² 未満、1000～3999 人/km² は 50% 前後であったが、4000 人/km² 以上では 60%以上であった。



取組による効果の評価方法を決めているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-56、図 3-57 に示す。県別および可住地人口密度別とも「している」「よくしている」を合わせて 50%以下であった。



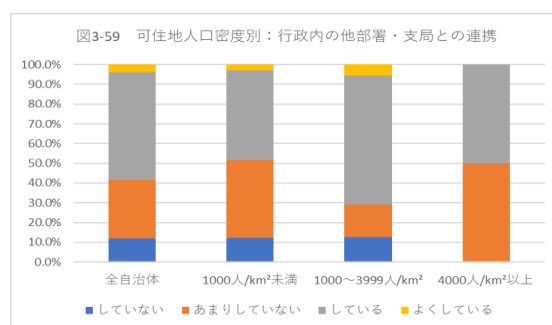
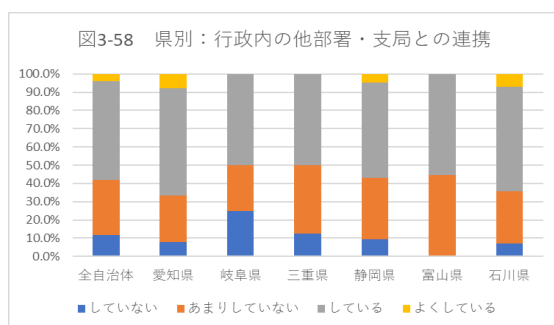
評価計画（いつ、誰が、何を、どのように評価するか）のまとめ

県別、可住地人口密度別で分布は異なった。可住地人口密度別は 4000 人/km² 以上では、どの項目も「している」「よくしている」が 50%以上であった。

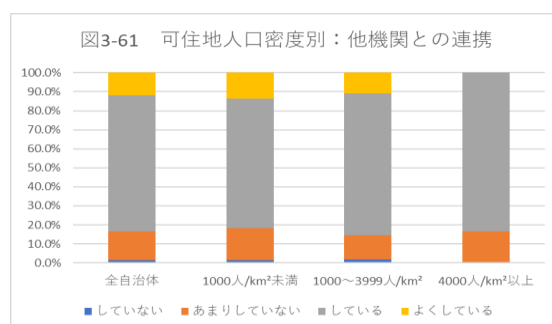
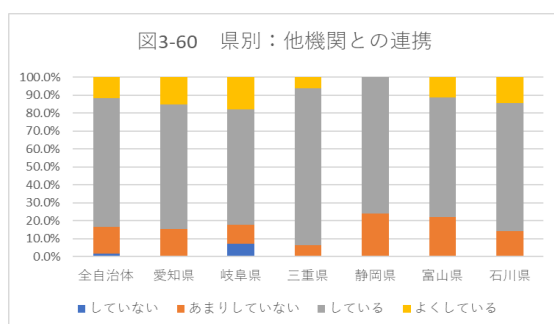
3.5.5. DO_体制・連携状況の分布

3.5.5.1. 重点課題の解決に必要な行政内外の機関・組織と連携している

行政内の他部署・支局（出張所等）と連携しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-58、図 3-59 に示す。可住地人口密度別の 1000 人/km²未満では「している」「よくしている」を合わせて 50%を下回ったが、それ以外の県、可住地人口密度別とも 50%以上、愛知県、石川県、1000～3999 人/km²では 60%以上であった。



他機関と連携しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-60、図 3-61 に示す。県別、可住地人口密度別とも「している」「よくしている」を合わせて 75%以上であった。



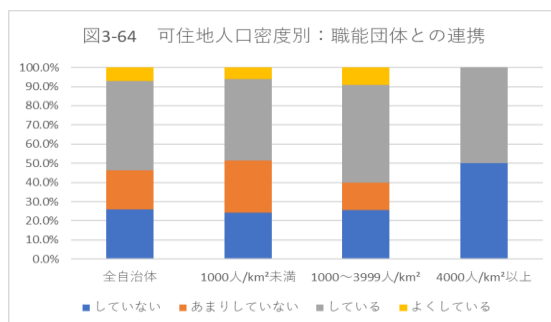
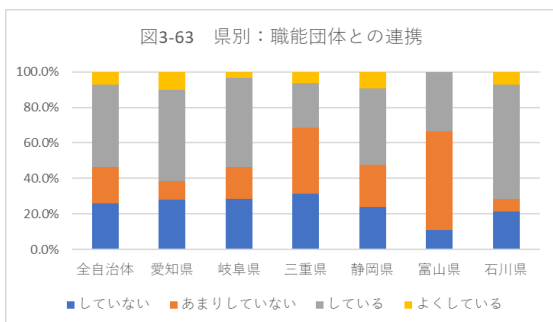
実際に連携している他機関を尋ねた（複数回答）。結果は県別で表-62 に示す。各県とも「地域包括支援センター」と「社会福祉協議会」が多く、医療機関、介護サービス事業者が続いた。

表 3-62 重点課題の解決として実際に連携している他機関（複数回答）

	愛知県 (N=108)	岐阜県 (N=68)	三重県 (N=43)	静岡県 (N=64)	富山県 (N=30)	石川県 (N=35)	合計 (N=348)
地域包括支援センター	36	20	12	16	8	10	102
社会福祉協議会	28	20	12	19	5	11	95
医療機関	9	5	4	5	5	5	33
介護サービス事業者	4	5	2	8	3	1	23
民間企業	5	2	0	5	1	1	14

NPO 法人	4	5	2	0	0	2	13
社会福祉法人	2	4	0	3	2	1	12
シルバー人材センター	4	1	0	2	0	1	8
保健所	2	1	1	0	2	1	7
共同組合	2	1	0	0	0	0	3
その他	6	2	5	3	2	1	19
保健センター	0	1	0	0	0	1	2
JAGES	1	0	0	0	0	0	1
スポーツクラブ、柔道整復師会	0	0	0	0	1	0	1
リハネット(職能団体)	1	0	0	0	0	0	1
レクリエーション協会、医療法人等	0	1	0	0	0	0	1
愛知県健康づくりリーダー連絡協議会西三河北部支部	1	0	0	0	0	0	1
一般社団法人	0	0	1	0	0	0	1
岡崎リハビリネットワーク	1	0	0	0	0	0	1
介護予防講師	1	0	0	0	0	0	1
警察、防犯協会	0	0	1	0	0	0	1
子育て支援センター	0	0	0	0	1	0	1
市立病院(医師、理学療法士)	0	0	1	0	0	0	1
小学校	0	0	0	1	0	0	1
生活支援コーディネーター	1	0	0	0	0	0	1
地域づくり組織	0	0	1	0	0	0	1
理学療法士	0	0	1	0	0	0	1
老人福祉センター	0	0	0	1	0	0	1
未記入	0	0	0	1	0	0	1

職能団体と連携しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-63、図 3-64 に示す。県により分布は異なった。三重県と富山県は「している」「よくしている」を合わせて 40%に満たなかったが、それ以外の県、可住地人口密度別とも 50%以上、愛知県は 60%以上、石川県は 70%以上であった。

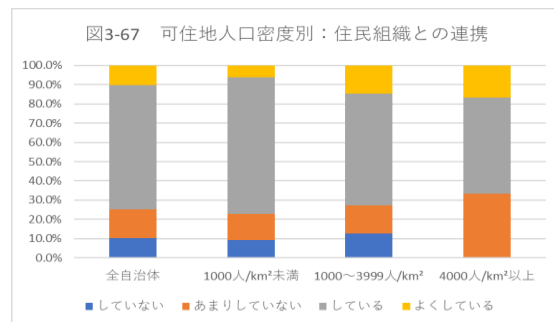
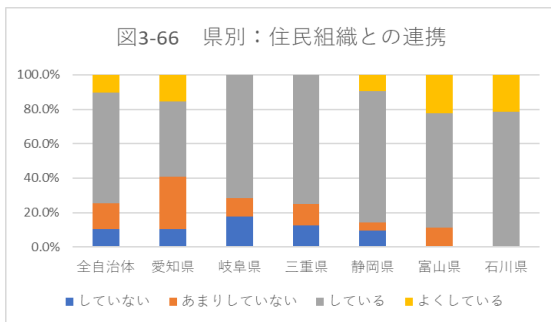


実際に連携している職能団体を尋ねた（複数回答）。結果は県別で表 3-65 に示す。実際に連携している職能団体について、各県とも理学療法士が多かった。愛知県は作業療法士、言語聴覚士が続き、その他の県は歯科衛生士、管理栄養士・栄養士、作業療法士薬剤師が続いた。

表 3-65 重点課題の解決として実際に連携している職能団体（複数回答）

	愛知県 (N=75)	岐阜県 (N=56)	三重県 (N=17)	静岡県 (N=34)	富山県 (N=13)	石川県 (N=25)	合計 (N=220)
理学療法士	23	15	5	13	3	11	70
歯科衛生士	5	14	5	7	3	6	40
管理栄養士・栄養士	6	13	4	7	3	4	37
作業療法士	18	5	1	4	1	2	31
薬剤師	4	2	0	3	1	2	12
言語聴覚士	10	1	0	0	0	0	11
不明	1	2	0	0	0	0	3
その他	4	2	1	0	1	0	8
運動指導士	0	0	1	0	0	0	1
音楽療法士等	0	1	0	0	0	0	1
看護師	1	0	0	0	0	0	1
市にあるリハビリ連絡会	1	0	0	0	0	0	1
歯科医師会	1	0	0	0	0	0	1
社会福祉士	0	1	0	0	0	0	1
柔道整復師	1	0	0	0	0	0	1
柔道整復師会	0	0	0	0	1	0	1

住民組織と連携しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-66、図 3-67 に示す。愛知県、可住地人口密度別 4000 人/km² 以上では 60%を下回ったが、それ以外の県、可住地人口密度別では 70%以上、富山県は 89%、石川県は 100%であった。



実際に連携している住民組織を尋ねた（複数回答）。結果は県別で表 3-68 に示す。実際に連携している住民組織について、各県とも住民ボランティア、老人クラブ・民生委員・児童委員、自治会・町会、食生活改善推進員の順が多かった。

表 3-68 重点課題の解決として実際に連携している住民組織（複数回答）

	愛知県 (N=69)	岐阜県 (N=41)	三重県 (N=41)	静岡県 (N=37)	富山県 (N=23)	石川県 (N=29)	合計 (N=240)
住民ボランティア	22	14	10	16	8	7	77
老人クラブ・民生/児童委員	16	12	11	11	6	9	65
自治会・町会	11	9	7	7	5	7	46
食生活改善推進員	4	2	4	1	2	3	16
スポーツ推進員など	4	0	1	0	0	1	6
その他	6	2	4	1	1	1	15
介護予防サポーター	0	0	0	0	1	1	2
健康づくりリーダー	2	0	0	0	0	0	2
サロン	0	0	1	0	0	0	1
愛知県健康づくりリーダー	1	0	0	0	0	0	1
介護予防リーダー	0	0	1	0	0	0	1
介護予防教室終了者による自主活動グループ	0	1	0	0	0	0	1
健康づくりリーダー連絡協議会、生活支援コーディネーター	1	0	0	0	0	0	1
健康推進員	0	0	1	0	0	0	1
福祉委員	0	1	0	0	0	0	1
保健委員	0	0	0	1	0	0	1
保健活動推進員	0	0	1	0	0	0	1
豊田市健康づくり協議会	1	0	0	0	0	0	1
未記入	1	0	0	0	0	0	1

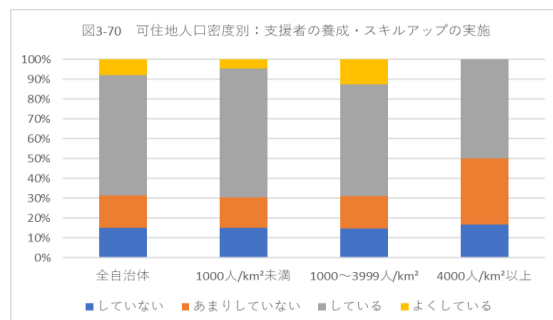
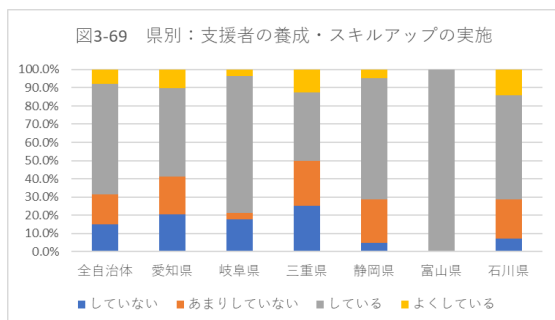
重点課題の解決に必要な行政内外の機関・組織と連携のまとめ

重点課題解決に向けた行政内の他部署・支局や職能団体との連携は県別および可住地人口密度別の自治体いずれも 50～60%、地域包括支援センターや社会福祉協議会などの他機関や住民組織との連携は各県および可住地人口密度別の自治体いずれも概ね 70%以上の自治体が多かった。

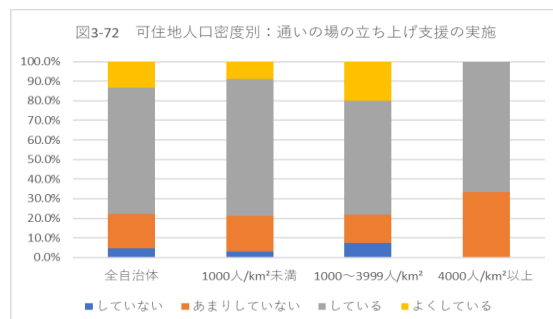
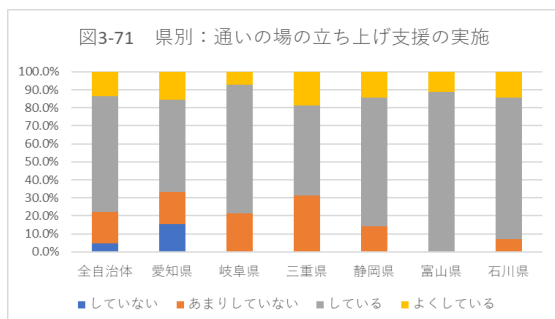
3.5.6. DO_通いの場の実施状況の分布

3.5.6.1. 重点課題の解決に必要な取組をしている

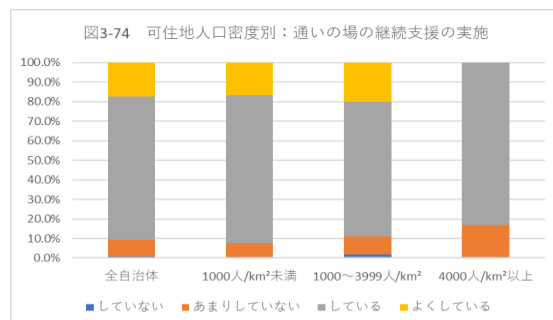
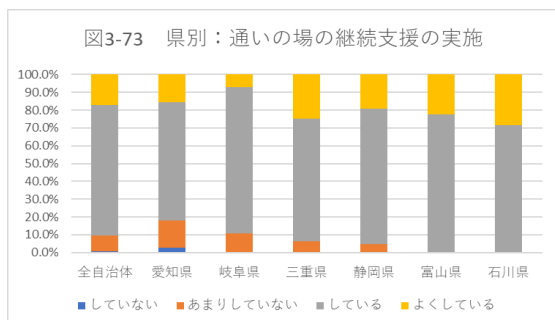
支援者・ボランティアの養成、スキルアップを行っているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-69、図 3-70 に示す。三重県、可住地人口密度別 4000 人/km² 以上では「している」「よくしている」を合わせて 50%であったが、その他の県別および可住地人口密度別の自治体では概ね 60%以上であった。



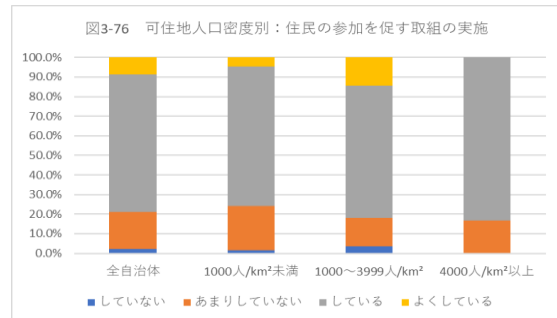
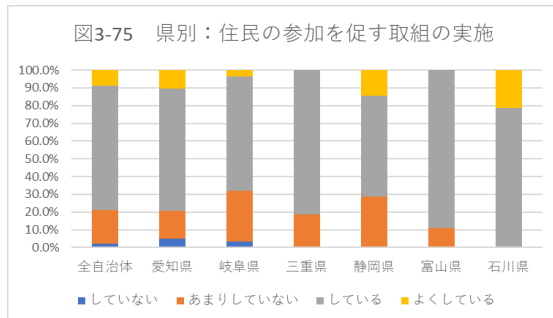
通いの場の立ち上げ支援を行っているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-71、図 3-72 に示す。県別および可住地人口密度別の自治体とも「している」「よくしている」を合わせて概ね 70%以上であった。



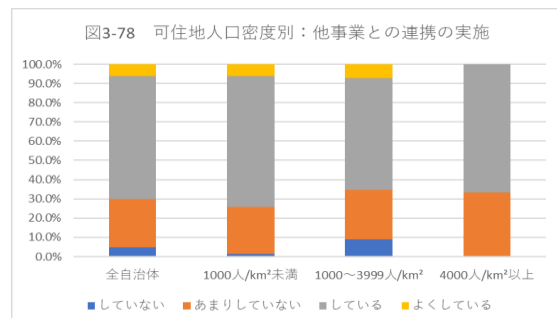
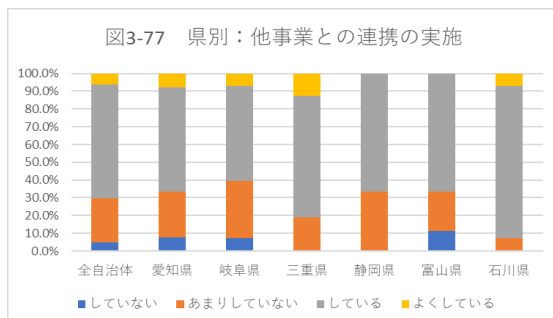
通いの場の継続支援を行っているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-73、図 3-74 に示す。県別および可住地人口密度別の自治体とも「している」「よくしている」を合わせて 80%以上であった。



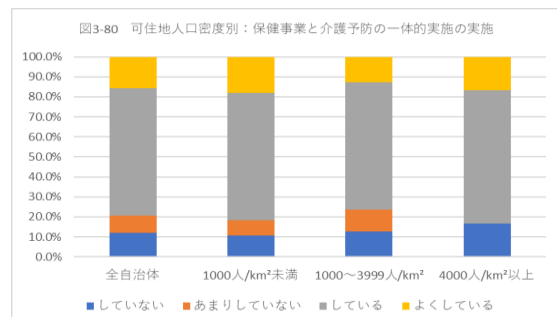
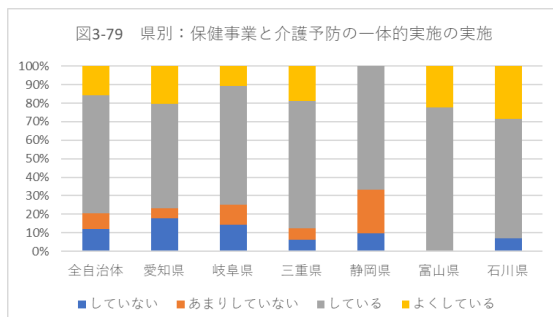
住民の参加を促す取組を行っているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-75、図 3-76 に示す。富山県、石川県、可住地人口密度別 1000~3999 人/km²、4000 人/km² 以上は「している」「よくしている」を合わせて 80%以上で、その他の県別および可住地人口密度別の自治体とも 65%以上であった。



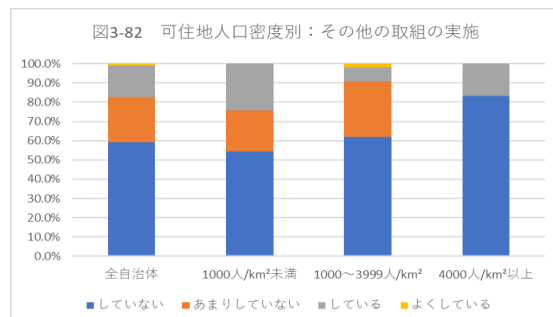
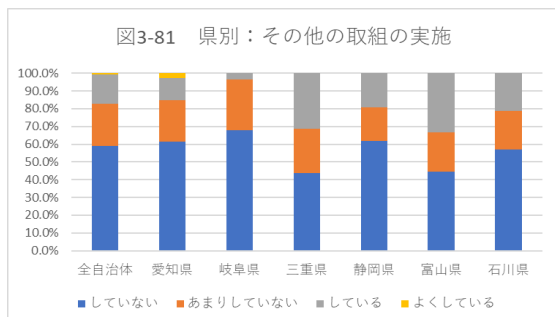
他事業と連携しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-77、図 3-78 に示す。三重県、石川県は「している」「よくしている」を合わせて 80%以上、その他の県別および可住地人口密度別の自治体は 60%以上であった。



保健事業と介護予防の一体的実施を行っているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-79、図 3-80 に示す。静岡県は「している」「よくしている」を合わせて 70%を下回ったが、その他の県別および可住地人口密度別の自治体は 70%以上、富山県、石川県は 90%以上であった。



その他の取組を行っているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-81、図 3-82 に示す。県別および可住地人口密度別の自治体とも「している」「よくしている」を合わせて 35%を下回った。



その他の取組の実施内容を尋ねた（自由記述）。結果は県別で表 3-83 に示す。

表 3-83 県別のその他の取組の実施内容（自由記述）

	愛知県 (N=5)	岐阜県 (N=0)	三重県 (N=3)	静岡県 (N=3)	富山県 (N=3)	石川県 (N=2)	合計 (N=16)
オレンジカフェ	0	0	0	0	1	0	1
フレイル予防の活動に応じてポイントが貯まるアプリの運用	1	0	0	0	0	0	1
移動サロン(巡回屋外サロン)	0	0	0	1	0	0	1
運動や口腔、認知症予防の講師派遣	0	0	0	0	1	0	1
課内の事業紹介、介護予防事業の紹介とフォロー	1	0	0	0	0	0	1
介護予防事業	0	0	1	0	0	0	1
官民学連携で、かけがわ健活プロジェクト茶々と健康測定を実施	0	0	0	1	0	0	1
企業とコラボしたイベント	1	0	0	0	0	0	1
企業と連携し食に関する講和の実施	0	0	0	1	0	0	1
講師派遣など	0	0	0	0	0	1	1
市独自の健康ポイント事業の実施	0	0	0	0	1	0	1
支援者同士の意見交換会を実施	0	0	1	0	0	0	1
住民への通いの場の周知を行っている	0	0	0	0	0	1	1
地域リハビリテーション活動支援事業	1	0	0	0	0	0	1
地域リハビリテーション事業にて、通いの場に理学療法士のリハビリ職を派遣している	1	0	0	0	0	0	1
包括支援センター、医療職のスキルアップのための研修会	0	0	1	0	0	0	1

重点課題解決に向けて実施している取組みすべてを尋ねた（複数回答）。結果は県別で表3-84に示す。重点課題解決に向けて実施している取組みについて、各県とも通いの場での健康チェックが多かった。また、支援者・ボランティアのスキルアップ講座や養成講座、専門職の定期的な関与、広報活動、通いの場での栄養指導、生活支援体制整備事業との連携が続いた。

表3-84 県別の重点課題解決に向けて実施している取組み内容（複数回答）

	愛知県 (N=176)	岐阜県 (N=126)	三重県 (N=67)	静岡県 (N=111)	富山県 (N=57)	石川県 (N=75)	合計 (N=612)
通いの場での健康チェック	24	17	10	15	8	12	86
支援者・ボランティアのスキルアップ講座	17	13	6	14	6	8	64
支援者・ボランティアの養成講座	14	13	6	15	7	8	63
専門職の定期的な関与	19	9	10	8	7	10	63
広報活動	23	10	5	5	5	9	57
通いの場での栄養指導	13	16	6	10	6	4	55
生活支援体制整備事業との連携	15	12	3	12	4	4	50
個別相談	16	8	6	7	4	6	47
通いの場での口腔ケアの実施	12	10	6	7	3	4	42
地域ケア会議との連携	8	6	3	5	4	3	29
総合事業サービスとの連携	7	5	2	3	1	5	23
通いの場の機能強化支援	6	3	2	4	2	2	19
その他	1	2	1	3	0	0	7
Cプラン作成	0	1	0	0	0	0	1
わがまち茶話会等での状況把握	0	1	0	0	0	0	1
栄養士・歯科衛生士・理学療法士の講話	0	0	0	1	0	0	1
送迎サービスの実施、地域で取れた野菜で食事会	0	0	0	1	0	0	1
体力測定の実施	0	0	1	0	0	0	1
通いの場での定期的な体力測定と評価、音楽療法等	1	0	0	0	0	0	1
理学療法士と協同による講座の実施	0	0	0	1	0	0	1

重点課題の解決に必要な取組のまとめ

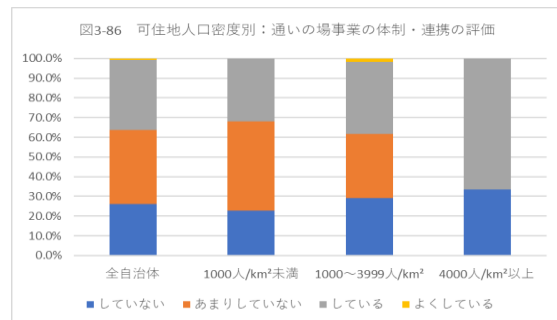
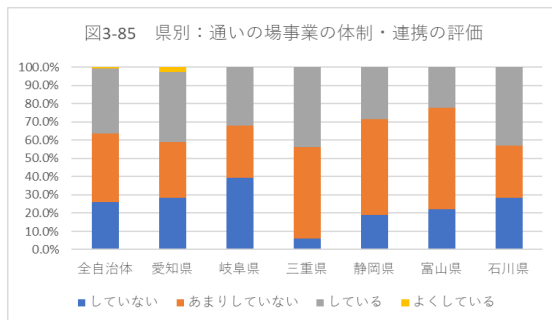
富山県、石川県は、支援者等の養成・スキルアップの実施、通いの場立ち上げ支援や継続支援、住民の参加を促す取り組みの実施、保健事業と介護予防の一体的実施の実施のいずれも「している」「よくしている」割合が70～90%以上であった。可住地人口密度別1000人/km²未満、1000～3999人/km²の自治体では70～80%以上で4000人/km²はそれよりも少な

い傾向であった。

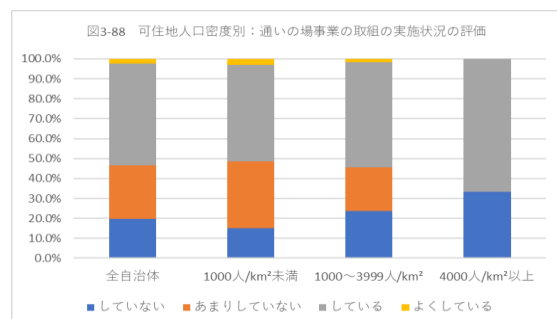
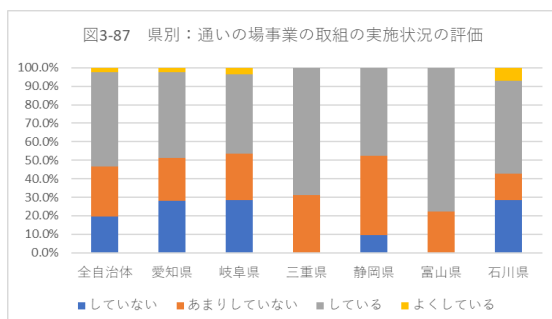
3.5.7. CHECK_通いの場の評価状況の分布

3.5.7.1. 通いの場事業を評価している

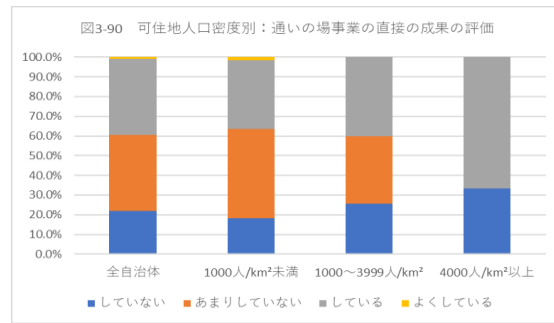
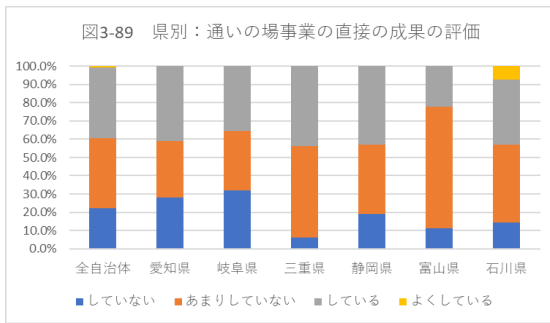
通いの場事業の体制・連携を評価しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-85、図 3-86 に示す。可住地人口密度別 4000 人/km² 以上では「している」「よくしている」が 65%以上であったが、その他の県および可住地人口密度別では 45%を下回った。



通いの場事業の取組の実施状況の評価しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-87、図 3-88 に示す。三重県、富山県、石川県、可住地人口密度別の 4000 人/km² 以上の自治体では「している」「よくしている」を合わせて概ね 60%以上であったが、その他の県別および可住地人口密度別の自治体は 55%を下回った。



通いの場事業の直接の成果を評価しているか尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-89、図 3-90 に示す。可住地人口密度別 4000 人/km² 以上の自治体では「している」「よくしている」を合わせて 65%以上であったがその他の県別および可住地人口密度別の自治体では 45%を下回った。



評価に資する項目として、実際に把握しているものを尋ねた（複数回答）。結果は県別で表 3-91 に示す。評価に資する項目として実際に把握しているものは、各県とも通いの場の数、通いの場の年間実施回数、通いの場の延べ参加者数、通いの場の実参加者数が多かった。

表 3-91 県別の評価に資する項目として、実際に把握しているもの（複数回答）

	愛知県 (N=180)	岐阜県 (N=118)	三重県 (N=83)	静岡県 (N=83)	富山県 (N=56)	石川県 (N=96)	合計 (N=616)
通いの場の数	35	20	15	20	8	13	111
通いの場の年間実施回数	26	20	12	13	7	11	89
通いの場の延べ参加者数	22	18	13	14	7	12	86
通いの場の実参加者数	20	14	11	8	7	11	71
身体機能	10	5	4	4	4	7	34
通いの場の実参加率	9	4	4	2	3	5	27
通いの場の延べ参加率	9	6	4	2	2	2	25
フレイル	6	8	3	4	3	1	25
運動頻度	7	5	3	2	1	5	23
口腔機能	5	4	3	4	2	5	23
社会参加	6	4	2	2	2	4	20
低栄養	4	1	3	2	2	4	16
外出頻度	7	1	1	1	1	3	14
精神的健康	3	1	1	1	2	5	13
新規要介護認定率	1	5	1	2	1	2	12
幸福感	2	2	0	0	2	3	9
食の多様性	3	0	0	0	0	1	4
社会的サポートやネットワーク	2	0	1	0	1	0	4
ソーシャル・キャピタル	1	0	0	0	0	0	1
新規要介護認知症発症率	0	0	0	0	1	0	1
その他	1	0	1	1	0	1	4
基本チェックリスト	1	0	0	1	0	0	2
ボランティア実人数、 認定者の参加人数	0	0	1	0	0	0	1
介護予防教室、フレイル 予防教室開催数	0	0	0	0	0	1	1

通いの場の効果の評価している項目を尋ねた（複数回答）。結果は県別で表 3-92 に示す。通いの場の効果の評価しているものは、各県とも通いの場の参加者を対象にした調査・評価を随時行っているが多かった。

表 3-92 県別における通いの場の効果の評価

	愛知県 (N=34)	岐阜県 (N=12)	三重県 (N=10)	静岡県 (N=17)	富山県 (N=7)	石川県 (N=15)	合計 (N=95)
通いの場の参加者を対象にした調査・評価を随時行っている	15	6	3	11	4	9	48
高齢者全体を対象に、個人を識別した調査を、少なくとも数年に一度実施している	6	3	3	4	2	2	20
個人を識別した調査において、通いの場の参加者と非参加者を識別できる	7	1	3	2	1	2	16
個人を識別した調査データと医療・介護保健情報等を結合できる	6	2	1	0	0	2	11

適切な評価に向けた準備として実際に行っているものを尋ねた（複数回答）。結果は県別で表 3-93 に示す。適切な評価に向けた準備として実際に行っているものは、各県とも通いの場参加者リストを作成または入手しているが多かった。

表 3-93 県別における適切な評価の準備としておこなっているもの（複数回答）

	愛知県 (N=39)	岐阜県 (N=29)	三重県 (N=17)	静岡県 (N=19)	富山県 (N=16)	石川県 (N=22)	合計 (N=142)
通いの場参加者リストを作成または入手している	15	14	7	11	8	11	66
通いの場参加者リストや参加状況を電子化（データ化）している	11	6	4	3	4	4	32
日常生活圏域ニーズ調査等のアンケート調査結果をデータ化している	13	9	6	5	4	7	44

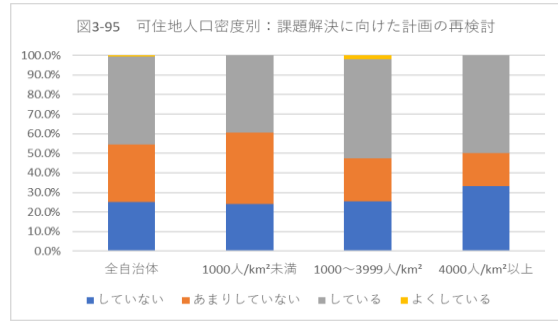
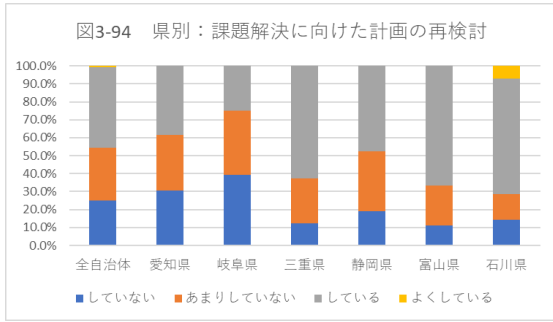
通いの場事業を評価のまとめ

可住地人口密度別 4000 人/km² 以上の自治体では、通いの場事業の体制・連携、実施状況、直接の成果の評価のいずれも「している」「よくしている」が 65%以上であった。三重県、富山県、石川県は取組状況の評価は概ね 60%であった。その他の項目やそのほかの県はいずれも 50%を下回った。

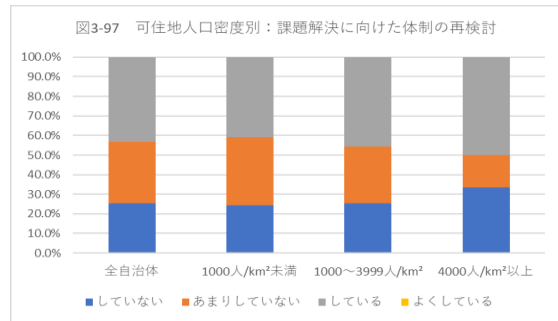
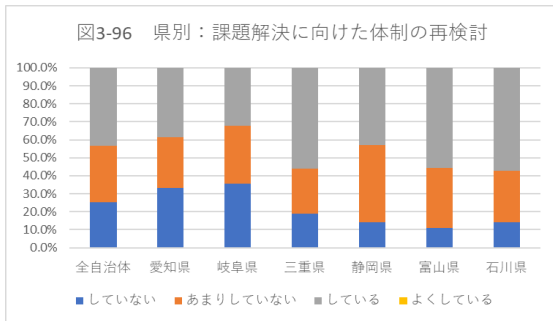
3.5.8. ACTION_通いの場の調整・改善状況の分布

3.5.8.1. 課題解決に向けた計画、体制、取組内容、目標値を再検討している

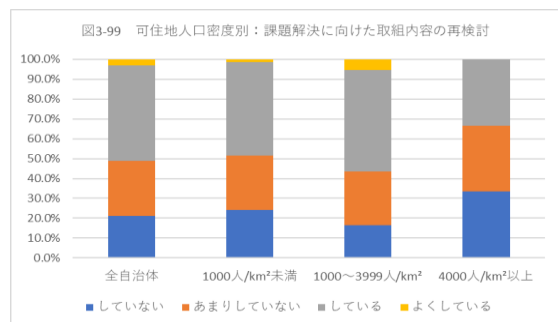
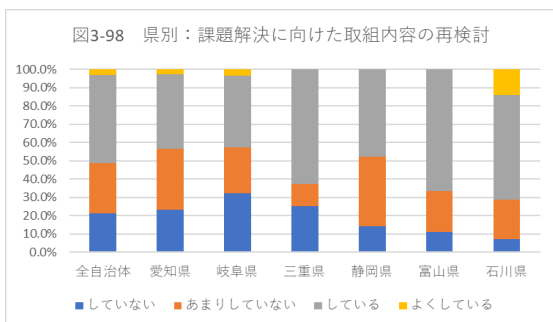
課題解決に向けた計画を再検討しているかを尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図 3-94、図 3-95 に示す。三重県、富山県、石川県は、「している」「よくしている」を合わせて 60%以上であったが、その他の県および可住地人口密度別の自治体では概ね 50%を下回った。



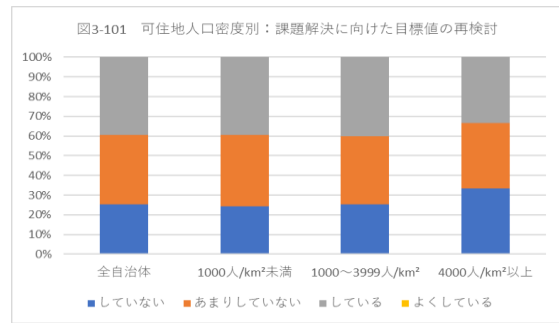
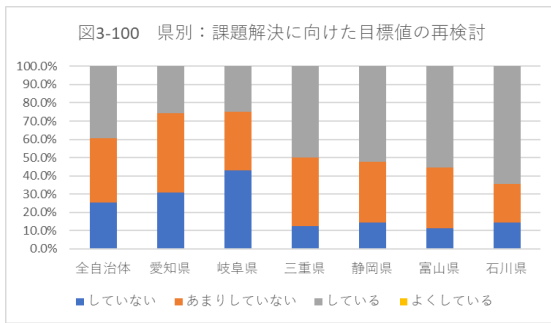
課題解決に向けた体制を再検討しているかを尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図3-96、図3-97に示す。三重県、富山県、石川県は「している」「よくしている」を合わせて55%以上であったが、50%以下であった。



課題解決に向けた取組内容を再検討しているかを尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図3-98、図3-99に示す。三重県、富山県、石川県では「している」「よくしている」を合わせて55%以上であったが、その他の県および可住地人口密度別の自治体では概ね50%を下回った。



課題解決に向けた目標値を再検討しているかを尋ねた。結果は県別、可住地人口密度別に図3-100、図3-101に示す。三重県、静岡県、富山県、石川県では「している」「よくしている」が50%以上であったが、その他の県および可住地人口密度別の自治体では40%を下回った。



課題解決に向けた計画、体制、取組内容、目標値を再検討のまとめ

三重県、富山県、石川県では課題解決に向けた計画、体制、取組内容の再検討を「している」「よくしている」が50%以上であった。可住地人口密度別では概ね同様の分布であった。

3.5.9. アクトレシピ各スコアおよび総合得点

アクトレシピ各スコアおよび総合得点を算出した。結果は、県別、可住地人口密度別に図3-102、図3-104、総合得点の記述統計を表3-103、表3-105に示す。

※表中のスコア1からスコア6の得点は中央値を示す。

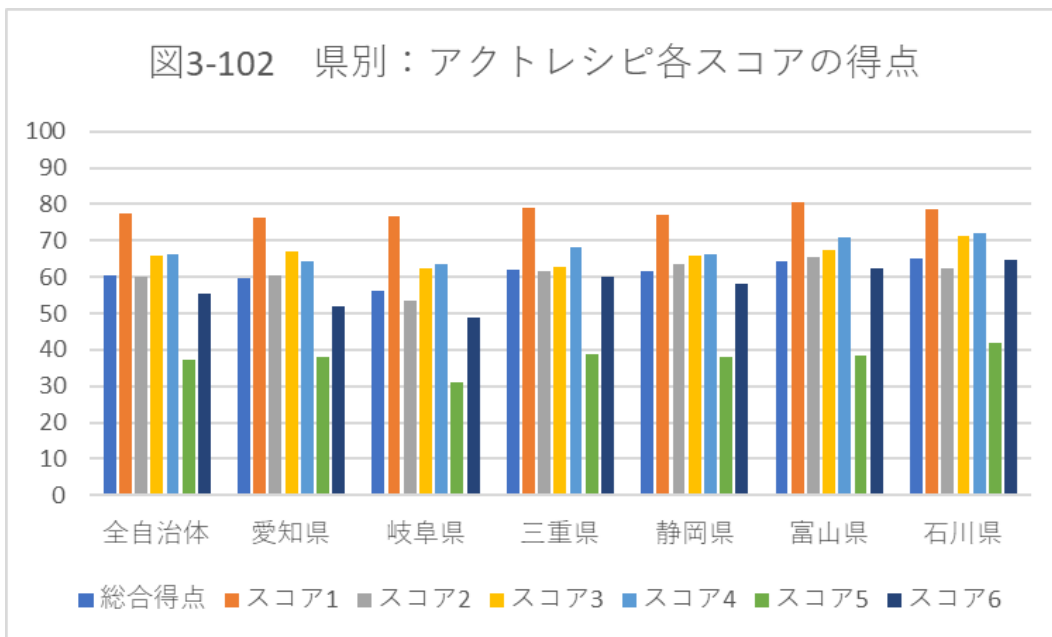


表3-103 県別のアクトレシピ各スコアの記述統計

	全自治体 (N=127)	愛知県 (N=39)	岐阜県 (N=28)	三重県 (N=16)	静岡県 (N=21)	富山県 (N=9)	石川県 (N=14)
総合得点の 平均値 (標準偏差)	60.4(10.4)	59.7(12.6)	56(10.2)	61.8(7.4)	61.5(8.5)	64.2(6.0)	65.1(9.9)

中央値 (四分位範囲)	61(53.2-67.5)	57.4(52.2-67.5)	55.6(47.4-64.5)	62.8(55.1-67)	62.4(55.7-66.7)	66.4(58.8-68.9)	66.0(58.3-71.8)
最小値	38.0	38.0	40.4	45.3	39.7	53.8	46.5
最大値	89.1	89.1	75.2	73.5	74.1	71.2	84.6
スコア1	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	78.1
スコア2	62.5	59.4	53.1	66.4	64.1	65.6	66.4
スコア3	68.8	68.8	62.5	62.5	68.8	68.8	71.9
スコア4	67.9	64.3	66.1	67.9	64.3	71.4	71.4
スコア5	37.5	37.5	29.2	39.6	37.5	37.5	43.8
スコア6	56.3	50.0	50.0	62.5	56.3	68.8	75.0

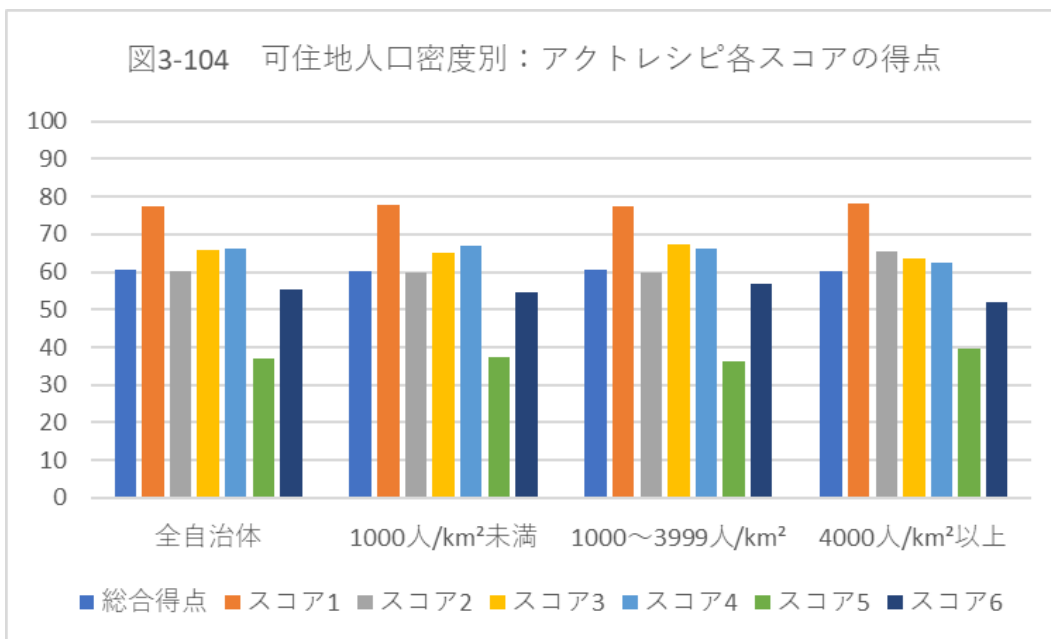


表 3-105 可住地人口密度別のアクトレシピ各スコアの記述統計

	全自治体 (N=127)	1000人/km ² 未満 (N=66)	1000～3999人 /km ² (N=55)	4000人/km ² 以上 (N=6)
総合得点の平均値 (標準偏差)	60.4(10.4)	60.2(9.6)	60.6(11.0)	60.2(14.8)
中央値 (四分位範囲)	61.0(53.2-67.5)	60.4(52.7-68.8)	62.2(54.6-67.3)	63.6(44.7-70.3)
最小値	38.0	40.4	38.0	40.4
最大値	89.1	84.6	89.1	81.0
スコア1	75.0	75.0	75.0	75.0
スコア2	62.5	62.5	59.4	68.8
スコア3	68.8	65.6	68.8	68.8
スコア4	67.9	67.9	67.9	64.3
スコア5	37.5	37.5	37.5	37.5
スコア6	56.3	53.1	62.5	56.3

アクトレシピ各スコアおよび総合得点のまとめ

県別、可住地人口密度別のアクトレシピ各スコアの得点は、PLAN・スコア 1 は 70 点台が多く、PLAN・スコア 2 は 50 点台から 60 点台、DO のスコア 3 からスコア 4 はおおむね 60 点で、富山県と石川県の得点が高めであった。CHECK のスコア 5 は平均 40 点未満の自治体が多かった。ACTION のスコア 6 の得点は自治体によりばらつきがみられた。総合得点は可住地人口密度別ではおおむね 60 点から 65 点であったが、県別では岐阜県が低めで富山県・石川県が高めであった。

3.5.10. 通いの場の理解度の得点（スコア 1）

県別、可住地人口密度別にアクトレシピの通いの場の理解度（スコア 1）の得点の分布を図 3-106、図 3-107 に示す。

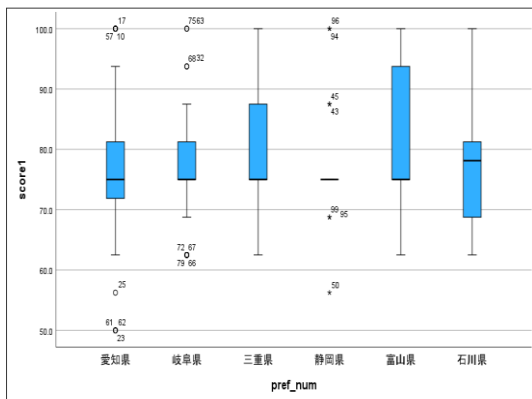


図 3-106 県別のスコア 1 の得点分布

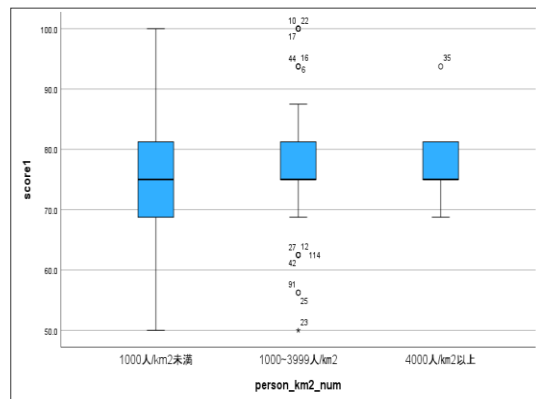


図 3-107 可住地人口密度別のスコア 1 の得点

3.5.11. 通いの場の調査・計画状況の得点（スコア 2）

県別、可住地人口密度別にアクトレシピの通いの場の調査・計画状況（スコア 2）の得点の分布を図 3-108、図 3-109 に示す。

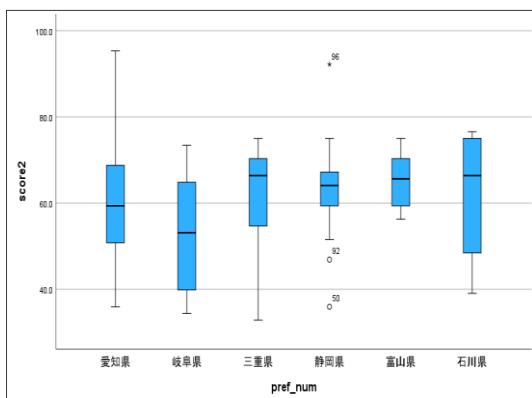


図 3-108 県別のスコア 2 の得点分布

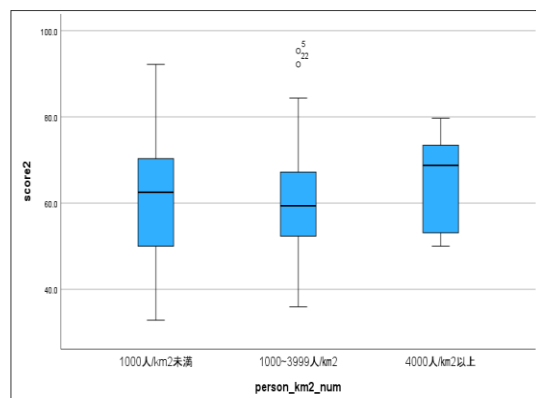


図 3-109 可住地人口密度別のスコア 2 の得点分布

3.5.12. 通いの場の体制・連携状況の得点（スコア3）

県別、可住地人口密度別に、アクトレシピの通いの場の体制・連携状況（スコア3）の得点の分布を図3-110、図3-111に示す。

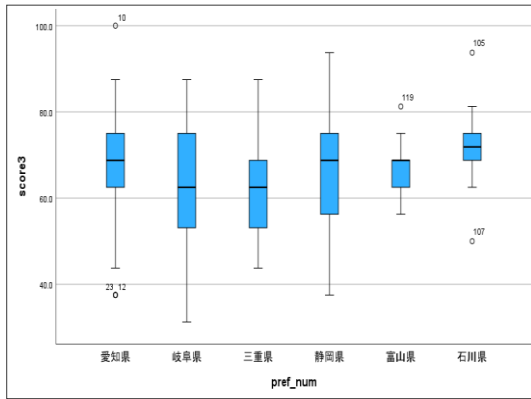


図 3-110 県別のスコア3の得点分布

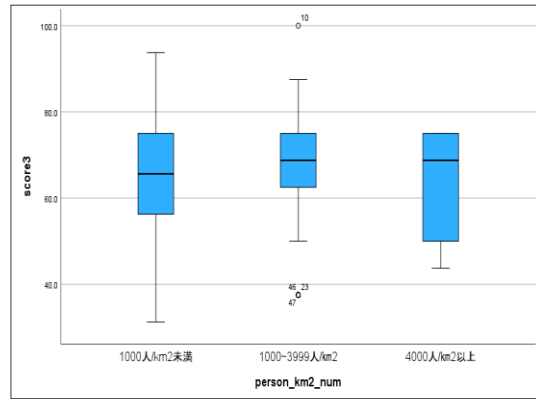


図 3-111 可住地人口密度別のスコア3の得点分布

3.5.13. 通いの場の実施状況の得点（スコア4）

県別、可住地人口密度別に、アクトレシピの通いの場の実施状況（スコア4）の得点の分布を図3-112、図3-113に示す。

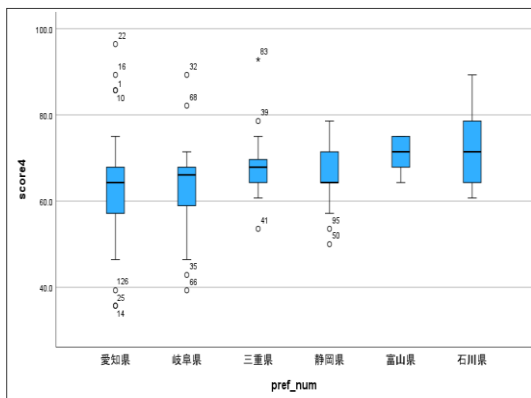


図 3-112 県別のスコア4の得点分布

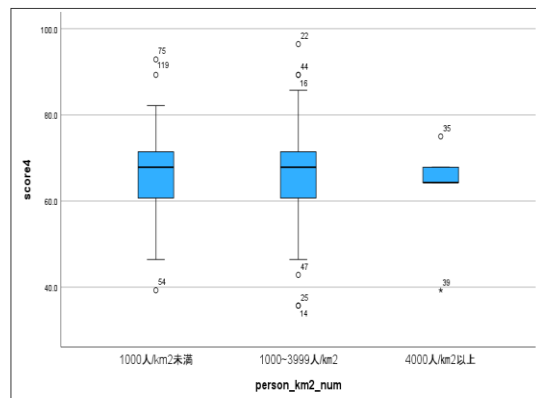


図 3-113 可住地人口密度別のスコア4の得点分布

3.5.14. 通いの場の評価状況の得点（スコア5）

県別、可住地人口密度別に、アクトレシピの通いの場の評価状況（スコア5）の得点の分布を図3-114、図3-115に示す。

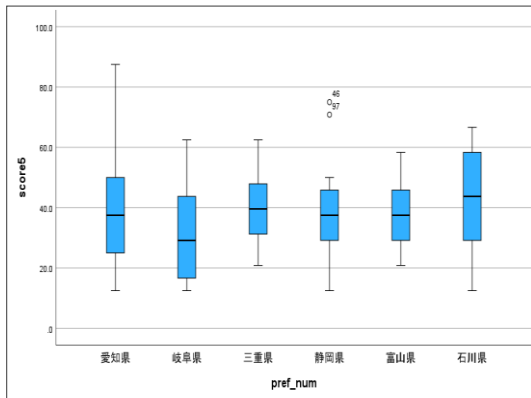


図 3-114 県別のスコア 5 の得点分布

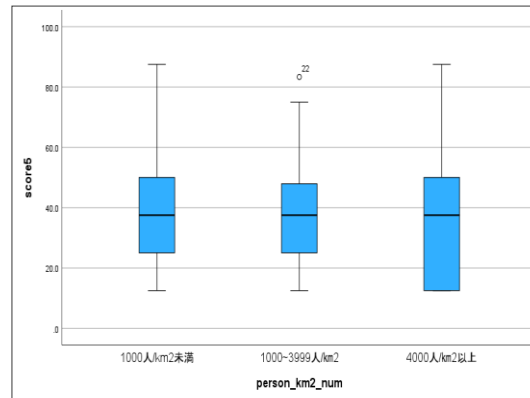


図 3-115 可住地人口密度別のスコア 5 の得点分布

3.5.15. 通いの場の調整・改善状況の得点 (スコア 6)

県別、可住地人口密度別に、アクトレシピの通いの場の調整・改善状況 (スコア 6) の得点の分布を図 3-116、図 3-117 に示す。

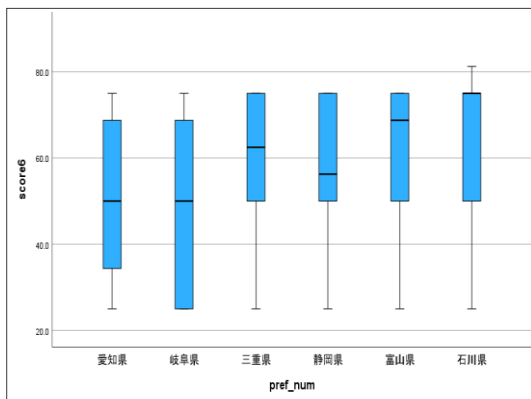


図 3-116 県別のスコア 6 の得点分布

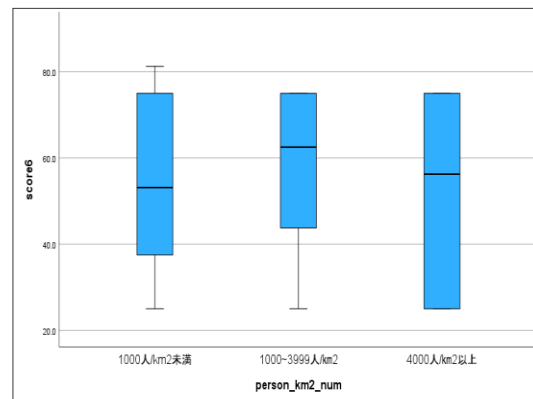


図 3-117 可住地人口密度別のスコア 6 の得点分布

3.5.16. アクトレシピによる総合得点

県別、可住地人口密度別に、アクトレシピの総合得点の分布を図 3-118、図 3-119 に示す。

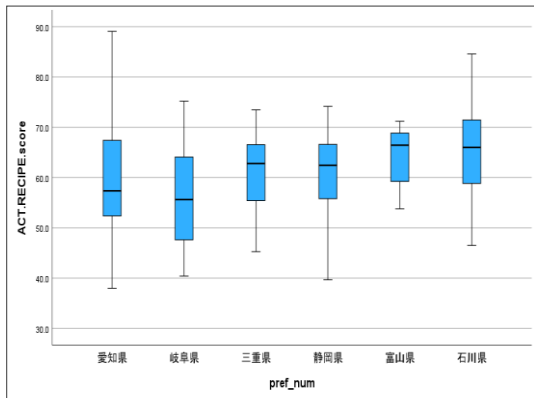


図 3-118 県別の総合得点分布

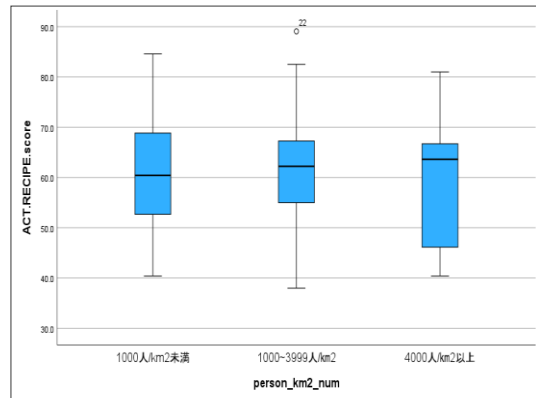


図 3-119 可住地人口密度別の総合得点分布

3.5.17. ヒアリング調査対象となった自治体のアクトレシピの各得点

ヒアリング調査に協力が可能な自治体は、27/127 自治体 (21.3%) であった。県別では、愛知県 16/39 自治体、岐阜県 1/28 自治体、三重県 4/16 自治体、静岡県 5/21 自治体、富山県 1/9 自治体、石川県 0/14 自治体であった。可住地人口密度別では、1000 人/km² 未満が 7/66 自治体、1000～3999 人/km² が 17/55 自治体、4000 人/km² 以上が 3/6 自治体であった。アクトレシピの総合得点上位 10 自治体と下位 10 自治体の得点分布の違いを見るために、各スコアの得点の平均値を算出し、図 3-120、表 3-121 に示す。

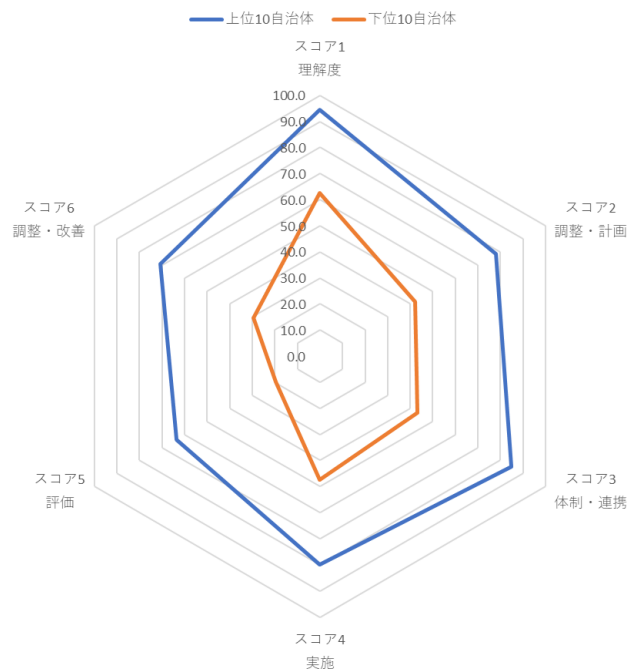


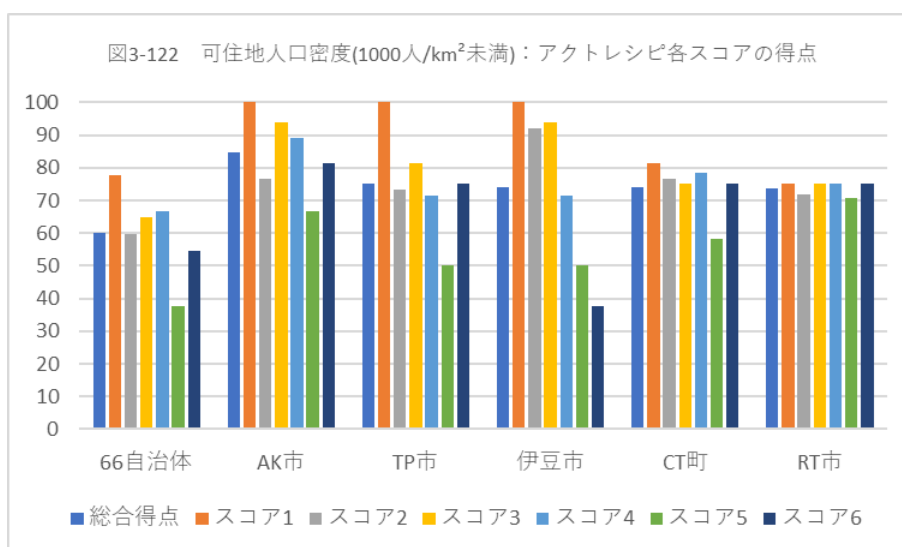
図 3-120 アクトレシピ上位 10 自治体および下位 10 自治体の各スコア平均点の分布

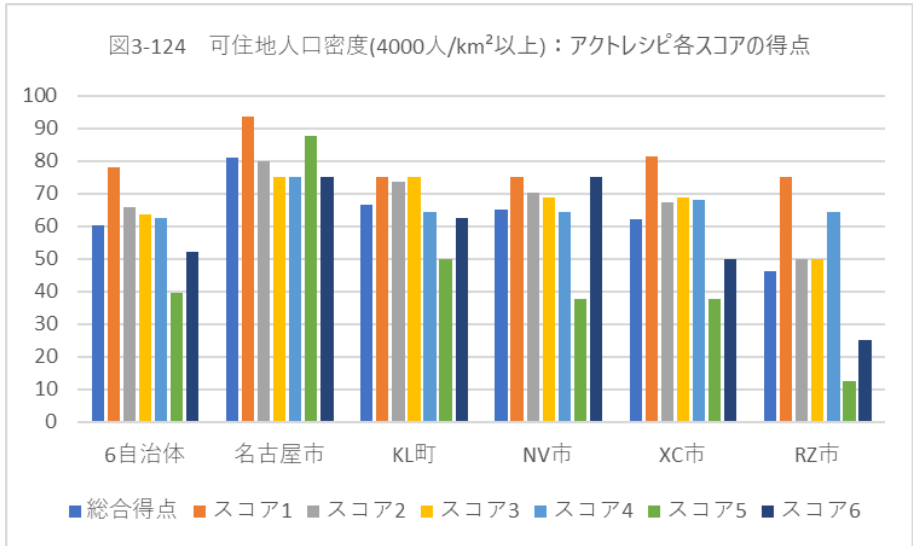
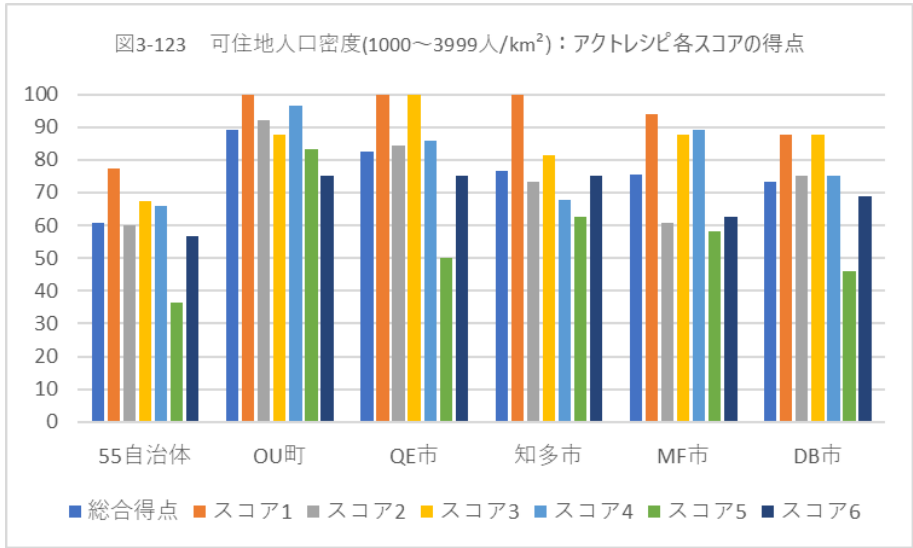
表 3-121 アクトレシピ上位 10 自治体および下位 10 自治体の各スコア平均点

	スコア 1 理解度	スコア 2 調整・計画	スコア 3 体制・連携	スコア 4 実施	スコア 5 評価	スコア 6 調整・改善
上位 10 自治体	94.4	78.1	85.0	80.0	63.8	70.6
下位 10 自治体	62.5	42.0	43.1	47.5	19.6	29.4

アクトレシピの総合得点からヒアリング調査を実施する自治体を抽出するため、可住地人口密度別の自治体総数（1000 人/km² 未満が 66 自治体、1000～3999 人/km² が 55 自治体、4000 人/km² 以上が 6 自治体である）とアクトレシピ得点上位の 5 自治体のスコアを図 3-122 から図 3-124 に示す。

図は、左側から可住地人口密度別の自治体総数のスコア平均値、1 位、2 位、3 位、4 位、5 位の自治体で総合得点、スコア 1 からスコア 6 の順に示した。図中に示した自治体名はヒアリング調査が可能と回答があり、ヒアリング調査を実施した自治体である。





ヒアリング実施可能かつ総合得点をもっとも高い自治体は、1000人/km²未満では静岡県伊豆市、1000~3999人/km²では愛知県知多市、4000人/km²以上では愛知県名古屋市であった。それぞれの項目の得点および総合得点を集計した結果を図3-125、表3-126に示す。

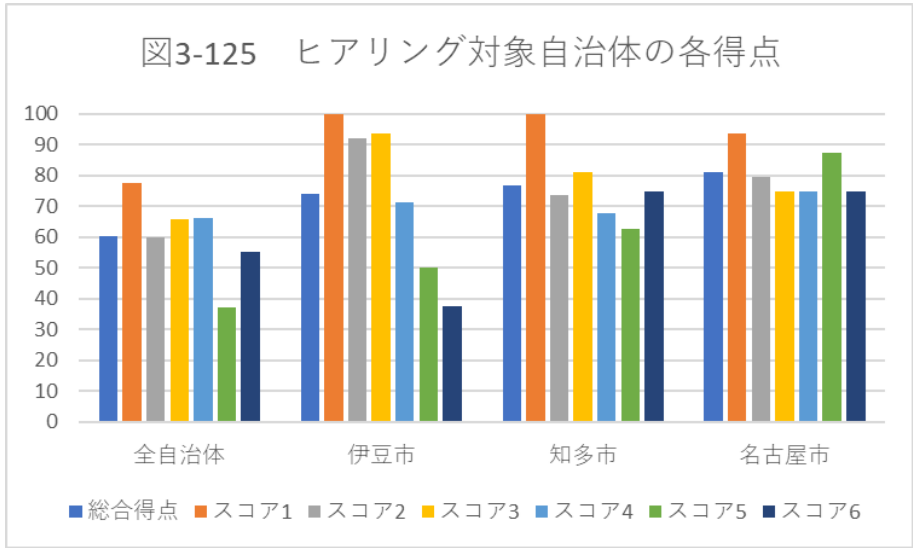


表3-126 ヒアリング調査の対象自治体におけるアクトレシピの各得点

可住地人口密度別	自治体名	総合得点	スコア1得点	スコア2得点	スコア3得点	スコア4得点	スコア5得点	スコア6得点
全自治体(平均点)	-	60.4	77.5	60.1	65.8	66.2	37.1	55.4
1000人/km ² 未満	伊豆市	74.1	100	92.2	93.8	71.4	50	37.5
1000~3999人/km ²	知多市	76.7	100	73.4	81.3	67.9	62.5	75
4000人/km ² 以上	名古屋市	81	93.8	79.7	75	75	87.5	75

3.6. 事業1の要点

令和2年度から開始された「高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施」でフレイル予防を推進する拠点として推奨されている「通いの場」について、その取り組みが各自治体において効果的に機能しているか、東海北陸管内6県194自治体に対し、PDCAサイクルに沿った「通いの場」の取組を推進するための手引き)に基づいてアンケート調査を行い、127自治体から返送を得た。各自治体を可住地人口密度別に3つに分け、質問票の結果をアクトレシピの得点算出方法により集計した。

アクトレシピの各スコアの得点は、県別、可住地人口密度別により分布が異なったが、いずれの県、可住地人口密度の自治体とも、通いの場の理解度(スコア1)は70点以上、通いの場の実施状況(スコア4)は概ね60点以上であった。一方、通いの場の評価状況(スコア5)はいずれの県、可住地人口密度の自治体ともスコアが低い傾向が見られ、すべてのスコアで一定以上の得点があった自治体は少なかった。

ヒアリング調査に協力可能な自治体は限られたものの、各可住地人口密度の自治体別にアクトレシピの各得点、総合得点を算出し、県別および可住地人口密度別の総合得点におい

て上位の自治体を抽出することができたと考えている。

文献

1) 東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム, PDCA サイクルに沿った「通いの場」の取組を推進するための手引き〈自治体向け〉, 2024年2月21日閲覧.

https://drive.google.com/file/d/113oO3GRCBg36_XC53HBH0kheqDmqynIM/view

2) 総務省統計局 統計でみる市区町村のすがた 2023 B 自然環境, 2024年2月22日閲覧. [https://www.e-stat.go.jp/stat-](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200502&tstat=000001205862&cycle=0&tclass1=000001205863&cycle_facet=tclass1&tclass2val=0)

[search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200502&tstat=000001205862&cycle=0&tclass1=000001205863&cycle_facet=tclass1&tclass2val=0](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200502&tstat=000001205862&cycle=0&tclass1=000001205863&cycle_facet=tclass1&tclass2val=0)

3) 総務省統計局 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査 2021年調査【総計】市区町村別人口、人口動態及び世帯数, 2024年2月22日閲覧. [https://www.e-](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200241&tstat=000001039591&cycle=7&year=20210&month=0&tclass1=000001039601&result_back=1&tclass2val=0)

[stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200241&tstat=000001039591&cycle=7&year=20210&month=0&tclass1=000001039601&result_back=1&tclass2val=0](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200241&tstat=000001039591&cycle=7&year=20210&month=0&tclass1=000001039601&result_back=1&tclass2val=0)

4. 事業2 | 通いの場の有効性検証によるモデルパターンの抽出

事業2では、通いの場に関する縦断データ解析、市町村間比較による通いの場の good practice の抽出を行う。使用するデータは通いの場参加者と非参加者の予後（フレイル発症、要介護認定）を比較検証可能な多市町村の縦断データ JAGES⁴である（図4-1）。

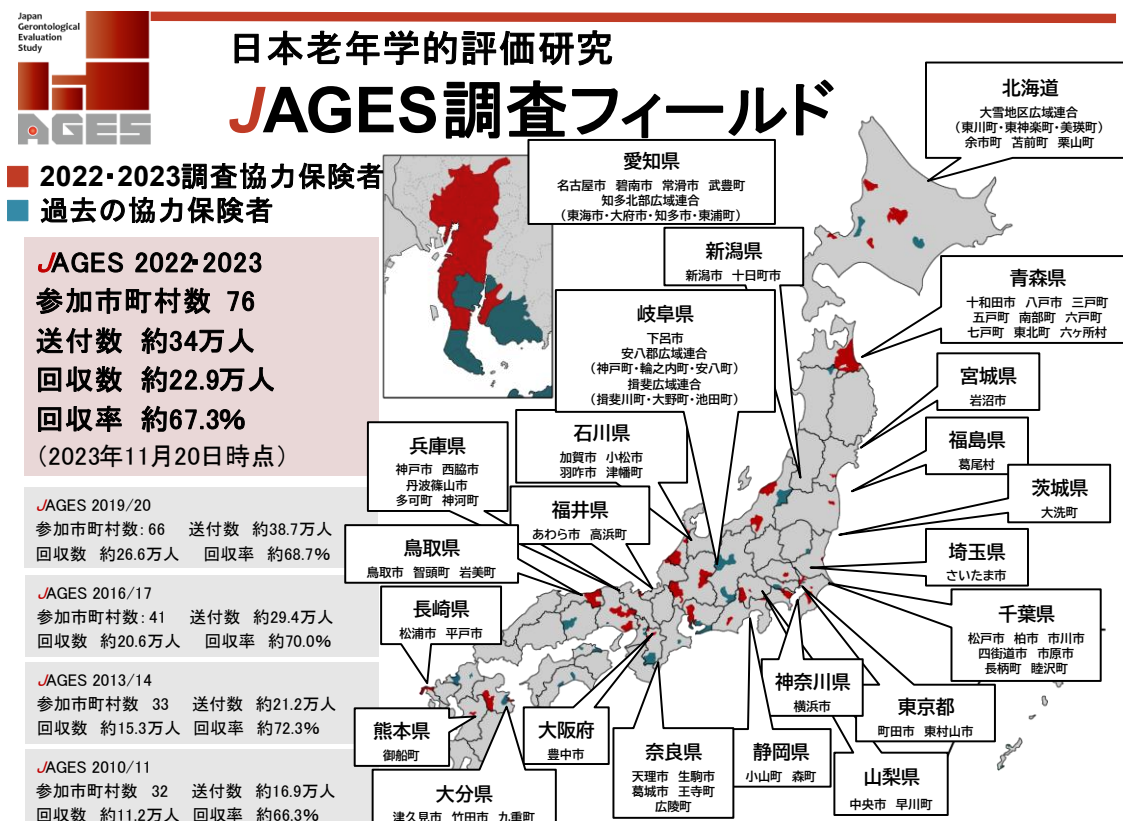


図4-1：JAGES（Japan Gerontological Evaluation Study：日本老年学的評価研究）

JAGESは、健康長寿社会をめざした予防政策の科学的な基盤づくりを目的とした研究であり、要介護認定を受けていない高齢者を対象に自記式調査票を用い、3年に一度の大規模調査を実施してきた。直近の2022年度調査では76市町村在住高齢者、約22.9万人のデータを収集した。

通いの場に関する縦断データ解析では、2019・2022年度調査から構築した2つの縦断データ（①JAGES2019-2022 パネルデータ、②JAGES2019-2022 コホートデータ）を用いた（図4-2）。

①JAGES2019-2022 パネルデータは、JAGES2019・2022の両時点の調査に回答した高齢者の縦断データである。JAGES2019に回答した高齢者が2022年度調査時にどのような状況を自記式調査票から分析可能なデータである。両時点の調査に回答した高齢者を対象

とするため、JAGES2019に回答したものの、2022年度調査の調査対象とならなかった者や対象となったが未回答の者、死亡・要介護認定・転出者は対象とならない。このデータを活用し、フレイルをアウトカムとした解析を実施する。

②JAGES2019-2022 コホートデータは JAGES2019 に回答した高齢者を 2022 年度まで追跡したものがある。2019 年度調査票配布日からの要介護認定・認定賦課データを結合することで、2019 年度調査回答者のイベント発生（要介護認定・死亡・転出）の有無とイベント発生日が把握できる。ほぼ全ての対象者をフォローアップ可能（97.6%）である。このデータを活用し、要介護認定をアウトカムとした解析を実施する。

なお、本事業に関する解析は千葉大学大学院倫理審査委員会（承認番号：M10460）の承認を得て実施している。

今回用いる2つのデータ



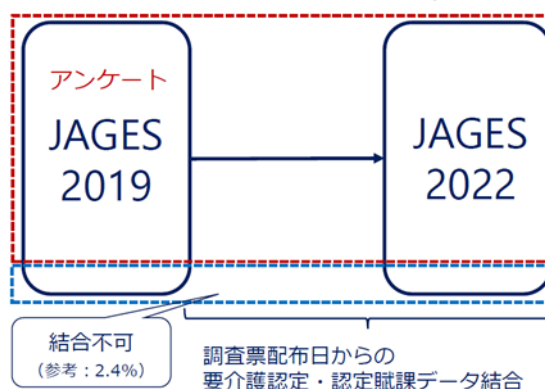
①JAGES2019・2022の両時点で回答 (JAGES2019-2022パネルデータ)



※両時点で回答

※死亡、要介護認定、転出者などは存在しない

②JAGES2019の回答者を2022まで追跡 (JAGES2019-2022コホートデータ)



※ベースラインの回答者はほぼフォローアップ

図 4-2：今回用いた 2 つのデータの特徴

また、多市町村データの強みを活かし、フレイル、要介護認定発症をアウトカムとした解析とともに、市町村間比較による通いの場の good practice の抽出を実施する。抽出した市町村の具体的な取組は事業 3 において聴取する。

4.1. フレイルをアウトカムとした解析

4.1.1. 対象

解析対象選定のフローチャートを図 4-3 に示す。2019 年度(以下、ベースライン時)JAGES 調査に参加した 49 市町村の 65 歳以上の高齢者 148,734 人のうち、2022 年度(追跡時)の調査に回答し、2019 年度と 2022 年度調査データが結合できた者は 99,902 人であった。

ここから、性の不一致 (n=582)、年齢の欠損 (n=1,384)、年齢の不一致 (n=1,378) を除外した 97,375 人のうち、ベースライン時点のフレイル、フレイル判定不能者 (n=18,884)、ベースライン時点の ADL(Activity of Daily Living)非自立と欠損 (n=7,601)を除いた 77,630 人を対象とした。なお、フレイルの判定には、厚生労働省の示す基本チェックリストを用い、25 点中 8 点以上をフレイルとした⁵。ADL の判定には、「あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか」の問いに、「1. 介護・介助は必要ない」を「自立」、「2. 何らかの介護・介助が必要だが、現在は受けていない」「3. 介護・介助が必要で、介護・介助を受けている」を「非自立」とした。

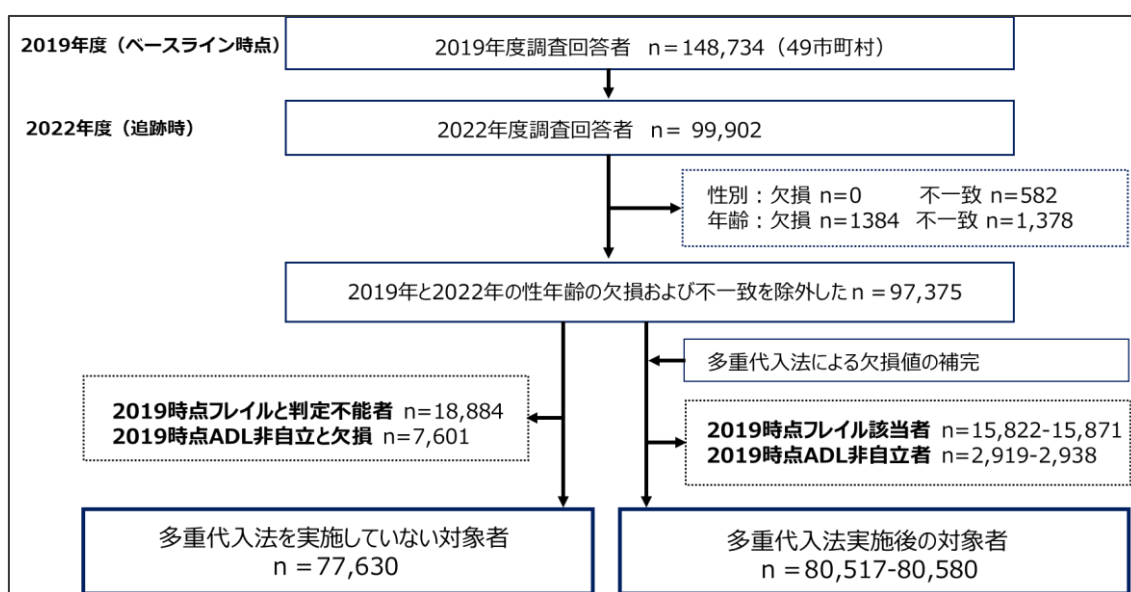


図 4-3：分析対象抽出のフローチャート

4.1.2. 評価項目

4.1.2.1. 目的変数

目的変数は追跡時 (2022 年度) のフレイル発症とした。フレイルの判定には、厚生労働省の示す基本チェックリストを用い、25 点中 8 点以上をフレイルとした⁵。基本チェックリストは、25 項目の質問に「はい」か「いいえ」で答える選択式自記式調査票であり、各項目は 0 点または 1 点とし、合計点数 (0~25 点) が高いほど生活機能に問題があると評価される。本研究における基本チェックリストの設問は、厚生労働省が示す介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を雛形としており、以下の点で異なる部分があった。問 1~3 および問 6~8 では、「~していますか」の質問に対し、回答選択肢は 3 択であるため、「できるし、している」は「はい」、「できるけど、していない」「できない」は「いいえ」とみなした。問 9 の過去 1 年間の転倒経験への回答は、「何度もある」「一度ある」を「はい」、「ない」を「いいえ」とみなした。問 10 の転倒への不安についての回答は、「とても不安である」「やや不安

である」を「はい」、「あまり不安でない」「不安ではない」を「いいえ」とみなした。問16の外出頻度への回答は、「週5回以上」「週4回」「週2～3回」「週1回」を週1回以上の外出とみなし「はい」、「月1～3回」「年に数回」「していない」を「いいえ」とした。問17の外出回数への回答は、「とても減っている」「減っている」を「はい」、「あまり減っていない」「減っていない」を「いいえ」とみなした。なお、このような修正に基づく判定においても、要介護認定リスクの予測妥当性が検証されている⁶。

4.1.2.2. 説明変数

説明変数はベースライン時点（2019年度）における通いの場の参加状況（参加の有無、参加頻度）とした。通いの場の参加状況は厚生労働省が雛形を示す日常生活圏域・ニーズ調査に基づき定義した。対象者に「参加している会やグループ、仕事についておうかがいします。あなたは下記のような会・グループにどのぐらいの頻度で参加していますか。」と尋ね、「健康体操やサロンなどの介護予防のための通いの場」について「週4回以上、週2～3回、週1回、月1～3回、年に数回、参加していない」で回答を得た。通いの場参加の有無は、月1回以上の回答を参加あり、年数回・参加していないを参加なしと定義した。参加頻度は参加なし、年に数回、月1～3回、週1回以上でカテゴリー分けした。いずれも、参加なしを参照群として設定した。

4.1.2.3. 調整変数

調整変数は、通いの場参加とフレイルの交絡因子を想定し、以下の9変数を用いた。基本属性として、ベースライン時点（2019年度）の①性（男性・女性）、②年齢、③基本チェックリストの点数（0～25点）、④都市度を用いた。社会経済要因として、⑤等価所得、⑥教育歴、⑦配偶者、⑧独居、⑨就労を用いた。

都市度は、人口を可住地面積で割って算出する可住地人口密度（人/km²）を用い、「4,000人/km²以上」を「都市部」、「1,000～3,999人/km²」を「郊外」、「1,000人/km²未満」を「農村部」とした。等価所得は、世帯の可処分所得を世帯人数の平方根で割って算出し、「200万円未満」「200～399万円」「400万円以上」の3郡に分けた。教育歴は、「あなたが受けられた学校教育は何年間でしたか」の問いに、「6年未満」「6～9年」を「10年未満」、「10～12年」を「10～12年」、「13年以上」を「13年以上」とした。配偶者は、婚姻状態への質問に対して、「配偶者がいる（内縁を含む）」を「配偶者あり」、「死別」「離婚」「未婚」を「配偶者なし」とした。独居は、家族構成への質問に対して、「一人暮らし」を「独居あり」、「夫婦二人暮らし」「息子・娘との2世帯」「その他（3世帯を含む）」を「独居なし」とした。就労は、就労状態への質問に対し、「就労している」を「就労あり」、「退職して現在就労していない」「職に就いたことがない」を「就労なし」とした。

4.1.2.4. 統計学的解析

はじめに、49市町村の77,630人を対象に、通いの場参加群、非参加群別にベースライン時点の記述統計を確認した。多変量解析は、フレイル発症を目的変数、月1回以上の通いの場参加の有無、通いの場参加頻度を説明変数とした crude モデル、全ての調整変数を投入した adjusted モデルについて分析した。目的変数のフレイル発症割合が10%を超えたため、ロバスト標準誤差を用いた修正ポアソン回帰分析を用い、フレイル発症のリスク比(RR: risk ratio)と95%信頼区間(CI: confidence interval)、p値を算出した。通いの場参加頻度の分析においては、トレンド検定を実施した。なお、通いの場参加の有無、参加頻度の解析のいずれにおいても、前期(65~74歳)、後期(75歳以上)の高齢者で層別化した解析を実施した。

また、ベースライン時と追跡時の性・年齢の欠損と不一致を除いた97,375人を対象に、用いる変数の欠損に対応するため、MAR(Missing at Random)と仮定して多重代入法を行った。20個のデータセットを作成し、ベースライン時のフレイル該当者とADL非自立者を除外した多重代入後のデータセットごとに分析し、Rubinのルールに基づき、効果の推定値を組み合わせた。

通いの場がフレイルのどの要素に効いているかを考察するための追加解析として、月1回以上の通いの場参加を説明変数とし、基本チェックリストで判定可能な各ドメイン(日常生活関連動作低下、運動機能低下、低栄養、口腔機能低下、閉じこもり、認知機能低下、うつ)を目的変数とした解析を実施した。目的変数の発症割合が10%を超えたもの(日常生活関連動作低下、運動機能低下、口腔機能低下、認知機能低下、うつ)はロバスト標準誤差を用いた修正ポアソン回帰分析、10%未満であるもの(低栄養、閉じこもり)はロジスティック回帰分析を実施し、各アウトカム発症のリスク比(RR)、オッズ比(OR: odds ratio)と95%信頼区間(CI)、p値を算出した。各ドメイン別においても前期・後期高齢者で層別化した解析を実施した。

統計解析にはStata17/MP(StataCorp, College Station, TX, USA)を使用し、統計学的有意水準は5%とした。

4.1.3. 解析結果1 | 通いの場参加

4.1.3.1. 対象者の基本統計量(表4-1)

多重代入法実施前の分析対象者77,630人の内訳は、男性37,404人(48.2%)、女性40,226人(51.8%)であり、年齢階級は、65~74歳は46,984人(60.5%)、75歳以上は30,646人(39.5%)であった。通いの場参加群は9,746人(12.6%)、非参加群59,109人(76.1%)であった(無回答8,775人、11.3%)。参加群は非参加群と比べて、女性(79.8%)、後期高齢者(52.0%)、独居(17.2%)、就労していない(73.9%)割合が高く、教育年数が13年以上(28.9%)、配偶者あり(68.1%)の割合が低かった。また、追跡時(2022年度)のフレイル発症は9,352人(12.0%)であり、その内訳は参加群1,018人(10.4%)、非参加群

7,148人（12.1%）であった。

表 4-1：ベースライン時点（2019 年度度）の対象者の基本統計量（多重代入法実施前）

		全体 (n=77,630)		参加 (n=9,746)		非参加 (n=59,109)	
		n	%	n	%	n	%
性別	男性	37,404	48.2	1,971	20.2	31,625	53.5
	女性	40,226	51.8	7,775	79.8	27,484	46.5
年齢	65 - 74 歳	46,984	60.5	4,675	48.0	38,016	64.3
	75 歳以上	30,646	39.5	5,071	52.0	21,093	35.7
都市度	都市部	23,979	30.9	2,693	27.6	18,841	31.9
	郊外	24,765	31.9	3,268	33.5	18,945	32.1
	農村	38,886	37.2	3,785	38.8	21,323	36.1
等価所得	400 万円以上	9,565	12.3	1,038	10.7	7,768	13.1
	200 - 399 万円	29,896	38.5	3,699	38.0	23,681	40.1
	200 万円未満	29,604	38.1	3,820	39.2	21,928	37.1
教育歴	欠損	8,565	11.0	1,189	12.2	5,732	9.7
	13 年以上	25,172	32.4	2,815	28.9	20,411	34.5
	10 - 12 年	34,157	44.0	4,497	46.1	26,109	44.2
	10 年未満	16,835	21.7	2,261	23.2	11,590	19.6
婚姻	その他	514	0.7	63	0.6	391	0.7
	欠損	952	1.2	110	1.1	608	1.0
	配偶者あり	58,929	75.9	6,633	68.1	46,071	77.9
	配偶者なし	17,539	22.6	2,981	30.6	12,280	20.8
家族構成	その他	357	0.5	33	0.3	259	0.4
	欠損	805	1.0	99	1.0	499	0.8
	独居	10,056	13.0	1,676	17.2	7,147	12.1
	同居	63,864	82.3	7,601	78.0	49,407	83.6
就労	欠損	3,710	4.8	469	4.8	2,555	4.3
	就労あり	24,487	31.5	1,758	18.0	20,121	34.0
	就労なし	47,925	61.7	7,203	73.9	35,891	60.7
	欠損	5,218	6.7	785	8.1	3,097	5.2

4.1.3.2. 通いの場参加とフレイル発症との関連（表 4-2）

月 1 回以上の通いの場参加とフレイル発症との関連について、多重代入法実施後の修正ポアソン回帰分析の結果を表 4-2 に示す。ベースライン時点（2019 年度）で月 1 回以上通いの場に参加していた人が追跡時（2022 年度）にフレイルを発症する RR は、crude モデルでは 0.96（95%CI：0.91-1.01、p=0.134）であったが、調整変数を投入した adjusted モデルでは 0.92（95%CI：0.87-0.96、p=0.001）であり、有意に低かった。また、年齢階級別にすべての調整変数を投入した結果では、前期高齢者では 0.90（95%CI：0.82-0.98、p=0.021）、後期高齢者では 0.92（95%CI：0.86-0.98、p=0.001）であり、いずれも有意にフレイル発症リスクが低かった（表 4-3）。

表 4-2：月 1 回以上の通いの場参加とフレイル発症リスク（多重代入法実施後）

Crude (n=80,517-80,580)				Adjusted (n=80,517-80,580)			
RR	95%CI		p	RR	95%CI		p
0.96	0.91	1.01	0.134	0.92	0.87	0.96	0.001

RR: Risk Ratio, CI: Confidence Interval

分析方法：ベースライン時点（2019 年度）のフレイルと ADL 非自立を除外し、欠損値を多重代入法で補完し、修正ポアソン回帰分析を実施

目的変数：追跡時（2022 年度）のフレイル発症

説明変数：月 1 回以上の通いの場参加の有無

調整変数：性、年齢、基本チェックリストの点数、都市度、等価所得、教育歴、配偶者、独居、就労

表 4-3：月 1 回以上の通いの場参加とフレイル発症リスク（多重代入法実施後、年齢階級別）

前期高齢者 (n=48,269-48,312)				後期高齢者 (n=32,226-32,273)			
RR	95%CI		p	RR	95%CI		p
0.90	0.82	0.98	0.021	0.92	0.86	0.98	0.013

RR: Risk Ratio, CI: Confidence Interval

分析方法：ベースライン時点（2019 年度）のフレイルと ADL 非自立を除外し、欠損値を多重代入法で補完し、修正ポアソン回帰分析を実施

目的変数：追跡時（2022 年度）のフレイル発症

説明変数：月 1 回以上の通いの場参加の有無

調整変数：性、年齢、基本チェックリストの点数、都市度、等価所得、教育歴、配偶者、独居、就労

4.1.4. 解析結果 2 | 通いの場参加頻度

通いの場参加頻度とフレイル発症との関連について、ポアソン回帰分析結果を表 4-4 に示す。ベースライン時点（2019 年度）で通いの場への参加なしに対して、crude モデルでは、年数回（RR: 0.90、95%CI:0.83-0.84）、月 1~3 回（RR: 1.05、95%CI:0.98-0.98）、週 1 回以上（RR: 1.11、95%CI:1.04-1.19）であった（トレンド検定、 $p=0.227$ ）。調整変数を投入した adjusted モデルでは、年数回（RR: 0.96、95%CI:0.90-1.03）、月 1~3 回（RR: 0.93、95%CI:0.87-1.00）、週 1 回以上（RR: 0.89、95%CI:0.83-0.95）であった（トレンド検定、 $p<0.001$ ）。また、年齢階級別にすべての調整変数を投入した結果（表 4-5）では、前期高齢者は年数回（RR: 0.94、95%CI:0.83-1.07）、月 1~3 回（RR: 0.96、95%CI:0.84-1.10）、週 1 回以上（RR: 0.82、95%CI:0.72-0.93）であった（トレンド検定、 $p=0.005$ ）。後期高齢者は年数回（RR: 0.97、95%CI:0.89-1.06）、月 1~3 回（RR: 0.92、95%CI:0.84-1.00）、週 1 回以上（RR: 0.92、95%CI:0.84-0.99）であった（トレンド検定、 $p=0.011$ ）。後期高齢者では、月 1~3 回の参加と週 1 回以上の参加の点推定値は同じであるが、非参加群と比較して週 1 回以上の通いの場参加はフレイル発症リスクが低いことが明らかとなった。

表 4-4：通いの場参加頻度とフレイル発症リスク（多重代入法実施後）

	参加割合 (%)	Crude (n=80,517-80,580)				Adjusted (n=80,517-80,580)			
		RR	95%CI		p	RR	95%CI		p
参加なし	77.4	1.00				1.00			
年数回	7.7	1.11	1.04	1.19	0.002	0.96	0.90	1.03	0.271
月 1-3 回	7.2	1.05	0.98	0.98	0.150	0.93	0.87	1.00	0.540
週 1 回以上	7.7	0.90	0.83	0.84	0.003	0.89	0.83	0.95	0.001
<i>P</i> for trend			0.227				<0.001		

RR: Risk Ratio, CI: Confidence Interval

分析方法：ベースライン時点（2019 年度）のフレイルと ADL 非自立を除外し、欠損値を多重代入法で補完し、修正ポアソン回帰分析、傾向検定を実施

目的変数：追跡時（2022 年度）のフレイル発症

説明変数：通いの場参加頻度（参加しない、年数回、月 1-3 回、週 1 回以上）

調整変数：性、年齢、基本チェックリストの点数、都市度、等価所得、教育歴、配偶者、独居、就労

表 4-5：通いの場参加頻度とフレイル発症リスク（多重代入法実施後、年齢階級別）

	前期高齢者 (n=48,269-48,312)					後期高齢者 (n=32,226-32,273)				
	参加割合 (%)	RR	95%CI		p	参加割合 (%)	RR	95%CI		p
参加なし	82.8	1.00				70.3	1.00			
年数回	6.1	0.94	0.83	1.07	0.355	9.8	0.97	0.89	1.06	0.547
月 1-3 回	5.2	0.96	0.84	1.1	0.599	10.0	0.92	0.84	1.00	0.055
週 1 回以上	6.0	0.82	0.72	0.93	0.003	9.9	0.92	0.84	0.99	0.044
<i>P</i> for trend			0.005					0.011		

RR: Risk Ratio, CI: Confidence Interval

分析方法：ベースライン時点（2019 年度）のフレイルと ADL 非自立を除外し、欠損値を多重代入法で補完し、修正ポアソン回帰分析、傾向検定を実施

目的変数：追跡時（2022 年度）のフレイル発症

説明変数：通いの場参加頻度（参加しない、年数回、月 1-3 回、週 1 回以上）

調整変数：性、年齢、基本チェックリストの点数、都市度、等価所得、教育歴、配偶者、独居、就労

4.1.5. 解析結果 3 | 市町村間比較

市町村間比較による通いの場の good practice の抽出は、(1) 通いの場参加割合が高く、(2) 参加者のフレイル発症リスクが低いという観点で実施した。(1) はベースライン時点（2019 年度）の市町村別の月 1 回以上の通いの場参加割合を算出し、市町村間比較を実施した。(2) は (1) で通いの場参加割合が平均値以上の市町村において、目的変数を追跡時（2022 年度）のフレイル発症、説明変数をベースライン時点（2019 年度）の月 1 回以上の

通いの場参加の有無、調整変数を性、年齢とした修正ポアソン回帰分析を実施した。多重代入法実施前の分析対象である 49 市町村 (77,630 人) について、ベースライン時点 (2019 年度) の市町村別の月 1 回以上の通いの場参加割合の平均値は 12.6%、参加割合の市町村差は最大 22.6%~最小 1.6%で 21.0%ポイント (14.1 倍) であった (図 4-4)。

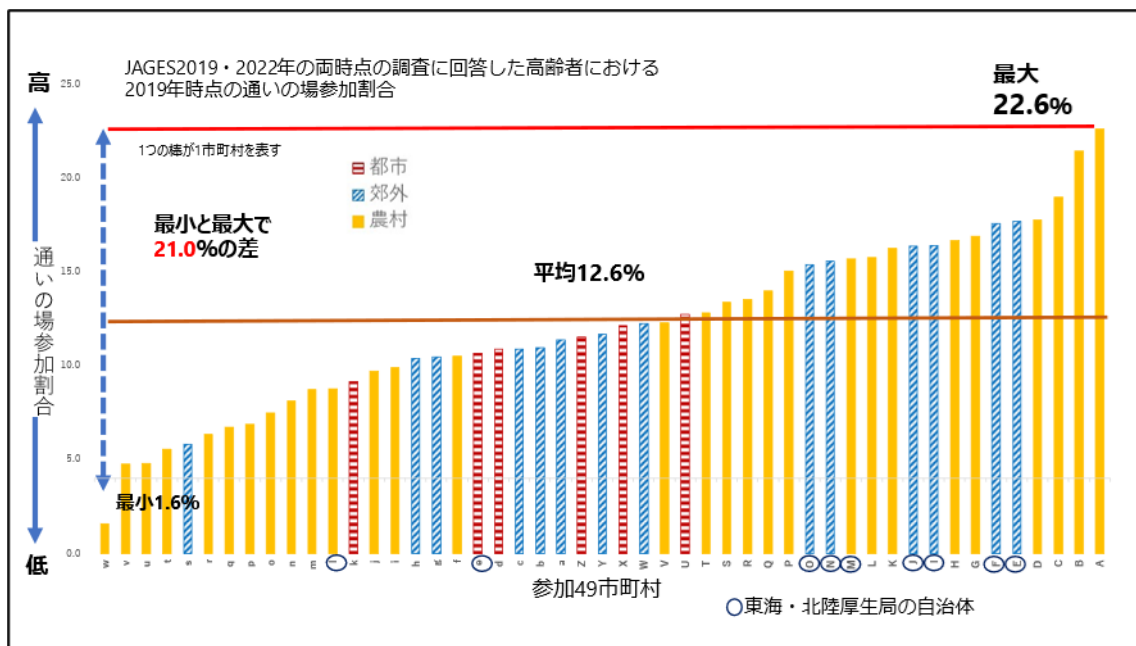


図 4-4：通いの場参加割合の市町村間比較

次に、参加割合が平均値以上の 21 市町村について、多重代入法実施後のデータを用いて、目的変数を追跡時 (2022 年度) のフレイル発症、説明変数をベースライン時点 (2019 年度) の月 1 回以上の通いの場参加の有無とした修正ポアソン回帰分析結果を表 4-5 に示す。

表 4-5：市町村別通いの場参加とフレイル発症リスクとの関連

市町村	n	通いの場 参加者数・割合		Crude			Crude+性・年齢		
		n	%	RR	95%CI	p	RR	95%CI	p
A	659	149	22.6	0.75	0.46 1.22	0.249	0.68	0.41 1.12	0.129
B	1,543	331	21.5	1.02	0.75 1.37	0.917	0.80	0.59 1.10	0.172
C	3,638	691	19.0	1.06	0.87 1.28	0.570	0.86	0.70 1.05	0.143
D	1,484	264	17.8	1.00	0.75 1.33	0.998	0.87	0.65 1.17	0.346
E	1,039	184	17.7	0.86	0.56 1.32	0.478	0.75	0.48 1.16	0.213
F	1,723	303	17.6	0.94	0.66 1.35	0.739	0.85	0.59 1.24	0.398
G	580	98	16.9	0.19	-0.35 0.73	0.486	0.81	0.44 1.50	0.508
H	270	45	16.7	1.19	0.56 2.52	0.651	0.86	0.39 1.89	0.712

□	2,073	340	16.4	0.68	0.47	0.97	0.035	0.63	0.44	0.92	0.016
□	1,992	326	16.4	0.71	0.50	1.01	0.054	0.62	0.43	0.89	0.010
K	1,446	235	16.3	0.98	0.69	1.41	0.925	0.80	0.55	1.17	0.253
L	1,109	175	15.8	0.82	0.52	1.30	0.403	0.64	0.40	1.03	0.069
□	739	116	15.7	0.99	0.61	1.61	0.961	0.80	0.49	1.31	0.368
□	1,835	286	15.6	0.64	0.42	0.96	0.032	0.64	0.42	0.97	0.038
□	2,406	370	15.4	0.80	0.59	1.08	0.150	0.75	0.48	1.18	0.213
P	93	14	15.1	0.15	0.00	-	0.999	0.14	1.00	-	0.998
Q	664	93	14.0	1.01	0.61	1.95	0.756	0.88	0.49	1.59	0.670
R	865	117	13.5	0.84	0.50	1.40	0.490	0.67	0.39	1.17	0.163
S	3,149	422	13.4	0.94	0.73	1.21	0.636	0.85	0.65	0.10	0.205
T	740	95	12.8	1.28	0.79	2.09	0.318	1.01	0.60	1.71	0.958
□	1,821	232	12.7	0.82	0.56	1.21	0.319	0.74	0.50	1.09	0.125

□：東海・北陸厚生局管内の市町村 赤：都市部 青：郊外 黄：農村部

RR: Risk Ratio, CI: Confidence Interval

分析方法：欠損値を多重代入法で補完した生存時間分析（Cox 比例ハザードモデル）

目的変数：追跡時（2022 年度）のフレイル発症

説明変数：月 1 回以上の通いの場参加の有無

調整変数：性, 年齢

市町村間比較により、(1) 通いの場参加割合が高く、(2) 参加者のフレイル発症リスクが低いという観点で通いの場の good practice を抽出した。東海北陸厚生局管轄市町村で、通いの場参加割合が高い E（愛知県東浦町）、フレイル発症リスクの低い N（愛知県知多市）が good practice として抽出された。

4.1.6. 補足分析 | 基本チェックリストで判定可能な各ドメイン（日常生活関連動作低下、運動機能低下、低栄養、口腔機能低下、閉じこもり、認知機能低下、うつ）をアウトカムとした解析

月 1 回以上の通いの場参加と基本チェックリストの各ドメイン該当との関連について、多重代入法実施後のポアソン回帰分析結果を表 4-6 に示す。

ベースライン時点（2019 年度）で月 1 回以上通いの場に参加していた人が追跡時（2022 年度）に基本チェックリストの各ドメインに該当する RR は、crude モデルでは、日常生活関連動作（RR: 0.50、95%CI : 0.46–0.56）、運動機能（RR: 1.16、95%CI : 1.12–1.22）、栄養機能（RR: 1.17、95%CI : 0.98–1.39）、口腔機能（RR: 1.11、95%CI : 1.06–1.16）、閉じこもり（RR: 1.11、95%CI : 0.99–1.06）、認知機能（RR: 1.01、95%CI : 0.98–1.05）、抑うつ（RR: 1.03、95%CI : 0.98–1.08）であった。また、年齢階級別にすべての調整変数を投入

した結果(表 4-7)では、前期高齢者では日常生活関連動作(RR: 0.59、95%CI: 0.49-0.71)、運動機能(RR: 0.90、95%CI: 0.84-0.97)、口腔機能(RR: 1.02、95%CI: 0.95-1.11)、閉じこもり(RR: 0.47、95%CI: 0.33-0.69)、認知機能(RR: 1.00、95%CI: 0.95-1.07)、抑うつ(RR: 0.91、95%CI: 0.49-0.71)であった。後期高齢者では日常生活関連動作(RR: 0.61、95%CI: 0.56-0.69)、運動機能(RR: 0.90、95%CI: 0.86-0.94)、口腔機能(RR: 0.89、95%CI: 0.73-1.05)、閉じこもり(RR: 0.58、95%CI: 0.47-0.66)、認知機能(RR: 1.02、95%CI: 0.98-1.06)、抑うつ(RR: 0.91、95%CI: 0.87-0.96)であった。月1回以上の通いの場参加は、基本チェックリストのドメインのうち、日常生活関連動作、運動機能、閉じこもり、抑うつリスクが低いことが明らかとなった。

表 4-6: 月1回以上の通いの場参加と基本チェックリスト各ドメイン該当リスク

	Crude (n=80,517-80,580)				Adjusted (n=80,517-80,580)			
	RR	95%CI	p		RR	95%CI	p	
日常生活関連動作	0.50	0.46	0.56	<0.001	0.62	0.56	0.69	<0.001
運動機能	1.16	1.12	1.22	<0.001	0.90	0.86	0.94	<0.001
栄養機能	1.17	0.98	1.39	0.074	0.88	0.73	1.05	0.146
口腔機能	1.11	1.06	1.16	<0.001	1.05	0.99	1.11	0.062
閉じこもり	1.11	0.99	1.06	0.116	0.55	0.47	0.66	<0.001
認知機能	1.01	0.98	1.05	0.449	1.02	0.98	1.06	0.417
抑うつ	1.03	0.98	1.08	0.119	0.91	0.87	0.96	<0.001

RR: Risk Ratio, CI: Confidence Interval

分析方法: ベースライン時点(2019年度)のフレイルとADL非自立を除外し、欠損値を多重代入法で補完し、修正ポアソン回帰分析を実施

目的変数: 追跡時(2022年度)の基本チェックリスト各ドメイン該当

説明変数: 月1回以上の通いの場参加の有無

調整変数: 性、年齢、基本チェックリストの点数、都市度、等価所得、教育歴、配偶者、独居、就労

表 4-7: 月1回以上の通いの場参加と基本チェックリスト各ドメイン該当リスク(年齢階級別)

	前期高齢者 (n=48,269-48,312)				後期高齢者 (n=32,226-32,273)			
	RR	95%CI	p		RR	95%CI	p	
日常生活関連動作	0.59	0.49	0.71	<0.001	0.61	0.56	0.69	<0.001
運動機能	0.90	0.84	0.97	0.007	0.90	0.86	0.94	<0.001
栄養機能	-	-	-	-	0.89	0.73	1.05	0.146
口腔機能	1.02	0.95	1.11	0.555	1.06	0.99	1.11	0.062
閉じこもり	0.47	0.33	0.69	<0.001	0.58	0.47	0.66	<0.001
認知機能	1.00	0.95	1.07	0.893	1.02	0.98	1.06	0.417

抑うつ 0.91 0.49 0.71 <0.001 0.91 0.87 0.96 <0.001

RR: Risk Ratio, CI: Confidence Interval

分析方法：ベースライン時点（2019年度）のフレイルとADL非自立を除外し、欠損値を多重代入法で補完し、修正ポアソン回帰分析を実施

目的変数：追跡時（2022年度）の基本チェックリスト各ドメイン該当

説明変数：月1回以上の通いの場参加の有無

調整変数：性、年齢、基本チェックリストの点数、都市度、等価所得、教育歴、配偶者、独居、就労

4.2. 要介護認定をアウトカムとした解析

4.2.1. 対象

解析対象選定のフローチャートを図4-5に示す。2019年度調査に参加した市町村のうち、2019年度調査から2022年度にかけての要介護認定・賦課データ提供があった35市町の65歳以上の高齢者を対象とした。まず、35市町の65歳以上の高齢者160,759人に自記式調査票を配布し、111,004人より回答を得た（回収率：69.0%）。このうち、白票、要支援・要介護認定を受けていた者、総合事業対象者、研究利用不同意・未回答、性・年齢の不正回答に該当した者23,755人を除外した。この2019年度調査有効回答者87,249人と市町村から提供を受けた要介護認定・賦課データを結合した。最終分析対象は、要介護認定・賦課データを結合不能であった1,892人を除いた85,357人（有効追跡率：97.8%）であった。

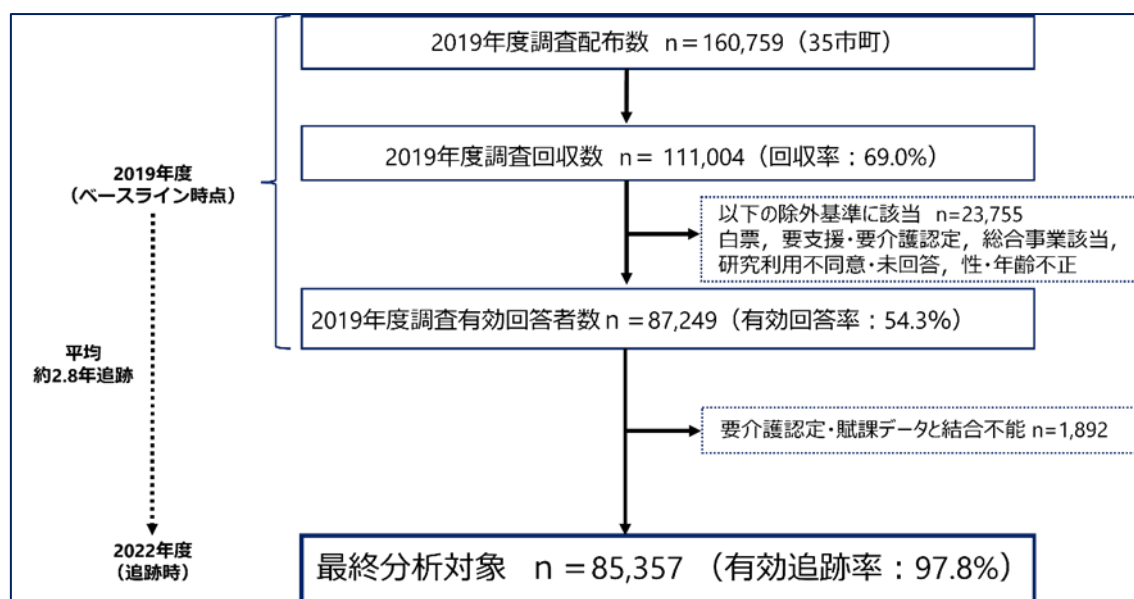


図4-5：解析対象者選定のフローチャート

4.2.2. 評価項目

4.2.2.1. 目的変数

目的変数は追跡期間中の要介護認定（要介護2以上）発症とした。一般介護予防事業等の推進方策に関する取りまとめ⁷の中で、介護予防の成果を図る指標として、要介護2以上の認定を例示していることを根拠に設定した。

4.2.2.2. 説明変数

説明変数はフレイルをアウトカムとした解析と同様、ベースライン時点（2019年度）における通いの場の参加状況（参加の有無、参加頻度）とした。通いの場参加の有無は、月1回以上の回答を参加あり、年数回・参加していないを参加なしと定義した。参加頻度は参加なし、年に数回、月1～3回、週1回以上でカテゴリー分けした。いずれも、参加なしを参照群として設定した。

4.2.2.3. 調整変数

調整変数は通いの場参加と追跡期間中の要介護認定の交絡因子を想定し、2019年度の性（男性、女性）、年齢（連続値）、独居（同居、独居）、婚姻（配偶者あり、なし）、就労（就労あり、退職、就労経験なし）、教育歴（10年未満、10～12年、13年以上）、等価所得（連続値）、都市度（都市・郊外、農村部）、日常生活自立度（自立、非自立）、フレイル（健常、プレフレイル、フレイル）を用いた。各変数の定義に用いた設問はフレイルをアウトカムとした解析と同様である。都市度は、対象35市町のうち、都市（可住地人口密度4000人/km²以上）が1市のみであったため、郊外（1,000～3,999人/km²）と合わせ、都市・郊外、農村の2カテゴリーとした。フレイルは基本チェックリスト25項目中、0～3点を健常、4～7点をプレフレイル、8点以上をフレイルと定義した⁵。

4.2.2.4. 統計学的解析

まず、最終解析対象者における用いた変数の記述統計を通いの場参加群、非参加群別に確認した。次に、追跡期間中の要介護認定発症を目的変数、月1回以上の通いの場参加の有無、通いの場参加頻度を説明変数とした生存時間分析（Cox比例ハザードモデル）を実施した。モデルは、説明変数のみを投入した crude モデル、用いた10個の調整変数全てを同時投入した adjusted モデルとした。通いの場参加なしを参照群とした通いの場参加におけるハザード比（HR：Hazard Ratio）、95%信頼区間（CI）、p値を算出した。通いの場参加頻度別の分析では、トレンド検定も合わせて実施した。なお、通いの場参加の有無、参加頻度の解析のいずれにおいても、前期・後期の高齢者で層別化した解析を実施した。用いた変数の欠損は多重代入法で補完し、20個のデータセットを作成し、Rubinのルールに基づき、結果を統合した。

補足分析として、通いの場参加と健康寿命の関連を確認するために、目的変数を健康寿命の喪失（要介護認定2以上もしくは死亡の発症）とした分析を実施した。この分析により要介護2以上の認定のみを目的変数とした時と比較し、要介護2以上の認定を受けずに死亡した競合リスクへの対処も可能と考えた。

全ての統計解析にはStata17/MP(StataCorp, College Station, TX, USA)を使用し、統計学的有意水準は5%とした。

4.2.3. 解析結果 1 | 通いの場参加

4.2.3.1. 対象者の基本統計量（表 4-8）

欠損値補完前データを用いたベースライン時点（2019 年度）の対象者の基本統計量を表 8 に示す。月 1 回以上の通いの場参加群は 9,961 人（11.7%）であった。通いの場参加群は非参加群と比較し、女性（参加群：79.6%、非参加群：47.4%）、後期高齢者（参加群：79.6%、非参加群：47.4%）、独居（参加群：79.6%、非参加群：47.4%）が多く、配偶者あり（参加群：79.6%、非参加群：47.4%）、就労あり（参加群：79.6%、非参加群：47.4%）が少なかった。

要介護認定発症をアウトカムとした分析データの追跡日数は、全対象での平均 1,017.8 ± 標準偏差 166.2 日（最小：1 日、最大：1,223 日）であった。通いの場参加群では、1,031.6 ± 147.6 日（最小：5 日、最大 1,223 日）、非参加群では 1,017.8 ± 166.2 日（最小：1 日、最大 1,223 日）であり、両群で追跡日数に大きな差はなかった。追跡期間中の要介護認定発症者は全対象 3,190 人（4.6%）、通いの場参加群 396 人（4.0%）、非参加群 2,585 人（4.2%）で両群に大きな差はなかった。

表 4-8：ベースライン時点（2019 年度）の対象者の基本統計量（多重代入法実施前）

		全体 (n=85,357)		参加 (n=9,961)		非参加 (n=61,846)	
		n	%	n	%	n	%
性別	男性	40,328	47.2	2,030	20.4	32,559	52.6
	女性	45,029	52.8	7,931	79.6	29,287	47.4
年齢	65 - 74 歳	45,558	53.4	4,110	41.3	36,288	58.7
	75 歳以上	39,799	46.6	5,851	58.7	25,558	41.3
都市度	都市部・郊外	43,241	50.7	5,071	50.9	32,302	52.2
	農村	42,116	49.3	4,890	49.1	29,544	47.8
等価所得	400 万円以上	8,042	9.4	841	8.4	6,400	10.3
	200 - 399 万円	27,412	32.1	3,204	32.2	21,467	34.7
	200 万円未満	37,489	43.9	4,337	43.5	26,790	43.3
教育歴	欠損	12,414	14.5	1,579	15.9	7,189	11.6
	13 年以上	20,747	24.3	2,257	22.7	16,383	26.5
	10 - 12 年	36,311	42.5	4,501	45.2	27,115	43.8
婚姻	10 年未満	25,106	29.4	2,878	28.9	16,665	26.9
	欠損・その他	3,193	3.7	325	3.3	1,683	2.7
	配偶者あり	60,881	71.3	6,292	63.2	46,035	74.4
家族構成	配偶者なし・その他	22,176	26.0	3,435	34.5	14,746	23.8
	欠損	2,300	2.7	234	2.3	1,065	1.7
	独居	11,163	13.1	1,767	17.7	7,418	12.0
就労	同居	67,894	79.5	7,495	75.2	50,755	82.1
	欠損	6,300	7.4	699	7.0	3,673	5.9
	就労あり	23,333	27.3	1,541	15.5	18,818	30.4
就労経験なし	退職	47,619	55.8	6,430	64.6	35,117	56.8
	就労経験なし	5,059	5.9	772	7.8	3,369	5.4
	欠損	9,346	10.9	1,218	12.2	4,542	7.3

日常生活自立度	自立	75,358	88.3	8,856	88.9	55,786	90.2
	非自立	4,715	5.5	499	5.0	3,136	5.1
	欠損	5,284	6.2	606	6.1	2,924	4.7
フレイル	健常	30,485	35.7	4,226	42.4	23,213	37.5
	プレフレイル	22,060	25.8	2,486	25.0	16,806	27.2
	フレイル	12,164	14.3	982	9.9	9,358	15.1
	欠損	20,648	24.2	2,267	22.7	12,469	20.2

4.2.3.2. 通いの場参加と追跡期間中の要介護認定発症との関連（表 4-9）

説明変数を月 1 回以上の通いの場参加、目的変数を追跡期間中の要介護認定発症とした生存時間分析（Cox 比例ハザードモデル）の結果を表 9 に示す。通いの場参加群では非参加群と比較し、調整変数を同時投入した adjusted モデルで要介護認定発症の HR が低かった（HR：0.87、95%CI：0.79-0.96、p=0.010）。また、前期・後期高齢者で層別した解析の結果を表 4-10 に示す。非参加群と比較した参加群の HR（95%CI、p 値）は、前期高齢者で 1.17（0.88-1.56、p=0.254）、後期高齢者で 0.83（0.75- 0.93、p=0.002）であった。

表 4-9：月 1 回以上の通いの場参加と要介護認定発症（多重代入法実施後）

Crude (n=85,357)				Adjusted (n=85,357)			
HR	95%CI		p	HR	95%CI		p
1.01	0.91	1.11	0.890	0.87	0.79	0.96	0.010

HR: Hazard Ratio, CI: Confidence Interval

分析方法：欠損値を多重代入法で補完した生存時間分析（Cox 比例ハザードモデル）

目的変数：追跡期間中の要介護認定発症（要介護 2 以上）

説明変数：月 1 回以上の通いの場参加の有無

調整変数：性、年齢、教育歴、等価所得、独居、婚姻、就労、日常生活自立度、都市度、フレイル

表 4-10：月 1 回以上の通いの場参加と要介護認定発症（多重代入法実施後、年齢階級別）

前期高齢者 (n=45,558)				後期高齢者 (n=39,799)			
HR	95%CI		p	HR	95%CI		p
1.17	0.88	1.56	0.254	0.83	0.75	0.93	0.002

HR: Hazard Ratio, CI: Confidence Interval

分析方法：欠損値を多重代入法で補完した生存時間分析（Cox 比例ハザードモデル）

目的変数：追跡期間中の要介護認定発症（要介護 2 以上）

説明変数：月 1 回以上の通いの場参加の有無

調整変数：性、年齢、教育歴、等価所得、独居、婚姻、就労、日常生活自立度、都市度、フレイル

4.2.4. 解析結果 2 | 通いの場参加頻度

説明変数を通いの場参加頻度、目的変数を追跡期間中の要介護認定発症とした生存時間分析（Cox 比例ハザードモデル）の結果を表 4-11 に示す。adjusted モデルにおける非参加群に対する参加群の HR（95%CI、p 値）は、年数回 0.97（0.85- 1.10、p=0.661）、月 1-3 回 0.88（0.77- 1.007、p=0.066）、週 1 回以上 0.85（0.74- 0.98、p=0.027）であった（トレ

ンド検定：p=0.007)。また、前期・後期高齢者で層別した解析の結果を表 4-12 に示す。前期高齢者における非参加群に対する参加群の HR (95%CI、p 値) は、年数回 0.97 (0.65-1.46、p=0.910)、月 1~3 回 1.15 (0.77- 1.74、p=0.476)、週 1 回以上 1.19 (0.82- 1.71、p=0.342) であった (トレンド検定：p=0.005)。後期高齢者における非参加群に対する参加群の HR (95%CI、p 値) は、年数回 0.96 (0.84- 1.10、p=0.604)、月 1~3 回 0.84 (0.73-0.97、p=0.018)、週 1 回以上 0.81 (0.70- 0.94、p=0.007) であった (トレンド検定：p=0.011)。

表 4-11：通いの場参加頻度と要介護認定発症 (多重代入法実施後)

	参加割合 (%)	Crude (n=85,357)				Adjusted (n=85,357)				
		HR	95%CI	p		HR	95%CI	p		
参加なし	68.8	1.00				1.00				
年数回	3.6	1.28	1.13	1.45	<0.001	0.97	0.85	1.10	0.661	
月 1-3 回	5.0	1.12	0.99	1.28	0.081	0.88	0.77	1.007	0.066	
週 1 回以上	6.7	0.95	0.83	1.08	0.404	0.85	0.74	0.98	0.027	
<i>P</i> for trend			0.301					0.007		

HR: Hazard Ratio, CI: Confidence Interval
 分析方法：欠損値を多重代入法で補完した生存時間分析 (Cox 比例ハザードモデル)、トレンド検定
 目的変数：追跡期間中の要介護認定発症 (要介護 2 以上)
 説明変数：通いの場参加頻度 (参加なし、年数回、月 1-3 回、週 1 回以上)
 調整変数：性、年齢、教育歴、等価所得、独居、婚姻、就労、日常生活自立度、都市度、フレイル

表 4-12：通いの場参加頻度と要介護認定発症 (多重代入法実施後、年齢階級別)

	前期高齢者 (n=45,558)					後期高齢者 (n=39,737)				
	参加割合 (%)	RR	95%CI		P	参加割合 (%)	RR	95%CI		p
参加なし	76.5	1.00				60.0	1.00			
年数回	3.1	0.97	0.65	1.46	0.910	4.2	0.96	0.84	1.10	0.604
月 1-3 回	3.7	1.15	0.77	1.74	0.476	6.5	0.84	0.73	0.97	0.018
週 1 回以上	5.3	1.19	0.82	1.71	0.342	8.2	0.81	0.70	0.94	0.007
<i>P</i> for trend			0.005					0.011		

HR: Hazard Ratio, CI: Confidence Interval
 分析方法：欠損値を多重代入法で補完した生存時間分析 (Cox 比例ハザードモデル)、トレンド検定
 目的変数：追跡期間中の要介護認定発症 (要介護 2 以上)
 説明変数：通いの場参加頻度 (参加なし、年数回、月 1-3 回、週 1 回以上)
 調整変数：性、年齢、教育歴、等価所得、独居、婚姻、就労、日常生活自立度、都市度、フレイル

4.2.5. 解析結果 3 | 市町村間比較

市町村間比較による通いの場の good practice の抽出は、フレイルをアウトカムとした解析と同様に (1) 通いの場参加割合が高く、(2) 参加者の要介護認定発症 HR が低いという

観点で実施した。(1) はベースライン時点 (2019 年度) の市町村別の月 1 回以上の通いの場参加割合を算出し、市町村間比較を実施した。(2) は (1) で通いの場参加割合が平均値以上の市町村において、目的変数を追跡期間中の要介護認定発症、説明変数をベースライン時点 (2019 年度) の月 1 回以上の通いの場参加の有無、調整変数を性、年齢とした生存時間分析 (Cox 比例ハザードモデル) を実施した。

多重代入法実施前の分析対象である 35 市町 (85,357 人) について、ベースライン時点 (2019 年度) の市町村別の月 1 回以上の通いの場参加割合の平均値は 11.6%、参加割合の市町村差は最大 20.0%～最小 3.8%で 16.2%ポイント (5.3 倍) であった (図 4-6)。

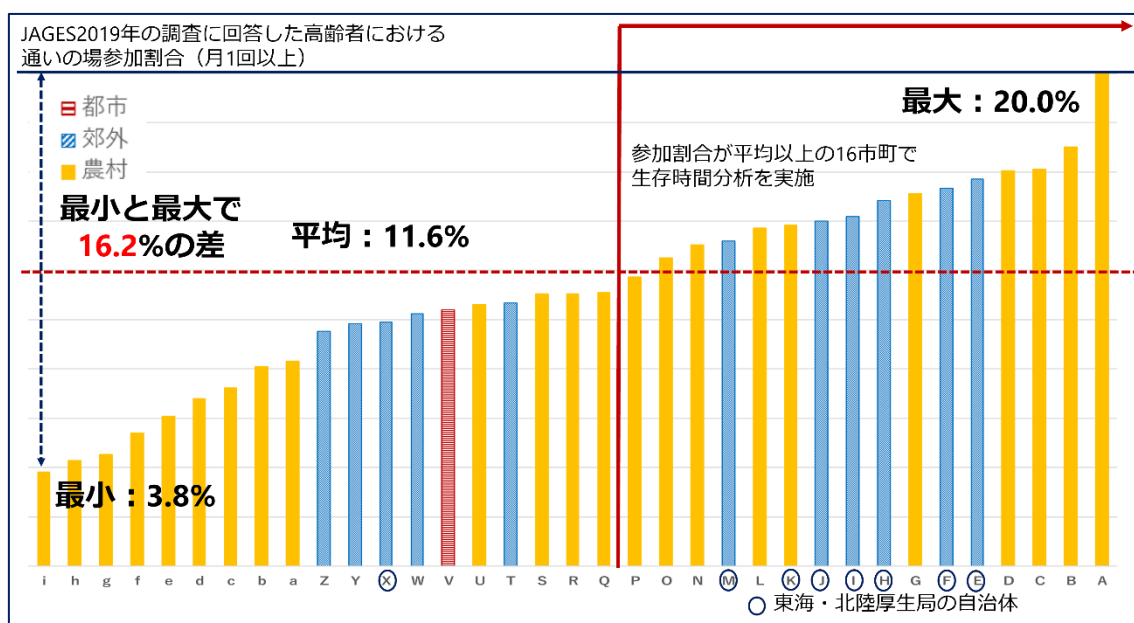


図 4-6：通いの場参加割合の市町村間比較

次に、参加割合が平均値以上の 16 市町について、多重代入法実施後のデータを用いて、目的変数を追跡期間中の要介護認定発症、説明変数をベースライン時点 (2019 年度) の月 1 回以上の通いの場参加の有無とした生存時間分析 (Cox 比例ハザードモデル) の結果を表 4-13 に示す。

表 4-13：市町別通いの場参加と要介護認定発症との関連

市町村	n	通いの場参加者数・割合		Crude			Crude+性・年齢		
		n	%	HR	95%CI	p	HR	95%CI	P
A	2,842	569	20.0	0.70	0.25 1.95	0.493	0.62	0.22 1.79	0.377
B	1,499	255	17.0	0.78	0.23 2.72	0.700	0.71	0.20 2.56	0.607
C	2,214	357	16.1	0.59	0.13 2.61	0.486	0.54	0.12 2.43	0.417
D	1,096	176	16.1	2.63	0.92 7.54	0.072	1.92	0.67 5.49	0.225

E	2,833	445	15.7	0.91	0.42	2.00	0.820	0.80	0.36	1.77	0.585
F	1,806	277	15.3	-	-	-	-	-	-	-	-
G	3,159	478	15.1	0.68	0.20	2.28	0.534	0.58	0.17	1.92	0.372
H	3,686	547	14.8	0.78	0.35	1.75	0.463	0.74	0.33	1.66	0.463
I	3,299	468	14.2	0.38	0.10	1.47	0.165	0.34	0.09	1.32	0.122
J	3,573	500	14.0	0.61	0.25	1.52	0.296	0.60	0.25	1.47	0.266
K	1,323	183	13.8	0.34	0.05	2.38	0.281	0.36	0.05	2.56	0.311
L	3,005	412	13.7	0.59	0.13	2.61	0.486	0.53	0.12	2.43	0.417
M	4,055	535	13.2	0.56	0.23	1.40	0.221	0.52	0.21	1.29	0.161
N	521	68	13.1	0.88	0.12	6.14	0.899	0.70	0.09	4.98	0.724
O	1,088	136	12.5	0.49	0.06	3.70	0.493	0.37	0.05	2.82	0.341
P	1,781	209	11.7	0.97	0.34	2.76	0.966	0.93	0.32	2.70	0.901

□：東海・北陸厚生局管内の市町 青：郊外 黄：農村部

HR: Hazard Ratio, CI: Confidence Interval

分析方法：欠損値を多重代入法で補完した生存時間分析（Cox 比例ハザードモデル）

目的変数：追跡期間中の要介護認定発症（要介護 2 以上）

説明変数：月 1 回以上の通いの場参加の有無

調整変数：性, 年齢

市町村間比較により、(1) 通いの場参加割合が高く、(2) 参加者のフレイル発症リスクが低いという観点で通いの場の good practice を抽出した。東海北陸厚生局管轄市町村で、通いの場参加割合が高い F（愛知県東浦町）、要介護認定 HR の低い J（愛知県知多市）が good practice として抽出された。

4.2.6. 補足分析：健康寿命をアウトカムとした分析

補足分析として、通いの場参加と健康寿命の関連を確認するために、目的変数を健康寿命の喪失（要介護認定 2 以上もしくは死亡の発症）とした分析を実施した。追跡期間中の健康寿命喪失は全体 6,256 人（7.3%）、通いの場参加群 609 人（6.1%）、非参加群 4,227 人（6.8%）で両群に大きな差はなかった。

説明変数を月 1 回以上の通いの場参加、目的変数を追跡期間中の健康寿命喪失とした生存時間分析（Cox 比例ハザードモデル）の結果を表 4-14 に示す。通いの場参加群では非参加群と比較し、調整変数を同時投入した adjusted モデルで健康寿命喪失の HR が低かった（HR：0.88、95%CI：0.81-0.95、 $p=0.003$ ）。また、前期・後期高齢者で層別した解析の結果を表 4-15 に示す。非参加群と比較した参加群の HR（95%CI、 p 値）は、前期高齢者で 1.11（0.89- 1.37、 $p=0.331$ ）、後期高齢者で 0.84（0.77- 0.92、 $p<0.001$ ）であった。

表 4-14：月 1 回以上の通いの場参加と健康寿命喪失（多重代入法実施後）

Crude (n=85,357)				Adjusted (n=85,357)			
HR	95%CI		p	HR	95%CI		p
0.94	0.87	1.02	0.167	0.88	0.81	0.95	0.003

HR: Hazard Ratio, CI: Confidence Interval

分析方法：欠損値を多重代入法で補完した生存時間分析（Cox 比例ハザードモデル）

目的変数：追跡期間中の健康寿命喪失（要介護 2 以上+死亡）

説明変数：月 1 回以上の通いの場参加の有無

調整変数：性、年齢、教育歴、等価所得、独居、婚姻、就労、日常生活自立度、都市度、フレイル

表 4-15：月 1 回以上の通いの場参加と健康寿命喪失（多重代入法実施後、年齢階級別）

前期高齢者 (n=45,558)				後期高齢者 (n=39,799)			
HR	95%CI		p	HR	95%CI		p
1.11	0.89	1.37	0.331	0.84	0.77	0.92	<0.001

HR: Hazard Ratio, CI: Confidence Interval

分析方法：欠損値を多重代入法で補完した生存時間分析（Cox 比例ハザードモデル）

目的変数：追跡期間中の健康寿命喪失（要介護 2 以上+死亡）

説明変数：月 1 回以上の通いの場参加の有無

調整変数：性、年齢、教育歴、等価所得、独居、婚姻、就労、日常生活自立度、都市度、フレイル

4.2.6.1. 通いの場参加と追跡期間中の健康寿命喪失との関連（表 4-16・4-17）

説明変数を通いの場参加頻度、目的変数を追跡期間中の健康寿命喪失とした生存時間分析（Cox 比例ハザードモデル）の結果を表 4-16 に示す。adjusted モデルにおける非参加群に対する参加群の HR（95%CI、p 値）は、年数回 0.93（0.84- 1.04、p=0.238）、月 1-3 回 0.89（0.80- 1.001、p=0.053）、週 1 回以上 0.84（0.75- 0.94、p=0.003）であった（トレンド検定：p=0.001）。また、前期・後期高齢者で層別した解析の結果を表 4-17 に示す。前期高齢者における非参加群に対する参加群の HR（95%CI、p 値）は、年数回 0.83（0.59- 1.16、p=0.289）、月 1-3 回 1.12（0.82- 1.53、p=0.443）、週 1 回以上 1.06（0.80- 1.39、p=0.676）であった（トレンド検定：p=0.662）。後期高齢者における非参加群に対する参加群の HR（95%CI、p 値）は、年数回 0.95（0.85- 1.06、p=0.381）、月 1-3 回 0.86（0.76- 0.96、p=0.011）、週 1 回以上 0.81（0.71- 0.91、p<0.001）であった（トレンド検定：p<0.001）。

表 4-16：通いの場参加頻度と健康寿命喪失（多重代入法実施後）

参加割合 合 (%)	Crude (n=85,357)				Adjusted (n=85,357)				
	HR	95%CI		p	HR	95%CI		p	
参加なし	68.8	1.00			1.00				
年数回	3.6	1.18	1.06	1.30	0.002	0.93	0.84	1.04	0.238

月1-3回	5.0	1.05	0.94	1.18	0.311	0.89	0.80	1.001	0.053	
週1回以上	6.7	0.86	0.77	0.96	0.008	0.84	0.75	0.94	0.003	
<i>P</i> for trend					0.398					0.001

HR: Hazard Ratio, CI: Confidence Interval

分析方法：欠損値を多重代入法で補完した生存時間分析 (Cox 比例ハザードモデル)、トレンド検定

目的変数：追跡期間中の健康寿命喪失 (要介護2以上+死亡)

説明変数：通いの場参加頻度 (参加なし、年数回、月1-3回、週1回以上)

調整変数：性、年齢、教育歴、等価所得、独居、婚姻、就労、日常生活自立度、都市度、フレイル

表 4-17：通いの場参加頻度と健康寿命喪失 (多重代入法実施後、年齢階級別)

	前期高齢者 (n=45,558)					後期高齢者 (n=39,737)				
	参加割合 (%)	RR	95%CI		p	参加割合 (%)	RR	95%CI		p
参加なし	76.5	1.00				60.0	1.00			
年数回	3.1	0.83	0.59	1.16	0.289	4.2	0.95	0.85	1.06	0.381
月1-3回	3.7	1.12	0.82	1.53	0.443	6.5	0.86	0.76	0.96	0.011
週1回以上	5.3	1.06	0.80	1.39	0.676	8.2	0.81	0.71	0.91	<0.001
<i>P</i> for trend					0.662					<0.001

HR: Hazard Ratio, CI: Confidence Interval

分析方法：欠損値を多重代入法で補完した生存時間分析 (Cox 比例ハザードモデル)、トレンド検定

目的変数：追跡期間中の健康寿命喪失 (要介護2以上+死亡)

説明変数：通いの場参加頻度 (参加なし、年数回、月1-3回、週1回以上)

調整変数：性、年齢、教育歴、等価所得、独居、婚姻、就労、日常生活自立度、都市度、フレイル

4.3. 事業2の要点

事業2では、通いの場参加者と非参加者の予後 (フレイル発症、要介護認定) を比較検証可能な多市町村の縦断データ (JAGES) を用い、通いの場の有効性検証と市町村間比較による通いの場の good practice を抽出した。

縦断データの分析では、フレイル、要介護認定発症をアウトカムとし、どちらも月1回以上の通いの場参加の有無、通いの場参加頻度を説明変数とした解析を実施した。その結果、フレイルをアウトカムした分析では、通いの場参加群は非参加群と比較し、フレイル発症リスクが低かった。前期・後期高齢者で層別化した解析でも同様の結果であった。参加頻度の解析では、非参加群と比較し、週1回以上の参加でフレイル発症リスクは低かった。参加頻度を検討したトレンド検定の結果でも参加頻度が多いほど、フレイル発症リスクが低いという結果であった。前期・後期高齢者で層別した結果も同様であったが、後期高齢者では、月1-3回は95%信頼区間が1をまたいでいたものの、点推定値は週1回以上と同じであった。補足分析として、実施した基本チェックリストのドメイン別の分析では、通いの場参加群で非参加群と比較し日常生活関連動作、運動機能、閉じこもり、抑うつリスクが低かった。

要介護認定をアウトカムとした分析では、通いの場参加群は非参加群と比較し、要介護認定発症 HR が低かった。前期・後期高齢者で層別化した解析では、後期高齢者で通いの場参

加群の要介護認定発症 HR が低かった。参加頻度別の解析では、週 1 回以上の参加で参加群の要介護認定 HR が低かった。前期・後期高齢者で層別化した解析では、後期高齢者で月 1-3 回、週 1 回以上の参加群での要介護認定 HR が低く、トレンド検定の結果も参加頻度が高いほど、要介護認定 HR が低くなることと解釈できる結果であった。追跡期間中の死亡を考慮するため、健康寿命喪失をアウトカムとした補足分析の結果でも同様の結果であった。

これらの結果より、通いの場参加による介護予防効果を考えると、全体では、週 1 回以上、後期高齢者においては月 1 回以上の参加が望ましいかもしれない。今回の分析により、通いの場参加により健康寿命を喪失しにくくなる可能性が明らかとなり、そのメカニズムとして、参加によるフレイルリスクの低下が寄与することが示唆された。さらに、日常生活動作、運動機能、閉じこもり、抑うつリスクの低下といった側面が通いの場参加により持たされている可能性も示された。今後、本事業の成果を元に、通いの場の介護予防効果やそのメカニズムを詳細に検討していく必要がある。

市町村間比較では、通いの場参加割合の高さ、参加群のフレイル発症リスク・要介護認定 HR の低さという観点で good practice を抽出した。2 つのデータセットでも同じ愛知県東浦町、知多市が good practice として抽出された。今後、事業 3 のヒアリングでこれらの自治体の取組を明らかにし、横展開することが重要と考えられる。

5. 事業3 | ヒアリング調査の実施

ヒアリング調査では、通いの場の取り組みに関するプロセス評価（アクトレシピ）に基づいて、PDCA サイクルが良好な自治体を good practice と定義した上で、これらの自治体に対し、通いの場等で行っているフレイル予防の評価方法や実施内容等の詳細を聴取した。

5.1. 対象自治体の選定方法

対象自治体の選定は、分析された自治体（N=127）のうち、ヒアリング調査に同意した自治体（n=28）から選択した。郵送調査のアクトレシピ^{*}の総合得点を用いて、3つの可住地人口密度区分（①4000人/km²以上、②1000～3999人/km²、③1000人/km²）から、各区分で最も得点が高かった3市（①名古屋市、②知多市、③伊豆市）を、ヒアリング対象自治体を選出した（表5-1）。

加えて、JAGESの調査から、通いの場の参加割合が高い自治体をヒアリング対象候補とし、東浦町、大府市、武豊町を選出した。そのうち、ヒアリング調査に同意のあった東浦町（可住地人口密度：1000～3999人/km²）を対象とした。

^{*}アクトレシピ：「3. 事業1 | 郵送調査」の項を参照

表5-1. 可住人口密度別アクトレシピの総合得点 Top 3

可住地人口密度区分	1	2	3
4000人/km ² 以上	名古屋市（81.0）	清水町（66.7）	知立市（46.1）
1000～3999人/km ²	知多市（76.7）	東海市（75.4）	岡崎市（72.2）
1000人/km ² 未満	伊豆市（74.1）	飛島村（73.7）	玉城町（67.4）

（）内が総合点数

5.2. 実施時期と実施方法

名古屋市：令和6年1月22日（月）オンライン会議（90分）

知多市：令和6年1月18日（木）オンライン会議（90分）

伊豆市：令和6年1月9日（火）オンライン会議（90分）

東浦町：令和6年1月25日（木）オンサイト会議（90分）

5.3. ヒアリング内容

アクトレシピ総合得点が良好であった「名古屋市」、「知多市」、「伊豆市」の3市には、アンケート調査に関する、以下の（ア）～（オ）の具体的な内容についてヒアリングを行った。また、JAGESの調査から、通いの場参加割合の高い自治体として選出された「東浦町」については、通いの場参加割合が高い理由を明らかにするために表5-2の（カ）～（コ）の内容について、ヒアリングを行った。

表 5-2. 具体的なヒアリング内容

名古屋市 知多市 伊豆市	(ア) 介護予防・フレイル予防の要点、通いの場の必要性について、どのように理解し、どのように説明しているか (イ) 通いの場の調査・計画状況について、どのように現状を把握し、どのような重点課題を設定して、課題解決に向けた取り組みを行っているか。 (ウ) 通いの場の体制・連携状況について、どのような体制があり、それぞれどのような役割を担っているか (エ) 通いの場の評価状況について、事業の評価および効果の評価はどのように行っているか (オ) 通いの場の調査・改善状況について、課題解決に向けた通いの場事業の見直しには、どのような取り組みをしているか
東浦町	(カ) 通いの場の定義 (キ) 通いの場に関する自治体の役割と連携状況 (ク) 通いの場の参加割合が高いと考えられる理由 (ケ) 通いの場の参加評価 (コ) 通いの場に関する課題

5.4. ヒアリング結果

5.4.1. 名古屋市

5.4.1.1. ア) 介護予防・フレイルの要点や通いの場の必要性についての理解

- 名古屋市地域ケア推進課が中心となり、保険年金課、医療福祉課、健康増進課の4課が合同で連携会議を行情報共有している。
- 国立長寿医療研究センターの助言を参考に、フレイル予防を周知する媒体として、名古屋市独自のフレイルテスト（なごや八〇フレイルテスト）を令和2年度に作成し、現在まで利用している。

5.4.1.2. ア) 住民や関係者への説明

- 住民や関係者への説明は、市から年1回送付される保険料の通知（65歳以上）に、フレイルに関するパンフレットを同封して啓発を行っている。
- フレイル予防に関するスマートフォン用のアプリ（フレポ & 見守り）を作成しており、コンテンツ内で啓発している。また、フレイル予防リーダーとしてボランティアを養成し、フレイルテストを実施するなどして啓発している。（リーダー養成講座：2回/年、委託先 国立長寿医療研究センター）
- 市職員が保健センターの専門職を各サロンに派遣し、フレイル予防を住民へ啓発している。

- ボランティアリーダーがサロンを訪問し、フレイルの説明やテスト、握力やふくらはぎ周囲径を測定し、フレイルの啓発をしている。
- フレイル関連の情報源は、フレイルテスト、3年に1度の「健康と暮らしの調査」や名古屋市の要介護認定に関する結果、市が行ったアンケート結果など、様々な取り組みをもとにしている。
- アンケート結果は、会議で共有している

5.4.1.3. イ) 地域の強み・弱み、通いの場の現状

- 介護予防・日常生活圏域のニーズの調査や介護保険の事業計画時（3年に1度）に、地域の強みや弱みを把握し、全体的な方針を決定するために活用している。
- 情報共有する会議は、4課で月1回を行っている。3年に1度の調査時や、結果が報告された際は随時、会議体で情報共有している。4課以外にも調査結果の情報共有を図るための研修会を年1回実施している。
- 健康とくらしの調査（3年に1回）の結果は、JAGESが提供しているシステム上で他の自治体と比較できるため、システム上の使い方・結果の見方を町内の部署に共有する研修会をしている（年1回）。
- 健康とくらしの調査、一体的実施の4課それぞれ持っているKDBデータ、介護保険の給付データなどから新たな課題を抽出し、どのような調査・分析ができるか協議を進めている。

5.4.1.4. イ) 重点課題の具体例と課題の解決に向けた具体的な取り組み

課題(1)	通いの場の数が不足している
対策	サロン開設・運営のための費用助成や通いの場参加でポイントが貯まるアプリを公開している。
課題(2)	通いの場継続のための担い手が不足している。
対策	運営者向け研修を実施している。通いの場を知らない方向け事例集の作成している。男性は向けの筋トレのサロン、料理教室などを運営している。
課題(3)	通いの場の機能強化に課題がある。
対策	理学療法士会と連携し、ニーズに関する情報をサロンの取り組みから評価している。得られた情報をもとに、具体的なニーズを踏まえた支援を行うようにしている

5.4.1.5. イ) 重点課題の設定や実施計画、目標値

通いの場の参加割合は約10%であり、他の自治体と比較すると低いと感じている。特に、85歳以上の参加割合が低いと感じている。

⇒住民に通いの場の取り組みがあまり知られていないと考えている（大都市特有のコ

コミュニティの帰属意識や関わりの希薄化があるかもしれない)。

5.4.1.6. ウ) 通いの場の体制・連携状況

- 主体部署：地域ケア推進課（支援策の検討、関係各部署との連携）
 連携部署：福祉課（各地域での取り組み推進）、16区にある保健センター（専門職派遣）
 連携他機関：地域包括支援センター：（通称）いきいき支援センター（連携窓口）、
 社会福祉協議会（サロン開設・運営の支援、運営者向け研修会）
 連携職能団体：愛知県の理学・作業療法士、言語聴覚士の3職種。保健センターの管理
 栄養士、歯科衛生士などの専門職。（講師派遣）
 連携住民組織：住民ボランティア：フレイル予防リーダー（フレイルテストの実施、フ
 レイル予防の啓発）、自治会、老人クラブ（通いの場の運営）

5.4.1.7. エ) 通いの場の事業評価・効果の評価

通いの場の事業評価	
評価内容	通いの場の数、延べ参加者数、実参加者数、延べ参加率、実参加者数、 実参加率、基本チェックリスト
実施状況	<ul style="list-style-type: none"> 通いの場の数と参加者数は、毎年国から照会がある時に集計している。 すべての活動は把握困難であった。 運営に関与している社協からの情報や、通いの場の取組を登録するとポイント付与されるアプリから参加者の状況を把握している。
成果	市の通いの場は737か所（2023年12月末時点、厚労省HP公表値）
通いの場の効果の評価	
評価内容	医療・介護保険情報、健康と暮らしの調査の情報、基本チェックリスト
実施状況	個人を識別した情報と医療・介護保険の情報と連結している。健康と暮 らしの調査の参加者の情報を紐づけしているが、具体的な分健康析はこ れからの段階である。健康と暮らしの調査に通いの場に参加しているか という質問項目がある。市の委託事業の中で、参加時と事業終了時に基 本チェックリストを実施し効果検証している。
成果	調査中

5.4.1.8. オ) 計画目標

- 3年に1度の介護保険事業計画の中で計画を立て、充実の必要性・専門職の支援
などの見直しを行っている。
- 委託事業の事業計画は、毎年見直し、情報共有をしている。それらの事業計画は、
所管課で目標値を設定している。

5.4.2. 知多市

5.4.2.1. ア) 通いの場の要点や必要性についての理解

- 毎月1回、長寿課・高齢者相談支援センター・生活支援コーディネーター・ケアマネージャーが集まり、通いの場の現状などを共有し、課題解決に向けて話し合っている。また、知多市健康推進課が、毎年4月に「通いの場」事業の必要性について情報共有をしている。
- 通いの場等に直接出向いて、住民の声からフレイル予防の必要性について現場確認している。
- 地域カルテ、KDB、JAGESなどの調査結果の理解や、各種研修会に参加している。

5.4.2.2. ア) 住民や関係者への説明

- 健康推進課が出前講座（専門職派遣）の際、フレイル予防の要点を説明している。また、年度初めにサロン代表者の集まる会にも説明を行っている。
- 広報部が毎月発行している住民向けの広報の中で、フレイルの特集を組み、介護予防やフレイル予防の要点・必要性を発信した。
- 介護予防通信（全2回）を作成し、市内の高齢者の全世帯に配布した。

5.4.2.3. イ) 地域の強み・弱み、通いの場の現状の把握方法

以下の取り組みと通じて、状況把握している。

⇒体力測定会（1回/年）、市民協働課が管理している地域カルテ：5つの中学校区別の介護や防災情報（5年毎）、後期高齢者の場合はKDBの情報、JAGESの調査結果（3年毎）、職員の観察経験、高齢者相談支援センター・長寿課・健康推進課の定例会議での情報共有（1回/月）、NPO法人を含む生活支援協議体（4回/年）

5.4.2.4. イ) 重点課題の具体例と課題の解決に向けた具体的な取り組み

課題(1)	メンバーや活動内容が固定化され、継続が難しい団体がある
対策	出前講座で専門職を派遣する対応や、百歳体操（既存団体）にて体力測定会で体操を継続することで得られる効果について伝えている。
課題(2)	メンバーやリーダーが高齢化し、担い手もおらず、継続が難しい
対策	リーダーで座談会を設けて、悩みを共有している。具体的には、リーダーを輪番制にするなどの対応策が挙げられた。また、地域で子ども食堂としての役割を担っているサロンが増加傾向にある。その活動を通して、多世代交流や次世代の担い手に確保につながることを期待している。
課題(3)	新しい団体が設立しない
対策	通いの場の参加の効果を周知する働きかけを行っている。住民の興味に合わせて、認知症予防体操（コグニクラブ）等を設立した。

5.4.2.5. イ) 重点課題の設定や実施計画、目標値

KDB などの根拠資料や事業のフレイルチェックなどの評価、市民の実態から健康問題を把握し、目標値を設定している。年度内で中間・最終評価を実施している。

5.4.2.6. ウ) 通いの場の体制・連携状況

主体部署：社会福祉協議会（通いの場の運営・支援）、長寿課（補助金に支援、出前講座の実施等）、健康推進課（通いの場の窓口、出前講座の実施）

連携他機関：高齢者相談支援センター（地域住民の相談窓口）

連携職能団体：リハビリテーション病院（理学療法士）、市薬剤師会（薬剤師）、県柔道整復師会（柔道整復師）

連携住民組織：愛知県健康づくりリーダー知多支部（健康づくりリーダー）

5.4.2.7. エ) 通いの場の事業評価・効果の評価

通いの場の事業評価	
評価内容	通いの場の数、年間実施回数、参加者数、参加率、運動頻度、食の多様性、基本チェックリスト・フレイルチェックリスト、KDB の数値変化、健康と暮らしの調査
実施状況	サロンの参加率、意識の変化を見ている。
成果	サロンは年々増加傾向にある。
通いの場の効果の評価	
評価内容	体力測定会の評価、基本チェックリスト、フレイルチェックリスト
実施状況	サロンや運動教室の前後でアンケートや体力測定を行っている。
成果	<ul style="list-style-type: none"> • 100 歳体操を実践している団体 (+1 kg) と実践していない団体 (-1.7 kg) を比較した際に、握力の平均値に差があった。 • 昨年度から今年度は 232 名を対象に実施し、133 名が回答。改善 61 名、維持 21 名、悪化が 32 名であった。 • アンケート調査では、フレイルについて 90%以上が理解していた。

5.4.2.8. オ) 計画目標

- 年度前には計画を立て、年度途中で中間評価、最終評価の際に翌年に必要な人員を予算要求し、人員確保に努めている。
- 介護認定率や医療費などの評価は中長期目標として 1～2 年後の KDB や健康と暮らしの調査結果を評価予定である。
- コロナ禍で外出制限がかかり、自宅で過ごす方が多かった時期には、介護予防通信として 65 歳以上がいる全世帯に配布（郵送）を行った。自宅でできる体操や口腔、栄養に関する内容を記載することで、フレイル予防につながるように努めた。

5.4.3. 伊豆市

5.4.3.1. ア) 介護予防・フレイルの要点や通いの場の必要性についての理解

伊豆市役所 健康長寿課 高齢者支援スタッフ（担当）が、県から送付される指針や近隣の市町の情報をもとに理解している。

5.4.3.2. ア) 住民や関係者への説明

各種説明は、担当スタッフが各地域包括支援センターを通じて、介護予防教室の取り組みの際に、予防に関する情報を説明している。

5.4.3.3. イ) 地域の強み・弱み、通いの場の現状

- 毎月開催される地域包括支援センター連絡会で、通いの場の活動状況や新規居場所の情報などを随時報告・共有している。連絡会参加者は、地域包括支援センター職員、生活支援コーディネーター、担当スタッフで構成されている。
- 各地域にある地域包括支援センターの職員などと一緒に、住民からの声を聴いている。
- 身体機能等の評価を踏まえ専門職（理学療法士）の意見を聴取している。

5.4.3.4. イ) 重点課題の具体例と課題の解決に向けた具体的な取り組み

課題(1)	住宅地が分散しており、歩いて行ける範囲に集える場所が少ない
対策	毎週の運動教室（全6回）を終了後、参加者主体で運営し続けるOB会の立ち上げを支援している。また、建築企業と連携し、日常の散歩コースにベンチを設置し、気軽に集える場所を増やす取り組みを行っている。
課題(2)	通いの場の運営の持続可能性に問題がある
対策	OB会において、運動機能測定・評価を行い、活動の意味付けや状況・課題の整理など、継続意欲の向上につながるよう支援をしている。
課題(3)	地域ボランティアの育成に課題がある
対策	毎年、12月に介護予防ボランティア養成講座、1月にフォローアップ講座を行っている。

5.4.3.5. イ) 重点課題の設定や実施計画、目標値

毎年4月に通いの場の数、参加率、各種評価などを踏まえて設定している。

5.4.3.6. ウ) 通いの場の体制・連携状況

主体部署：伊豆市健康長寿課 高齢者支援スタッフ（主担当部署、補助金等）

連携部署：同健康長寿課 健康医療スタッフ・介護保険スタッフ（健康医療情報の共有）

市民課（消費生活恵支援等）

連携他機関：地域包括支援センター（通いの場の窓口、住民意見伝達、専門職連携等）、
病院（理学療法士、運営支援）社会福祉協議会（サロンとの連携）介護サ
ービス事業者（通いの場の活用、情報提供）、ケアマネージャー連絡協議
会（通いの場の活用、情報提供）、ホテル企業・公民館（通いの場の提供）、
建設企業（ベンチの設置）

連携職能団体：リハビリテーション専門職、市役所の栄養士

連携住民組織：介護予防住民ボランティア

5.4.3.7. エ) 通いの場の事業評価・効果の評価

通いの場の事業評価	
評価内容	通いの場の数
実施状況	介護予防教室、居場所作り（茶話会の場など）、認知症カフェ・サロンの開設、運営支援をしている。
成果	毎年増加傾向にある。 10年間の取り組みにて、通いの場の数は次の通り。 介護予防教室：37か所、居場所：16か所、 サロン・認知症カフェ等：90か所 合計143か所（令和6年1月時点）
通いの場の効果の評価	
評価内容	運動教室OB会にて、アンケート、身体・運動機能測定を実施した。
実施状況	今年から社会的参加、外出頻度などのアンケートを開始した。
成果	調査中（令和6年3月下旬に解析を終える予定）

5.4.3.8. オ) 計画目標

時期的に検討時期でなかったため、これまで見直しは行っていない。目標値は、現在、担当スタッフで検討中である。（令和6年1月現在）

5.4.4. 東浦町

5.4.4.1. 通いの場の定義

JAGESの調査結果より（事業2）、調査自治体の通いの場参加割合平均が12.6%のところ、東浦町では17.7%と高値であった。JAGESの調査では、住民に「健康体操やサロンなどの介護予防のための通いの場」の参加頻度を確認しているため、自治体が把握している通いの場と異なる可能性がある。そのため町が把握している通いの場と住民が通いの場と考えている可能性のある取り組みを整理した。

自治体が通いの場と定義しているのは「ふれあいサロン」、「認知症に関する通いの場」、その他の通いの場である⁸。こちらはいずれも社会福祉協議会の管轄である。こ

れら以外にも健康課が主催する各種健康づくり教室の修了者による健康体操やウォーキングなどの東浦町健康づくり同好会（以下、同好会）があり、地域住民はこれらを通いの場ととらえている可能性がある。

5.4.4.2. 通いの場に関する自治体の役割と連携状況

健康課は介護予防事業の実動、社会福祉協議会は地域資源の開発、地域包括支援センターは地域資源に繋げる役割を担い、ふくし課は全体を含めた施策の運営を行っている。連携状況としては顔が見える関係が構築されており横の連携だけでなく、住民との連携も円滑に出来ている。自治体内の横の連携として、月1回の定例会議を実施しているがそれ以外にも必要に応じて適宜不定期会議を開催している。

5.4.4.3. 通いの場の参加割合が高いと考えられる理由

①通いの場への行政からの支援

社会福祉協議会では、住民の方がふれあいサロンを安心して運営できるように後方支援や情報提供を行っている。運営のノウハウ（助成金のこと、参加者の参加費の設定、事故の時の保険、運営のコツなど）の情報提供を紙面で提供するだけでなく人伝いにも行っている。

②豊富な通いの場の数

東浦町にはコミュニティセンター、集会所、老人憩の家など活用できる施設が多い。そのため基本的に歩いて行ける範囲に通いの場がある環境を構築できている。

③各種健康づくり教室が同好会になる

健康課が主催する各種健康づくり教室修了者が同好会を立ち上げている。この同好会の数は令和5年6月現在で45グループ、登録会員数は966人存在する。同好会へ移行する各種健康づくり教室は一般介護予防事業のほかに成人の健康の健康づくり教室⁹も含まれるが、東浦町の65歳以上12,984人（令和6年1月末現在）から算出すると会員数が7.4%であるため一定数存在している。健康課で、年に一度連絡会を設け、健康課と同好会、あるいは同好会同士で情報共有できる環境を作っている。

同好会立ち上げのきっかけになっている各種健康づくり教室の内容は、講師が住民へ健康体操やウォーキング等の健康づくりを行うものである。頻度は単発コースや週1回の8回コースなどがある。この体操教室の参加者同士はもともとのお知り合いではないが、プログラム実施中にアイスブレイクをしたり、自宅が近い方同士をつなげたり、休憩時間に雑談をしてもらったりして親睦を深めてもらっている。こちらの教室の広報をするためにチラシを広報ひがしうらに折込み配布することも行ってきた。

修了者が同好会を立ち上げる理由として、健康課で同好会立ち上げを促進していることが関与しているかもしれない。具体的には、健康教育、講師からの教育、教室

の雰囲気づくり、既存同好会へのコーディネート、新規同好会の立ち上げ支援(日程、会場、基礎ルール作成等の援助)等である。また、立ち上げるばかりではなく、参加者の特性に応じた既存同好会への参加勧奨も行っている。

④行政からの通いの場の参加の促し

社会福祉協議会に配置されているコミュニティソーシャルワーカー(生活支援コーディネーター)が地域に出向き、住民に対して通いの場の情報提供や必要なニーズを拾い、地域包括支援センターと連携して、通いの場を紹介している。必要に応じて、社会福祉協議会や地域包括支援センターの職員が通いの場へ同行し関係者を紹介するなどの支援を行っている。

⑤通いの場と他の事業の連携

各地区老人憩いの家等を利用し、健康課が保健師等の職員のほか、療法士会や公民連携企業と連携し、専門職派遣などを行い、健康教育を進めている。

⑥男性だけの同好会がある

参加者が男性のみで構成される、体操の同好会がある。

5.4.4.4. 通いの場の参加評価

- 事業計画(助成金補助額)の参考となる、通いの場の個所数、参加人数、団体の数を集計している。
- 同好会の数、登録会員数を把握している。

5.4.4.5. 通いの場に関する課題

担い手が不足していることである。世代によって、現在の通いの場の取り組みが、ニーズと合致していない可能性もある。通いの場の実施は少人数でもよいなど、既存の枠にとらわれないような通いの場の必要性等も支援するということを住民に伝えている。

5.5. 事業3の要点

Good practice として選出された自治体の取り組みには、次の3点が共通していた。①専門職と連携し、介護予防や通いの場の重要性を地域に伝える取り組みを積極的に行っていた。②参加者の興味やニーズに答える通いの場を計画し、運営を支援していた。③通いの場の情報発信や開設・運営に関する情報提供を発信していた。共通した課題には、通いの場のリーダーやメンバーの担い手が不足していることが挙げられた。

また、可住地人口密度区分に応じた次のような特徴が聴取された。可住地人口密度 4000人/km²以上の名古屋市は、スマートフォン向けアプリと連動した取り組みなど、介護予防に関するコンテンツが非常に充実しているようであった。反面、コミュニティの希薄化による、住民への情報の提供および周知に課題があるようであった。可住地人口密度 1000~3999人/km²の知多市では、通いの場の数は過不足なく、医学的評価を含むマネジメントを基盤

に、ニーズに応じた取り組みをする工夫があった。課題として、新たなコンテンツの創出が聴取された。可住地人口密度 1000 人/km²の伊豆市では、地元企業（ホテル、建設業等）と連携した多様な取り組みを展開していた。反面、歩いて行ける範囲に集える場所が少ないなどの問題を抱えているようであった。また、通いの場の参加割合の高さで選出された東浦町（1000～3999 人/km²）は、住民と協力することによって通いの場は基本的に歩いていける箇所に構築できており、行政が実施している各種健康づくり教室などから住民主体の通いの場（同好会）の運営にシフト出来るように積極的な支援をしていることが特徴的であった。

6. 本事業の総括と今後の展望

令和 2 年に開始された「高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施」では、フレイル予防を推進する拠点として、住民が主体となって運営する「通いの場」の活用が推奨されている。本事業では、東海北陸管内の 6 県 194 自治体において、通いの場を推進する事業がどのように行われているか、その実態を把握すること、及び効果的な手法がどこにあるかを見出すことを主な目的として、PDCA サイクルに沿った「通いの場」の取組を推進するための手引きに基づいてアンケート調査を実施した（調査 1）。次に、東海北陸管内の自治体における JAGES 縦断調査結果から、通いの場の有効性解析を行った（調査 2）。そして、効果的に実施できている自治体を、調査 1 と調査 2 の結果から抽出し、推進方法や課題への対応方法や課題を明確化するため、聞き取り調査を実施した。

調査 1 アンケート調査：通いの場の事業担当者に対し、1) 理解度、2) 調査・計画状況、3) 体制・連携状況、4) 実施状況、5) 評価状況、6) 調整・改善状況について質問を行い、各項目を点数化し、総合得点で順位付けすることで、効果的に実施できている自治体を抽出した。総合得点の上位と下位の 10 自治体を比較した時、効果的な事業が行えていない自治体では、通いの場の評価、および調整・改善に関わる項目の点数がとくに低かった。これは上位スコアの自治体でも、この 2 つの項目が他の項目に比べて低いため、どの自治体も評価と調整・改善に関する領域の強化を行う必要があることが明らかとなった。

調査 2) JAGES の調査：通いの場への参加者は、非参加者に比べて、フレイルの発症や新規要介護認定（要介護 2 以上）、また健康寿命喪失（要介護 2 以上および死亡）のリスクが低く、通いの場への参加により予防効果が期待できることが確認された。また、通いの場への参加頻度が高いほど、さらに、その効果は後期高齢者において、より顕著に見られることが明らかになった。今回の解析結果からは、高齢者全般に対しては週 1 回以上の参加が、後期高齢者では月に 1 回以上の参加が勧められる結果を得た。

調査 3) ヒアリング調査：調査 1 において、3 つの可住地人口密度区分（①4000 人/km² 以上、②1000～3999 人/km²、③1000 人/km²）別に、ヒアリング調査に同意があった自治体のうち、アクトレシビに基づくスコアが最も高かった 3 市（①名古屋市、②知多市、③伊豆市）を対象自治体に選出し、加えて、調査 2 から、通いの場の参加割合が高い自治体を対

象候補とし、ヒアリング調査に同意のあった東浦町(可住地人口密度:1000~3999人/km²)を対象とした。

効果的な運営を行っている自治体の取り組みには、①専門職と連携し、介護予防や通いの場の重要性を地域に伝える取り組みを積極的に行っていること、②参加者の興味やニーズに答える通いの場を計画し、運営を支援していること、③通いの場の情報発信や開設・運営に関する情報提供を発信していること、の3つが共通していた。また、通いの場のリーダーやメンバーの担い手が不足していることが共通の課題として挙げられていた。

まとめ:通いの場への参加は、フレイル発症予防や要介護状態への進行予防として有益であることが本事業において確認された。このため、超高齢社会を迎えた我が国において、通いの場事業を推進する意義は自明である。ただし、推進するための課題は地域の多様性があるため一律ではない。今回の調査では、可住地人口密度の低い地域では、地理的問題(通いの場へのアクセスなど)を抱えやすく、可住地人口密度の高い地域ではコミュニティの希薄化が課題であることが確認された。これらの課題への対応策として、スマートフォンなどのIT活用や社会資源の効果的利用などが期待されるが、高齢者でも利用しやすく工夫することが求められている。また、自治体職員のマンパワーも限られているため、学術団体や各種専門家との有効な連携活動を行うことが望ましいと考えられる。

有限の人生の多くの時間を自立した状態で過ごせることは、多くの人の希望するところである。支援を行う自治体の考え方や対応が、良い環境を創り出し、私たち一人ひとりの望みをかなえることにつながる。本事業が、明日の豊かな社会構築への参考になることを祈って、本事業報告の結びとしたい。

7. 参考文献

1. 東京都健康長寿医療センター研究所 地. PDCA サイクルに沿った「通いの場」の取組を推進するための手引き〈自治体向け〉. https://drive.google.com/file/d/113oO3GRCBg36_XC53HBH0kheqDmqynIM/view
Accessed February 21, 2024 2024.
2. 総務省統計局. 統計でみる市区町村のすがた 2023 B 自然環境. https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200502&tstat=000001205862&cycle=0&tclass1=000001205863&cycle_facet=tclass1&tclass2val=0 Accessed February 22, 2024 2024.
3. 総務省統計局. 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査 2021 年調査【総計】市区町村別人口、人口動態及び世帯数. https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200241&tstat=000001039591&cycle=7&year=20210&month=0&tclass1=000001039601&result_back=1&tclass2val=0
Accessed February 22, 2024 2024.
4. 日本老年学的評価研究機構. 日本老年学的評価研究. <https://www.jages.net/> Accessed February 24, 2024 2024.
5. Satake S, Senda K, Hong YJ, et al. Validity of the Kihon Checklist for assessing frailty status. *Geriatr Gerontol Int.* 2016;16:709-15.
6. Watanabe R, Tsuji T, Ide K, et al. Predictive validity of the modified Kihon Checklist for the incidence of functional disability among older people: A 3-year cohort study from the JAGES. *Geriatr Gerontol Int.* 2022;22:667-74.
7. 厚生労働省. 一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会取りまとめ. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000576580.pdf> Accessed February 24, 2024 2024.
8. 東浦町. 東浦アクティブシニア応援ガイド助さん一第二弾一. <https://www.town.aichi-higashiura.lg.jp/material/files/group/69/sukesan.pdf> Accessed February 22, 2024 2024.
9. 東浦町. 成人の健康. <https://www.town.aichi-higashiura.lg.jp/soshiki/kenko/seijinhoken/gyomu/kenko/seijin/1452566718900.html>
Accessed February 22, 2024 2024.

8. 参考資料

8.1. アンケート調査で使用了調査票

●●県●● 担当者様（調査 ID： ）

令和5年度 老人保健事業 通いの場の取り組み状況に関するアンケート ご協力をお願い

令和5年9月
実施機関：国立長寿医療研究センター
フレイル研究部

- この調査票は、通いの場の事業担当者（実務担当者）がご回答ください。
- 通いの場とは、「高齢者をはじめ地域住民が、他者とのつながりの中で主体的に取り組む、介護予防やフレイル予防に資する月1回以上の多様な活動の場・機会のこと」をいいます。
- 全部で8ページあります。質問が多く大変恐縮ですが、途中で休憩を入れながら、最後のページまでご記入ください。
- 記入いただいたアンケートは、同封いたしました返信用封筒に同封の上、**10月10日（火）必着**でご投函ください（切手は不要です）。
- 本調査の詳細は、別紙「通いの場におけるフレイル予防の促進へ向けた効果的な手法に関する調査研究のご説明」をご覧ください。

以下の質問はとても重要ですので、必ずお答えください。

問1. 本アンケートの回答を統計的に処理した形で学術的に利用させていただくことについて、ご同意いただけますか？

「はい」か「いいえ」に○をつけてください。

1. はい	→	次のページへ進んでください。
2. いいえ	→	何も記入せず、このまま返信用封筒にてご返送ください。

事業担当課および担当者についておうかがいします。

問2. 所属している担当課は何名在籍していますか（非常勤職員を含む）。（○は1つ）

1) 5名以下	2) 6～10名	3) 11～15名	4) 16名以上
---------	----------	-----------	----------

問3. 現在、事業担当者が把握している通いの場は、何団体ありますか。（○は1つ）

1) 5団体以下	2) 6～10団体	3) 11～15団体	4) 16団体以上
----------	-----------	------------	-----------

問4. 事業担当者のご年齢はいくつですか。（○は1つ）

1) 20代	2) 30代	3) 40代	4) 50代	5) 60代
--------	--------	--------	--------	--------

問5. 入職して何年目ですか。（○は1つ）

1) 5年以内	2) 6～10年	3) 11～20年	4) 21～30年	5) 31年以上
---------	----------	-----------	-----------	----------

問6. 「通いの場」事業の担当者になって何年目ですか。（○は1つ）

1) 本年度から	2) 1～2年	3) 3年以上
----------	---------	---------

問7. 医療や保健に関わる資格や免許はありますか。（○は1つ）

1) なし	2) 薬剤師	3) 看護師・保健師	4) 管理栄養士
5) 歯科衛生士	6) 理学療法士	7) 作業療法士	8) 健康運動指導士
9) 社会福祉士	10) その他（資格名： ）		

通いの場の 理解度 についておうかがいします。

問8. 地域づくりによる介護予防の背景を理解している。（○は1つ）

(ア) 介護予防・フレイル予防の要点を理解している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(イ) 介護予防・フレイル予防の要点を住民や関係者に説明できる。

1) できていない	2) あまりできていない	3) できている	4) よくできている
-----------	--------------	----------	------------

(ウ) 通いの場の必要性を理解している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(エ) 通いの場の必要性を住民や関係者に説明できる。

1) できていない	2) あまりできていない	3) できている	4) よくできている
-----------	--------------	----------	------------

通いの場の 調査・計画状況 についておうかがいします。

問 9. 調査結果等から地域の強みと弱み、通いの場の現状を把握している。(○は1つ)

(ア) 少なくとも数年に1度程度、地域診断の際に調査(ニーズ調査等)を活用している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(イ) 地域にある通いの場の実施状況(場の数、活動頻度、内容、運営者など)を把握している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(ウ) 通いの場の参加者の状況(性別、年齢層、健康状態、要支援・要介護認定者の参加の有無など)を把握している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(エ) 地域の強みと弱みを把握している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

問 10. 重点課題を明確にし、共有している。(○は1つ)

(ア) 通いの場に関係する地域の弱み(問題点)を洗い出している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(イ) 重点的に取り組むべき課題(重点課題)を決めている。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(ウ) 上記を課内で協議・共有している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(エ) 上記を課外や関係者とも協議・共有している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(オ) 上記を住民(ボランティア)とも協議・共有している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

問 11. 重点課題の解決に向けた実施計画・目標値を策定している。(○は1つ)

(ア) 重点課題に対する取組内容を策定している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(イ) 取組の年間計画を決めている。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(ウ) 取組の目標や目標値を設定している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(エ) 役所内の他事業とどのように連動させるかを整理している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(オ) 連携が必要な機関・組織を整理している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(カ) ア～オを課内で協議・共有している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

問12. 評価計画（いつ、誰が、何を、どのように評価するか）が明確である。（○は1つ）

(ア) 体制・連携や取組の実施状況の評価方法を決めている。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(イ) 取組による直接の成果（通いの場の数や参加者数など）の評価方法を決めている。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(ウ) 取組による効果の評価方法を決めている。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

通いの場の 体制・連携状況 についておうかがいします。

問13. 重点課題の解決に必要な行政内外の機関・組織と連携している。（○は1つ）

(ア) 行政内の他部署・支局（出張所等）と連携している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(イ) 他機関と連携している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

実際に連携している他機関。（該当する機関すべてに○）

1) 地域包括支援センター	2) 保健所	3) 社会福祉協議会
4) シルバー人材センター	5) 医療機関	6) 社会福祉法人
7) 介護サービス事業者	8) NPO 法人	9) 協同組合
10) 民間企業	11) その他（具体的機関：)	

(ウ) 職能団体と連携している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

実際に連携している職能団体。(該当する団体すべてに○)

1) 理学療法士	2) 作業療法士	3) 言語聴覚士
4) 薬剤師	5) 管理栄養士/栄養士	6) 歯科衛生士
7) その他(具体的団体: _____)		

(エ) 住民組織と連携している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

実際に連携している住民組織。(該当する組織すべてに○)

1) 住民ボランティア	2) 自治会・町会	3) 老人クラブ・民生/児童委員
4) 食生活改善推進員	5) スポーツ推進員など	
6) その他(具体的組織: _____)		

通いの場の 実施状況 についておうかがいします。

問14. 重点課題の解決に必要な取組を実施している。(○は1つ)

(ア) 支援者・ボランティアの養成、スキルアップを行っている。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(イ) 通いの場の立ち上げ支援を行っている。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(ウ) 通いの場の継続支援を行っている。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(エ) 住民の参加を促す取組を行っている。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(オ) 他事業と連携している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(カ) 保健事業と介護予防の一体的実施を行っている。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(キ) その他の取組を実施している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

具体的な実施内容。(自由記述)

--

(ク)重点課題解決に向けて実際に実施している取組みすべてに○をつけてください。

1) 支援者・ボランティアの養成講座	2) 支援者・ボランティアのスキルアップ講座
3) 個別相談	4) 専門職の定期的な関与
5) 通いの場の機能強化支援	6) 広報活動
7) 地域ケア会議との連携	8) 総合事業サービス（サービスCなど）との連携
9) 生活支援体制整備事業との連携	10) 通いの場での健康チェック
11) 通いの場での栄養指導	12) 通いの場での口腔ケアの実施
13) その他（具体的内容： _____）	

通いの場の 評価状況 についておうかがいします。

問15. 通いの場事業を評価している。(○は1つ)

(ア)体制・連携を評価している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(イ)取組の実施状況を評価している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(ウ)直接の成果を評価している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(エ)評価に資する項目として、実際に把握している項目すべてに○をつけてください。

1) 通いの場の数	2) 年間実施回数
3) 延べ参加者数	4) 実参加者数
5) 延べ参加率	6) 実参加率
7) 運動頻度	8) 食の多様性
9) 外出頻度	10) 社会参加
11) 役割期待	12) 身体機能
13) 低栄養	14) 口腔機能
15) 精神的健康	16) フレイル
17) 社会的サポートやネットワーク	18) ソーシャル・キャピタル
19) 幸福感	20) 新規要介護認定率
21) 新規要介護認知症発症率	
22) その他（具体的項目： _____）	

問16. 通いの場の効果を評価している（該当する番号すべてに○をつけてください）。

1) 通いの場の参加者を対象にした調査・評価を随時行っている
2) 高齢者全体を対象に、個人を識別した調査を、少なくとも数年に一度実施している
3) 個人を識別した調査において、通いの場の参加者と非参加者を識別できる
4) 個人を識別した調査データ(通いの場の参加状況やアンケートデータ等)と医療・介護保険情報等を結合できる

問17. 適切な評価に向けた準備として実際におこなっているものすべてに○をつけてください。

1) 通いの場参加者リストを作成または入手している
2) 通いの場参加者リストや参加状況を電子化（データ化）している
3) 日常生活圏域ニーズ調査等のアンケート調査結果をデータ化している

通いの場の 調整・改善状況 についておうかがいします。

問18. 課題解決に向けた計画、体制、取組内容、目標値を再検討している。（○は1つ）

(ア) 計画を再検討している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(イ) 体制を再検討している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(ウ) 取組内容を再検討している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

(エ) 目標値を再検討している。

1) していない	2) あまりしていない	3) している	4) よくしている
----------	-------------	---------	-----------

ヒアリング調査へのご協力についておうかがいします。

本郵送調査にご回答・ご返信いただいた自治体の中で、良好な取り組みを実施している2~3の自治体を対象に、2024年（令和6年）1月に、ヒアリング調査（60分ほど）をお願いする予定です。ヒアリング調査をお願いする場合は、2023年12月頃に、事務局から別途ご連絡差し上げます。ご協力の可否についてご回答いただきますよう宜しくお願い致します。

問19. ヒアリング調査へのご協力をお願いしますか。（○は1つ）

1. 可	2. 不可	→	以上で終了です。ご協力ありがとうございました。
------	-------	---	-------------------------



問20. 事業担当者のお名前を漢字でご記入ください。

姓	名
---	---

問21. お電話番号をご記入ください。（もっともよく繋がる番号をひとつ）

—	—	（内線：	）
---	---	------	---

問22. メールアドレスをご記入ください。

@

ご回答ありがとうございました。
10月10日（火）必着でご返送ください。