

8. 介護予防事業全般についての意見・要望等

介護予防事業全般についての意見・要望等は以下の通りであった（以下各々の区分における件数は重複有り）。

特定高齢者把握事業について（948件）

全般

特定高齢者把握事業について、国がより普及啓発を行ったり、自治体に事業展開の方針を示す等の役割を果たしてほしいという意見が見られた。特定高齢者把握管理のためのマネジメントシステム、ソフト等を望む声もある。

また、生活機能評価についても、現状ではそこに予算が多く配分されるため、介護予防事業参加を表明した時点で評価する方法や、主治医と連携して必要な検査情報を得る等、効率的な把握と参加勧奨を行うことはできないかという意見が挙げられている。

「特定高齢者」という言葉が把握率や事業参加率を下げているのでは、という指摘もあった。そのため、一般高齢者と区別せず、一般高齢者施策の中で事業を実施してはどうかという意見も多かった。さらに、100歳近い者を事業対象者にする事の妥当性に対する意見もあり、対象年齢に上限を設けてはどうか、という要望も見られている。

プログラム種別には、栄養改善プログラムにおいて、現在は低栄養を対象としているが、今後は肥満者への対応が必要という意見が挙げられている。

- ・ 特定高齢者を把握し、動機付けをしていくことは無駄ではないが、機能が衰えてからのアプローチには限界がある。事務手続きも煩雑であり、特定高齢者を把握して介護予防事業を展開していくことは非効率である。また、各事業の展開方法も市町村の裁量に任せられると、担当課のトップの考え方によって事業の展開が違ってしまふ。国の方針として行うのであれば、どのような方法でやれば、効率よく人を集めて事業展開できるのか示してほしい。
- ・ 広報誌やイベント等、機会ある毎に事業の周知・啓発を図っているが、市民の理解、参加者の増加につながらない。国を上げての周知・啓発をお願いしたい。
- ・ 特定高齢者の把握において、毎年度、新たに選定された人と介護認定を受けた人の追跡調査、管理が大変である。画期的な管理ソフトが欲しい。
- ・ 特定高齢者の決定について、基本チェックリストと生活機能評価が必要だが、高齢者で主治医がある方は必要な検査は行っており、更に生活機能評価の検査は必要ないと思う。主治医との連携で決定としていく方向で検討してほしい。
- ・ 特定高齢者把握が困難なため、特定高齢者の決定を市町村が“基本チェックリスト”と“生活機能チェック”で行い、特定高齢者と決定された者が介護サービス利用を希望した際、可否の判断を主治医が生活機能検査で行なえるよう変更をお願いしたい。
- ・ 必ずしも健診で特定高齢者の判定をせずとも事業参加してよいのではないか。わざわざ、特定になるために行うのは現場としては、面倒である。一般高齢者扱いで実施するなどの方が動きやすい。
- ・ 特定高齢者と位置づけられることに憤慨する方もある。一般高齢者と特定高齢者の区別をすると事業参加率がかなり低くなるが、一般高齢者施策の中であれば参加率は格段に上昇するので分けて考える必要はない。

- ・ 特定高齢者を把握したとしても、該当になった方に指導をして、その個人が 100 歳間近であったりする場合は、本当に幸福なのか疑問。対象年齢に上限をつけることは検討できないか。
- ・ 今は低栄養で痩せている方を対象としているが、肥満者の対策が必要である。
- ・ スクリーニングの対象を運動と栄養に絞っていただきたい。他の項目は元気高齢者にも必要なプログラムであることから、普及啓発事業や他の事業と組み合わせる方が効果的と思われる。

基本チェックリスト関連

内容や文言の見直しを求める意見と、対象者の理解不足等による実施上の問題点が挙げられた。

文言については、特に「うつ」に係る箇所、対象者や医師からの批判が多いという意見が寄せられている。また、主観的な情報であり、対象者のその日の気分や状態等でかなり変化してしまうという懸念も多く見られている。質問項目内容についても、地域的な配慮をもう少し取り入れるべきであるという意見が多かった。

また、対象者の理解不足や慣れ等により、状態が正しくチェックに反映されないことや、認知機能低下がある者等では、すべてに「できる」と回答してしまい、妥当なスクリーニングになっていないというコメントも見られている。

- ・ 質問の内容（文言）を見直してほしい。（特にうつの部分）
- ・ 基本チェックリストは記入者の主観的な情報であり、果たして本当に特定高齢者となると思われる方が候補となっているのか疑問である。
- ・ 特定高齢者を選定する基本チェックリストの内容の見直しを図っていただきたい。具体的には、運動機能の項目では機能低下の恐れがなくても特定高齢者としての候補となっている場合が多く感じられる。
- ・ 基本チェックリストの一部質問項目が都市部向けに作られているので、地方の方には当てはまらない項目があるので地方にも当てはまるようなものにしてほしい。
- ・ 基本チェックリストのチェック項目について。バスや電車を利用しての外出などの質問項目は公共交通機関が充実していない地方と都市部では回答に偏りがあるように思う。当町には駅がないため、電車やバスは利用しないが車を運転しているという高齢者が多数いる。
- ・ 基本チェックリストの内容が地域に合っていないのと、毎年同じ内容なので、受診者の理解不足や慣れにより、あえてチェックがつかないように回答するなど正しく評価できないことも多い。
- ・ 基本チェックリストについて、認知機能の低下がある方は全て「できる」とチェックしてしまい、判定の意味がない。その他の項目についても対象者が質問の意図とは違うとらえ方をしてしまうことが多いように感じる。全国的にこのような傾向が多いのであれば、質問内容を再検討してもらいたい。

生活機能評価関連

生活機能評価については、医療機関、医師会等の医療者側への理解を求める声が多くなっている。生活機能評価自体のプロセスの簡素化を望む声は多かった。

また、生活機能評価に事業予算の多くが使われ、介護予防事業の費用が少なくなっている現状もうかがえた。介護予防事業に参加を表明した者に生活機能検査を実施する等、効率化を望む声も見られている。

- ・ 介護予防事業をすすめる上で生活機能評価での医学的判断は大変重要であるが、生活機能の低下や特定高齢者という名称を用いることは改善をお願いしたい。
- ・ 生活機能評価を医療機関に委託し、かかりつけ医ではない医師が判定を行う場合、当日の状況だけでは生活機能の低下の有無を判断することが困難であると言われることも想定される。特定高齢者は、要介護者ではないため、医師の判定は必須である必要があるのか疑問もある。特定高齢者決定のプロセスの簡略化も必要ではないかと考える。
- ・ 医師の判定が必要なことによって、事業につなげるために時間や予算を要し、事業が受けにくくなっている。また、特定高齢者は健診を受けることが少なく、かかりつけの医療機関においても医師の理解が得られていないことも多く、スムーズに把握できない。基本チェックリストと保健師等の判断で、特定高齢者を決められるようにしてほしい。
- ・ 生活機能評価には医師の判定が必要だが、医療過疎の地域では個別で生活機能評価を実施してくれる医療機関がないため、医師の意見書か保健師の判断で判定ができるようにしていただきたい。
- ・ 医療機関でも生活機能評価を積極的に実施できるよう環境整備が必要。生活機能評価を実施しなければならない等把握の手続きが複雑でわかりにくい。基本チェックリストとかかりつけ医の指示で対象者とすることができるようにはどうか。
- ・ 生活機能評価の実施について、医師会への事業の理解をしていただくよう伝えていってほしい。
- ・ 生活機能評価に莫大な費用と多くの時間がかかり、肝心の予防事業に費用と時間をかけられないのが実情である。それで、チェック方法や評価方法の見直しをお願いしたい。
- ・ 生活機能検査については広く実施するのではなく、介護予防事業の参加希望者のみ行えば費用の無駄使いにならずにすむ。
- ・ 生活機能評価に対する認識を高めるために、基本的なところから積極的に国としてのマスメディアを利用した広報活動をお願いしたい。今の市民は、市広報誌よりテレビなどの情報をダイレクトに行動に移している。文字を読むより映像、身近な人より有名人の発言を優先するところがある。これは地方自治体には難しいことである。

通所型介護予防事業について

通所型においては、プログラム実施場所間までの交通機関の確保が困難という意見が多かった。また、一般高齢者と一緒の事業実施や、友人・知人等も誘って参加することを可能とすることなど、事業の対象者を広げてはどうかという意見も多かった。

また、事業の複合的实施のためのマニュアル整備や、ケアプラン作成等の手続きの簡素化、委託先確保のための方策の検討等を望む声も多かった。

- ・ 交通手段の確保が困難（送迎等に費用がかかる）
- ・ 特定高齢者や介護予防の概念の啓蒙普及をしてほしい。先進事例を情報提供してほしい。特定高齢者の事業に一般高齢者も参加できるように融通をきかせて事業ができるようにしてほしい。（予算面においても）高齢者は仲間と一緒に参加したい方が多く、仲間がいなくて事業の参加をやめる方もいる。そんな高齢者が多いことを考慮してほしい。
- ・ 広く対象者を広げて実施できるような事業内容（例：友人・知人を誘いあわせて参加できる等）が必要である。

- ・ 一般高齢者対策事業との同時実施には開催方法等にしぼりがあるが、スタッフが不足する中、同時実施が認められなければ困難な場合が多いので柔軟な開催ができるよう認めてほしい。地域には介護予防に関する人材が不足しているため、委託機関の公開や人員の養成が必要である。
- ・ 生活機能評価を取り入れ、特定高齢者施策になり、対象者を限定することによって、介護予防事業につながりにくくなった。事業を受けるには必ず医師の生活機能チェックを受けなければならないというのも、事業への参加しづらさにつながっている。
- ・ 事業の内容が分野ごとに細分化されているマニュアルに沿って展開しているか、複合的に組み合わせ実施できたらと考えている。
- ・ 今後特定高齢者が増加するのでプラン作成が大変になる。もっと簡易な様式でプラン作成が可能にならないか。
- ・ 良い委託先がないか探すのが困難。また、通年実施するためにはスタッフの充実が必要。
- ・ 介護事業者等が介護予防の人材の育成に力を入れるインセンティブを検討してほしい（委託先確保のため）。
- ・ 本当に成果のある事業を期待するのであれば、理学療法士、健康運動指導士、看護師の有資格者の規定と、それに見合う1人あたりの利用単価を設定して頂きたい。
- ・ 事業参加にあたり、アセスメントとプラン作成が必要で、参加者数増が難しい面があるため、手続きを簡略化して欲しい。
- ・ 実際、教室に参加している人達は、低栄養より肥満の人が多く、介護予防上は肥満の人のリスクが高いと思われる。
- ・ 通所事業参加終了後、高齢者の介護予防活動を維持させることがかなり困難。そのマニュアルも必要ではないか。維持させなければ、事業を実施したことも無意味になる。介護予防事業を始めたことで、介護認定されるか、されないかという境界域の高齢者が通所する場所がなくなってしまっている。
- ・ 各プログラムが終了したあとの事後フォローが重要課題だと考えているが、具体的にどのように実施すれば効果的か、情報提供等していただけるとありがたい。

訪問型介護予防事業について

訪問型介護予防事業については、特に具体的な事例、先進事例を紹介してほしいという声が多かった。各自治体でプログラム提供におけるノウハウが不足しており、具体的な方策が知りたいという意見が多い。研修会の実施等の要望も見られている。

- ・ うつ、閉じこもり、認知症への訪問型介護予防事業を実施している事例を紹介してほしい。
- ・ 訪問型事業の具体策が考えにくい。参考となるような実践事例を示してほしい。
- ・ 潜在的なニーズはあるのかもしれないが、施策利用者はほとんどいない状況である。事業者側においてもプログラム提供のノウハウがなく、介護予防マニュアルもプログラム提供に関する具体的な記述が少ないため、マニュアルの改正、先駆的な取組紹介、研修の実施を希望する。
- ・ 訪問型を実施するマンパワーが不足している。地域包括支援センターがそれを担うには介護予防支援業務の割合が多く限界がある。
- ・ 「閉じこもり予防支援」や「うつ予防支援」は困難事例の家族支援で実際に行っているが、特定高齢者施策の位置づけで支援していくのは現場に馴染まない。

- ・ 訪問事業だけで、予防効果をあげるのはかなり困難ではないか。スタッフの力量が問われるが資質向上のための研修も少ない。また、専門職のマパワーがとてかかり、費用対効果が悪いと感じている。医療機関につなげるような状態の悪い者に支援することになり、介護認定をすすめることにもなり、介護予防の効果をどのように評価したらいいのか難しいと感じている。
- ・ 費用対効果があるのかどうかもう一度検討するべきではないかと思う。プランを立てる側への事務的・時間的負担が大きい。

介護予防特定高齢者施策評価事業について

具体的な評価方法、指標等が知りたいという意見が多く見られている。評価に関する研修会を開催してほしいという要望も挙げられた。

また、標準的な評価シートの提供や、ソフトウェアの提供を望む意見も見られている。

- ・ 特定高齢者が非常に少ない状況であり、基準該当の1年での変更もあり、評価することが非常に難しい。評価のための標準的な仕様の提示や指導をいただきたく、説明会や研修会等の機会がほしい。
- ・ 評価の指標を具体的に示してほしい。
- ・ マニュアル掲載以外の評価指標等を活用されている市町村があれば、内容等情報提供をお願いしたい。
- ・ 市町村共通で使える標準的な評価シート（様式）を示して頂けるとありがたい。
- ・ 個人の評価スケールが煩雑なものが多い（時間がかかりすぎたり、実際に集団の教室で使えるものが少ない）ので、当市ではオリジナルのスケールを作成しているが、妥当性に欠ける。国として、簡単に使えるスケールや、データをまとめるシステムの開発・普及にも力を入れて欲しい。また、こういった調査に必要な項目をあらかじめ提示しておいて欲しい。
- ・ 事業参加後、基本チェックリストでは変化がなかったり、项目的には悪化している場合でも、友人ができたり、明るくなったりと、事業の参加効果は大きいチェックリストに反映されない。国報告の一律の評価報告は意味が薄いように思う。
- ・ 評価の必要性は理解できるが、評価、報告にかかる時間を多く必要とする。各評価を簡易に統一し様式等も標準化されるとよい。
- ・ 事業者、市町村、地域包括支援センターが使用することができる標準的なソフトを作成して欲しい。

介護予防普及啓発事業について

介護予防普及啓発事業は意義があるとの意見が多い。国が率先して公的機関や民間企業との協働も視野に入れ、全国区での普及啓発に取組み、介護予防の概念を幅広い層に理解してほしいという意見が多く見られている。また、介護予防に限定せず、「老いる」ことの知識から広めたり、65歳以上と区切るのではなく若年のうちから認識してもらう等の取組みをしてはどうかという意見が挙げられた。

- ・ 一般高齢者の施策を充実していくことで、地域での元気高齢者を増加させていくことにつながると思われる。現に一般高齢者の中で活動している特定高齢者は、よりいきいきとされており、予防的取り組みの継続にも意欲的な印象を受ける。特定高齢者の事業同様、大変意義がある事業と考えている。
- ・ 1次予防として重要な事業であるため、乳がんのキャンペーンのように大々的な全国区での取組みと

して取り上げて欲しい。

- ・ 年齢に関係なく「老いる」ことについて知識が広がって欲しい。子供と高齢者が交流できるような機会が増えるとよい。
- ・ 一般高齢者に対する事業におけるリスクマネジメントの実際についての情報提供。
- ・ コマーシャルなどでも介護予防が自身のためになることをPRしてもいいのではないか
- ・ 介護予防のパンフレットは、字体を大きくして高齢者が読みやすくしてもらいたい
- ・ 「介護予防手帳」の様式が示されましたが、老人保健法で配布していた「健康手帳」のように、医療受診状況、健診結果、介護予防事業への参加が一体型となったものを標準様式として作成してほしい。
- ・ 一般高齢者施策は機能低下する前のアプローチとして重要である。広く継続的に行えるよう整備していきたい。そのためには、特定高齢者を把握し事業を展開する方法をやめて、一般高齢者施策を中心に行える考え方にしてほしい。
- ・ 栄養改善は、食肉、乳製品普及の協会などと協力し、口腔機能向上は、口腔衛生用品を扱う企業とタイアップする等、民間と協働できれば、マスコミも含んだ大規模なキャンペーンが図れる。ひとつの運動として国民に訴えていけば効率的である。水際よりも、より早い時期に介護予防につながるライフスタイルを築くことが、国民全体の健康寿命の延伸となる。
- ・ 65歳になってから、介護予防を普及するのは遅すぎる。老人保健法のように壮年期から教育は実施すべき。40歳から介護保険料を支払っているのだから、普及啓発については40歳から対象にしてもいいのではないか。
- ・ 介護予防の普及啓発を地域包括支援センターに委託できるようになっているが、マンパワーの問題で思うような普及啓発活動が進んでいないのが現状である。包括的支援事業の中にそういった総合的な介護予防のコーディネートをするような業務・人材・財政支援が必要ではないか。

地域介護予防活動支援事業について

介護予防に関する地域での取り組みは今後重要となるという認識を持っている自治体が多い。先進事例の紹介や、指導者育成、研修等を望む意見が多く見られている。

- ・ 高齢者が介護予防の取り組みを継続していくために地域での介護予防のリーダーの役割が今後さらに重要になると考える。先進的な取り組みをされている自治体等の紹介等今後も情報提供いただきたい。
- ・ 専門的知識をもったマンパワーの研修や養成を実施してほしい。又指導者の育成も行ってほしい。
- ・ 生きがい活動、趣味の活動など、広い意味では介護予防につながるものとの線引きが難しい
- ・ ボランティア等の人材育成、地域活動組織の育成及び支援方法についての研修会の実施。
- ・ 地域における活動者、ボランティアに対して、国からの委嘱状を直接交付することにより、活動者の地位の向上を図ることができ、参加者の増加と活動の活性化を図ることができないものか。

介護予防一般高齢者施策評価事業について

介護予防特定高齢者施策評価事業と同様、具体的な評価方法、指標等が知りたいという意見が多く見られている。評価に関する研修会を開催してほしいという要望も挙げられた。

特定と異なる点としては、一般高齢者施策では介護予防事業に留まらず、地域の様々な活動、事業と

リンクしている場合も多いため、自治体活動全体について評価してはどうかという意見、一般高齢者は特定高齢者よりもデータがとりにくいという意見等が挙げられた。

- ・ 事業の評価ができる能力のレベルアップを目的とした研修や研究事例等の提示
- ・ 効果の評価は一律にできない場合もある。高齢者にとっては悪化しないで現状維持できること自体評価できるに値するのではないか。
- ・ 市町村の実情によって、事業の実施量などは違いがあると思うが、模範的な評価の基準などを示していただくと、より評価しやすくなると思う。
- ・ 一般高齢者施策においては、介護予防事業だけでなく、地域の様々な活動が介護予防につながっている場合も多く、それらを含めた自治体全体の活動についての評価が必要と感じている。
- ・ 評価をもっと簡潔に出来るようなシステム、マニュアルを示して欲しい
- ・ 評価方法や評価の具体的な指標が示されていないために、評価を行うことが難しい。評価における報告書の項目も事前に把握することができれば、計上しやすい。項目における具体的な説明を詳しくしてほしい。
- ・ 一般高齢者施策評価事業は特定高齢者よりもデータがとりにくく難しい。また、評価のために厳密なデータ取りが必要となるとマンパワーが不足している。

その他、介護予防事業全般に関して以下のような意見が挙げられている。

- ・ 事業開始から3年目となり、特定高齢者への介護予防事業の効果の評価をはじめ事業の意義等が問われているが、実際は基準の変更、生活機能評価の実施方法の変更と目まぐるしい状況のなか、特定高齢者の把握数の確保やシステムの整備等々に追われ、本来の介護予防事業の内容や全体の事業検討にまで至っていない状況である。また介護予防事業のケアプランを作成するはずの地域包括支援センターは要支援者のケアプラン作成に追われ、介護予防事業へ十分な力を発揮できずにいる現状であり、潜在する特定高齢者と思われる方の掘り起こしは現状のシステムでは大変厳しい状況である。今後地域の特性に応じて介護予防事業をより自由に展開できるような、システムや事業内容の検討をお願いしたい。
- ・ 交付金の利用について、特定高齢者施策と一般高齢者施策の区分が求められているが、そのために両施策の効率的な事業展開の壁となっている。このことから、交付金の利用についてはこの区分をやめ、介護予防のみとしてほしい。
- ・ 一般高齢者施策を充実させ、全体の底上げを行った方が効果的と考える。また、介護認定を受けた方の原因疾患を見たときに、重度化する疾患は脳血管疾患が多い。生活習慣病の予防を含めて介護予防を考えていくことが必要と考える。
- ・ 介護予防や健康づくりの必要性は多々認識しているところであるが、過疎地ではマンパワー、特に民間等の参加が限られ行政に頼られる部分が多いところである。しかし、行政の中では他の事業とのバランスや財政状況等あり、期待に答えられない状況もある。中央型の施策ばかりでなく、過疎地にも配慮のある事業を考慮いただきたい。
- ・ 介護予防事業を地域で推進していくためには、事業の実施機関や人材の育成、確保が必要。単なる事業の実施だけではなく、地域づくりやまちづくりの視点で、介護予防事業を展開する必要があるように思う。

- ・ 特定高齢者の選定や、基本チェックリストを含む生活機能評価、特定高齢者のケアプランなど、複雑で時間のかかる物が多い。また、煩雑であり特定高齢者と一般高齢者という言葉も理解を得にくい。もう少し地域性にあった介護予防事業を展開できるよう、介護予防の必要な方の選定等、町に裁量などを持たせてほしい。
- ・ 当市の介護予防事業一般高齢者施策参加者は、申請をすれば特定や要支援の認定がつく方も参加している。そこで、19年度から、特定高齢者、要支援でも本人の希望があれば参加できる事業にしたところ継続して事業に参加しており、自立意欲も高まった。また、特定高齢者施策は事業の労力・費用のわりに参加者が少ないという現状がある。
- ・ 市町村の実情に合わせ、自由に事業を開催できるようにしてほしい。特定高齢者把握事業に、多大な労力を要するが、効率が悪い。把握することが目的なのではなく、事業への参加者を増やすことを目的に、無駄を省いて実施していきたい。
- ・ これまで行われてきた介護保険のイメージが、介護者の負担軽減とサービスの提供という非常に抽象的で、「何でもやってあげますよ」的なイメージを持たせてきたところに矛盾がある。実際に、教室を開催していると「もっと早くにこういう話を聞きたかった」「勉強したかった」とうの声が聞かれ、歳をとるとはどういうことなのか、自分らしく生きるとはどういうことなのか等、最も基本的なところの教育不足が大いにあると感じている。一般高齢者施策とあわせ、そこから取り組みたいと考える。
- ・ 介護予防事業の実施にあたり、最も問題になるのが、会場までの「足」である。少ない会場に集めるには「足」の手配が必要になり、身近な会場で実施するにはスタッフが多く必要。介護予防事業に関連して送迎等に補助や簡易に送迎できる制度等の見直しを検討してほしい。
- ・ 「メタボリックシンドローム」は報道等で大きく取り上げられ全国的に有名であるが、「介護予防」についても周知をいろいろな場面で行なっていただけると良いと思う。なお、介護という言葉により「自分はまだ関係ない」と捉えてしまう方もいるようである。取り入れやすい言葉があるとより広まるのではないか。
- ・ 特定高齢者の教室に参加するまでのプロセスが複雑、ケアマネジメントに手間がかかる等、参加者より不満の声が聞かれる。多くの対象者に参加してもらうためにも、簡略化したものになると良い。
- ・ 介護認定の要支援者の介護予防ケアマネジメント業務を包括支援センターの業務から外せないだろうか。高齢者全体からみると、要介護認定者は3割ほどであり、残りの7割は元気が要介護予備軍である。地域包括支援センターは、この元気&要介護予備軍に力を入れ、将来の要介護状態を予防するための業務を中心に行えないだろうか。また、虚弱高齢者を早期に発見し、事業を提供することは有効であるが、生活機能評価によって特定と一般に分類することについては(今後の費用対効果など評価によって明らかになると思うが、)疑問を持っている。介護認定者以外は全て一般高齢者とし、地域で介護予防事業を推進する方が効果的ではないかと考える。
- ・ 制度改正後の介護予防事業において、認知症予防が重要といいつつも、それに対する国の扱い方が曖昧に感じる。運動機能を強化し、栄養改善し、口腔機能を改善してさらに栄養をたくさん取れば、確かに介護予防かもしれないが、あわせて脳を元気にしなければ、一番介護が大変な「体は元気な認知症高齢者」ばかりになってしまう。介護予防のベースは、まず認知症予防という認識にたち、介護保険制度開始からずっと取り組んできた中で、ますます認知症予防の大切さを強く感じている。制度改正後、机上の作業に手をとられ、保健師等が実際に住民と接して事業に取り組める体制がとりにくくなってしまったのは、当町だけではないように思う。現場の声にきちんと耳を傾け、

制度そのものをもっとシンプルにわかりやすくする必要がある。その地域の実情にあった介護予防事業に現場がじっくり取り組めるよう国は支援してほしい。

- ・ 基本チェックリストの見直しは、急務であると思う。対象者の現状に即してしないことが多い。事業実施に対する、マニュアルや介護予防事業に対する研修を行政職員、事業所等職員の為に実施してほしい。

特定高齢者の把握・施策への参加状況、プログラムへの参加状況等について、以下の観点から関連要因を用いた分析を行った。

なお、地域包括支援センターの職員数及び包括的支援業務に携わる職員数については、本調査においては収集していないデータであるため、厚生労働省老健局振興課によって調査された平成 19 年 4 月末日現在の状況のデータを使用した。

図表 83 分析軸一覧

| NO . | 項目 | 内容 |
|------|-------------------------|--|
| 1 | 人口規模・高齢化率 | 各自治体の人口規模及び高齢化率 |
| 2 | 高齢者 1 万人当たりの地域包括支援センター数 | 地域包括支援センター数 / 65 歳以上高齢者数 × 10,000 |
| 3 | 高齢者 1 万人当たりの介護予防拠点施設数 | 介護予防拠点施設数 / 65 歳以上高齢者数 × 10,000 |
| 4 | 予算の充足度 | 介護予防事業関連予算の充足度 |
| 5 | 地域包括支援センター運営方式 | 直営 / 一部委託 / 全部委託 |
| 6 | 人口規模・地域包括支援センター運営方式 | 人口規模別の地域包括支援センター運営方式 |
| 7 | 高齢者 1 万人当たりの全職員数 | 地域包括支援センター職員数 / 65 歳以上高齢者数 × 10,000 |
| 8 | 高齢者 1 万人当たりの包括的支援業務の職員数 | 地域包括支援センター職員のうち、包括的支援業務に携わる職員数 / 65 歳以上高齢者数 × 10,000 |
| 9 | 全職員 1 人あたり高齢者数 | 65 歳以上高齢者数 / 地域包括支援センター職員数 |
| 10 | 包括的支援業務職員数一人あたり高齢者数 | 65 歳以上高齢者数 / 地域包括支援センター職員のうち、包括的支援業務に携わる職員数 |
| 11 | センターあたり全職員数 | 地域包括支援センター職員数 / 地域包括支援センター数 |
| 12 | センターあたり包括的支援業務職員数 | 地域包括支援センター職員のうち、包括的支援業務に携わる職員数 / 地域包括支援センター数 |

1. 特定高齢者の把握・施策への参加状況

以下の指標について、各分析軸に沿って分析を行った。

図表 84 分析指標一覧（特定高齢者の把握・施策への参加状況）

| NO. | 指標 | 内容 |
|-----|----------------------------|---------------------------------|
| 1 | 基本チェックリスト実施者割合（対65歳以上人口） | 基本チェックリスト実施者数 / 65歳以上人口 × 100 |
| 2 | 特定高齢者候補者割合（対基本チェックリスト実施者数） | 特定高齢者候補者数 / 基本チェックリスト実施者数 × 100 |
| 3 | 特定高齢者割合（対特定高齢者候補者数） | 特定高齢者数 / 特定高齢者候補者数 × 100 |
| 4 | 参加者割合（対特定高齢者数） | 参加者数 / 特定高齢者数 × 100 |

人口規模・高齢化率別にみると、基本チェックリスト実施者割合及び特定高齢者割合については、目立った傾向は見られないが、特定高齢者のうち、実際に特定高齢者施策に参加した割合（参加者割合）については、人口規模が小さく高齢化率が高い自治体の方が高い傾向が見られた。特定高齢者候補者割合においても、同様の傾向がやや見られている。

図表 85 特定高齢者の把握状況（人口規模・高齢化率別）

| 人口規模 | 高齢化率 | 市町村数 | 基本チェックリスト実施者割合（合計欄・対65歳以上人口） | 特定高齢者候補者割合（合計欄・対基本チェックリスト実施者数） | 特定高齢者割合（合計欄・対特定高齢者候補者数） | 参加者割合（合計欄・対特定高齢者数） |
|--------------|------------|-------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------|
| 50万人以上 | / | 31 | 26.6% | 15.4% | 43.1% | 11.3% |
| 10万人以上50万人未満 | | 232 | 32.4% | 19.7% | 55.0% | 8.3% |
| 3万人以上10万人未満 | 20%未満 | 136 | 30.2% | 22.2% | 53.1% | 12.9% |
| | 20%以上25%未満 | 160 | 27.6% | 21.4% | 53.1% | 15.1% |
| | 25%以上 | 195 | 25.8% | 21.8% | 57.1% | 15.7% |
| 1万人以上 3万人未満 | 25%未満 | 171 | 28.5% | 22.6% | 49.2% | 20.0% |
| | 25%以上30%未満 | 159 | 27.0% | 21.3% | 57.4% | 21.6% |
| | 30%以上 | 137 | 26.0% | 24.8% | 53.6% | 22.2% |
| 1万人未満 | 30%未満 | 179 | 29.6% | 24.9% | 46.4% | 29.0% |
| | 30%以上35%未満 | 119 | 28.2% | 24.5% | 45.7% | 29.0% |
| | 35%以上 | 147 | 31.0% | 24.2% | 49.0% | 27.3% |
| 合計 | | 1,667 | 29.2% | 19.7% | 52.6% | 12.5% |

また、高齢者1万人当たりの地域包括支援センター数および高齢者1万人当たりの介護予防拠点施設数別に分析したものが以下である。人口規模・高齢化率別の分析と同様、参加者割合（特定高齢者のうち、実際に特定高齢者施策に参加した割合）が、高齢者1万人当たりの地域包括支援センター数が多いほど、また高齢者1万人当たりの介護予防拠点施設数が多いほど、高くなっている傾向が認められた。

なお、特定高齢者候補者割合については、高齢者1万人当たりの地域包括支援センター数が多いほど高くなっている傾向も見られている。

図表 86 特定高齢者の把握状況（高齢者1万人当たりの地域包括支援センター数別）

| 高齢者1万人当たりの地域包括支援センター数 | 市町村数 | 基本チェックリスト実施者割合 (合計欄・対65歳以上人口) | 特定高齢者候補者割合(合計欄・対基本チェックリスト実施者数) | 特定高齢者割合(合計欄・対特定高齢者候補者数) | 参加者割合(合計欄・対特定高齢者数) |
|-----------------------|-------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------|
| 1未満 | 377 | 28.9% | 19.3% | 51.0% | 12.1% |
| 1以上2未満 | 493 | 30.0% | 19.5% | 53.4% | 10.9% |
| 2以上3未満 | 264 | 28.5% | 20.0% | 55.5% | 12.4% |
| 3以上5未満 | 229 | 27.0% | 22.9% | 49.6% | 24.2% |
| 5以上 | 301 | 30.3% | 25.1% | 46.1% | 33.9% |
| 合計 | 1,667 | 29.2% | 19.7% | 52.6% | 12.5% |

図表 87 特定高齢者の把握状況（高齢者1万人当たりの介護予防拠点施設数別）

| 高齢者1万人当たりの介護予防拠点施設数 | 市町村数 | 基本チェックリスト実施者割合 (合計欄・対65歳以上人口) | 特定高齢者候補者割合(合計欄・対基本チェックリスト実施者数) | 特定高齢者割合(合計欄・対特定高齢者候補者数) | 参加者割合(合計欄・対特定高齢者数) |
|---------------------|-------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------|
| 1未満 | 491 | 29.4% | 18.8% | 52.5% | 10.6% |
| 1以上3未満 | 321 | 28.2% | 20.9% | 53.2% | 12.6% |
| 3以上5未満 | 228 | 29.3% | 23.2% | 49.0% | 15.5% |
| 5以上10未満 | 229 | 30.8% | 21.7% | 51.9% | 18.6% |
| 10以上 | 239 | 31.2% | 21.0% | 50.6% | 19.3% |
| 合計 | 1,667 | 29.2% | 19.7% | 52.6% | 12.5% |

なお、自治体の介護予防事業関連予算の充足度別に分析したところ、予算が十分であると回答した群ほど、基本チェックリスト実施者割合がやや低い傾向が見られた。

図表 88 特定高齢者の把握状況（予算の充足度別）

| 予算の充足度 | 市町村数 | 基本チェックリスト実施者割合 (合計欄・対65歳以上人口) | 特定高齢者候補者割合(合計欄・対基本チェックリスト実施者数) | 特定高齢者割合(合計欄・対特定高齢者候補者数) | 参加者割合(合計欄・対特定高齢者数) |
|-----------|-------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------|
| 十分である | 346 | 26.7% | 17.3% | 55.1% | 12.9% |
| おおむね十分である | 836 | 29.4% | 20.8% | 52.9% | 12.9% |
| やや不十分である | 238 | 32.6% | 21.3% | 44.2% | 14.0% |
| 不十分である | 158 | 34.4% | 19.1% | 56.8% | 9.6% |
| 合計 | 1,667 | 29.2% | 19.7% | 52.6% | 12.5% |

地域包括支援センターの運営方式別にみると、基本チェックリスト実施者割合及び特定高齢者割合については、目立った傾向は見られないが、特定高齢者のうち、実際に特定高齢者施策に参加した割合(参加者割合)については、地域包括支援センターを市町村直営で運営している自治体の方が高い傾向が見られている。

図表 89 特定高齢者の把握状況（地域包括支援センター運営方式別）

| 直営 / 委託 | 市町村数 | 基本チェックリスト実施者割合 (合計欄・対65歳以上人口) | 特定高齢者候補者割合(合計欄・対基本チェックリスト実施者数) | 特定高齢者割合(合計欄・対特定高齢者候補者数) | 参加者割合(合計欄・対特定高齢者数) |
|----------|-------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------|
| すべて直営で実施 | 1,073 | 28.8% | 21.7% | 53.2% | 15.7% |
| 一部直営で実施 | 83 | 28.9% | 17.4% | 61.8% | 12.6% |
| 全て委託で実施 | 480 | 29.8% | 18.8% | 50.4% | 9.8% |
| 合計 | 1,667 | 29.2% | 19.7% | 52.6% | 12.5% |

ただし、自治体の人口規模の影響を考慮した分析を実施したところ、目立った傾向は認められなかった。

図表 90 特定高齢者の把握状況（人口規模・地域包括支援センター運営方式別）

| 規模 / 直営委託 | | 市町村数 | 基本チェックリスト実施者割合 (合計欄・対65歳以上人口) | 特定高齢者候補者割合(合計欄・対基本チェックリスト実施者数) | 特定高齢者割合(合計欄・対特定高齢者候補者数) | 参加者割合(合計欄・対特定高齢者数) |
|--------------|----------|-------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------|
| 50万人以上 | すべて直営で実施 | 3 | 37.2% | 17.5% | 45.3% | 9.0% |
| | 一部直営で実施 | 3 | 23.8% | 10.9% | 65.3% | 12.0% |
| | 全て委託で実施 | 25 | 25.8% | 15.4% | 41.8% | 11.7% |
| | 合計 | 31 | 26.6% | 15.4% | 43.1% | 11.3% |
| 10万人以上50万人未満 | すべて直営で実施 | 60 | 29.7% | 19.5% | 54.4% | 9.9% |
| | 一部直営で実施 | 42 | 30.8% | 17.2% | 64.2% | 9.8% |
| | 全て委託で実施 | 130 | 33.8% | 20.3% | 53.2% | 7.4% |
| | 合計 | 232 | 32.4% | 19.7% | 55.0% | 8.3% |
| 5万人以上10万人未満 | すべて直営で実施 | 315 | 27.4% | 22.6% | 54.9% | 14.9% |
| | 一部直営で実施 | 34 | 25.2% | 22.5% | 54.9% | 22.0% |
| | 全て委託で実施 | 136 | 28.3% | 19.7% | 54.6% | 12.4% |
| | 合計 | 491 | 27.4% | 21.8% | 54.8% | 14.8% |
| 1万人以上5万人未満 | すべて直営で実施 | 353 | 28.2% | 23.2% | 53.3% | 21.5% |
| | 一部直営で実施 | 3 | 26.8% | 20.7% | 64.2% | 30.2% |
| | 全て委託で実施 | 98 | 24.9% | 21.6% | 53.0% | 19.5% |
| | 合計 | 467 | 27.1% | 22.9% | 53.5% | 21.4% |
| 1万人未満 | すべて直営で実施 | 342 | 29.5% | 24.6% | 45.0% | 28.3% |
| | 一部直営で実施 | 0 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| | 全て委託で実施 | 91 | 30.4% | 24.5% | 56.7% | 28.1% |
| | 合計 | 445 | 29.6% | 24.6% | 47.1% | 28.4% |
| 合計 | すべて直営で実施 | 1,073 | 28.8% | 21.7% | 53.2% | 15.7% |
| | 一部直営で実施 | 83 | 28.9% | 17.4% | 61.8% | 12.6% |
| | 全て委託で実施 | 480 | 29.8% | 18.8% | 50.4% | 9.8% |
| | 合計 | 1,667 | 29.2% | 19.7% | 52.6% | 12.5% |

高齢者1万人当たりの地域包括支援センター全職員数および包括的支援業務の職員数別に分析したものが以下である。参加者割合（特定高齢者のうち、実際に特定高齢者施策に参加した割合）が、高齢者1万人当たりの地域包括支援センター全職員数および包括的支援業務の職員数が多いほど、高くなっている傾向が認められた。

なお、特定高齢者候補者割合についても同様の傾向が見られている。

図表 91 特定高齢者の把握状況（高齢者1万人当たりの全職員数別）

| 高齢者1万人あたりの全職員数 | 市町村数 | 基本チェックリスト実施者割合 (合計欄・対65歳以上人口) | 特定高齢者候補者割合(合計欄・対基本チェックリスト実施者数) | 特定高齢者割合(合計欄・対特定高齢者候補者数) | 参加者割合(合計欄・対特定高齢者数) |
|----------------|-------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------|
| 5人未満 | 213 | 32.2% | 18.5% | 50.6% | 9.5% |
| 5人以上7人未満 | 356 | 29.4% | 18.9% | 54.6% | 10.2% |
| 7人以上10人未満 | 397 | 27.0% | 20.8% | 51.5% | 14.3% |
| 10人以上15人未満 | 340 | 27.7% | 21.3% | 55.2% | 19.0% |
| 15人以上 | 296 | 30.0% | 25.1% | 43.9% | 26.3% |
| 合計 | 1,667 | 29.2% | 19.7% | 52.6% | 12.5% |

図表 92 特定高齢者の把握状況（高齢者1万人当たりの包括的支援業務の職員数別）

| 高齢者1万人あたりの包括的支援業務の職員数 | 市町村数 | 基本チェックリスト実施者割合 (合計欄・対65歳以上人口) | 特定高齢者候補者割合(合計欄・対基本チェックリスト実施者数) | 特定高齢者割合(合計欄・対特定高齢者候補者数) | 参加者割合(合計欄・対特定高齢者数) |
|-----------------------|-------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------|
| 3人未満 | 154 | 31.1% | 19.1% | 55.0% | 9.3% |
| 3人以上5人未満 | 370 | 28.6% | 19.2% | 52.3% | 11.1% |
| 5人以上7人未満 | 370 | 30.1% | 19.2% | 53.6% | 12.0% |
| 7人以上10人未満 | 335 | 27.8% | 21.0% | 49.8% | 16.5% |
| 10人以上 | 373 | 29.6% | 24.7% | 47.0% | 25.4% |
| 合計 | 1,667 | 29.2% | 19.7% | 52.6% | 12.5% |

特定高齢者把握の状況を、全職員数1人あたり高齢者数および包括的支援業務職員数1人あたり高齢者数別に分析したものが以下である。参加者割合（特定高齢者のうち、実際に特定高齢者施策に参加した割合）が、全職員数1人あたり高齢者数および包括的支援業務職員数1人あたり高齢者数が少ないほど、高くなっている傾向が認められた。

なお、特定高齢者候補者割合についても同様の傾向が見られている。

図表 93 特定高齢者の把握状況（全職員数1人あたり高齢者数別）

| 全職員数1人あたり高齢者数 | 市町村数 | 基本チェックリスト実施者割合 (合計欄・対65歳以上人口) | 特定高齢者候補者割合(合計欄・対基本チェックリスト実施者数) | 特定高齢者割合(合計欄・対特定高齢者候補者数) | 参加者割合(合計欄・対特定高齢者数) |
|---------------|-------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------|
| 500未満 | 152 | 26.4% | 23.9% | 48.7% | 35.0% |
| 500以上1000未満 | 484 | 28.4% | 22.0% | 52.5% | 19.3% |
| 1000以上1500未満 | 448 | 27.2% | 20.4% | 52.5% | 13.1% |
| 1500以上2000未満 | 305 | 29.7% | 19.0% | 54.2% | 10.4% |
| 2000以上 | 213 | 32.2% | 18.5% | 50.6% | 9.5% |
| 合計 | 1,667 | 29.2% | 19.7% | 52.6% | 12.5% |

図表 94 特定高齢者の把握状況（包括的支援業務職員数1人あたり高齢者数別）

| 包括的支援業務職員数1人あたり高齢者数 | 市町村数 | 基本チェックリスト実施者割合 (合計欄・対65歳以上人口) | 特定高齢者候補者割合(合計欄・対基本チェックリスト実施者数) | 特定高齢者割合(合計欄・対特定高齢者候補者数) | 参加者割合(合計欄・対特定高齢者数) |
|---------------------|-------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------|
| 500未満 | 85 | 31.5% | 23.3% | 49.6% | 42.4% |
| 500以上1000未満 | 288 | 29.4% | 24.9% | 46.7% | 23.5% |
| 1000以上1500未満 | 395 | 28.1% | 20.8% | 52.2% | 15.9% |
| 1500以上2000未満 | 310 | 30.1% | 19.2% | 52.3% | 11.7% |
| 2000以上3000未満 | 332 | 27.9% | 19.1% | 53.4% | 11.4% |
| 3000以上 | 186 | 31.7% | 19.5% | 52.2% | 9.1% |
| 合計 | 1,667 | 29.2% | 19.7% | 52.6% | 12.5% |

また、センターあたり全職員数およびセンターあたり包括的支援業務職員数別に分析したものは以下の通り。

図表 95 特定高齢者の把握状況（センターあたり全職員数別）

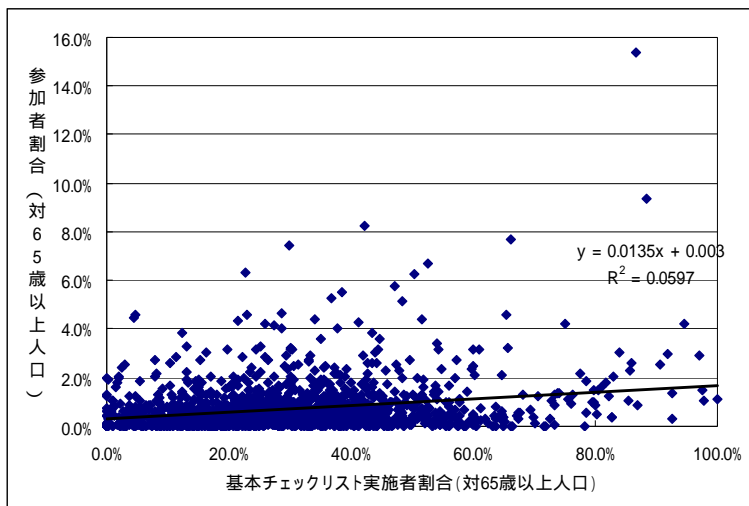
| センターあたり全職員数 | 市町村数 | 基本チェックリスト実施者割合 (合計欄・対65歳以上人口) | 特定高齢者候補者割合(合計欄・対基本チェックリスト実施者数) | 特定高齢者割合(合計欄・対特定高齢者候補者数) | 参加者割合(合計欄・対特定高齢者数) |
|-------------|-------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------|
| 3未満 | 308 | 28.1% | 24.4% | 53.6% | 14.3% |
| 3以上4未満 | 398 | 30.4% | 18.8% | 50.6% | 10.9% |
| 4以上6未満 | 401 | 30.2% | 19.5% | 53.0% | 12.4% |
| 6以上10未満 | 312 | 29.0% | 20.6% | 50.7% | 13.4% |
| 10人以上 | 183 | 27.1% | 18.7% | 56.2% | 13.2% |
| 合計 | 1,667 | 29.2% | 19.7% | 52.6% | 12.5% |

図表 96 特定高齢者の把握状況（センターあたり包括的支援業務職員数別）

| センターあたり包括的支援業務職員数 | 市町村数 | 基本チェックリスト実施者割合 (合計欄・対65歳以上人口) | 特定高齢者候補者割合(合計欄・対基本チェックリスト実施者数) | 特定高齢者割合(合計欄・対特定高齢者候補者数) | 参加者割合(合計欄・対特定高齢者数) |
|-------------------|-------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------|
| 3未満 | 461 | 26.4% | 20.7% | 54.4% | 13.7% |
| 3以上4未満 | 599 | 31.2% | 19.0% | 52.4% | 11.1% |
| 4以上6未満 | 325 | 28.3% | 21.3% | 49.2% | 13.8% |
| 6以上10未満 | 163 | 28.8% | 18.3% | 57.2% | 12.8% |
| 10人以上 | 54 | 27.2% | 21.4% | 46.6% | 14.9% |
| 合計 | 1,667 | 29.2% | 19.7% | 52.6% | 12.5% |

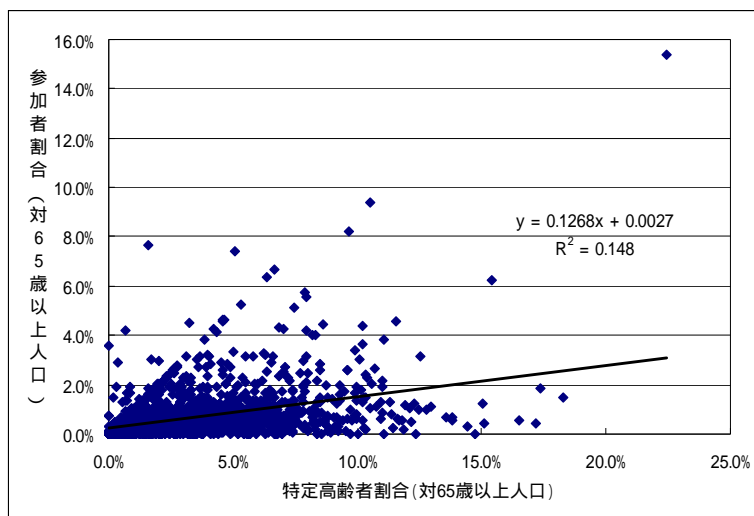
次に、参加者割合（特定高齢者のうち特定高齢者施策に参加した者の割合）について、基本チェックリスト実施者割合、特定高齢者割合、高齢者1万人当たり地域包括支援センター数、高齢者1万人あたり介護予防拠点施設数との関連をみたものが以下である。

図表 97 参加者割合と基本チェックリスト実施者割合との関連

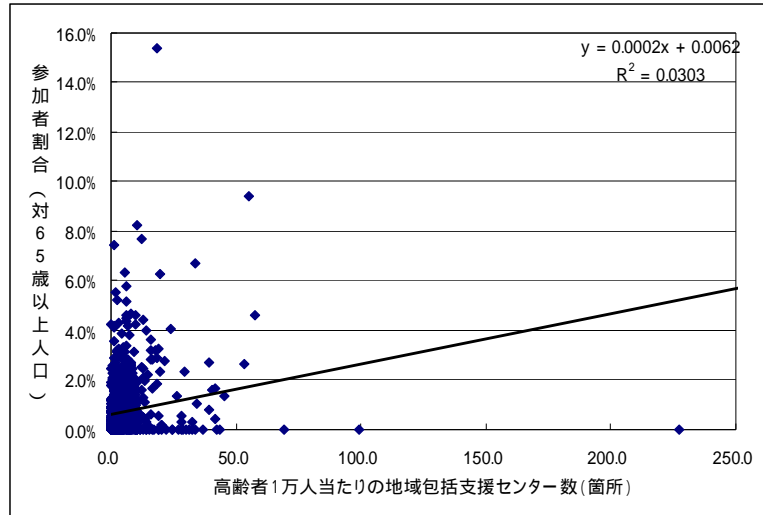


参加者割合と特定高齢者割合とは比較的相関が見られたが、その他については目立った傾向はみられなかった。

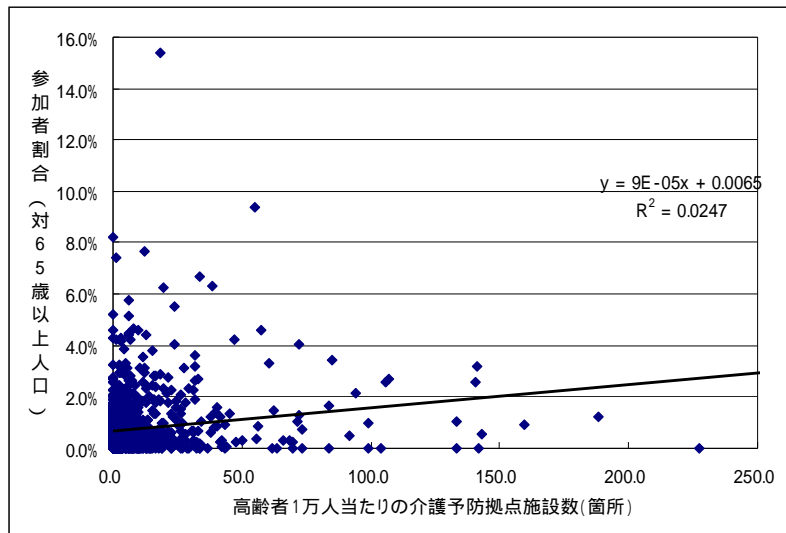
図表 98 参加者割合と特定高齢者割合との関連



図表 99 参加者割合と高齢者1万人当たりの地域包括支援センター数との関連



図表 100 参加者割合と高齢者1万人当たりの介護予防拠点施設数との関連



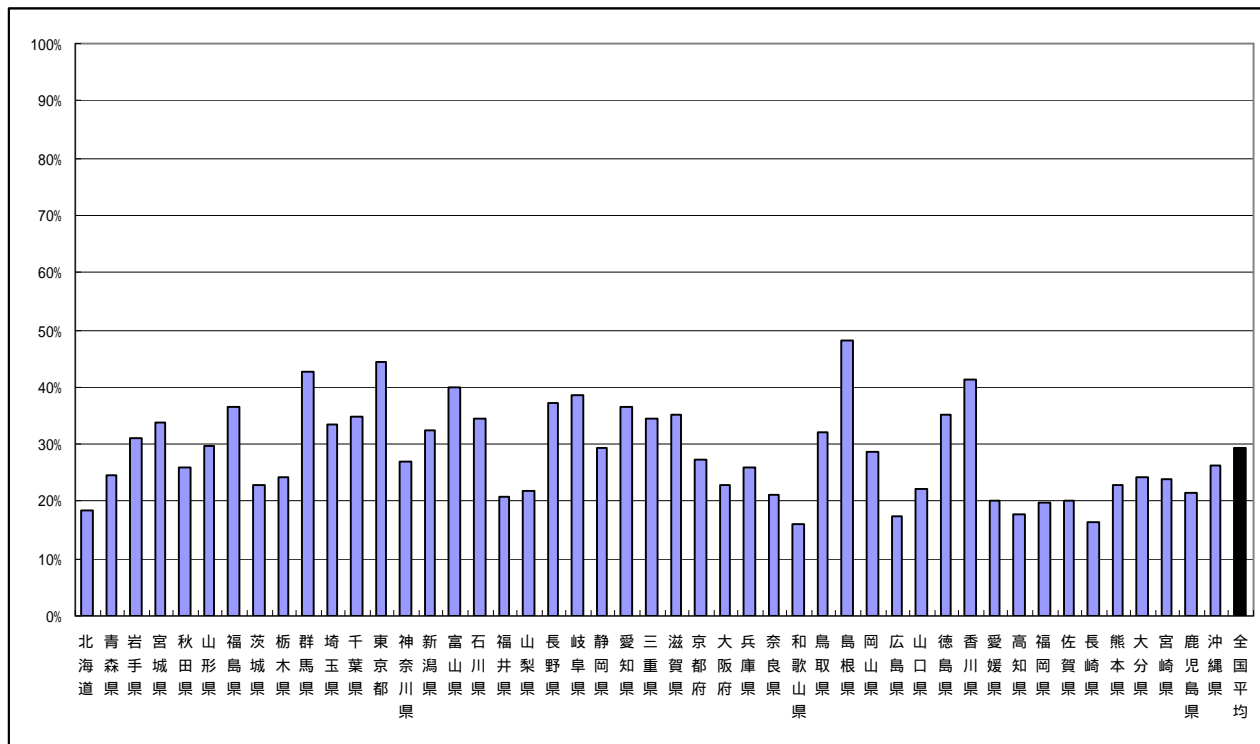
さらに、都道府県別に基本チェックリスト実施者割合等を見たものが以下である。

図表 101 特定高齢者の把握状況（都道府県別）

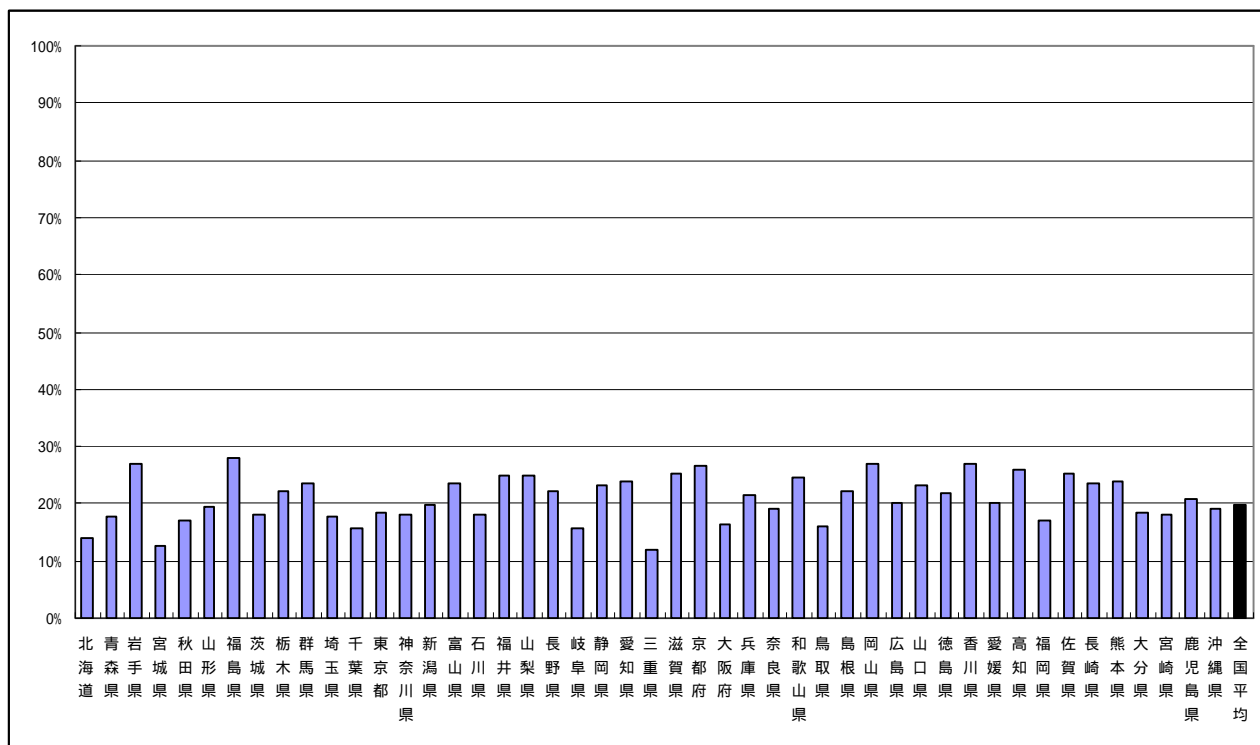
| 都道府県 | 市町村数 | 基本チェックリスト実施者割合(合計欄・対65歳以上人口) | 特定高齢者候補者割合(合計欄・対基本チェックリスト実施者数) | 特定高齢者割合(合計欄・対特定高齢者候補者数) | 参加者割合(合計欄・対特定高齢者数) |
|------|-------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------|
| 北海道 | 155 | 18.5% | 14.1% | 53.3% | 22.4% |
| 青森県 | 37 | 24.7% | 17.9% | 60.3% | 11.7% |
| 岩手県 | 33 | 30.9% | 27.0% | 66.4% | 10.5% |
| 宮城県 | 36 | 33.9% | 12.6% | 63.2% | 15.4% |
| 秋田県 | 24 | 25.8% | 17.2% | 41.0% | 28.1% |
| 山形県 | 33 | 29.6% | 19.4% | 57.5% | 16.1% |
| 福島県 | 53 | 36.4% | 28.0% | 56.0% | 9.0% |
| 茨城県 | 43 | 23.0% | 18.1% | 72.0% | 11.3% |
| 栃木県 | 31 | 24.1% | 22.2% | 52.3% | 16.5% |
| 群馬県 | 36 | 42.6% | 23.5% | 57.0% | 11.0% |
| 埼玉県 | 59 | 33.5% | 17.9% | 53.7% | 11.7% |
| 千葉県 | 55 | 34.9% | 15.6% | 58.5% | 8.0% |
| 東京都 | 56 | 44.2% | 18.3% | 48.6% | 6.4% |
| 神奈川県 | 30 | 26.9% | 18.2% | 52.9% | 8.0% |
| 新潟県 | 27 | 32.3% | 19.7% | 45.3% | 17.9% |
| 富山県 | 14 | 39.9% | 23.6% | 49.1% | 12.8% |
| 石川県 | 17 | 34.4% | 18.0% | 44.4% | 19.9% |
| 福井県 | 17 | 20.9% | 24.9% | 79.7% | 16.3% |
| 山梨県 | 26 | 21.9% | 24.9% | 44.6% | 23.0% |
| 長野県 | 72 | 37.4% | 22.2% | 47.3% | 22.4% |
| 岐阜県 | 41 | 38.5% | 15.7% | 52.1% | 12.8% |
| 静岡県 | 40 | 29.4% | 23.3% | 31.5% | 15.2% |
| 愛知県 | 55 | 36.5% | 24.0% | 31.9% | 10.8% |
| 三重県 | 28 | 34.5% | 12.0% | 74.6% | 9.6% |
| 滋賀県 | 25 | 35.2% | 25.2% | 72.8% | 10.7% |
| 京都府 | 20 | 27.3% | 26.6% | 68.9% | 12.6% |
| 大阪府 | 41 | 23.0% | 16.3% | 64.4% | 9.7% |
| 兵庫県 | 39 | 26.0% | 21.6% | 58.3% | 10.7% |
| 奈良県 | 33 | 21.2% | 19.3% | 60.0% | 11.7% |
| 和歌山県 | 29 | 16.1% | 24.4% | 64.1% | 11.1% |
| 鳥取県 | 19 | 32.0% | 16.0% | 39.7% | 23.4% |
| 島根県 | 18 | 48.1% | 22.2% | 64.4% | 12.9% |
| 岡山県 | 26 | 28.6% | 26.9% | 37.8% | 16.2% |
| 広島県 | 23 | 17.4% | 20.1% | 58.6% | 20.9% |
| 山口県 | 19 | 22.2% | 23.2% | 39.5% | 15.5% |
| 徳島県 | 22 | 35.2% | 21.8% | 36.1% | 9.3% |
| 香川県 | 16 | 41.4% | 27.1% | 38.4% | 12.0% |
| 愛媛県 | 19 | 20.3% | 20.3% | 65.3% | 6.3% |
| 高知県 | 30 | 17.8% | 25.8% | 53.4% | 12.8% |
| 福岡県 | 61 | 19.9% | 16.9% | 44.0% | 25.3% |
| 佐賀県 | 17 | 20.2% | 25.3% | 77.1% | 18.1% |
| 長崎県 | 18 | 16.5% | 23.7% | 52.4% | 14.2% |
| 熊本県 | 44 | 22.9% | 23.9% | 56.9% | 21.6% |
| 大分県 | 16 | 24.4% | 18.6% | 76.6% | 14.5% |
| 宮崎県 | 29 | 23.7% | 18.2% | 58.4% | 9.8% |
| 鹿児島県 | 45 | 21.6% | 20.7% | 54.8% | 19.0% |
| 沖縄県 | 40 | 26.1% | 19.2% | 48.3% | 11.2% |
| 全国平均 | 1,667 | 29.2% | 19.7% | 52.6% | 12.5% |

基本チェックリスト実施者割合は、島根県（48.1%）、東京都（44.2%）、群馬県（42.6%）等が大きく、4割を超えていた。特定高齢者候補者割合については、福島県（28.0%）、香川県（27.1%）、岩手県（27.0%）などで大きくなっている。

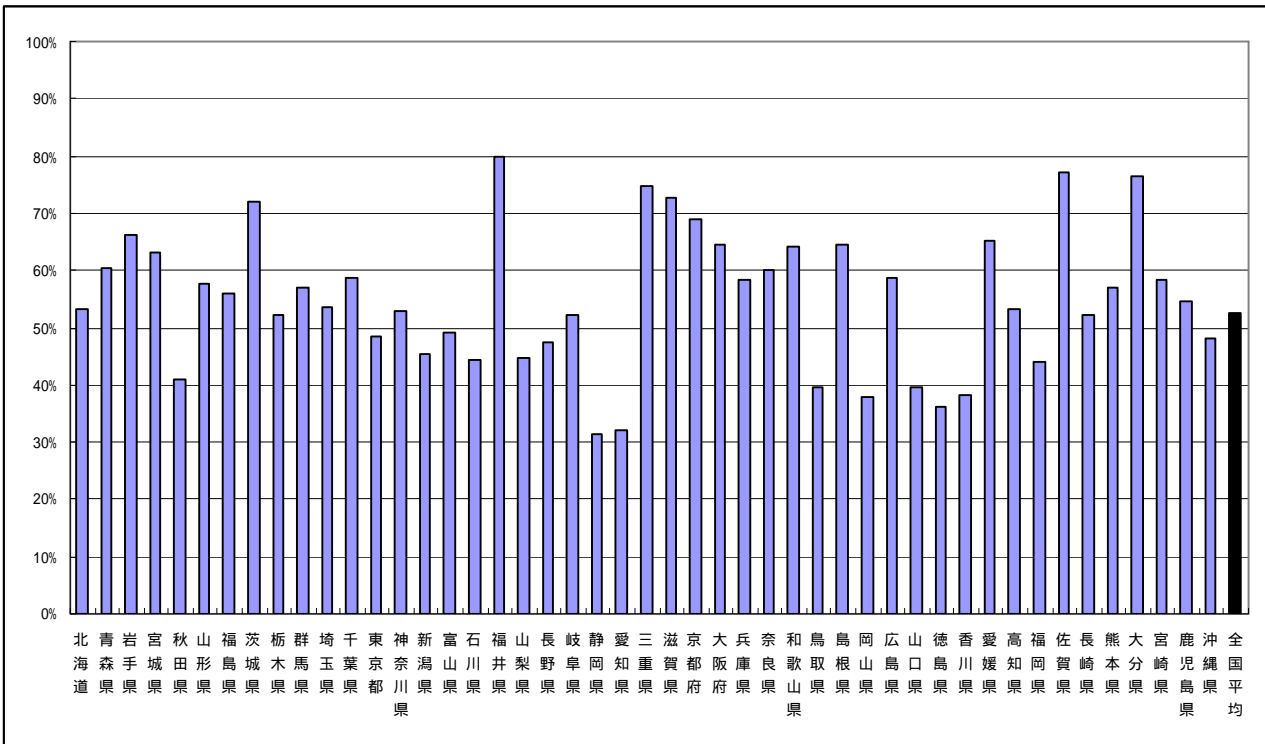
図表 102 基本チェックリスト実施者割合(対 65 歳以上人口) (都道府県別)



図表 103 特定高齢者候補者割合(対基本チェックリスト実施者数) (都道府県別)



図表 104 特定高齢者割合(対特定高齢者候補者数) (都道府県別)



図表 105 参加者割合(対特定高齢者数) (都道府県別)

