

特集：介護保険における保険者機能強化の現状とこれから

＜総説＞

保険者機能強化にむけたPDCA推進へのロジックモデルの活用

松本佳子

医療経済研究機構

Development and utilizing logic models to promote using a PDCA cycle to strengthen management of long-term care insurance

MATSUMOTO Yoshiko

Institute for Health Economics and Policy

抄録

介護保険の保険者である市町村には、データに基づいたPDCAサイクルによる介護保険事業の立案と運用が強く期待されている。市町村が活用できるデータ環境も整えられており、その一つに介護保険事業に関わる基本的なデータを収集した介護保険「保険者シート」がある。一方、第8期介護保険事業計画における長期的なアウトカムへの指標設定状況をみると、多くの市町村がPDCAサイクルによる事業展開やデータ活用が難しい実態がうかがえる。近年、政策評価分野で活用されているロジックモデルは、目指す姿とその実現に必要な事業の関連を可視化することで、指標が明確になり、事業の改善に向けた分析が可能になる、などの利点が知られている。そこで、市町村の実効的なPDCAサイクルによる事業展開を推進するため、介護保険・地域包括ケアシステム分野のロジックモデルを開発し、効果的な活用に向けた方策を検討した。

ロジックモデルの開発は、介護保険、地域包括ケアシステム等の関係法規、公的文書を参考に、学識経験者、自治体担当者らと検討した。最終アウトカムに、高齢者の生活の質に関する1項目、中間アウトカムは、居宅等での暮らしの継続、介護予防・社会参加、介護保険事業の持続可能性、の3項目が設定された。初期アウトカムは、地域のサービス提供体制や支援に関する14項目が設定され、介護保険の事業と事業費が設定された。最終・中間アウトカムは、汎用性が高い一方、初期アウトカム以降は、地域や時代によって設定されることが望ましいと考えられた。

介護保険基本ロジックモデルに、介護保険「保険者シート」から指標を設定し、ロジックモデル上にデータを表示させ地域アセスメントを可能にする評価ツールを開発した。データを国・都道府県・市町村で比較でき、さらに時系列での比較ができる形とした。また研修プログラムの開発と試行を行っている。

介護保険・地域包括ケアシステム分野でおおよそ汎用性のあるロジックモデルを示すことができた。介護保険「保険者シート」も合わせて、PDCAサイクルによる事業展開における基本事項が習得できるものとして活用が想定される。今後さらに、ロジックモデルを活用することの効果検証と、より有効なツールや研修プログラムの開発が期待される。

連絡先：松本佳子

〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-21-19 東急虎ノ門ビル3階

Tokyu Toranomon Bldg, 1-21-19 Toranomon, Minato-ku, Tokyo 105-0001, Japan.

Tel: 03-3593-8918

Fax: 03-3506-8528

Email: yoshiko.matsumoto@ihep.jp

[令和5年12月5日受理]

キーワード：介護保険，PDCAサイクル，ロジックモデル，事業評価，指標

Abstract

Municipalities, which are the insurers of long-term care insurance, are expected to manage long-term care insurance systems using a data-based PDCA cycle. There is also a data environment in place that municipalities can utilize, one of which is “Hokenja-sheet” which collects basic data related to long-term care insurance. However, an analysis of the status of setting indicators for long-term outcomes in the 8th Long-Term Care Insurance Plan revealed that many municipalities face difficulties in managing the PDCA cycle and utilizing data. Logic models make it possible to visualize the relationship between the outcome and the program, clarifying indicators, and making it possible to analyze programs for improvement. Therefore, we have developed a logic model for the field of long-term care insurance and community comprehensive care systems, and have developed measures for effective utilization of “Hokenja-sheet.”

The logic model was developed through discussions with academic experts and local government officials, with reference to related laws, regulations, and official documents regarding long-term care insurance, comprehensive community care systems, and so on. The final outcome was one item related to the quality of life of the elderly, and the intermediate outcomes included three items: continuation of living at home, preventive care/social participation, and sustainability of long-term care insurance. Direct outcomes included 14 items related to service systems and support as well as long-term care insurance programs and costs. While the final and intermediate outcomes were highly versatile, it was considered desirable for the other outcomes to be set according to region and era.

We developed an evaluation tool that enables regional assessment by setting indicators from the “Hokenja-sheet” in the long-term care insurance basic logic model and displaying the data on the logic model. The data were formatted to allow for comparisons by country, prefecture, city, town, village, and time series. A training program has also been developed and tested.

We demonstrate a general-purpose logic model in the field of long-term care insurance. Together with the “Hokenja-sheet”, it is expected that the tools will be used to help administrative staff learn the basics of management using the PDCA cycle. It is expected that the effectiveness of using logic models will be verified and more effective tools and training programs will be developed.

keywords: long-term care insurance, PDCA cycle, logic model, program evaluation, indicator

(accepted for publication, December 5, 2023)

I. 背景

1. PDCAサイクルによる介護保険事業の立案と運用への期待

介護保険の保険者・市町村には、Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Act（改善）の循環（以下、PDCAサイクル）による介護保険制度の立案と運用が期待されている。2025年を目途に構築が目指されてきた地域包括ケアシステムの構築は、介護保険法において、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要[1]とされている。平成29年には、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律により、市町村のPDCAサイクルによる介護保険制度の立案及び運用が推進される仕組みが制度化された[2]。具体的には、①データに基づく課題分析と対応の検討を行い、介護保険事業（支援）計画に介護予防・重度化防止等の目標と取り組み内容を記載すること、②適切な指標によって実績評価を行うこと、③財政的インセンティブ

の付与規定の整備，が行われることとなった。

財政的インセンティブは、平成30年から始まった保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金の制度として推進されている[2]。この制度では、市町村や都道府県の様々な取組みの達成状況を評価できるよう客観的な指標が設定され、その達成状況に応じて、市町村と都道府県に交付金が交付される。さらに、全国の都道府県、市町村の評価指標の達成状況（得点）は、厚生労働省Webサイトで公開される。この評価指標の中に「PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制構築」の項目が設定されており、PDCAサイクルの取組み自体が評価されている。

2. PDCAサイクル推進のためのデータ基盤の整備

市町村のPDCAサイクルの推進のため、介護保険事業計画策定に向けた地域の実態把握や地域分析のためのデータ基盤も整備が進んできている。代表的なものに、厚生労働省から提供されている地域包括ケア「見える化」システム[3]がある。都道府県・市町村における介

介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システムで、介護保険の給付データを中心に、地域包括ケアシステムに関連する基本的データから詳細データまでが豊富に収録されている。その他、各保険者・市町村の介護保険運用状況を簡便に把握できることを目的に基本的データを収録した介護保険「保険者シート」[4]、地域の医療介護資源に関するデータや医療介護需要予測データが都道府県・二次医療圏・市町村単位で収録され可視化される地域医療情報システム（JMAP）[5]など、利用できるデータベースやツールが様々に開発されている。

3. 介護保険事業計画における指標設定状況

しかしながら、全国の介護保険事業計画を分析すると、実効的なPDCAサイクルに必要な指標設定や、データ活用が十分とは言い難い。「アウトカム評価」を定義した解説[6]を参考に「アウトカム指標」を「介護保険事業計画の実施によりもたらされる長期的な帰結のうち、数値目標として設定されているもの（特定の事業の効果を測定するための指標は除外）」と操作的に定義し、全国1,571保険者から無作為に抽出した200保険者の第8期介護保険事業計画の内容分析を行ったところ、「アウトカム指標」に該当するものを設定していたのは全体の38.7%（95%信頼区間：31.9－45.8%）であった[7]。さらに、設定されていた「アウトカム指標」の中には、介護保険事業計画の実施による長期的アウトカムとして妥当かどうか検討が必要な指標や、指標の定義やデータの典拠が明記されておらず適切かどうか判断できない指標もあった[7]。これらの結果の解釈には検討の余地はあるが、「アウトカム指標」の設定状況は決して十分とは言えず、市町村が指標設定とデータの活用において苦慮している現状がうかがえる。

また、2016年の総務省の調べによると、行政評価事務の効率化が課題であると回答した自治体は、市区町村で79.5%であり[8]、多くの自治体にとって行政評価事務そのものが負担となっている可能性がある。信頼性・妥当性が高い指標設定や精緻な測定・調査方法にのみ着目すると、測定・調査に係る時間、人、金銭などの見積りは高くならざるを得ない。市町村に過度な負担がかからず、より適切で実行可能な方法で指標設定ができる配慮も必要である。

4. 保健医療福祉分野でのロジックモデル活用の普及

近年、地域の保健医療福祉分野の行政計画において、ロジックモデルの活用が普及している。ロジックモデルは、プログラム（政策、施策、事業を含む、社会課題解

決を目指す社会的目的を達成するための社会的介入）の資源投入、実施、結果、成果までの論理構造を図式化したもの[9]である（図1）。ロジックモデルは、行政活動とその目的の結びつきを分かりやすく図示することや、行政評価において妥当性のある指標設定が可能になるため、EBPM（Evidence-Based Policy Making）に役立つもの[10]として、あらゆる分野の政策・施策・事業評価で活用されている。

地域の保健医療福祉分野の中では、医療法に基づく都道府県の医療計画においてロジックモデル活用が普及している。2018年度から2023年度までの第7次医療計画の策定と中間見直しでは、大阪府、滋賀県、愛媛県、佐賀県、沖縄県が計画本文にロジックモデルを掲載し、達成すべき目指す姿と施策の関係を体系的に示し、評価指標を設定していた[11]。2024年度から始まる第8次医療計画の厚生労働省医政局地域医療計画課通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日）「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」[12]では、「施策の検討にあたっては、成果（アウトカム）と施策の結果（アウトプット）の関連性を明確にし、ロジックモデル等のツールの活用を積極的に検討すること」などと記載された。これにより、ロジックモデルを活用して医療計画を策定する都道府県が増えることが見込まれる。また、都道府県の循環器病対策推進計画、がん対策推進計画においても、ロジックモデルの活用が厚生労働省から示された計画作成指針で示され、普及が進んでいる[11]。

介護保険分野においてもロジックモデルの活用が始まっている。介護保険、地域包括ケアの中でも特に介護予防分野に焦点を当てたロジックモデルの開発も行われている[13]。また実際に、京都府亀岡市の第8期介護保険事業計画では、期待される成果と各事業の関連をロジックモデルで整理し、住民にも分かりやすい形で計画文に掲載されている[14]。

介護保険や地域包括ケア分野においては、まだ活用が始まったばかりであるが、市町村にロジックモデルの考え方や活用がさらに普及することによって、適切な指標設定と効果的なデータ活用が可能となり、実効的なPDCAサイクルによる事業展開が促進されると期待できる。

II. 目的

市町村の実効的なPDCAサイクルによる事業展開を推進するため、介護保険・地域包括ケアシステム分野のロジックモデルを開発し、効果的な活用に向けた方策を検



図1 ロジックモデル [9]より作成

討することを目的とした。本稿では、まず、ロジックモデルの活用目的でもあるプログラム評価の考え方も含め、PDCAサイクルによるマネジメントで必要となるロジックモデルの基本的な考え方の概要を解説する。

III. PDCA サイクルにおけるプログラム評価・ロジックモデル・指標

1. プログラム評価

(1) プログラム評価の概要

実効的なPDCAサイクルには、Checkの段階で体系的な施策・事業評価が行われることが必要となる。評価とは、「物事のメリット、値打ち、価値、意義を体系的に見出すこと」[6]で、プログラム評価とは、社会調査手法を活用し、プログラムの有効性を体系的に調査するもの[15]である。ここでのプログラムとは、政策、施策、事業を含む、社会課題解決を目指す社会的目的を達成するための社会的介入によってプログラム評価は、体系的に評価を行うことを通して、社会状況の改善に有効な評価情報を与え、継続的なプログラムの改善を図ることが目的である[6]。

評価は、データによる事実特定に加えて、価値判断で構成される(図2)[9]。プログラムの価値を判断するには、複数の評価視点から体系的に調査が行われる必要があり、その評価方法として評価の5階層[15]が提唱されている。

評価 = 事実特定 + 価値判断

図2 評価 [9]

(2) プログラム評価の5階層

プログラム評価の5階層を図3に示す。

1段階目のニーズ評価は、プログラムがそもそも解決されるべき社会的ニーズを適切に捉えているのか、それは誰のニーズか、人々に課題と認識されているものが本当に充足されるべきニーズになっているか、プログラム

を実施する必要性はあるかを査定する。社会的課題の解決に向けた効果的な介入方法を検討する上で不可欠のもので、まずはプログラムを計画する時に行われる。

2段階目のセオリー評価(理論評価・整合性評価)は、期待される成果(アウトカム)に対し、実現する手段としてプログラムが妥当なものかどうかを検証・評価する。妥当なプログラムが立案されない限り、社会課題は解決には向かわない。プログラムが目指す成果は何か、プログラムはどのようなプロセスで成果を達成しようとしているのか、プログラムの活動は妥当か、その論理の整合性を問うもので、主にプログラムの設計・開発段階で行われるべきものである。

3段階目のプロセス評価(実行評価)は、プログラムが計画通りに実施されているのか、プログラムの実施過程で何がなぜ起きているのか、を明らかにする。妥当なプログラムが計画されていても、計画通りに実行されなければ、社会課題の解決にはつながらない。活動に必要な資源(予算や人)が獲得できたのか、計画通りに活動は実施できたのか、意図した対象者にサービスが提供されているのか、実施体制は適切だったか、関係者との連携は十分に行われたのか、なぜ計画通りに実施できなかったのか、などを問う。この段階の事実特定には、プログラムが実施された回数や対象にした人数など実績データに加え、プログラム実践現場の観察や、実践者やサービス受益者へのインタビューなど質的データも重要な情報となる。

4段階目のインパクト評価(効果評価)は、期待されていた対象集団や社会に現れた変化(アウトカム)を把握した上で、その変化がプログラムの介入によって得られたかどうか、その効果(インパクト)を検証する。社会課題の解決に妥当なプログラムが計画通りに実行されたとしても、そのプログラムによって望ましい社会の変化が生じなければ、プログラムが有効とは言えない。インパクト評価の方法としては、ランダム化比較試験(RCT)などの実験デザインを用いた検証が最も厳密で妥当とされるが、よって、厳密な評価デザインを組む

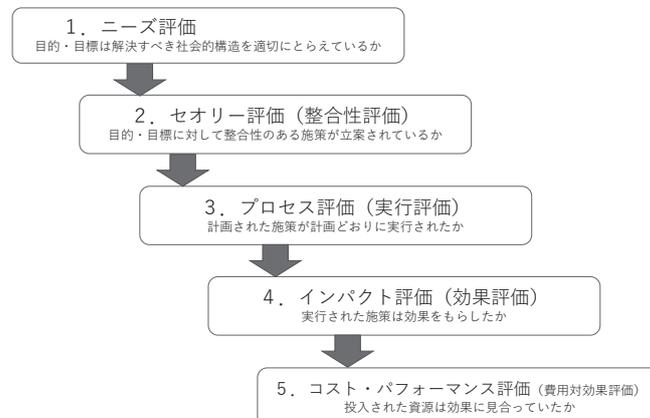


図3 プログラム評価の5階層 [15]より作成

には、評価にかかる金銭・時間・人的費用などの見積りの点で、実現可能性が難しい場合が少なくない。しかし、活動の結果（アウトプット）に目標と目標値が設定された評価が多く見られる中[16]、インパクト評価は、最も期待される評価である。都道府県の医療計画の作成指針[12]においても、「住民の健康状態や患者の状態といった成果（アウトカム）などを用いた評価を行うことが重要である。具体的には、施策や事業を実施したことにより生じた結果（アウトプット）が、成果（アウトカム）に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしたかという関連性を念頭に置きつつ、施策や事業の評価を1年ごとに行い、見直しを含めた改善を行うこと」とインパクト評価の視点が重要であることが記載されている。よって、厳密な評価デザインが実現できない場合も、その実現方法を検討していくと同時に、成果（アウトカム）の達成状況を客観的データや質的データで観察し、インパクト評価の視点を持って関係者と価値判断を行うことが必要であると考えられる。

5段階目のコスト・パフォーマンス評価（費用対効果評価）は、投入された資源（インプット）が、もたらされた効果（インパクト）に見合っていたかどうか、その効率性を査定する。プログラムの実施によって期待された効果が得られたとしても、莫大な資金や人材がかかった場合は、プログラムの継続性は厳しくなる場合が多い。この効率性の評価は、効果が明らかになるプログラム実施後に行うことが多い。

以上の5つの評価には階層性があることが重要である。例えば、4段階目のインパクト評価を行いプログラムの効果を評価するには、1段階目のニーズ評価で解決する社会課題が明確になりプログラムの必要性が確認されていること、その上で2段階目のセオリー評価で目指す成果（アウトカム）の実現に対してプログラムが妥当であると確認されていること、その上で3段階目のプロセス評価で妥当なプログラムが計画通りに実行されたか確認されていることが必要となる。つまり、前の階層で十分満足な評価結果が得られてはじめて次の階層の評価を行

う意味があり、プログラムの改善に必要な情報が体系的に得られることになる。

(3) PDCAサイクルとプログラム評価

PDCAサイクルとプログラム評価は、プログラムの継続的な改善を目的とする点で共通といえる。PDCAサイクルで「A＝プログラムの改善・見直し」が行われるには、「C」の段階でインパクト評価とコスト・パフォーマンス評価が実施されること、さらにその前の「D」の段階でプロセス評価が、「P」の段階でニーズ評価とセオリー評価が行われることとなる（図4）。このように、PDCAサイクルの各過程でプログラム評価の各段階の評価が行われることで、実効的なマネジメントが実現する。

このPDCAサイクルにおいてまず重要なのは、「P」もしくは「A」から「P」の段階でセオリー評価の成果物とされるロジックモデル[9]が作成されることで、ロジックモデルの作成が体系的なプログラム評価の出発点となる。

2. ロジックモデル

(1) ロジックモデルの概要

ロジックモデルは、プログラムの「投入（インプット）」「活動（アクティビティ）」「結果（アウトプット）」「成果（アウトカム）」の論理構造を図式化したもの（図1）である。プログラムの実施と実施した主体側に起こる変化（インプット・アクティビティ・アウトプット）と、社会課題が解決されて理想のあるべき姿、社会やプログラムが働きかけた相手に起きる変化（アウトカム）の因果関係の仮説を表す。アウトカムは通常、近位から遠位の複数のレベルで構成される。例えば、「最終アウトカム－中間アウトカム－初期アウトカム」というように表現される。

ロジックモデルは、最終アウトカムを起点としていることが特徴的である[17]。社会課題は多種多様な要因が複雑に絡み合っており成り立っている。社会課題が解決した際に目指したい社会の変化や目指す姿、つまりまずは最終アウトカムを明確にした上で、どのような戦略や

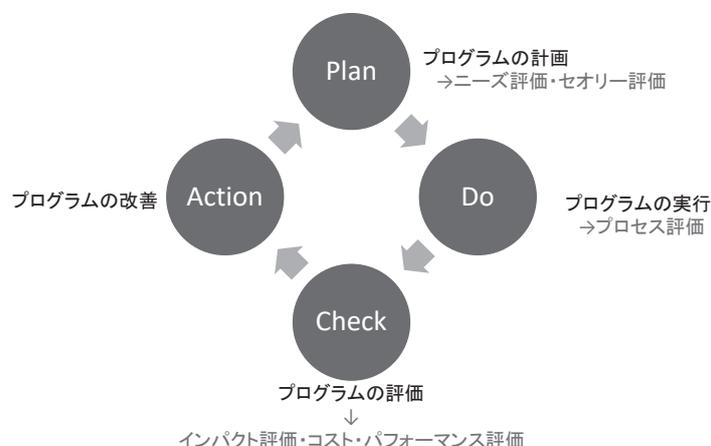


図4 PDCAサイクルとプログラム評価

手段がもっとも効果が期待できるか、より効果的なロジックモデルを作成していくことが肝要になる。そのため、ロジックモデルは、1つの遠位の最終アウトカムに対して、複数の中間・初期アウトカムが結びつき、さらに複数のアクティビティ・アウトプット、インプットが結びつく樹形図状(図5)で記載されることが多い。ロジックモデルと類似したもので、変化の理論(Theory of Change)もプログラムとアウトカムの関係を示すものだが、変化の理論はプログラムによって対象者や関係者の行動や態度にどのような変化が現れるのか、その過程の細かい連鎖を描写し、プログラムが起点であるという点で、ロジックモデルとは趣旨や作成方法が異なる。

ロジックモデルを活用することの利点は、図5に示すように体系的なプログラム評価が可能となり、効果的なマネジメントに寄与する。さらに、Logic Model Benefits(図6)[18]によると、関係者間の共通言語になる、関係者と共に作成し使うことで効果的な参加型学習の機会になる、など、プログラムに関わる者同士のコミュニケーションや理解の促進につながる。また、プログラム実施者にとって、資源の提供者やサービスの利用者・受益者に対して、プログラムに投入された資源をどのように使い、そのような成果をあげているのか、それを説明する

アカウントビリティの確保も可能になるとされる。

3. 指標

ロジックモデルで明示したアウトカムの達成状況をデータによって量化し、変化を把握するには、アウトカムに指標を設定する必要がある。つまり、指標はアウトカムの「モノサシ」と言える。指標は、アウトカム指標(成果指標)、プロセス指標(過程指標)、ストラクチャー指標(構造指標)の3つに分類される[12]。アウトカム指標は、住民の健康状態や患者の状態を測る指標を表す。プロセス指標は実際にサービスを提供する主体の活動や、サービスを提供する機関の連携体制を測る指標を表す。ストラクチャー指標は、サービスを提供する物的資源、人的資源、組織体制を測る指標を表す。

指標を設定する際、この3種類の指標を使い分けることになるが、3種類の指標には、物的・人的資源(ストラクチャー指標)からサービスが提供(プロセス指標)され、患者や住民の健康状態(アウトカム指標)が改善される、という順序がある。保健医療福祉分野の最終目的が、人々の生活や健康の達成であることを踏まえると、最も上位の最終アウトカムには、アウトカム指標が設定されることが望ましい。一方、アウトカム指標は一般的

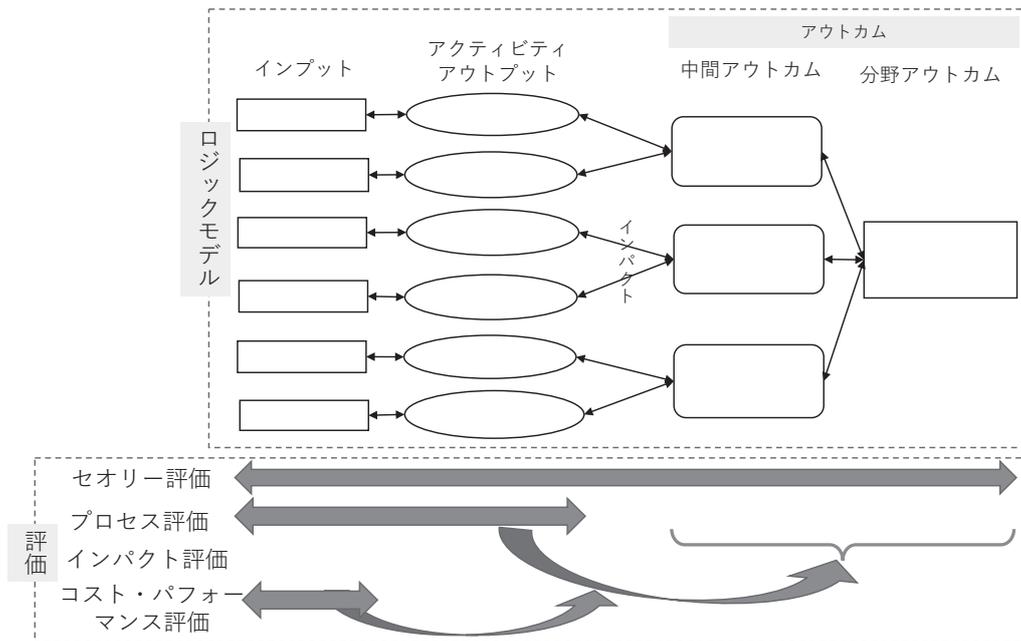


図5 ロジックモデルとプログラム評価の対応

- 関係者間の共通言語ができる
- 関係者と共に作成し使うことで、効果的な参加型学習の機会になる
- アウトカム(成果)が明文化され強調される
- 施策・事業の何が機能するのか、なぜ機能するのか、考え方が明らかになる
- 測定すべき重要な指標が明らかになり評価のためのデータや手段をより効果的に使用できる
- 信頼できる報告枠組みになる
- デザイン・計画・管理が効果的になる

図6 Logic Model Benefits [18]より翻訳

保険者機能強化にむけたPDCA推進へのロジックモデルの活用

にデータ入手が難しい。データが入手できないのでアウトカム指標の設定を断念するのではなく、指標開発、データ取得方法も含めて設定を検討していくことが必要だろう。

また、指標設定においては、国・都道府県・他地域と比較できる指標であること、毎年同じ指標のデータを継続して入手でき時系列で変化を把握できる指標であることも重要となる。さらに、数量的な指標に必ずしも現れない質的改善も当然あり得るので、ケース・スタディ、キーパーソンに対するインタビュー、専門家による判断など、定性的な評価手法が補完的に組み合わせられることが必要となる[9]。

ロジックモデルを活用することによって、測定すべき重要な指標が明らかになり評価のためのデータ活用や手段がより効果的になることが指摘されている[18]。

IV. 介護保険基本ロジックモデルとその活用方法の開発

1. 目的

体系的なプログラム評価とPDCAサイクル、および指標設定とデータ活用におけるロジックモデルの有効性を踏まえ、介護保険、地域包括ケア分野での適切なロジックモデルの活用を普及促進させるため、介護保険・地域包括ケアシステム分野で全保険者に共通し、汎用性のあるロジックモデルを開発すること、その上で全保険者が見るべき基本的な指標を示すことを目的とした。また、

その活用方法としてツールや研修などの開発を試みた。

2. 方法

開発は、ワーキンググループと検討委員会で進めた。ワーキンググループは、政策評価分野の研究者、介護予防分野の研究者、府県の担当者2名、市の担当者2名で構成した。検討委員会は介護保険や地域包括ケアシステムの有識者で構成した。

介護保険基本ロジックモデルの開発は、まず、介護保険法や地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、老人福祉法、地域支援事業実施要綱など、介護保険、地域包括ケアシステム、高齢者福祉に関連する関係法規や、厚生労働省から発出されている通知や指針を読み、たたき台を作成した。そのたたき台をワーキンググループで、対面の会議と電子メールで議論と修正を繰り返した。約3か月間にわたる議論の後、ワーキンググループ案を完成させた。ワーキンググループ案を検討委員会で検討し、修正を加えた上で、介護保険基本ロジックモデルの完成とした。

完成した介護保険基本ロジックモデルで、適切な指標を介護保険「保険者シート」[4]に収載されている指標を中心に検討し設定を行った。

3. 結果

(1) 介護保険基本ロジックモデル

完成した介護保険基本ロジックモデルを図7に示す。ロジックモデルの構成は、介護保険事業の実施により長

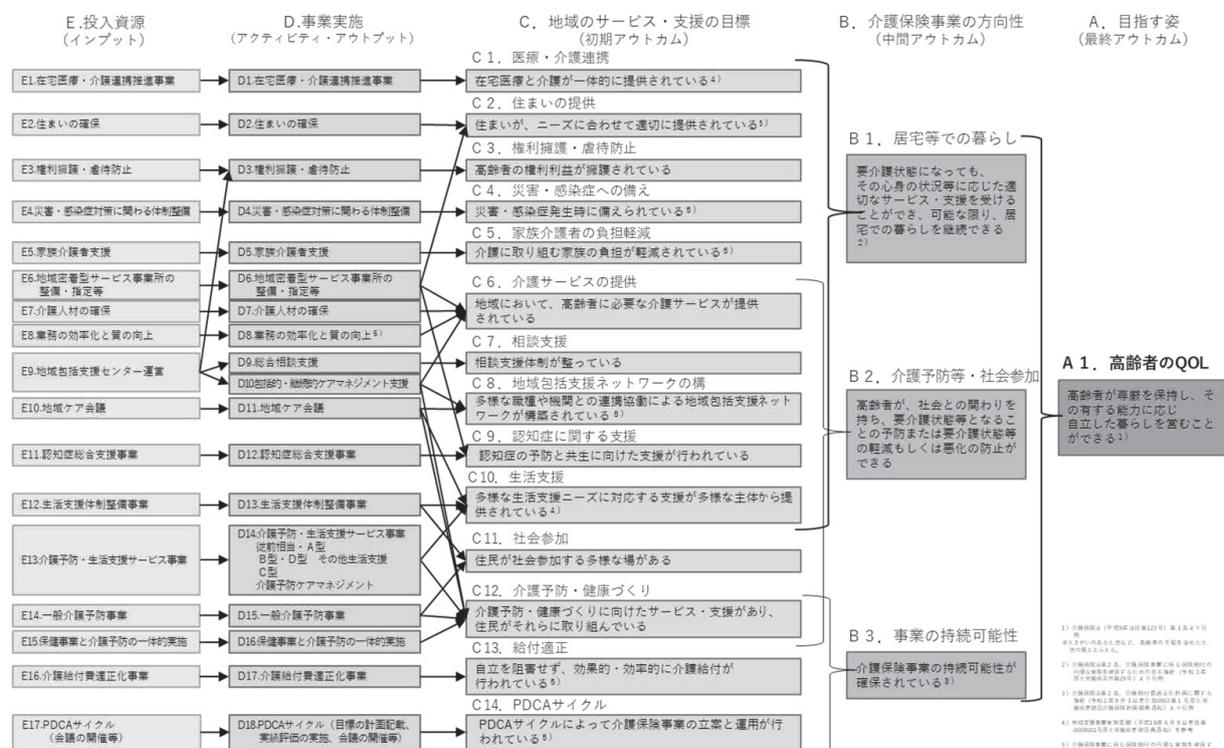


図7 介護保険基本ロジックモデル [24]

期的な帰結によってもたらされ、もっとも上位の目指す姿として期待される最終アウトカム1項目、介護保険事業の方向性として期待される中間アウトカム3項目、地域のサービス提供・支援の目標として期待される初期アウトカム14項目、介護保険制度によって実施が期待される事業・取組み（アクティビティ）18項目、事業・取組みに必要と想定される事業費を投入資源（インプット）として17項目、を設定した。

最終アウトカムは、介護保険法第一条の「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる」という記述[1]、医療介護総合確保促進法第一条の「国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる」という記述[19]、老人福祉法での記述などを参考に、「高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した暮らしを営むことができる」を設定した。このアウトカムには、身体的な健康や自立の考え方のみならず、尊厳や生きがいなど主観的な側面も含み、高齢者のQOL（Quality of Life）やWell-beingを表すものとした。

最終アウトカムの達成のために必要な中間アウトカムの3項目は、介護保険法第二条の「要介護状態等の軽減または悪化の防止に資する」「適切な保健医療サービスおよび福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総

合的かつ効率的に提供される」「要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる」という記述[1]と、介護給付適正化計画策定に関する指針等の記述を参考に、介護保険事業の目指す方向性として、「居宅等での暮らし」の3項目を設定した。

中間アウトカムの3項目のそれぞれの紐づく初期アウトカムと事業は、介護保険制度において実施される給付事業および地域支援事業を中心に、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針[20]に記載されている事業とその目標を鑑みて設定した。検討と修正を重ね、初期アウトカム14項目、アクティビティ18項目、それらに紐づくインプット（事業費）17項目を設定した。

(2) 介護保険基本ロジックモデルへの指標の設定

介護保険基本ロジックモデルへの指標設定は、介護保険「保険者シート」[4]に記載されているデータを中心に検討した。

1) 介護保険「保険者シート」

介護保険「保険者シート」は、介護保険事業に関わる基本データをA4版紙1枚裏表に記載したもので、保険者の介護保険事業運用状況が簡便に把握できるシートである（図8）。平成27年に「大都市における地域包括ケ

地域属性		要介護認定率		人口・高齢化率		医療サービス・資源		介護給付サービス		地域支援事業		自立・要支援者の健康・生活	
1. 国・都道府県別	2. 市町村別	3. 要介護認定率	4. 要介護認定率	5. 高齢化率	6. 高齢化率	7. 医療サービス・資源	8. 介護給付サービス	9. 地域支援事業	10. 地域支援事業	11. 自立・要支援者の健康・生活	12. 自立・要支援者の健康・生活	13. 自立・要支援者の健康・生活	14. 自立・要支援者の健康・生活

要介護者の生活		要介護認定率		介護給付サービス		所得状況(保険料段階)		介護保険料		介護保険料		決算額	
15. 要介護者の生活	16. 要介護者の生活	17. 要介護認定率	18. 要介護認定率	19. 介護給付サービス	20. 介護給付サービス	21. 所得状況(保険料段階)	22. 所得状況(保険料段階)	23. 介護保険料	24. 介護保険料	25. 介護保険料	26. 介護保険料	27. 決算額	28. 決算額



図8 介護保険「保険者シート」[4]

保険者機能強化にむけたPDCA推進へのロジックモデルの活用

アをつくる政策研究会」で開発され[21]、東京都多摩地域から活用が始まり、全国へ普及が始まっている。詳細なデータではなく、基本的なデータを網羅的に記載することで、各保険者・市町村の介護保険制度の全体像を大枠で把握できることが特徴と言える。

介護保険「保険者シート」には、介護保険事業の決算額や介護保険料とその構造、事業実施状況、医療・介護サービスの提供量と資源量、高齢者の健康・生活、地域特性、に関する基本的データ 508 項目が記載されている。これらのデータはデータベース化され、地域間比較や時系列分析ができるツールが提供されている[4]。

2) 介護保険基本ロックモデルへの指標設定

介護保険「保険者シート」から介護保険基本ロジックモデルの指標を検討した結果、介護保険基本ロジックモデルの最終アウトカムからインプットまで、ほぼ網羅的に指標が設定された(図9)。例えば、最終アウトカムの「高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ、自立した暮らしを営むことができる」には、高齢者のQOLを客観的・主観的に表すものとして、平均寿命、平均自立期間(健康寿命)、主観的幸福感、主観的健康観、の4項目を指標として設定した。

一方で、指標の開発や妥当性の検討が必要なものも明らかになった。まず、介護保険「保険者シート」からは設定できないアウトカムが存在した。例えば、初期アウトカムの「高齢者の権利・利益が擁護されている」「災害・感染症発生時に備えられている」とそれに関わるアウトプットやインプットは、介護保険「保険者シート」の中に該当する指標は含まれていない。また、最終アウトカムの指標として設定されている主観的幸福感と主観的健康観は、データの出典が介護予防・日常生活圏

ニーズ調査である。介護予防・日常生活圏ニーズ調査の対象は、多くの保険者・市町村では、自立高齢者、もしくは自立高齢者と要支援の者など介護予防が必要と判断された者としており、介護保険の給付サービスを受けている要介護者が調査対象に含まれていない。

(3) 介護保険基本ロジックモデルの活用方法の開発

1) 分析ツール

先行事例[22,23]を参考に、介護保険基本ロジックモデル上に指標のデータを表示させ、地域アセスメントを可能にする分析ツールを開発した(図9)[24]。ツールはMicrosoft Excelブック形式で、介護保険「保険者シート」Webサイトからダウンロードして使用できる[4]。

分析ツール上で、アセスメントしたい保険者・市町村の都道府県と保険者名を選択すると、国、選択した都道府県、選択した保険者・市町村のデータが比較可能な形とした。さらに、選択した保険者・市町村のデータは、最新データに加え2018年のデータも表示させ、時系列での比較も可能とした。この時、一部の解釈可能な指標については、選択した保険者・市町村のデータが、国のデータと比較してポジティブの場合は青で、ネガティブの場合は赤でセルが着色され、2018年と比較し、改善していると解釈できる場合は青字で、退歩していると解釈できる場合は赤字で表示させ、色により一見して分かるように設定した。

この分析ツールによって、各アウトカムの進捗状況が把握できると同時に、上位のアウトカムから関連する下位のアウトカムまで辿りながらデータを見ることで、上位アウトカムが達成されていないのは下位アウトカムのどこに原因があるのか、他に要因が考えられるのか、といったように地域をアセスメントできる。さらに、イン

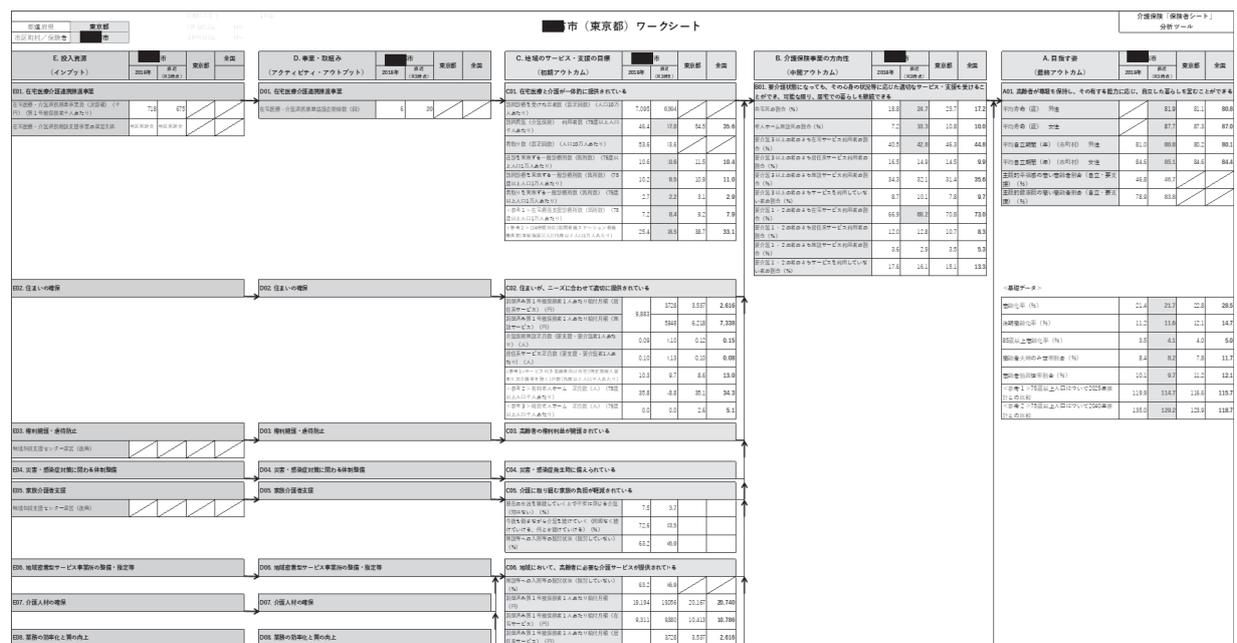


図9 分析ツール(一部抜粋, 表示データは例) [24]

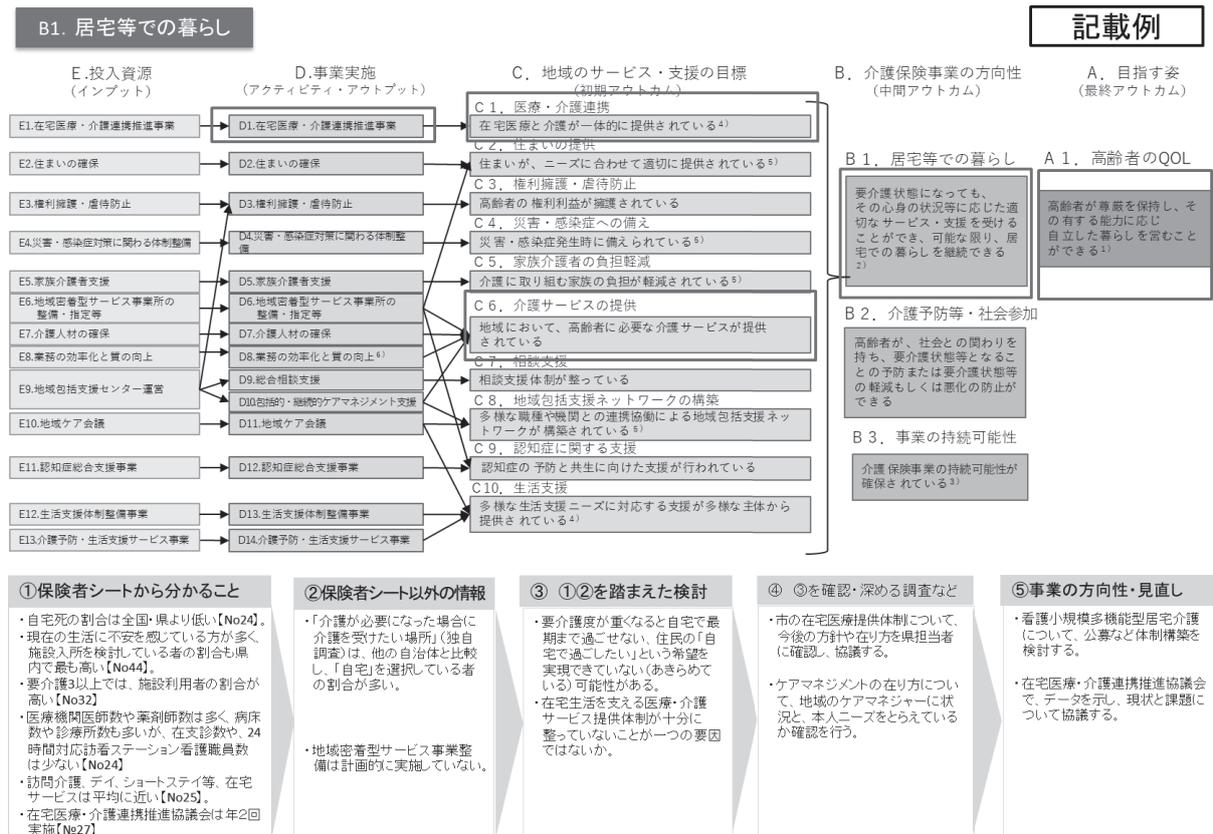


図10 研修用演習シート記載例 [24]

プット、アクティビティからアウトカムへ辿ることで、実施している事業が期待した成果を生み出しているかどうか事業評価の視点、中でも特に重要なインパクト評価の観点からデータを見ることができるようになった。

2) 自治体職員向け研修プログラムの開発と試行

介護保険基本ロジックモデルとその活用の普及促進のためには、人材育成の場が必要となる。そこで、自治体職員、特に、市町村の介護保険事業計画の担当者を対象とした研修プログラムの開発と試行を行った[24]。

研修プログラムは、ロジックモデルやプログラム評価、指標の考え方も含めたPDCAサイクルの基本的考え方に関する講義と、介護保険基本ロジックモデルと指標データを用いて地域のアセスメントを行う演習、他市町村の担当者との意見交換・情報交換を行うグループワーク、から構成した。

演習は、図10のような介護保険基本ロジックモデル上で、アウトカム間の関係、事業とアウトカム間の関連を想定しながら介護保険「保険者シート」のデータと、さらに住民や関係者の声など日頃の業務の中で得られる質的データも合わせて観察し、地域のアセスメントをした上で、事業の見直しの方向性を検討できるようなワークシートを作成した。

3県内の市町村担当者を対象に研修プログラムを試行したところ、「データを活用した地域の現状把握、事業

評価、関係者や住民へ説明することに対する自信」について、受講前よりも受講後で前向きに向上していた。特に、「データを活用して自地域の状況を把握する自信」の向上が大きく見られた。介護保険基本ロジックモデルを活用した研修は、市町村の実効的なPDCAサイクルに一定の効果があることが見込まれた[24]。しかしながら、試行段階であり研修の効果については今後も検証が必要である。

V. 考察

1. 介護保険基本ロジックモデルの汎用性と活用留意点

介護保険基本ロジックモデルによって、介護保険・地域包括ケアシステム分野でおおよそ汎用性のあるロジックモデルを示すことができた。このロジックモデルを参照することにより、市町村においてある程度円滑にロジックモデルが導入できるものと考えられる。介護保険基本ロジックモデルを活用する際の利点や留意点について以下2点が考えられる。

まず、最終アウトカムと中間アウトカムは、全国のどの保険者・市町村においても、年が経過してもほぼ共通のものと言える。その一方で、初期アウトカム、アクティビティ・アウトプット、インプットに関しては、保険者・市町村の実情や地域特有の課題、地域にある資源によっ

て変わるものと言える。また、時代によっても解決すべき課題や活用できる資源も変化するため、初期アウトカム以降も再度検討することが必要となるだろう。よって、介護保険事業（支援）計画の策定や事業評価にロジックモデルを活用する場合は、介護保険基本ロジックモデルをそのまま鵜呑みにすることなく、最終アウトカムと中間アウトカムは共通のものとして、初期アウトカム以降は介護保険基本ロジックモデルを参考にしながら各保険者・市町村で、関係者と協議しながら、独自に考えることが肝要である。

次に、介護保険基本ロジックモデルによって、介護保険の全体像がある程度可視化された。保険者・市町村の介護保険に関わる業務の細分化と多様化が進む中、担当者個人が自身の担当業務が全体の中でどこに位置づき、どのアウトカムに、どのようにつながるのか、他の事業とどのように関係するのか、理解を促すことができるものと考えられる。大規模の市区で各事業の担当課室が分かれている場合には、目的を共有する関係課・係の協働が期待できる。また、小規模の市町村で1人が多くの事業を担当している場合にも、1事業ずつの実施にこだわることなく、目的を同じにするいくつかの事業の機能を1つの事業（機会）を利用して実施するなど効率化が期待できる。

最後に、介護保険基本ロジックモデルで、事業の目的とそのつながりを明確に意識し、体系的なプログラム評価を促すことによって、事業がただ漫然と繰り返されることを防ぎ、事業の効率化と実効性の向上が期待できる。しかし、介護保険基本ロジックモデルは汎用性と全体像を示すことに主眼があるため抽象的な部分がある。具体的な事業の立案・評価・見直しには介護保険基本ロジックモデルの初期アウトカムのレベルで詳細なロジックモデルが必要だろう。例えば、介護予防分野のロジックモデル[13]を参考に自地域の介護予防に関わる事業のロジックモデルを構成し、介護保険基本ロジックモデルの中間アウトカムや初期アウトカムと合うように融合させる、などの方法もある。初期アウトカムの在宅医療・介護連携の分野においても参考にできるロジックモデルが示されている[25]。今後、各分野・事業の詳細ロジックモデルを作成する際に参考にできるロジックモデルおよび指標の開発が期待される。

介護保険・地域包括ケアの分野において、介護保険基本ロジックモデルを活用することによって、市町村が課題と感じている長期的アウトカムへの指標設定とデータ活用が可能となったか、関係者との議論の促進に寄与したのか、また実効的なPDCAサイクルによるマネジメントが可能になったか、などの効果は具体的には明らかになっていない。また、介護保険基本ロジックモデル活用における促進要因、阻害要因を明らかにしていない。今後さらなる普及と改善のため、これらの検証が必要と考えられる。

2. 介護保険・地域包括ケアに関わる指標の開発

介護保険基本ロジックモデルには、介護保険「保険者シート」を中心に基本的なデータでほぼ全体的に指標が設定された。介護保険事業（支援）計画の長期的アウトカムの指標検討時に参照されることが期待される。また、データが測定しようとするアウトカムや、他のデータとの関連が示されたことで、データへの理解や解釈が促進され、近年整備が進んでいる多様なデータベースやツールが有効活用につながることを期待できる。

一方で、介護保険基本ロジックモデルの中で、既存の指標やデータでは設定できないアウトカムも明らかになった。例えば、高齢者の権利擁護や、災害・感染症発生時の体制に関するアウトカムの指標は設定できていない。しかし、これらの取組みのニーズは近年高っており、最終アウトカムの達成において重要な事項である。事業計画の立案と継続的な進捗把握と事業見直しのためにも、指標の開発が期待される。

また、指標とそのデータ収集方法・調査方法に関する課題も明らかになった。最終アウトカムに対して設定した主観的幸福感と主観的健康観は、データ出典が介護予防・日常生活圏域ニーズ調査であるため、要介護高齢者はデータは現状では得られない。自立高齢者のデータのみでアウトカムを観察し、データの改善を目指して取り組むと、自立高齢者と要介護高齢者の健康格差を助長する危険性も含んでいる。保健医療福祉分野の政策における長期的アウトカム指標の評価枠組み[24]を参考に、より適切な指標をそのデータ入手方法や調査方法と合わせて提案していく必要がある。

3. 介護保険基本ロジックモデルと活用の普及に向けた方策

介護保険基本ロジックモデルを活用した分析ツールは、簡便にアウトカムの状況を国・都道府県との比較、時系列の比較から観察することができ、アウトカム同士の関連もみながら解釈できるため、地域の概略を把握するという点での地域アセスメントのツールとして活用できると考えられる。市町村は、どのアウトカムが弱いのか、その理由は何か、などが一目で観察できる。また、同じロジックモデルとデータで、全国の市町村間で比較できるため、関心のある市町村の特徴も把握しやすい。また、介護保険事業の全体的な事業枠組での事業評価も可能となり、事業評価の入り口としても活用できる可能性がある。

分析ツールを活用した、自治体職員向け研修プログラムは未だ試行段階であるが、市町村担当者のデータを活用したPDCAサイクルの実施に一定効果があることが示唆された。このプログラムの他にも、例えば事業実施に関わるデータが豊富に含まれる保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金の集計結果[2]のデータと合わせて、介護保険事業とアウトカムの関連を考察するような保険者機能強化に向けた研修も実施され

ている。分析ツールおよび自治体職員向け研修プログラムが、介護保険・地域包括ケアの分野における実効的なPDCAサイクルによる事業展開に寄与するか、その効果検証とより有効なツールや研修プログラムの開発が期待される。

謝辞

本調査研究および事業は、厚生労働省令和3年度老人保健事業推進費等補助金「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」(実施：医療経済研究機構)、厚生労働省令和4年度老人保健事業推進費等補助金「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した保険者の地域マネジメント強化に資する調査研究事業報告書」(実施：医療経済研究機構)の一部として実施した。

本調査研究事業委員会の座長の新田國夫先生をはじめ、検討委員の皆様、ワーキンググループの皆様にご礼申し上げます。また、医療経済研究機構の事務局メンバーの皆様にも御礼申し上げます。

利益相反

なし

引用文献

- [1] 介護保険法.
[Kaigo hoken ho.] <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=409AC0000000123> (in Japanese)(accessed 2023-11-27)
- [2] 厚生労働省. 保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金.
Ministry of Health, Labour and Welfare. [Hokenja kino kyoka suishin kofukin oyobi kaigo hoken hokenja do-ryoku shien kofukin.] https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17527.html (in Japanese)(accessed 2023-11-27)
- [3] 厚生労働省. 地域包括ケア「見える化」システム.
Ministry of Health, Labour and Welfare. [Chiiki hokatsu care “mieruka” system.] <https://mieruka.mhlw.go.jp/> (in Japanese)(accessed 2023-11-27)
- [4] 医療経済研究機構. 介護保険「保険者シート」.
Institute for Health Economics and Policy. [Kaigo hoken “Hokenja sheet”.] <https://hokenja-sheet.jp/> (in Japanese) (accessed 2023-11-27)
- [5] 日本医師会. 地域医療情報システム.
Japan Medical Association. [Chiiki iryo joho system.] <https://jmap.jp/> (in Japanese)(accessed 2023-11-27)
- [6] 源由理子. 第1章「プログラム評価」とは. 源由理子, 大島巖. 編. プログラム評価ハンドブック：社会課題解決に向けた評価方法の基礎・応用. 京都：晃洋書房；2020. p.19-30.
Minamoto Y. [Dai 1 sho “Program hyoka” towa.] Minamoto Y, Oshima I, edited. [Program hyoka handbook: Shakai kadai kaiketsu ni muketa hyoka hoho no kiso / oyo.] Kyoto: Koyo Shobo; 2020. (in Japanese)
- [7] 医療経済研究機構. 令和3年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した研修プログラムの開発等に関する調査研究事業」報告書. 2022. Institute for Health Economics and Policy. [Reiwa 3 nendo kosei rodosho rojin hoken kenko zoshin to jigyo. Kaigo hoken seido no jissshi jokyo ni kakaru zentaizo haaku no tame no tool o katsuyo shita kenshu program no kaihatsu to ni kansuru chosa kenkyu jigyo hokokusho.] 2022. (in Japanese)
- [8] 総務省. 地方公共団体における行政評価の取組状況 (平成29年6月27日公表).
Ministry of Internal Affairs and Communications. [Chiho kokyo dantai ni okeru gyosei hyoka no torikumi jokyo. (Heisei 29 nen 6 gatsu 27 nichi).] https://www.soumu.go.jp/iken/02gyosei04_04000062.html (in Japanese)(accessed 2023-11-27)
- [9] 龍慶昭, 佐々木亮. 「政策評価」の理論と技法. 東京：多賀出版；2000.
Ryu Y, Sasaki R. [“Seisaku hyoka” no riron to giho.] Tokyo; Taga Shuppan; 2000. (in Japanese)
- [10] 佐藤徹. エビデンスに基づく自治体政策入門 ロジックモデルの作り方・活かし方. 東京：公職研；2021. Sato T. [Evidence ni motozuku jichitai seisaku nyumon logic model no tsukurikata ikashikata.] Tokyo; Koshokuken; 2021. (in Japanese)
- [11] 埴岡健一. 厚生労働行政における計画策定方法の進展—ロジックモデル導入状況の検討—. 日本評価研究. 2023;23(2):75-90.
Hanioka K. [Kosei rodo gyosei ni okeru keikaku sakutei hoho no shinten: Logic model donyu jokyo no kento.] The Japanese Journal of Evaluation Studies. 2023;23(2):75-90. (in Japanese)
- [12] 厚生労働省. 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針(令和5年3月31日発 通知)」.
Ministry of Health, Labour and Welfare. [Shippei / jigyo oyobi zaitaku iryo ni kakaru iryo teikyo taisei kochiku ni kakaru shishin (Reiwa 5 nen 3 gatsu 31 nichi hatsu tsuchi).] https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryoku/iryoku_keikaku/index.html (in Japanese)(accessed 2023-11-27)
- [13] 井手一茂, 近藤克則. 介護予防の効果-医療経済的な立場から. 老年社会科学. 2023;44(4):392-398.
Ide K, Kondo K. [Kaigo yobo no koka / iryo keizai tekina tachiba kara.] Japanese Journal of Gerontology.

- 2023;44(4):392-398.
- [14] 亀岡市. 亀岡市第8期介護保険事業計画. Kameoka-Shi. [Kameoka shi dai 8 ki kaigo hoken jigyo keikaku.] <https://www.city.kameoka.kyoto.jp/soshiki/25/3265.html> (in Japanese)(accessed2023-11-27)
- [15] Rossi PH, Freeman HE, Lipsey MW. 大島巖, 他訳. プログラム評価の理論と方法—システムティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド. 東京: 日本評論社; 2005.
Rossi PH, Freeman HE, Lipsey MW. Oshima I, et al., translated. [Evaluation: a systematic approach, 7th ed.] Tokyo: Nihon Hyoronsha; 2005. (in Japanese)
- [16] 伊藤修一郎. 政策リサーチ入門 仮説検証による問題解決の技法. 増補版. 東京: 東京大学出版会; 2022. Ito S. [Seisaku research nyumon: Kasetu kensho ni yoru mondai kaiketsu no giho zohoban.] Tokyo: Tokyo Daigaku Shuppankai; 2022. (in Japanese)
- [17] 源由理子. 第2章評価の5階層とプログラムセオリー. 源由理子, 大島巖, 編. プログラム評価ハンドブック: 社会課題解決に向けた評価方法の基礎・応用. 京都: 晃洋書房; 2020. p.31-49.
Minamoto Y. [Dai 2 sho Hyoka no 5 kaiso to program theory.] Minamoto Y, Oshima I, edited. [Program hyoka handbook: Shakai kadai kaiketsu ni muketa hyoka hoho no kiso / oyo.] Kyoto: Koyo Shobo; 2020. (in Japanese) (in Japanese)
- [18] Knoelton LW, Phillips CC. The logic model guidebook: Better strategies for great results. 2nd ed. Los Angeles: SAGE Publications; 2012.
- [19] 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律.
[Chiiki ni okeru iryo oyobi kaigo no sogotekina kakuho no sokushin ni kansuru horitsu.] https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=401AC0000000064_20220520_504AC0000000047 (in Japanese)(accessed2023-11-27)
- [20] 厚生労働省. 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Kaigo hoken jigyo ni kakaru hoken kyufu no enkatsuna jisshi o kakuho-suru tame no kihontekina shishin.] https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00012180&dataType=0&pageNo=1 (in Japanese)(accessed 2023-11-27)
- [21] 公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団. 「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」報告書. 2014年12月～2016年3月.
The Yuumi Memorial Foundation for Home Health Care. [Daitoshi ni okeru chiiki hokatsu care o tsukuru seisaku kenkyukai hokokusho.] https://www.yuumi.or.jp/wp_yuumi2/wp-content/uploads/2022/07/daitoshi201412_201603.pdf (in Japanese)(accessed 2023-11-27)
- [22] がん政策サミット. 計画評価用データ集. Gan Seisaku Summit. [Keikaku hyokayo data shu.] <http://cpsum.org/ccm/evaluationlm> (in Japanese)(accessed 2023-11-27)
- [23] 地域医療計画評価ネットワーク. 医療計画中間評価指標データ集.
Regional Health PLAN Evaluation Network. [Iryo keikaku chukan hyoka shihyo data shu.] <https://sites.google.com/view/rhplanet/> (in Japanese)(accessed 2023-11-27)
- [24] 医療経済研究機構. 令和4年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した保険者の地域マネジメント強化に資する調査研究事業報告書」2023.
Institute for Health Economics and Policy. [Reiwa 4 nendo kosei rodosho rojin hoken jigyo suishinhito hojokin. Kaigo hoken seido no jisshi jokyo ni kakaru zentaizo haaku no tamenoo tool o katsuyoshita hokenja no chiiki management kyoka ni shisuru chosa kenkyu jigyo hokokusho.] 2023. <https://www.ihep.jp/wp-content/uploads/2020/04/19316.pdf> (in Japanese)(accessed2023-11-27)
- [25] 医療経済研究機構. 在宅医療分野ロジックモデル・評価指標データ集.
Institute for Health Economics and Policy. [Zaitaku iryo bunya logic model / hyoka shihyo data shu.] <https://iryoku-keikaku.jp/t/> (in Japanese)(accessed 2023-11-27)