

特集：地域包括ケアシステムを巡る諸課題と国際的な動向

＜総説＞

地域包括ケアシステムにおける保険者機能を評価するための尺度の開発

筒井孝子¹⁾，東野定律²⁾

¹⁾ 国立保健医療科学院統括研究官

²⁾ 静岡県立大学経営情報学部

Development of functional assessment scale for insurers in charge of community-based integrated care system

Takako TSUTSUI¹⁾，Sadanori HIGASHINO²⁾

¹⁾ Research Managing Director, National Institute of Public Health

²⁾ School of Management and Information, University of Shizuoka

抄録

平成24（2012）年の介護保険制度改正では，今後の介護及び医療サービス需要の増加をふまえ，総合的な提供システムである「地域包括ケアシステム」の構築が明言されたが，この改革を実行するにあたって，自治体として実施すべき施策や保険者機能の実態がどのような状況にあるかのエビデンスは十分とはいえない．しかし，わが国にとって，地域包括ケアシステムを構築し，推進させるために保険者の機能レベルを把握することは，きわめて重要な事項といえる．

そこで本研究では，①介護保険事業計画・政策立案の状況，②地域連携の仕組みづくり，③自治体としての地域包括支援センター職員への支援，④介護支援専門員・介護サービス事業者支援，⑤高齢者虐待対応等の権利擁護対応等といった5分野の介護保険事業の取り組み状況を把握することで，介護保険制度の地域包括ケアシステムにおける保険者機能を評価する評価尺度の開発を検討することを目的とした．

研究方法は，全国のすべての自治体1,731区市町村の介護保険担当課を対象に保険者としての自治体の介護保険事業への取り組み状況を調査した．この調査結果のデータを基に探索的因子分析および確証的因子分析を実施し，12項目，4つの下位尺度（「地域包括支援センターの評価・支援」，「介護保険事業の点検・指導・監督」，「介護サービス事業者・ケアマネジャー支援」，「中長期的な展望」）から構成される保険者機能を評価する尺度を開発した．

この尺度における信頼性と妥当性を検証した結果，Cronbach's α の信頼係数が0.7以上と示され，内的整合性が確保されていることが確認された．

今後の課題としては，質問形式の改善や，より多くの保険者のデータを収集し，分析することで，より信頼性の高い尺度とすることが求められる．

キーワード：保険者機能，評価票，地域包括ケアシステム，共分散構造解析，因子モデル

Abstract

The increase in medical and long-term care needs led to the reform of Japan's Long-term Care Insurance System in 2012. This reform reaffirmed the need to build a community-based integrated care system. However, there is still a lack of evidence on the current implementation of policies by local governments and on their role as insurers even though this evidence is crucial to build and support the community-based integrated care system.

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

2-3-6 Minami, Wako, Saitama, 351-0197, Japan.

Tel: 048-458-6111

Fax: 048-458-6715

E-mail: tsutsui@niph.go.jp

[平成24年4月11日受理]

Our goal is to develop a scale to assess the function of insurers in the community-based integrated care system. This scale takes into consideration the 5 aspects described by the Long-Term Care Insurance Plan: the implementation level of the plan and political measures, the system designed to strengthen cooperation in the community, the support for personnel from local governments working in community-based integrated care centers, the support for long-term care providers, and the advocacy support for elderly persons, e.g. in the case of maltreatment.

A survey was conducted in the 1,731 departments in charge of implementing the Long-term Care Insurance Plan. An exploratory and confirmatory factor analysis of the data was then conducted to conclusively identify 12 items relevant to the functional assessment of local governments who acted as insurers. These items were grouped into 4 sub-scales: 'Support and evaluation of community-based integrated care centers', 'Inspection, guidance and supervision of the Long-term Care Insurance Plan', 'Support for care managers and long-term care providers', and 'Medium- to long-term vision'.

The validity and internal consistency of the scale were also established (Cronbach's alpha above 0.7).

Future research should focus on further increasing the reliability of the scale by improving the formulation of the questionnaire and by collecting more data on insurers.

keywords: insurers function, assessment scale, community-based integrated care system, covariance structure analysis, factor model

(accepted for publication, 11th April 2012)

I. 研究の背景と目的

平成24（2012）年の介護保険制度改正では、今後の介護及び医療サービス需要の増加をふまえ、総合的な提供システムである「地域包括ケアシステム」の構築が明言された。ここでいう「地域包括ケアシステム」は、平成22（2010）年の「地域包括ケア研究会報告書」に示された「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されたシステムである [1]。

すでに、このシステムの実現に向けて努力してきた自治体では、日常生活圏域のニーズ調査や地域ケア会議等が実施されているものの、これは、一部の自治体だけに限られるとも言われており [2, 3]、とりわけ、ここ5年間の全国の保険者の介護保険事業の取り組みの実態は明らかにされていない。

おそらく地域包括支援センターおよび地域密着型サービスなど市町村主導による地域ケアシステムの構築が早急に求められてはいるものの、その具体的な取り組み状況に関しては、市町村ごとに大きな格差があることが予想される。

とくに過疎地では、若年層を中心とした人口の流出や著しい高齢化が進行しており、一人暮らし高齢者や高齢夫婦世帯の割合が高く、高齢者サービスそのものが不足し、その提供が困難となっているといった問題 [4] も指摘され、さらに、地方財政改革による慢性的な財源不足に陥っている市町村は、地域のニーズを発掘することも、これを反映したサービスを開発することもできないといった問題 [5] が顕在化しつつある。

このように、地域包括ケアシステムの構築及び推進のた

めには、自治体職員自らが当該地域の実情を分析し、地域特性にあったシステムを構築するための多様な方策を検討しなければならない。しかし、ここで、とくに重要なことは、自治体の実力にあったシステムを構築しなければ、結局は、システムの推進はできないということである。

そこで、本研究では、自治体の介護保険関連事業の実施状況から、保険者としての機能を評価し、これが全国的な水準から、どのようなレベルにあるかを把握できる評価尺度の開発を目的とした。

II. 研究方法

1. 分析データ

本研究では、平成21年に実施された [6] 全自治体1,731区市町村の介護保険担当課を対象として実施された介護保険事業への取り組み状況に関するアンケート調査結果を用いた。

分析は、保健医療福祉の専門家および市町村行政に携わる実務者の委員会によって、法的根拠があるとされた設問^{注)}のうち、25項目を用いて実施された。

これら25項目は、前述の委員会において、5分野（①介護保険事業計画・政策立案の状況、②地域連携の仕組みづくり、③自治体としての地域包括支援センター職員への支援、④介護支援専門員・介護サービス事業者への支援、⑤高齢者虐待対応・権利擁護対応等）に分類された。

2. 分析方法

自治体としての介護保険事業への取り組みについては、上記の①～⑤の分野の調査を実施し、これら分野に係る25項目の回答カテゴリーは、2件法、3件法、4件法によってそれぞれの実施状況の段階を回答することとされていたが、本研究においてはこれらを実施した場合を「1」、未

実施の場合を「0」とカテゴリー化して分析に用いた。

まず、保険者としての自治体の介護保険事業への取り組み状況の特性を探索的に検討するために、25項目を用いて探索的因子分析を行った。その後、因子数を決定し、項目数を選定した後、再び確証的因子分析より尺度の構成概念妥当性の検討を行った。なお、内的信頼性の指標にはCronbach's α を用いた。

また、併存妥当性の指標としては、各自治体の基本属性として、人口規模の他に高齢化率、財政力指数、地域包括支援センターの設置状況（直営か否か）に関する変数を用いた。

なお、これらの属性に関しては、先行研究で示された [7] カテゴリーを利用し、このカテゴリー別に、一元配置分散分析、多重比較での平均値の差の検定を行い、群別の尺度の総合得点の平均値の群間比較を行った。

さらに、保険者機能得点を従属変数とし、基本属性として、人口、高齢化率、財政力指数、地域包括支援センター設置状況を独立変数とした重回帰分析を行い、各属性の総得点への影響の比較を行った。これらの分析にあたっては、統計解析ソフトSPSS 19.0J for Windowsを使用した。

Ⅲ. 研究結果

1. 自治体の属性について

分析に用いたデータは、645自治体のデータであり、全国の自治体の37.6%にあたる。これら自治体の属性は、以下の表1に示した。人口規模は、町村部が40.5%と最も多く、続いて、人口10万人未満の市部35.0%、人口10万人以

上の市部で政令市・中核市・特例市以外14.1%、人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市10.4%と示された。このように、人口規模の小さい町村部が4割を占め、これ以外には人口10万人未満を加えると7割以上になり、人口10万人以上の市部は、24.5%であった。

高齢化率については、18%以上31%未満が最も多く64.7%、次いで18%未満が20.9%、31%以上が14.4%であった。

財政力指数は、財政力指数0.500以上が55.7%と過半数を占める一方で、もっとも低いカテゴリーである財政力指数0.300未満も22.5%を占めていた。

地域包括支援センターの設置状況については、直営のみが54.6%、委託のみ37.4%、直営と委託が7.6%であった。

2. 介護保険事業に対する全自治体の実施状況

介護保険事業に対する実施状況は、表2に示した。実施率が高かった事業は、「Q4_1介護支援専門員（ケアマネジャー）の連絡協議会組織等を設置している」であり、549（88.8%）自治体で設置されていた。次いで、「Q5_3高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施」が550（87.2%）自治体で、「Q4_7自治体（保険者）として、介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」を作成し、配布」が526（82.7%）自治体と続いていた。

一方、実施率が最も低かったのは、「Q2_3自治体（保険者）として、地域の医療機関、介護保険施設、居宅サービス関係者と連携した地域連携バスの作成に携わった」と回

表1 分析対象自治体の属性

	N	%
人口規模		
町村部	261	40.5
人口10万人未満の市部	226	35.0
人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	91	14.1
人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	10.4
高齢化率		
18%未満	135	20.9
18%以上31%未満	417	64.7
31%以上	93	14.4
財政力指数		
財政力指数0.300未満	145	22.5
財政力指数0.300以上0.400未満	74	11.5
財政力指数0.400以上0.500未満	67	10.4
財政力指数0.500以上	359	55.7
地域包括支援センターの設置状況		
直営のみ	352	54.6
委託のみ	241	37.4
直営と委託	49	7.6
欠損値	3	0.4

表2 介護保険事業に対する全自治体の実施状況

		実施		未実施		合計	
		N	%	N	%	N	%
Q1_1	介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検	394	61.9	242	38.1	636	100
Q1_2	介護保険給付状況の分析	327	51.6	307	48.4	634	100
Q1_3	2025年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移の推計	141	22.3	492	77.7	633	100
Q1_4	2025年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体(保険者)としての介護基盤整備方針の検討	89	14.2	536	85.8	625	100
Q1_5	高齢者のニーズに応じた自治体独自の施策(一般財源事業)やサービスの有無	424	67.3	206	32.7	630	100
Q2_1	地域ケア会議の開催	416	71.7	164	28.3	580	100
Q2_2	地域全体の連携推進のための会議の開催	173	33.8	339	66.2	512	100
Q2_3	自治体(保険者)として、地域の医療機関、介護保険施設、居宅サービス関係者と連携した地域連携パスの作成に携わったことの有無	63	10.0	570	90.0	633	100
Q3_1	自治体として、地域包括支援センター(ランチ・サブセンター含む)の定期的な連絡協議や情報共有の場の設定	473	74.3	164	25.7	637	100
Q3_2	自治体として、地域包括支援センターからの提案・要望などに基づいて、事業や講座などの新規実施の有無	120	19.1	507	80.9	627	100
Q3_3	自治体として、地域包括支援センターを評価	200	32.2	422	67.8	622	100
Q4_1	介護支援専門員(ケアマネジャー)の連絡協議会組織等を設置	549	88.8	69	11.2	618	100
Q4_2	自治体(保険者)として、介護支援専門員(ケアマネジャー)を対象とした研修会を定期	343	53.6	297	46.4	640	100
Q4_3	自治体(保険者)として、ケアプランチェックやケアプラン評価を実施	346	54.8	285	45.2	631	100
Q4_4	介護支援専門員(ケアマネジャー)から相談のあった「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催	499	78.6	136	21.4	635	100
Q4_5	自治体(保険者)として、介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等を設置し	374	69.8	162	30.2	536	100
Q4_6	自治体(保険者)として、介護サービス事業者を対象とした研修会を定期的に主催	193	30.0	451	70.0	644	100
Q4_7	自治体(保険者)として、介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」を作成し、配布	526	82.7	110	17.3	636	100
Q4_8	自治体(保険者)として、地域密着型(介護予防)サービス事業所に対する指導・監査の状況(集団指導)	331	55.5	265	44.5	596	100
Q4_9	自治体(保険者)として、地域密着型(介護予防)サービス事業所に対する監査	149	29.6	355	70.4	504	100
Q5_1	自治体(保険者)として、高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成	311	48.6	329	51.4	640	100
Q5_2	高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置	379	59.4	259	40.6	638	100
Q5_3	高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施	550	87.2	81	12.8	631	100
Q5_4	高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターを確保	224	35.2	413	64.8	637	100
Q5_5	平成20年度における、成年後見制度を地域に普及させるための市民講座の開催等の有無	243	40.2	362	59.8	605	100

注) 合計値が項目ごとに異なっているのは、欠損値を除いているため

答した自治体であり、わずかに63自治体と示され、その割合は10.0%であった。また、「Q1_4 2025年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体(保険者)としての介護基盤整備方針の検討」を実施していたのは、89自治体のみであり、全体の14.2%に過ぎなかった。

3. 尺度モデルの作成

自治体における介護保険事業の実施状況の25項目の調査結果を用いて、探索的因子分析を実施した。因子数に関しては、固有値の結果をみると、第1因子と第2因子の差は1.7、第2因子と第3因子の差は.374、第3因子と第4因子の差は.042、第4因子と第5因子の差は.161、第5因子と第6因子の差は.034であった。

ここでのスクリープロットの傾向から、この第4因子と第5因子の差は、前後に比べて大きい傾向があった。さらに回転前の第4因子までの累積寄与率は、第3因子までで20.3%、第5因子までで26.4%であった。

これらの結果から、測定尺度のモデルとしては、4因子構造か5因子構造が妥当だと考えられ、これらの手順を踏

まえ、暫定的に、因子数を「4因子」と決定し、その後の分析を行った。

項目選定のための因子数を4として、2回目の因子分析を行った。なお、因子抽出方法は「主因子法」、回転方法は「プロマックス回転」を採用し、項目の取捨選択は共通性が.16以上、因子負荷量は.30以上の基準で行った[8]。

その結果、共通性の基準から、「Q1_5高齢者のニーズに応じた自治体独自の施策(一般財源事業)やサービスの有無」(.073)、「Q2_1地域ケア会議の開催」(.093)、「Q2_2地域全体の連携推進のための会議の開催」(.146)、「Q2_3自治体(保険者)として、地域の医療機関、介護保険施設、居宅サービス関係者と連携した地域連携パスの作成」(.125)、「Q3_2自治体として、地域包括支援センターからの提案・要望などに基づいて、事業や講座などの新規実施の有無」(.060)、「Q4_3自治体(保険者)として、ケアプランチェックやケアプラン評価の実施の有無」(.127)、「Q4_5自治体(保険者)として、介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等の設置」(.103)、「Q4_7自治体(保険者)として、介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉

表3 保険者機能尺度の因子分析結果

		因子			
		1	2	3	4
Q5_1	自治体(保険者)として、高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成	0.75	0.20	0.28	0.08
Q5_2	高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置	0.51	0.13	0.16	0.09
Q3_3	自治体として、地域包括支援センターを評価	0.36	0.18	0.29	0.22
Q5_3	高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施	0.33	0.21	0.28	0.14
Q1_1	介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検	0.25	0.72	0.21	0.19
Q1_2	介護保険給付状況の分析	0.13	0.64	0.19	0.24
Q4_8	自治体(保険者)として、地域密着型(介護予防)サービス事業所に対する指導・監査の状況(集団指導)	0.21	0.32	0.24	0.15
Q4_2	自治体(保険者)として、介護支援専門員(ケアマネジャー)を対象とした研修会を定期的に主催	0.27	0.20	0.66	0.13
Q4_6	自治体(保険者)として、介護サービス事業者を対象とした研修会を定期的に主催	0.22	0.18	0.59	0.16
Q4_4	介護支援専門員(ケアマネジャー)から相談のあった「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催	0.36	0.31	0.36	0.17
Q1_4	2025年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体(保険者)としての介護基盤整備方針の検討	0.16	0.23	0.18	0.72
Q1_3	2025年に向けた中長期的な高齢化率、要介護高齢者の推移の推計	0.11	0.21	0.16	0.62
因子間相関		1	2	3	4
	1	1	0.3	0.4	0.2
	2	0.3	1	0.4	0.3
	3	0.4	0.4	1	0.3
	4	0.2	0.3	0.3	1

サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」を作成し、配布の有無」(.143),「Q4_9自治体(保険者)として、地域密着型(介護予防)サービス事業所に対して行った監査理由」(.106),「Q5_4高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターを確保の有無」(.096),「Q5_5平成20年度における、成年後見制度を地域に普及させるための市民講座の開催等の有無」(.118)の11項目が除かれた。

また、因子負荷量の基準から、「Q2_1地域ケア会議の開催」,「Q1_5高齢者のニーズに応じた自治体独自の施策(一般財源事業)やサービスの有無」,「Q5_5平成20年度における、成年後見制度を地域に普及させるための市民講座の開催等の有無」,「Q5_4高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターを確保の有無」,「Q4_9自治体(保険者)として、地域密着型(介護予防)サービス事業所に対して行った監査理由」,「Q4_3自治体(保険者)として、ケアプランチェックやケアプラン評価の実施の有無」,「Q4_6自治体(保険者)として、介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等を設置の有無」,「Q4_7自治体(保険者)として、介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」を作成し、配布の有無」,「Q4_1介護支援専門員(ケアマネジャー)の連絡協議会組織等の設置の有無」,「Q3_2自治体として、地域包括支援センターからの提案・要望などに基づいて、事業や講座などの新規実施の有無」,「Q2_2地域全体の連

携推進のための会議の開催」,「Q3_1自治体として、地域包括支援センター(ランチ・サブセンター含む)の定期的な連絡協議や情報共有の場の設定の有無」の12項目が除かれた。

この結果、共通性及び因子負荷量のいずれの基準も満たした12項目が尺度を構成する項目として採用された(表3)。なお、信頼性に関してはCronbach's α の信頼性係数により内的整合性を検討したところ、0.7以上であり、内的整合性を侵す項目はなかった。

4. 評価尺度モデルの妥当性の検証

前項で選択を行った変数を用いて、図1のような「地域包括支援センターの評価及び機能強化への支援」,「介護保険事業の点検・指導・監督」,「介護サービス事業者・ケアマネジャー支援」,「中長期的な展望」を下位因子とする二次因子モデルを仮定し、欠損のない534ケースを用いて確認的因子分析を行った。

その結果、GFI=0.966, AGFI=0.951, RMSEA=0.040と基準を満たす値が得られ、自治体の保険者機能を評価する尺度の構成概念妥当性をみたすモデルであることが示唆された。

さらに、併存的妥当性について、保険者機能得点およびその下位尺度得点について、自治体の属性別に各群間別の平均値の差の検定および多重比較での検討を行った(表

4, 5)。

この結果、人口規模別に介護保険事業に対する全自治体の保険者機能得点の平均値を比較した結果、人口規模が大きいほど、保険者機能得点は高かった。

特に、下位因子得点でみると、「地域包括支援センターの評価・支援」では全ての人口規模間で、「介護保険制度の点検・指導・監査」、「介護サービス事業者・ケアマネジャー支援」では、「町村部」と「人口10万人未満の市部」、「人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外」、「人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市」の間、「人口10万人未満の市部」と「人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外」、「人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市」の間、「人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外」と「人口10万人以上

の市部のうち政令市・中核市・特例市」の間に統計的に有意な差が示され、人口規模が大きくなるほど、保険者機能得点が高い傾向が明らかにされた。

一方、高齢化率別に保険者機能得点の平均値を比較すると、高齢化率が高い自治体ほど、保険者機能得点が有意に低かった。

特に、下位因子得点からは、「地域包括支援センターの評価・支援」では「18%未満」と「18%以上31%未満」、「31%以上」との間、「18%以上31%未満」と「31%以上」との間で、「介護保険制度の点検・指導・監査」、「介護サービス事業者・ケアマネジャー支援」では、「18%未満」と「18%以上31%未満」、「18%以上31%未満」と「31%以上」との間で統計的に有意な差が示され、高齢化率が高くなるほど、保険者機能得点は低くなっていた。

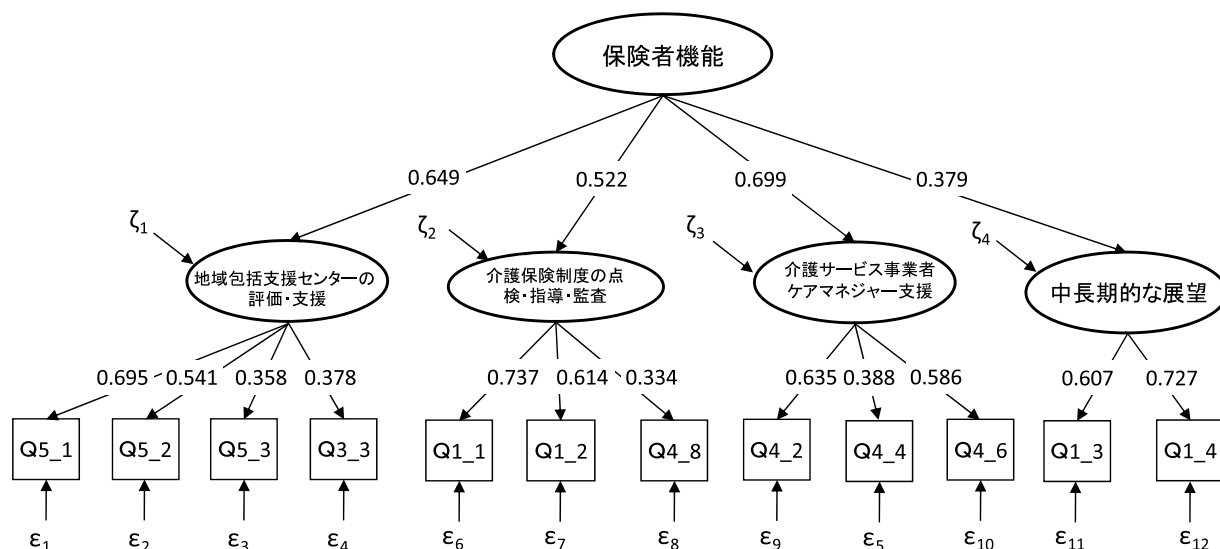


図1 尺度の因子構造（標準化解）N=534, GFI=0.966, AGFI=0.951, RMSEA=0.040

表4 保険者機能得点および4つの下位尺度得点と自治体の属性との関連

		保険者機能得点		地域包括支援センターの評価・支援		介護保険制度の点検・指導・監査		介護サービス事業者・ケアマネジャー支援		中長期的な展望	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
人口規模	町村部	4.65	2.36	1.86	1.15	1.29	1.03	1.24	0.98	0.27	0.56
	人口10万人未満の市部	6.16	2.22	2.24	1.07	1.78	1.07	1.76	0.90	0.38	0.64
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	7.10	2.32	2.73	1.08	1.99	1.03	1.92	0.93	0.46	0.72
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	8.44	1.51	3.42	0.77	2.39	0.74	2.21	0.79	0.41	0.74
高齢化率	18%未満	6.76	2.29	2.63	1.07	1.84	1.04	1.89	0.91	0.39	0.69
	18%以上31%未満	6.06	2.49	2.31	1.19	1.75	1.07	1.65	0.96	0.35	0.63
	31%以上	4.58	2.69	1.87	1.19	1.25	1.04	1.18	1.07	0.27	0.61
財政力指数	0.300未満	4.86	2.60	1.94	1.25	1.36	1.11	1.33	1.00	0.23	0.52
	0.300以上0.400未満	5.72	2.71	2.32	1.15	1.61	1.10	1.44	0.95	0.35	0.72
	0.400以上0.500未満	5.75	2.07	2.21	0.96	1.67	1.12	1.50	1.02	0.37	0.63
	0.500以上	6.54	2.43	2.48	1.17	1.85	1.03	1.82	0.94	0.39	0.67
地域包括支援センターの設置状況	直営のみ	5.68	2.56	2.08	1.17	1.63	1.08	1.63	0.99	0.33	0.63
	委託のみ	6.29	2.57	2.55	1.17	1.74	1.09	1.63	0.98	0.37	0.66
	直営と委託	7.09	2.01	2.77	1.01	2.00	0.94	1.91	0.88	0.41	0.66

表5 保険者機能得点および4つの下位尺度得点と自治体の属性との関連(多重比較)

		保険者機能総得点			地域包括支援センター の評価・支援			介護保険制度の点検・ 指導・監査			介護サービス事業者 ケアマネジャー支援			中長期的な展望		
I	⇔	II	平均値の差 (I-II)	P		平均値の差 (I-II)	P		平均値の差 (I-II)	P		平均値の差 (I-II)	P		平均値の差 (I-II)	P
人口規模																
町村部	⇔	人口10万人未満の市部 人口10万人以上の市部で政令 市・中核市・特例市以外	-1.51	0.00	**	-0.38	0.00	**	-0.49	0.00	**	-0.53	0.00	**	-0.11	0.56
町村部	⇔	人口10万人以上の市部のうち 政令市・中核市・特例市	-2.44	0.00	**	-0.87	0.00	**	-0.70	0.00	**	-0.68	0.00	**	-0.19	0.14
町村部	⇔	人口10万人以上の市部で政令 市・中核市・特例市	-3.79	0.00	**	-1.56	0.00	**	-1.11	0.00	**	-0.98	0.00	**	-0.14	0.70
人口10万人未満の市部	⇔	人口10万人以上の市部で政令 市・中核市・特例市以外	-0.94	0.01	*	-0.49	0.00	**	-0.21	0.72		-0.15	1.00		-0.08	1.00
人口10万人未満の市部	⇔	人口10万人以上の市部のうち 政令市・中核市・特例市	-2.28	0.00	**	-1.18	0.00	**	-0.61	0.00	**	-0.45	0.00	**	-0.03	1.00
人口10万人以上の市部で政令 市・中核市・特例市以外	⇔	人口10万人以上の市部のうち政 令市・中核市・特例市	-1.34	0.00	**	-0.69	0.00	**	-0.41	0.09		-0.30	0.31		0.05	1.00
高齢化率																
18%未満	⇔	18%以上31%未満	0.70	0.02	*	0.32	0.03	*	0.10	1.00		0.24	0.06		0.04	1.00
18%未満	⇔	31%以上	2.18	0.00	**	0.76	0.00	**	0.59	0.00	**	0.71	0.00	**	0.13	0.57
18%以上31%未満	⇔	31%以上	1.49	0.00	**	0.43	0.01	*	0.49	0.00	**	0.47	0.00	**	0.09	0.90
財政力指数																
財政力指数0.300未満	⇔	財政力指数0.300以上0.400未満	-0.85	0.20		-0.38	0.28		-0.25	0.86		-0.11	1.00		-0.12	1.00
財政力指数0.300未満	⇔	財政力指数0.400以上0.500未満	-0.89	0.20		-0.27	0.97		-0.31	0.48		-0.17	1.00		-0.13	1.00
財政力指数0.300未満	⇔	財政力指数0.500以上	-1.67	0.00	**	-0.54	0.00	**	-0.49	0.00	**	-0.49	0.00	**	-0.16	0.16
財政力指数0.300以上0.400未満	⇔	財政力指数0.400以上0.500未満	-0.03	1.00		0.10	1.00		-0.06	1.00		-0.06	1.00		-0.01	1.00
財政力指数0.300以上0.400未満	⇔	財政力指数0.500以上	-0.82	0.13		-0.17	1.00		-0.23	0.77		-0.38	0.04	*	-0.04	1.00
財政力指数0.400以上0.500未満	⇔	財政力指数0.500以上	-0.79	0.20		-0.27	0.74		-0.17	1.00		-0.32	0.17		-0.03	1.00
地域包括センター設置状況																
直営のみ	⇔	委託のみ	-0.61	0.03	*	-0.47	0.00	*	-0.11	0.83		0.00	1.00		-0.04	1.00
直営のみ	⇔	直営と委託	-1.41	0.00	**	-0.69	0.00	**	-0.37	0.11		-0.28	0.23		-0.08	1.00
委託のみ	⇔	直営と委託	-0.80	0.17		-0.22	0.74		-0.26	0.44		-0.28	0.25		-0.04	1.00

また、自治体の財政力指数のグループ別に比較した結果、保険者機能得点および下位因子では「地域包括支援センターの評価・支援」、「介護保険制度の点検・指導・監査」、「介護サービス事業者・ケアマネジャー支援」において、財政力指数が「0.300未満」と「0.500以上」のグループ間では、財政力指数が高い方が、保険者機能得点は有意に高いことが示されていた。

さらに、地域包括支援センターの設置形態別では、保険者機能得点および下位因子では「地域包括支援センターの評価・支援」において「直営のみ」と「委託のみ」自治体においては、「委託のみ」の自治体のほうが有意に保険者機能の得点は有意に高く、「直営のみ」と「直営と委託」の間では、「直営のみ」の自治体より、「直営と委託」という形態で地域包括支援センターを設置していた自治体の方が、保険者機能得点が有意に高かった。

5. 保険者機能得点に関連する自治体要因

保険者機能得点に関連する自治体の基本属性に関しては、保険者機能得点を従属変数、各自治体の属性を独立変数とした重回帰分析を実施した(表6)。

自治体の属性としては、人口数、高齢化率及び財政力指数は、数値そのものを使用し、分析した。この結果、今回得られたデータからは人口数と高齢化率が保険者機能得点に影響を及ぼす要因であると推測され、人口規模が大きく、高齢化率が低い自治体の保険者機能得点が高い傾向が示された。

表6 保険者機能得点に関連する自治体要因

	保険者機能得点		
	標準化係数	P	
人口数	0.28	0.00	**
高齢化率	-0.20	0.00	**
財政力指数	0.06	0.25	
設置形態			
委託のみ	-0.04	0.40	
直営と委託	0.04	0.40	
重相関係数R	0.42		
決定係数R ²	0.18		

IV. 考察

1. 開発された尺度の妥当性と信頼性について

本研究では、平成21年に全国の自治体すべてを対象に実施された介護保険事業への取り組み状況に関する調査結果のうち、保険者機能としての法的根拠の裏付けを持つ設問 [6] として抽出された25項目^{注)}を用いて、各保険者の機能を評価することができる尺度の開発を目的とした。

開発された尺度は、下位尺度の「地域包括支援センターの評価・支援」、「介護保険事業の点検・指導・監督」、「介護サービス事業者・ケアマネジャー支援」、「中長期的な展望」に含まれる項目に関しては、自治体の介護保険制度実施状況を評価する上で、すでに別の研究において、その自治体の行政実務の評価として妥当性が検証された項目によって構成されている [9]。

また、尺度の信頼性と妥当性の検討は、項目分析によっ

て25項目に内的整合性を脅かす項目がないことが確認されたのち、Cronbach's α の信頼係数が0.7以上あることが示され、内的整合性を確保していることが確認された。ただし、これらの評価項目は、質問形式を改善することで、より信頼性の高い尺度となる可能性があると考えられた。

なお、尺度の構成については、探索的因子分析の結果、下位尺度の項目は、当初の25項目から13項目が削除された。また、当初5つの下位因子を想定していたが、1つの因子については他の因子に吸収された。さらに2項目については、当初の分類以外のところに移動し、統合された。これらのプロセスを経てから、確証的因子分析を行い、構成概念妥当性について、再度、検証した結果、9項目は、それぞれ、もとの分類のままであった。その際のGFI=0.966, AGFI=0.951, RMSEA=0.040とそれぞれの値は、いずれも基準を満たす値が得られていたことから、構成概念妥当性は確保されていた。

2. 保険者機能と自治体属性の関連について

保険者機能得点およびその下位尺度得点について、自治体の属性別に各群間別の平均値の差の検定および多重比較で検討を行い併存的妥当性について検討した結果、人口や高齢化率、財政力指数、地域包括支援センターの設置形態との関係性が示され、人口規模が大きいほど、保険者機能得点は高く、高齢化率が高い保険者ほど保険者機能得点は低い傾向が明らかにされた。

この結果から、自治体の介護保険事業全体への取り組みには、自治体の人口規模や高齢化率が関連していることが示されたといえる。これは、支援が必要な高齢者の割合が高い市町村ほど、介護保険事業の実施率が低いことを示している。

端的に言うならば、サービスが必要な人々の割合が高い自治体で、必要とされる介護保険事業が実施されていない状況を明らかにしたといえ、わが国の介護保険行政にとっては、大きな課題が示された。

先行研究では、介護保険事業の迅速な対応を広域化や共同設置の実施、人材の育成といった保険者独自の裁量的な方策によって実現できるとの見解も示されてきた [10] が、本研究からは、人口や高齢化率といった外生的な要因は介護保険事業における地域差に大きな影響を及ぼしており、介護保険事業の実施状況に人口規模の小ささや高齢化率の高さが、介護支援専門員や介護事業者の育成、地域包括支援センターへの支援等の低調さに影響する可能性が高いことが明らかにされた。これは、裁量的な方策にも限界があることを示しているとも解釈でき、わが国の介護保険行政の実態が深刻な状況であることを示唆していた。

これらの介護保険事業の実施状況が低い自治体の特徴は、財政的な基盤が弱いことが推察されることから、本研究では、財政力指数といった指標を用いて分析を実施したが、いずれも財政力指数が高いほど、保険者機能得点は高い傾向がみられた。これは、介護保険事業の実施と財政状況との関連について初めて示された資料といえ、小規模な自治

体が多い日本にとって、介護保険事業を自治体が運営する際の困難さを表した結果となった。

3. 地域包括ケアシステム実現の観点からの保険者機能測定の意義

国は、介護保険制度の施行経緯から現在までの史的展開からみると、目途とした「社会による介護」の完全な達成を待つことなく、「地域による介護」へと急激な変革を目指すように見えた [11] が、これは社会全体で介護するシステムの構築を5年間、試みた経緯から、日本でこのシステムを実現することの困難さを、財源問題や制度の持続可能性という観点からも再認識したという過程のひとつとも説明できる。

しかし、近年、謳われてきた「地域による介護」とは、わずかに残された「地縁」という社会資源も取り込んだ、生活圏域での具体的な介護提供システムの再構築という、さらに困難な試みに着手したとも考えられる。

すなわち「在宅重視」だけでなく、地域密着型サービスや地域包括支援センターを創設し、地域に「拠点施設」+「新しい住まい」+「在宅」をめざして、地域生活の実現を可能にするという、この新たな地域社会を実現するためのシステムを「地域包括ケアシステム」と呼んでいるわけだが、これは国際的にもその実現が困難とされる“community-based integrated care system”を構築するという試みであると説明できる [12]。

なお、この日本型のintegrated care systemにおいては、「coordination^{注2}」レベルのシステム化とこれを実現するための多様なintegrationを内包したモデルが想定されており、その特徴は「linkage」レベルのintegrationをベースとしたモデルよりも高いレベルのintegrationのシステム化が求められていることにある。これを実現するためには、アクセス・質・資金的持続性の改善を意図したintegrated care systemが必要であり [13]、このためには「coordination」レベルのintegrationが地域ベースで求められる。このシステム化のためには、保険者機能の強化が必須の条件となる。

こうした観点から、今回、開発された尺度は、この保険者機能を測定し、その強化策を国が検討する際の基礎資料を提供できるという点で、より実効性のあるものといえ、科学的根拠に基づいた介護保険行政をすすめるうえで重要なツールとなるだろう。

4. 今後の活用可能性

さて、保険者に関するデータを用いた実証的分析を含んだ先行研究としては、清水谷らが保険者の財政状況がサービス利用率などに影響を及ぼすといった研究結果 [14] 等がみられるが、多くは都道府県レベルのデータや単一の保険者データを用いた分析であり、全国の自治体から網羅的に得られたデータから、評価尺度を開発した例はない。

よって、本研究で得られた結果は、国が「地域包括ケアシステム」の構築を今後推進していくにあたって、そのシステムの中核的責務を担う保険者機能の把握を簡便に行う

ことができるツールの開発をしたという点において有益であり、このツールを使うことによって、具体的な地域包括ケアシステム推進に係る施策を検討するにあたっての、必要なエビデンスを収集できるようになる。

すでに先行研究によって、地域包括ケアシステムの構築に影響する要因としては、人口規模や財政力指数の影響が大きいこと等が明らかにされてきたが [7], わが国の自治体数は1600以上あり、先に示した人口規模や財政力だけでなく、その自治体を持つ社会資源の多寡や独自の文化背景等、多様な条件によって特徴づけられる複雑な様相を呈している。当然ながら、地域包括ケアシステムは、その地域の特徴を生かしたものとして構築されることが望まれているが、このシステムもまた多様であり、その構築方法、推進方法も同様に多くの方法が提示されるべきであった。

今回、開発された評価尺度を利用することで、自治体別に保険者機能得点が示されるだけでなく、その得点別、また、4つの下位尺度の実施状況別にどのような施策を実施すべきかを検討できる。また、これらの項目を評価することで自治体職員は、強化すべき保険者機能やそのレベルを認識することが可能となる。

したがって、これまでのベストプラクティスによるシステム構築の推進方法だけでなく、その自治体のレベル別に、システム構築のモデルを提示することもできる。

今後の課題としては、とくに、未熟なレベルと評価された自治体の地域包括システム構築及び推進のための丁寧なガイドラインが提示されることであると考えられる。

注

- 1) 平成23 (2011) 年の研究事業において、保健医療福祉の専門家および市町村行政に携わる実務者の委員会が組織され、平成21 (2009) 年に調査した項目が精選された。項目の精選にあたっては、調査の回答率や平成24 (2012) 年介護保険制度改正により新たに付加された保険者機能や海外の研究成果が参考とされた。この結果、平成21年にあった7分類40の設問は5分野24の設問となった。なお、これら評価項目には、現行法令・通知に根拠があることが明示されている [15]。
- 2) Leutzは、integrated careにも3段階のレベル (linkage, coordination, full integration) があり、それぞれを分けて考えることが重要であると指摘した [16]。

引用文献

- [1] 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社. 平成21年度老人保健健康増進等事業 (老人保健推進費等補助金) 「平成21年度地域包括ケア研究会事業」報告書. <http://www.murc.jp/report/press/100426.pdf> (accessed 2012-04-26)
- [2] 東内京一, 高橋紘士, 編. 地域包括ケアの確立を目指した介護保険事業計画を考える. 地域包括ケアシステム. 東京: オーム社; 2012. p.236-46.
- [3] 財団法人長寿社会開発センター. 平成21年度老人保健健康増進等事業 (老人保健推進費等補助金) 「地域包括ケア推進のための地域診断に関する調査等事業」報告書. 2010.
- [4] 佐藤秀紀. 過疎地域における老人保健福祉サービスと社会経済的要因との関係. 厚生の指標. 2003;50(2): 31-8.
- [5] 衛藤幹子. 自治体福祉と住民参加. 季刊・社会保障研究. 1998;33(4):403-13.
- [6] 立教大学. 平成21年度老人保健健康増進等事業 (老人保健推進費等補助金) 「包括的支援事業と地域包括支援センターにおける総合評価に関する研究事業」報告書. 2010.
- [7] 東野定律, 筒井孝子, 大野賀昭, 筒井澄栄, 小山秀夫, 高橋紘士. 介護保険実施状況の自治体格差を規定する要因に関する研究. 介護経営. 2011;6(1):69-77.
- [8] 小塩真司. SPSSとAmosによる心理・調査データ解析—因子分析・共分散構造分析まで. 東京: 東京図書; 2004. p.129-31.
- [9] 笹井肇, 筒井孝子, 篠田浩, 中澤伸, 茅野泰介, 吉野貴志. 地域包括ケアシステム構築のための保険者機能評価票の開発. 保健医療科学. 2012;61(2):83-95.
- [10] 山内康弘, 筒井孝子. 地域包括支援センターの活動開始時期に関する計量分析. 介護経営. 2010;5(1):39-47.
- [11] Tsutsui T, Matsushige T, Otaga M, Morikawa M. Another step towards decentralized power: changes in long-term care from 'care by family' to 'care by community' via 'care by society'. Submitted to the RC19 Ageing Session for the 2010 ISA world congress. 2010.7.
- [12] 筒井孝子. なぜ地域包括ケアシステムか. こころの科学. 2011;61:41-8.
- [13] Banks P. Policy framework for integrated care for older people. London: King's Fund. London; 2004.
- [14] 清水谷諭, 稲倉典子. 公的介護保険制度の運用と保険者財政: 市町村レベルデータによる検証. 会計検査研究. 2006;34:83-95.
- [15] 立教大学. 平成23年度老人保健健康増進等事業 (老人保健推進費等補助金) 「地域包括ケアシステム構築のための保険者と地域包括支援センターの関係性に関する調査研究事業」報告書. 2012.
- [16] Leutz WN. Five Laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. The Milbank Quarterly. 1999; 77(1); 77-110.