

総合的介護予防システム
についてのマニュアル
(暫定版)

平成20年12月

「総合的介護予防システムについてのマニュアル」

分担研究班

研究班長

東北大学大学院医学系研究科 辻 一郎

[概要]

介護予防とは「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと」と定義される。介護予防とは、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった個々の要素の改善だけをめざすものではない。むしろ、これら心身機能の改善や環境調整などを通じて、個々の高齢者の生活行為（活動レベル）や参加（役割レベル）の向上をもたらし、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援して、生活の質（QOL）の向上をめざすものである。これにより、国民の健康寿命をできる限りのばすとともに、真に喜ぶに値する長寿社会を創成することを、介護予防はめざしている。

介護予防の流れは、3つの過程に整理することができる。第1に、地域包括支援センターにおいて、課題分析（一次アセスメント）を行って介護予防ケアプランを作成する過程である。介護予防ケアプランの作成にあたっては、予防給付では原則全員に、地域支援事業による介護予防特定高齢者施策では必要な者についてサービス担当者会議の開催が求められる。第2に、市町村又は事業の委託を受けた事業者における事業実施の過程であり、この過程においては、事前アセスメントの実施、個別サービス計画の作成、個別サービス計画に基づく事業実施、事業実施中のモニタリング等の実施が求められる。なお、事業終了後には、事業を実施した事業者等は、事後アセスメントを実施し、その結果を地域包括支援センターへ報告する。第3に、地域包括支援センターにおいて、一定期間の事業について、効果の評価を行うとともに、その結果に基づき、介護予防ケアプランの見直し（継続・サービスからの離脱・要介護区分の変更など）が行われる。

地域支援事業による介護予防特定高齢者施策の流れについて述べる。第1に、市町村において、特定高齢者把握事業が行われる。ここでは、生活機能評価、要介護認定、訪問活動等の連携、関係機関（主治医・民生委員・高齢者福祉センター・薬局等）や地域住民等からの情報提供、本人・家族からの直接の相談などを通じて、生活機能の低下が疑われる者を幅広く把握していく。第2に、地域包括支援センターにおいて、生活機能の低下が疑われる者が「特定高齢者」に該当するかどうかの確認が行われる。特定高齢者とは、要介護・要支援状態に至るリスクが高い高齢者のことである。介護予防特定高齢者施策のうち通所型介護予防事業及び訪問型介護予防事業の参加者数は、高齢者人口の概ね5%を目安として、地域の実情に応じて定めることとしている。特定高齢者に該当する者には、説明と承諾に基づいて介護予防ケアマネジメントが行われる。特定高齢者に該当しない者には、介護予防一般高齢者施策への参加を勧めるなど、適宜、アドバイスをを行う。第3に、特定高齢者に対して、介護予防特定高齢者施策による様々な介護予防事業（通所型または訪問型の介護予防事業）が実施される。

生活機能低下を把握する様々なルートの詳細を提示した。これら様々なルートのうち、どれが最も効果的であるかは、地域により異なる。各市町村においては、それぞれの特徴や地域資源に応じて、様々な把握ルートを重層的に構築していくことが求められている。

介護予防を行うにあたって、「水際作戦」は重要な役割を担うものである。水際作戦とは、これまで元気に暮らしていた高齢者が、何らかのきっかけによって急に生活の機能低下を起こした

ときに、速やかに把握して何らかの手だてを打つ戦略のことである。そのため、市町村においては、かかりつけ医との連携も含めて、生活機能の低下した高齢者をリアルタイムで把握して早期に対処できる機動的な態勢を構築することが求められている。

地域支援事業の介護予防特定高齢者施策と予防給付との相違点は、以下の通りである。まず、対象者の把握という点では、予防給付では介護保険認定作業と連動して自動的に把握される一方、地域支援事業では対象者を適切に把握することが最も重要な課題となる。なぜならば特定高齢者は（外出困難あるいは閉じこもり・うつ状態などのために）地域の中で潜在化する傾向があるからである。そこが地域支援事業における大きなポイントの1つとなる。一方、利用者の支援ニーズは、地域支援事業では比較的軽度かつシンプルであるのに対して、予防給付の利用者が抱える問題は重度であり、一人の個人でも多岐かつ多領域にわたるものであることが想定される。そのため、予防給付に比べて特定高齢者施策でのケアマネジメントは簡略なものとなって構わない。

介護予防ケアマネジメントの流れをまとめた。一次アセスメントでは、基本チェックリスト等や面談によって情報把握し、生活機能低下の原因や背景などを分析して、支援ニーズを明らかにする。そのうえで、可能となる生活行為を明確にして、それを達成するために必要かつ適切なサービスを選定して、介護予防プランを作成する。一定期間後のプランの見直しは、サービス利用後の生活機能の変化（維持・悪化・改善）に応じて行われる。地域支援事業介護予防の特定高齢者施策を利用している者では、維持の場合は同事業の利用継続を、悪化の場合は要介護認定の申請を、改善の場合は一般高齢者施策への移行ということとなる。

なお介護予防ケアマネジメントの過程では、本人の意欲を引き出し、行動変容を促すようなアプローチが必要となる。その理論的背景となる考え方（変化のステージモデル、自己効力感、ソーシャルサポート、コーチング、ストレングスモデル）を紹介した。

介護予防ケアプランの作成における重要なポイントをまとめた。個々のサービスを選択する際は、利用者本人の目標（どのような生活を創っていくのか）に応じて、どのようなサービスをどの程度行うべきかを検討する。また、サービスは介護保険給付により行われるものだけではなく、本人のセルフケア、家族の支援、医療、地域におけるインフォーマルサービス、市町村の保健福祉サービスなど、多岐にわたるものから総合的に検討していくことが重要である。

介護予防においては事業評価を適切に行うことが重要である。評価とは、定めた目標の達成状況を確認して、目標値の見直しや事業実施方法の改善につなげるための取り組みと定義される。この定義より明らかであるように、評価は介護予防を効果的・効率的に実施するうえで不可欠なことである。さらに、評価とは事業実施前に設定された目標がどの程度達成されたかを測るものであり、その意味で事業計画と事業評価は表裏一体の関係にあることに留意しなければならない。

事業評価には3つの手法がある。第1に、アウトカム（成果）指標であり、要介護認定者数、生活機能、QOL・満足度・主観的健康度・健康寿命・介護給付額などが該当する。第2に、アウトプット（出力・生産活動）指標であり、介護予防の事業量に関わるもの（地域包括支援センターでの介護予防ケアマネジメント実施件数、各事業の実施回数・件数・参加者数など）が該当する。

第3に、プロセス（過程・手順）指標であり、介護予防では参加者把握の方法、住民参画の状況、各機関同士の連携状況などが該当する。これら3つの指標のそれぞれについて、介護予防サービス事業者、地域包括支援センター、保険者（市町村）のそれぞれが評価を行うこととなる。

事業者におけるプロセス評価では、個々の利用者に対するアセスメント・個別計画作成・重要事項説明・サービスの適切な実施とモニタリング・フォローアップなどが適切に行われているかどうかについて、評価が行われる。

事業者におけるアウトプット評価では、開催回数・登録者数・参加者実数などを記載する。

事業者におけるアウトカム評価では、利用者の生活機能の推移が記載される。地域支援事業介護予防特定高齢者施策の利用者については、改善によりサービスを離脱した者の割合、要支援・要介護に至った者の割合、基本チェックリスト点数の維持・改善者の割合などが記載される。予防給付の利用者については、改善によりサービスを離脱した者の割合、要介護度が改善した者の割合（ランク別）、基本チェックリスト点数の維持・改善者の割合などが記載される。

地域包括支援センターにおけるプロセス評価では、一次アセスメントや介護予防ケアプラン作成など、それぞれのプロセスが適切に行われているかどうか評価される。

地域包括支援センターにおけるアウトプット評価では、介護予防ケアマネジメントの実施件数や各サービスを利用することとなった人数などが記載される。

地域包括支援センターにおけるアウトカム評価では、事業者のアウトカム評価表と同じ様式のものを使用する。ここでは、各事業者からの報告をもとに、当該センターでケアマネジメントを行った利用者のデータを集計する。それにより、各事業所のアウトカムを比較する。

保険者におけるプロセス評価では、対象者の把握ルートに関する数値が集計される。さらに、住民の参画、事業の質を管理するシステム、モニタリング・システムなどが評価される。

保険者におけるアウトプット評価では、当該市町村での介護予防ケアマネジメントの実施件数や各サービスを利用することとなった人数などが記載される。

保険者におけるアウトカム評価では、地域包括支援センターからの報告をもとに、当該市町村における介護予防サービス利用者のデータを集計する。それにより、各事業所・地域包括支援センターのアウトカムを比較する。

さらに、当該市町村における介護保険認定状況について評価を行う。新規認定申請者数、新規認定者数、そのうち要支援1・2の人数などについて、目標値と実績値を記載することにより、当該市町村における介護予防の効果について評価を実施する。

I. 総合的な介護予防システムのあり方

1. 介護予防の定義と意義

介護予防とは「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと」と定義される。

介護保険は高齢者の自立支援を目的に創設されたものであり、介護予防の重要性は制度発足当初から強調されていた。そのことは、介護保険法第四条（国民の努力及び義務）において、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」と規定されている通りである。

1. 1 介護予防がめざすもの

介護予防とは、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった個々の要素の改善だけをめざすものではない。むしろ、これら心身機能の改善や環境調整などを通じて、個々の高齢者の生活行為（活動レベル）や参加（役割レベル）の向上をもたらし、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援して、生活の質（QOL）の向上をめざすものである。これにより、国民の健康寿命をできる限りのばすとともに、真に喜ぶに値する長寿社会を創成することを、介護予防はめざしているのである。

その意味では、運動器の機能向上などの個々のサービスは、あくまでも目標達成のための手段に過ぎないのであって、それが自己目的化することはあってはならない。

そこで、平成18年度の介護保険制度改正（予防重視型システムの構築）にあたっては、介護予防に関するケアマネジメントの過程を重視した。介護予防ケアマネジメントでは、利用者の生活機能の向上に対する意欲を促し、サービス利用後の生活を分かりやすくイメージできるように、何らかの支援により、可能となる生活行為について、いつまでにどのような生活行為ができるようになるかを具体的に明確化する。すなわち本人の目標がまずあって、それに到達するための手段として個々のサービス要素が選択されることに留意する。

したがって、介護予防ケアマネジメントでは、本人の意思が何よりも重要である。これは、介護保険制度の創設時から謳われてきた「自立支援」や「措置から選択へ」という理念をさらに推進するものである。すなわち介護予防では、利用者本人の意思や意欲が何よりも重要であり、その主体的な選択と同意こそがすべての基盤となる。

しかし、このことは、本人の意思のみでものごとを決めるという意味ではない。介護予防は、

利用者の意欲的な取り組みが重要であり、それがなければ介護予防の効果は上がらない。一方、虚弱状態あるいは要支援状態にある高齢者では、「自分の機能が改善するはずはない」といった誤解やあきらめを抱いている者、うつ状態などのために意欲が低下している者も少なくない。そこで介護予防に関わる専門職は、利用者の意欲の程度とその背景にある問題を配慮したうえで積極的な働きかけを行うべきである。

2. これからの介護予防の方向性・課題

平成18年度の制度改正より前に行われていた介護予防関連事業の問題点を整理したうえで、これからの介護予防の方向性・課題について検討したい（表1）。

表1 介護予防関連事業に関するこれまでの問題点と今後の方向性

- | |
|---|
| <p>(問題1) 介護予防事業評価が十分でなかった。
(方向) エビデンスに基づく事業の選定。アウトカム評価等の指標と手法を確立し事業評価を強化し、サービス改善に活かすシステムの構築。</p> <p>(問題2) 介護予防を最も必要とする人々がサービスを十分には受けていなかった。
(方向) 共通の調査項目による共通の基準のもとで、サービス対象者の選定。適切に対象者を把握する地域システムの構築。送迎などの整備。</p> <p>(問題3) サービスは、集団を対象として画一的に行われることが多かった。
(方向) 個別のケアマネジメントの実施とケアプラン作成による個別対応の強化。</p> <p>(問題4) 事業が自己目的化してしまう傾向があった（訓練のための訓練）。
(方向) 個々人のニーズや目標を達成するための手段としてのサービス選定。</p> |
|---|

第1に、これまでの介護予防サービスの中には介護予防効果が十分に検証されていないものもあったという問題がある。また、事業評価の取り組みが十分ではなかった。逼迫する介護保険財政においては、効果的なサービスをできる限り効率的に提供するべきであり、適切な企画立案と事業評価が必須となる。そこで今後の方向性は、有効性に関するエビデンスに基づいてサービスを選定すること、市町村介護保険事業計画との整合性のもとで評価の指標と手法を確立することである。さらに、個人レベル、サービス事業者レベル、市町村レベルで、事業評価を実施して、サービスの改善に活かすシステムを構築しなければならない。

第2に、介護予防を必要とする人たち（その効果が最も期待される人たち）が介護予防サービスを十分に利用していたとは言い難いという問題があった。たとえば高齢者に対する運動訓練事業が全国的に行われてきたが、訓練会場まで通うための手段が整備されていない場合もあり、それを最も必要とする者は運動機能低下（歩行・外出困難）のために訓練に参加できなかった。ま

た、閉じこもりやうつ状態の者は、自ら事業に参加することは少ない。したがって実際に事業に参加する人は、要介護状態リスクが低いと考えられる。それでは介護予防効果が期待できない。そこで今後の方向性は、要介護状態の発生リスクの高い高齢者を適切に把握して事業（サービス）を提供することである。そのため、共通の調査項目による共通の基準で対象者を選定すること、多様なルートでタイムリーに対象者を把握する地域システムを構築すること、そして送迎サービスなどを提供して参加者のアクセスを高めることが求められている。

第3に、これまでの介護予防事業は、集団を対象として画一的なプログラムで行われることが多かったという問題である。そこで今後の方向性は、集団を対象として事業を行っていく中でも、個別の対応を強化することである。そのために、地域包括支援センターによる課題分析（一次アセスメント）に基づき個別の介護予防ケアプランを作成するとともに、各サービス開始時に各事業者において事前アセスメントを行って、個々人の能力レベルやリスクに応じた個別プログラムが求められている。

第4に、これまでの介護予防事業では事業が自己目的化してしまう傾向があったという問題である。しかし介護予防が求めるものは、単なる運動機能や栄養状態などの改善ではなく、それを通じて本人の自己実現や生きがいの達成・生活の質の向上を支援することである。そこで今後の方向性は、介護予防事業の希望者に個別にケアマネジメントを実施して、個々人のニーズや目標を明らかにしたうえで必要な事業を利用者本人とともに決めていくことであり、それが介護予防ケアプランの作成である。

コラム「介護予防をさらに伝えて行くには」

メタボリックの言葉は、小学生にも知られていますが、介護予防の知名度は高くありません。そのため、介護予防の参加を呼びかけても、期待した結果は得られません。運営側の都合による介護予防を、提供していないのでしょうか。ごく限られた一部の人のための事業に、終始していないのでしょうか？

介護予防は必要な人だけが知っていても、参加者は増えませんし、限られた人との交流では、地域とのつながりも限られてしまいます。多くの住民に知っていただき・理解していただくことで、事業のサポーターや住民の協力者を作る一歩に繋がります。

広報は、事業の裾野を広げる大切な活動です。魅力のある事業にするためには、多くの人の目につき、触れていただくことが第一です。

まず、首長に介護予防を理解していただき、トップがいろいろな場で紹介する広報塔になってもらいましょう。身内から、この事業の良さを理解する活動が身近な広報の一歩です。

このためには、各市町村の基本計画や保健福祉計画、健康づくり計画などに健康寿命の延伸を基

本目標として位置づけ、その対策として介護予防の事業体系を明確にすることで、他の担当や部署との役割や連携が明確になります。そして、何よりも分かりやすい言葉で整理することで、誰にでも介護予防の理解が得られやすくなります。

介護予防を周知し裾野を広げる工夫を始め、必要な人に必要な介護予防を提供できる体制を構築していきましょう。

3. 介護予防と生活習慣病予防

3. 1 老人保健事業の見直し

平成16年10月に厚生労働省老健局長の私的検討会である「老人保健事業の見直しに関する検討会」は、「生活習慣病予防と介護予防の新たな展開に向けて」と題する中間報告書を公表した。本節では「老人保健事業の見直しに関する検討会」を受けて、生活習慣病予防と介護予防を一体的に実施することにより国民の健康寿命をできる限り延伸させていくための戦略について考察を加えたい。

これまでの老人保健事業は、壮年期に生活習慣病を予防することによって、いわば「健康な65歳」を作ることを目標にしてきたとも考えられる。これまでの事業展開により、現在では国民の大多数が健康に65歳を迎えられる時代となった。その一方、65歳を迎えた者にとって最大の健康不安といえば認知症や要介護・寝たきりに関わることであり、この不安に対して従来の老人保健事業が十分に応えてきたとは言い難い。

そこで今後は、高齢者の自立支援という観点に立ち、社会参加を含めて生活機能が自立して生きがいにあふれた「活動的な85歳」を新たな目標とする。つまり「活動的な85歳」とは、病気をもちながらも、なお活動的で生きがいに満ちた自己実現ができるような新しい高齢者像である。

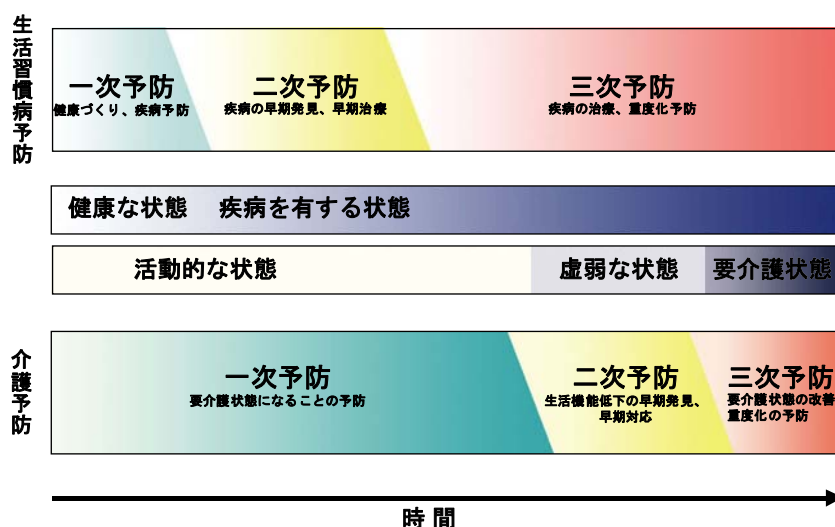
このためには、生活機能の低下の予防、維持・向上に着目し、しかも一人ひとりの健康状態・機能レベルに応じて、生活習慣病予防と介護予防を一体的に推進していく必要がある(図1)。すなわち、生活習慣病予防においては、健康な状態にあつては健康づくり・疾病予防(一次予防)を、疾病を有する状態に至っては早期発見・早期治療(二次予防)、そして疾病治療と重度化予防(三次予防)を推進するものである。

3. 2 介護予防における一次・二次・三次予防

介護予防における一次予防とは、生活習慣病予防における一次予防と二次予防のレベルの者すなわち活動的な状態にある高齢者を対象に、生活機能の維持・向上に向けた取り組みを行うものであり、特に高齢者の精神・身体・社会の各相における活動性の維持・向上が重要で、地域支援

事業介護予防一般高齢者施策に対応する。介護予防における二次予防とは、虚弱な（要支援・要介護に陥るリスクの高い）高齢者を対象に、生活機能低下の早期発見・早期対応を行うものであり、地域支援事業介護予防特定高齢者施策に対応する。そして介護予防における三次予防とは、要支援・要介護状態にある高齢者を対象に、要介護状態の改善や重度化予防を行うものであり、介護保険における新予防給付に対応する。

図1 生活習慣病予防及び介護予防の「予防」の段階



注) 一般的なイメージであって、疾病の特性等に応じて上記に該当しない場合がある。

以上のように、全ての高齢者を対象に、一人ひとりの機能レベルに応じて切れ目なく総合的に、生活習慣病予防と介護予防の2つの観点からの事業展開が求められている。

4. 地域支援事業・新予防給付における介護予防

介護予防の定義には「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと」と「要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと」という2つの要素があることは冒頭に述べた通りである。そして、前者は地域支援事業により、後者は新予防給付により行われるものである。本節では、両者の制度上・運用上の相違点と共通点、両者の連携・役割分担のあり方、両制度の間を移行しあう高齢者への対応などについて整理したい。

4. 1 地域支援事業と新予防給付の流れ

地域支援事業における介護予防は、介護予防特定高齢者施策と介護予防一般高齢者施策よりなる。介護予防特定高齢者施策とは、要支援・要介護に陥るリスクの高い特定高齢者を対象に行わ

れ、介護予防を含む地域支援事業の事業費は介護保険給付費の3%程度を目途としている。介護予防特定高齢者施策のうち通所型介護予防事業及び訪問型介護予防事業の参加者数は、高齢者人口の概ね5%を目安として、地域の実情に応じて定めることとしている。これらの事業により、特定高齢者が要支援・要介護状態への悪化を防止することを目指している。いわば介護予防特定高齢者施策とは介護予防における二次予防として位置付けられる。それに対して、介護予防における一次予防を担うものが介護予防一般高齢者施策なのである。

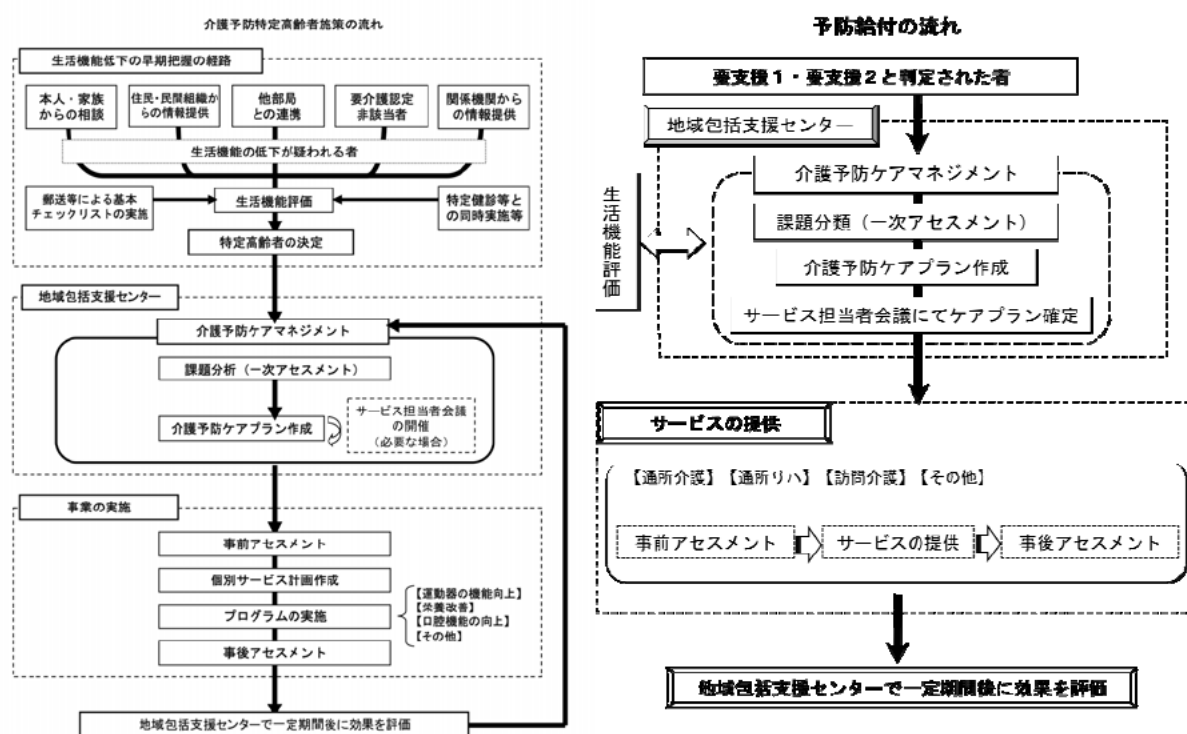
一方、予防給付は要支援1および要支援2を対象に、その要介護状態の悪化の防止さらには「非該当」への改善を目的に行われる。これにより、要支援から要介護状態への悪化を防止することを目指している。

両者の流れを図2に示す。第1に対象者の把握があり、第2に地域包括支援センターで介護予防ケアマネジメント（アセスメントとケアプランの作成）が行われ、第3に事業（サービス）が実施（提供）され、第4に地域包括支援センターで効果の評価が一定期間後に行われるという点で、両者の基本的な流れは共通している。

4.2 介護予防特定高齢者施策の流れ

介護予防特定高齢者施策の流れを図2に示す。

図2 地域支援事業と予防給付の流れ図



第1に生活機能低下の早期把握が行われ、第2に対象者の選定および介護予防ケアマネジメントが行われ、第3に事業の実施があり、そして第4に効果の評価が行われる。

4. 2. 1 生活機能低下の早期把握

生活機能低下の早期把握は、介護予防特定高齢者施策の対象となる可能性のある人を把握することを目的としている。それは、生活機能評価、関係機関からの連絡（医療機関・民生委員・住民グループなど）、要介護認定非該当者、訪問活動等による実態把握など、地域における様々なルートを活用して行われる。

これら各ルートにおいては、生活機能が低下していると思われる高齢者に対して、基本チェックリストに回答してもらい、その点数が基準値を超える場合には特定高齢者の候補者とする。なお、基本チェックリストの回答結果が基準値に達しない場合でも、できる限り精神・身体・社会の各相での活動を高めることの重要性を伝え、市町村や民間で行っている介護予防一般高齢者施策等の各種事業への参加を促していくことが重要である。

地域支援事業における介護予防の対象となる特定高齢者の特徴と支援ニーズ、対象者把握に関する具体的方法などについては、「Ⅱ. 対象者把握の手段について」で詳細に記述したので、それを参照されたい。

4. 2. 2 介護予防特定高齢者施策の対象者の選定

地域支援事業実施要綱（最終改正 老発第0331013号、平成20年3月31日）では、「市町村は、地域の実情に応じ、利用者、サービス内容及び利用料の決定を除き、包括的支援事業以外の地域支援事業の全部または一部について、老人介護支援センターの設置者その他市町村が適当と認めるものに対し、その実施を委託することができる」としたうえで、「特定高齢者把握事業のうち特定高齢者に関する情報の収集、特定高齢者の候補者の選定に係る業務については、地域包括支援センターにおいて実施する介護予防ケアマネジメント業務と一体的に実施することが望ましい」とされている。

市町村または地域包括支援センターは、基本チェックリストを含む生活機能評価、本人・家族との面談などを通じて、本人の生活機能の状態を調査し、その結果をもとに特定高齢者の候補者であるかどうかを選定する。そのうえで、その候補者について参加することが望ましいと考えられる介護予防プログラムを判定し、プログラムへの参加が望ましいとされた者が特定高齢者となる（判定基準等の詳細については「介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル」参照）。また、生活機能評価等の結果は、介護予防ケアマネジメントの課題分析（一次アセスメント）等

でも活用される。

4. 2. 3 介護予防ケアマネジメント

- 1) 介護予防特定高齢者施策では、地域包括支援センターで介護予防ケアマネジメントが行われる。
- 2) 介護予防特定高齢者施策については、基本チェックリストの結果等に基づき、参加できる介護予防プログラムが限定される。
- 3) 課題分析（一次アセスメント）の目的は、基本チェックリストを含む生活機能評価 などをもとに、本人・家族との面談を通じて、個人における生活機能に関する課題を特定することである。
- 4) 介護予防ケアプランは、どのような目標のもとにどのような生活をしたいかについて、原則として対象者本人と一緒に作成するものである。なお、必要に応じて、関連する職種とともにサービス担当者会議を開催することが望ましい。

※詳細については、Ⅲ. 地域支援事業（介護予防特定高齢者施策）における介護予防ケアマネジメントを参考にされたい。

4. 2. 4 事業の実施

各事業の実施者は、事前アセスメント、事業の実施とモニタリング、事後アセスメントを行う。

- 1) 各事業の利用開始にあたって、事前アセスメント（参加者個人々の心身機能等のレベルの評価）を行う。
- 2) 事前アセスメントをもとに、個人々の目標（一定期間後に何がどの程度できるようになるか）を設定し、「個別サービス計画」を作成する。その際には、生活機能評価の結果等に基づきリスク評価を行うことにより、事業実施時における安全管理にも配慮する必要がある。
- 3) 事業実施後、モニタリングを行う。各利用者について、個別サービス計画に沿って事業に参加しているかどうか、設定された目標に到達しつつあるかどうか、事業実施上の阻害要因などがどうかについて、事業実施者は定期的に評価を行う。その結果に応じて、事業実施者は地域包括支援センターと連携を取りながら個別サービス計画に適宜変更を加えるものとする。
- 4) 各利用者が一定期間のプログラムを終了した後に、事業実施者は事後アセスメントを実施して、所期の効果や目標が達成されたかどうかを評価する。

4. 2. 5 効果の評価

各利用者が一定期間のプログラムを終了した後に、地域包括支援センターで効果が評価される。すなわち、介護予防ケアマネジメントにより設定された目標（生活行為の改善・利用者の望む生活の実現）が達成されたかどうかを評価し、それに基づいてケアプランを見直す。

今後のプランには、介護予防特定高齢者施策の継続、要介護認定の申請、あるいは一般高齢者施策や地域活動への移行という3つが考えられる。これらは各利用者の機能の推移に応じて決められるのであり、その際、本人の希望が最大限に尊重されるべきである。したがって利用期間に一律の上限を設けるものでなく、個別に判断することが望ましい。

4. 3 予防給付の流れ

予防給付の流れを図2に示す。要介護認定で要支援1または要支援2と判定された者を対象として、第1に地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントが行われ、第2に事業所等でサービスが提供され、第3に地域包括支援センターで一定期間後に効果の評価が行われる。

4. 3. 1 予防給付の対象者

要介護認定で要支援1または要支援2と判定された者が対象となる。

4. 3. 2 介護予防ケアマネジメント

- 1) 新予防給付の介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターで行われることとなるが、地域包括支援センターには市町村が設置する場合と地域包括支援センター運営協議会で認められた居宅介護支援事業者に委託される場合とがある。
- 2) 新予防給付については、基本チェックリストの結果等を踏まえ、介護予防ケアマネジメントを経て、幅広い介護予防プログラムが提供される。
- 3) 課題分析（一次アセスメント）の目的は、介護予防事業と同様であるが、主治医意見書を活用できる点が異なる。
- 4) 新予防給付については、サービス担当者会議をケアプラン作成時と変更時に行うこととなっている。介護予防ケアプランの手順は、介護予防事業と同様である。

※詳細については、Ⅲ. 地域支援事業（介護予防特定高齢者施策）における介護予防ケアマネジメントを参考にされたい。

4. 3. 3 サービス担当者会議

介護予防ケアプランを作成する際、必ずサービス担当者会議を行い、各利用者に適したサービスが提供されるよう検討する。介護予防ケアマネジメントを委託する場合は、地域包括支援センターで「介護予防サービス・支援計画書」に確認印をもらった後に、サービス担当者会議を開催する。

4. 3. 4 サービスの提供

各サービスの実施者は、事前アセスメント、サービスの実施とモニタリング、事後アセスメントという介護予防事業と同じ流れでサービスの提供を行う。

ただし、予防給付では事前アセスメントをする際に、申請者が許可すれば要介護認定審査における認定調査結果を、申請者及び主治医が許可すれば主治医意見書を参考情報として活用することができる。

4. 3. 5 効果の評価

各利用者が一定期間のプログラムを終了した後、地域包括支援センターで効果が評価される。すなわち、介護予防ケアマネジメントにより設定された目標（生活行為の改善・利用者の望む生活の実現）が達成されたかどうかを評価し、それに基づいてケアプランを見直す。

今後のプランには、機能レベルの改善により地域支援事業（介護予防事業）への移行、あるいは逆に機能レベルの悪化により介護給付への移行がある。

介護予防ケアマネジメントが委託で行われている場合には、委託された指定居宅介護支援事業者で効果の評価を行い、最終的な確認は地域包括支援センターが行う。

4. 4 介護予防特定高齢者施策と新予防給付の運営上の相違点

両者の運営上の相違点（重点課題とすべきポイントの相違）について述べる（表2）。

第1に、対象者の把握という点では、新予防給付は要支援1・要支援2と認定された者を対象とするため、介護保険の要介護認定作業と連動して自動的に把握される。

表2 地域支援事業と予防給付の比較

	地域支援事業	予防給付
対象者	特定高齢者	要支援1・2
支援ニーズ	軽度かつシンプル	重度・多岐・多領域
対象把握	潜在化しやすい	認定申請の枠内で
重要なポイント	必要な人を適切に把握	ケアマネジメント

一方、介護予防特定高齢者施策では、対象者を適切に把握することが最も重要な課題となる。なぜならば特定高齢者は（外出困難あるいは閉じこもり・うつ状態などのために）地域の中で潜在化しがちだからである。したがって希望者の参加を待つだけでなく、積極的に地域のなかでニーズを掘り起こして行く必要がある。さらには、疾病や事故、環境の変化などのために急激に心身機能が低下している高齢者を速やかに把握し、集中的に介護予防サービスを提供する水際作戦（その詳細は後述）も求められている。そのため、市町村が実施する生活機能評価、かかりつけ医や民生委員などの関係機関からの連絡、要介護認定で非該当と認定された者への働きかけ、市町村が実施する訪問活動等による実態把握など、多様なルートを活用して重層的かつ機動的な早期把握システムを地域において確立するとともに、介護予防事業を通年で開催することにより、いつでもサービス利用を始められるようにすべきである。

第2に、利用者が抱える支援ニーズを比べると、特定高齢者では比較的軽度かつシンプルであるのに対して、新予防給付の利用者が抱える問題は重度であり、一人の個人でも多岐かつ多領域にわたると思われる。介護予防ケアマネジメントの手法はほぼ同じであるが、聞き取りや記録の詳細度や要する時間は、特定高齢者施策で少なくても当然である。例えば、特定高齢者に対するケアマネジメントでは、基本チェックリストと生活機能評価の結果および本人の希望・目標に基づいて適応となる介護予防プログラムやその実施方法等を選定することが中心となる。一方、新予防給付では、さらに認定調査票や主治医意見書等を参考に詳細なアセスメントを実施することになる。また、サービス担当者会議は、新予防給付においては必ず行うことになっているが、介護予防特定高齢者施策においては、複数のサービスを同時に利用する場合、医学的なリスクのためにサービス提供に注意が求められる場合、あるいは様々な要因による困難事例に対して総合的なアプローチが求められる場合などに適宜実施する。

5. 総合的な介護予防サービスの展開

介護予防は、単に地域支援事業と新予防給付のみによって行われるものではない。これらは介護予防の総合戦略のなかの一部でしかないことに留意すべきである。

5. 1 ハイリスク・アプローチとポピュレーション・アプローチ

近年、健康づくりに関して、ハイリスク・アプローチとポピュレーション・アプローチが議論されている。ハイリスク・アプローチとは、ある疾病や要介護状態を発生するリスクの高い者に予防策を講じることによって、その発生防止を目指すものである。そのため、当該疾病や要介護状態の発生に関わる危険因子・予測因子を解明し、無症状の集団にスクリーニングを実施して、それら因子を有する個人（ハイリスク者）を把握し、彼らに有効な予防介入を集中的に行う。

ポピュレーション・アプローチとは、集団全体に予防介入を行うことを通じて、その集団全体におけるリスクのレベルを低下させ、集団全体での疾病予防・健康増進を図る組織的な取り組みのことを言う。例を挙げると、欧米諸国における喫煙対策は、法律による規制、社会的な嫌煙キャンペーン、タバコ価格の上昇、分煙対策の徹底、禁煙希望者が治療を受けやすくするための体制整備など、様々なポピュレーション・アプローチが展開されてきた。その結果として、喫煙率は減少し、肺がんの発生率自体も減少している。さて実際にあたって、両者のどちらか一方のみを採用することは有り得ない。むしろ両者をバランスよく実施することにより、お互いの利点を強めるとともに欠点を補い合っていくことが望ましい。そこで、介護予防におけるハイリスク・アプローチとポピュレーション・アプローチをどのように展開すべきであるかについて述べたい。

5. 2 介護予防におけるハイリスク・アプローチ

地域支援事業における介護予防は、ポピュレーション・アプローチとしての介護予防一般高齢者施策とハイリスク・アプローチとしての介護予防特定高齢者施策で構成される。また、新予防給付も、介護予防特定高齢者施策と同様にハイリスク・アプローチに位置付けられる。また、すでに述べたように、介護予防特定高齢者施策のうち通所型介護予防事業及び訪問型介護予防事業の参加者数は、高齢者人口の概ね5%を目安として、地域の実情に応じて定めることとしている。しかし特定高齢者以外の高齢者に要介護リスクが全くないかと言うと、それは当たらない。むしろ、すべての人々が介護予防の取り組みを推進していけるようなポピュレーション・アプローチが求められているのである。

5. 3 介護予防におけるポピュレーション・アプローチ

介護予防におけるポピュレーション・アプローチについて、「老人保健事業の見直しに関する検討会」中間報告は、これからのめざすべき高齢者像は「健康な65歳」ではなく、「活動的な85歳」とすることを提言している。それによると、「活動的な85歳」とは、「病気を持ちながらも、なお活動的で生きがいに満ちた自己実現ができるような新しい高齢者像である」としたうえで、「身体的・精神的・社会的にも高齢者それぞれが持っている能力を生かし、また、高めることを通じて活動的に暮らすこと」の重要性を強調している。

近年の老化研究が示すことは、高齢者自身が精神・身体・社会の各相において活動的に暮らすこと、生きがいやポジティブな自己イメージを持って暮らすことこそ、要介護や認知症の発生を遅らせて健康寿命を伸ばしているという事実である。

これをもとに考えれば、介護予防のポピュレーション・アプローチとは、高齢者が生きがいを

持って活動的に暮らすことを地域全体で支援していくことに他ならない。そのため第1に、高齢者の社会参加を促進することが重要である。具体的には、高齢者の雇用機会の確保、ボランティアなどを通じた社会参加の場の拡大、高齢者を中心とする（趣味や生きがい、身体運動、社会参加などの）アクティビティ・グループの形成、さらには世代間交流の促進などが考えられる。これらを進めるうえでは、公共交通の整備（料金の低減化も含む）と安全な地域環境（バリアフリーなど）なども必要となる。

第2に、介護予防に関地域全体が関心を持ち合うコミュニティを形成することが重要である。そのため、キャンペーンを展開して、老化と高齢者に対する人々の誤った理解を変えとともに介護予防の効果や重要性を認識してもらう必要がある。さらに、高齢者が自立して生活するうえでバリアとなる問題を地域全体・住民全体の問題として捉えたうえで、その解決に向けた運動を住民が主体となって作り出すべきであろう。

以上のように、介護予防のためのポピュレーション・アプローチは多種多様である。同様に、その実施主体も、多種多様でなければならない。介護予防は、ただ単に自治体の保健福祉担当部署や介護保険担当部署だけが行うものではない。自治体にあつては、雇用・教育・交通・建設・警察などの数多くの部署が介護予防のポピュレーション・アプローチに関与する。したがって、その計画策定や実施にあたっては、これら関係部署のスタッフによる協議が必要である。

介護予防のポピュレーション・アプローチは、自治体や地域包括支援センターだけが行うものではない。医療機関や健康増進関連施設、福祉施設、介護保険サービス事業者なども関係するし、民生委員や保健推進員などの地域リーダー、老人クラブや町内会などの地区組織、様々なボランティアや民間団体（NPO、住民団体など）も関わってくる。すなわち、保険者（自治体）と被保険者（住民）および関係機関が、介護予防に関する問題認識と目的・目標を共有して、自助・共助・公助の3つをうまく機能させることが重要である。その意味では、これまでの専門家による供給側からの視点に偏りがちだったものを、サービスの受け手である生活者の視点を重視したものに転換することやヘルスプロモーションの視点を重視することが求められている。これら多様な組織・団体との連携のもと、幅広い地域ケアネットワークを形成していく要（かなめ）の役割こそ、自治体が介護予防のポピュレーション・アプローチで担うべき最大の役割なのである。

6. 介護予防に関わる各機関・団体の役割と連携

すでに述べたように、地域における総合的介護予防システムとは、多種多様な機関・団体により構成される。それらの役割を示すとともに、連携のあり方について述べたい。

6. 1 自治体および関連機関の役割

自治体の最大の役割は、地域における総合的介護予防システムを作り上げることであり、関係各機関・団体と連携を図りながら介護予防のための総合計画を立案し、その進捗を管理するとともに事業評価を行って、上記計画を一定期間後に見直すことである。その過程においては、保健福祉担当部署や介護保険担当部署だけでなく、雇用・教育・交通・建設・警察などの数多くの部署が積極的に関与できる体制を組むことが重要である。

地域包括支援センターは、介護予防特定高齢者施策と新予防給付における介護予防ケアマネジメントを行っている。その際、サービス担当者会議を開催するなど、関係機関・団体との連携も活発に行う必要がある。さらに地域包括支援センターは、介護予防サービスの利用者を定期的にモニタリングして、サービスが所期の通りに行われて実際に効果が現れているかをチェックするとともに、必要に応じてサービス事業者に指導・勧告を行う。

6. 2 医療機関の役割

医療機関は、介護予防において重要な役割を期待されている。それは単に介護予防事業利用者の健康管理や認定時の主治医意見書といったことだけではなく、地域支援事業の特定高齢者把握で特に重要な役割が期待されている。すでに述べたように、要支援・要介護状態になるおそれのある特定高齢者は、運動器の機能低下や閉じこもり・うつなどのために、行政サービスを利用できない（利用したがない）者も少なくない。つまり従来の行政ルートでは、これら特定高齢者の把握が困難である。一方、65歳以上の大多数が年に1回以上は医療機関を受診しているという現実がある。すなわち、医療機関こそ特定高齢者の候補者と最も頻繁に遭遇する場なのであり、かかりつけ医が介護予防特定高齢者施策の入り口となる機会が多い。さらに、今回重視されている「水際作戦」は、疾病や事故、環境の変化などのために一時的に心身機能が低下している高齢者を速やかに把握し、集中的に介護予防サービスを提供するものであるが、かかりつけ医が日頃の診療を通じて必要と思われる高齢者を地域包括支援センターに紹介する体制が整えば、「水際作戦」は容易に実行可能になる。

要するに、かかりつけ医に期待される役割とは、高齢者の健康管理に加えて、介護予防に関する患者教育を行うこと、生活機能評価を日常的に実施すること、介護予防特定高齢者施策の候補者になるとと思われる高齢者を地域包括支援センターに紹介することなど、多岐に渡るとともに重要な役割が期待されている。

6. 3 地域・民間における各団体の役割と連携

総合的な介護予防システムにおいて、民生委員や食生活改善推進員などの地域リーダー、老人クラブや町内会などの地区組織、さらに様々なボランティアや民間団体（NPO、住民団体など）は、重要な構成要素である。第1の理由として、介護予防とは単に介護保険事業や市町村事業としてのフォーマル・サービスだけでなく、家庭におけるセルフケアや地域におけるインフォーマル・サービスも含まれるものであり、両者の連携と協働こそが介護予防を成功に導くカギである。第2の理由として、高齢者の急速な増加に伴って介護予防に対するニーズは増大する一方であるが、そのすべてに行政のみで対応することは（予算・人員上の制約から）不可能だという問題がある。それに対して、全国の自治体のなかには、行政が主体の事業（「生きがい活動支援通所事業」など）でも、実際の運営はほぼすべて住民ボランティアの参加・協力によるといった事例が見られる。その結果、1ヶ所あたり事業運営費が減るため事業件数を増やすことができ、さらにはボランティアとして事業運営に参加する高齢者自身にとっても健康増進・介護予防・QOL向上の場になっている。第3の理由として、民間団体などの参加を促した方が、高齢者のニーズをより的確に反映した事業の企画・運営が可能となる。地域の中で高齢者とともに暮らしている住民や民間団体は、日頃から高齢者のニーズを緊密かつ的確に把握していることも多い。そのため、介護予防の事業を企画する段階から彼らの意見を取り入れることが重要である。実際に、住民や民間団体から事業の企画を募集し、その内容を審査したうえで実施を委託すること（「市民コンペ」）により、市民団体も活性化し、事業内容もより魅力的になったという事例がある。

コラム「地域づくりの視点」

人の顔が見える事業は、地域が支えていました。リハビリ教室に参加していた時、参加するまでの「足」の確保や誘いかけなど、参加者以外の介入がありました。運営側もあの地区のあの人と相手の顔が見える事業でした。多様化したニーズに対応するには、多くの人の手が必要になります。

このことは、事業を進めるにあたり、地域づくりの視点がないと、結局いつまで経っても、「あれをなさい、これをなさい」等の指示かけに終始して、拡がりをもてない参加者、拡がりのない事業になってしまいます。

一つの事業をとおして、参加者とスタッフとの関係から、参加者同士、参加者と住民ボランティアなどコミュニティの幅を持たせ、地域づくりの第一歩を進めていきましょう。これまでの地域リハビリテーション対策や認知症予防対策ともまさしく共通で、地域づくりが根幹にある展開を進めていきましょう。

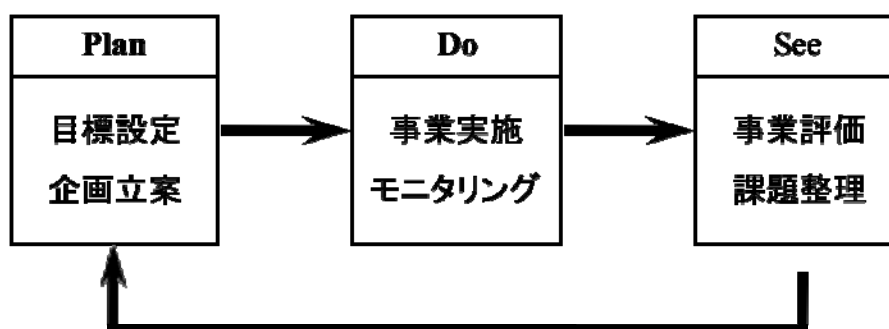
そのためには、介護予防の計画は市町村の担当者だけが企画するのではなく、企画の段階から

住民に参加していただく方法や住民ニーズに即した方法として、参加者の声や満足度調査、OBの協力などを得ながら介護予防を進めましょう。

地域は、過疎化や少子化・高齢化などの課題を抱えています。地域の現状に目を向けながら、タイムリーな情報の伝達や参加者の足の問題、参加者の拡がり、事業内容など多岐に渡る課題に対応していく必要があります。このためには、担当者や地域包括だけの活動には限界があり、地域での支え合いが必要です。具体的には、地域の関係者、関係機関及び団体、他の行政担当からの協力の他に、住民ボランティア、住民のリーダー、地域のボス的な存在等の協力を始め、住民の参画を巻き込んだ地域住民との協働な活動の展開が求められ、この活動が地域づくりの第一歩に繋がります。

7. 市町村介護保険事業計画と事業評価

図3 事業展開の Plan・Do・See



各種の事業を展開する際に「Plan-Do-See サイクル」の重要性が強調されている（図3）。すなわち、事業を開始する前には、現状認識と課題整理をしたうえで、一定期間後の目標値を設定し、それを果たすにはどのような事業をどの程度実施するべきかに関する企画立案を行う（Plan）。それに沿った形で事業を実施する（Do）が、その際には事業が計画通りに実施されているのかなどをモニタリングする。そして事業が終了した段階で、所期の効果があがったかどうか、目標が達成されたかどうかなどに関する事業評価が行われる（See）。そして、この事業評価に基づいて、次のPlanが作成される。その意味で、企画立案と事業評価は表裏一体の関係をなすものである。

地域支援事業における介護予防特定高齢者施策では、特定高齢者が要支援・要介護状態への悪化を防止することを目指している。同様に、予防給付では要支援から要介護状態への悪化を防止することを目指している。介護予防特定高齢者施策及び予防給付の利用者のうち悪化が防止される者の割合については、各自治体におけるこれまでの実績や厚生労働省「介護予防継続的評価分

析検討会」の分析結果などをもとに、その目標値を個別に設定した計画を作成し、それがどれくらい達成されたかという観点で事業評価が行われる。

したがって、計画も事業評価も同一の指標に基づくべきである。その指標は、以下の3つに分けることができる。第1に、アウトカム指標である。これは、成果を意味しており、介護予防特定高齢者施策では、要介護認定者数、生活機能、QOL、満足度、主観的健康度、健康寿命、介護給付額などが指標となる。第2に、アウトプット指標である。これは、出力・生産活動を意味しており、介護予防特定高齢者施策では、事業量に関わるものであり、例えば、地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメント実施件数、各事業の実施回数・参加者数などが指標となる。第3に、プロセス指標である。これは、過程・手順を意味しており、介護予防事業では、その実施過程に関わるものであり、例えば、参加者把握の方法（必要な人たちに必要なサービスが行き届いているか）、住民参画の状況、各機関同士の連携状況などが指標となる。

これら3つの指標のなかでアウトカム指標が最も重要なものであることは言うまでもない。その意味で、アウトカム指標による目標を最初に設定し、それを達成するにはどのようなアウトプットとプロセスが必要となるかについて企画立案を行わなければならない。そして、事業評価においても、最も重要なことは所期の成果（アウトカム）が得られたかどうかということであり、アウトカム指標が最大の評価対象となる。

これら各指標について、介護予防の個別事業、地域包括支援センター、市町村（保険者）の各単位で検討（企画立案と事業評価）が行われる必要がある。さらに言えば、介護予防の個別事業は、サービス事業者ごとに検討されるべきである。

8. 介護予防の企画・実施・評価の過程における個人情報の保護と利活用

8. 1 基本的な考え方

介護予防に関する事業で取り扱われる個人情報とは、たとえば個々人の心身機能や疾病の保有状況、生活歴さらには家庭の状況など、個人情報のなかでも最も慎重な取り扱いを要求されるものであり、その保護に万全の措置が講じられるべきである。

一方、介護予防事業を適切に遂行するためには、関連する各機関の連携が十分に図られなければならない。連携がうまく図られるには、関係者の間で情報が円滑に伝達・共有されている必要がある。また、介護予防の効果などに関する事業評価が重視されているが、それを果たすには情報をきちんと活用できる体制が不可欠である。

その意味で、個人情報の保護と利活用とがうまく調和された体制を構築することによって、サービス利用者の人権と利益が最大限に保障されることが望ましい。本節では、「指定居宅サービス

等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)」、「個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)」および厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン(平成16年12月27日)」に沿ったうえで、さらに介護予防の企画・実施・評価の過程における個人情報の保護と利活用にあたって留意すべき事項について述べる。

8. 2 各機関が扱う個人情報とその利活用

総合的な介護予防システムのなかでは、様々な機関が様々な個人情報を収集・保管する。たとえば、地域包括支援センターは、基本チェックリスト、課題分析(一次アセスメント)、介護予防ケアプラン、サービス担当者会議の結果などに関する情報を収集・保管することが考えられる。介護予防サービス事業者は、事前アセスメントやサービス提供時の様々な記録を収集・保管する。医療機関は生活機能評価の結果や主治医意見書に関する情報を収集・保管する。そして自治体は、上記の様々な機関から情報の提供や報告を受ける。これらの個人情報は、主に当該個人に対するサービス提供を改善するために個別に収集利用されるものであり、原則として当該機関のみが利用できる。

なお個人情報の保存年限について特段の決まりはないが、開示の求めを行い得る者から開示の求めがあった場合等に適切に対応ができるよう整理保存しておくことが望ましい。

一方、総合的な介護予防システムとして関係各機関が活発に連携を行えば、それに応じて個人情報も機関の間を移転することとなる。例えば紹介状・問い合わせなどによる情報提供、サービス担当者会議などの協議を通じての情報交換などである。すでに述べたように、連携は本質的に情報の伝達・共有を基盤とするものである以上、これら情報の提供は適切に行われていれば問題ない。すなわち、情報提供がサービス利用者と直接に関わる機関の間で直接に行われる場合であって、しかも、その情報の提供を受けた機関と提供を行う機関の双方において十分な個人情報保護の措置が取られている場合は、適切と判断できる。

なお、この場合、介護予防事業を実施する事業者については、「指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準」等において、あらかじめ文書による同意を得ておかなければならない。また市町村は、個人情報保護法第三章第三節において適正な対応が求められる。

さらに、市町村介護保険事業計画の立案や事業評価などのために、個人情報データが集計解析されることもある。計画立案や事業評価は今回の制度改革でも重視されており、それが適切に行われるためには個人情報それ自体あるいは加工されたデータが解析担当者(主に自治体を想定)まで円滑に届けられることが必要である。なお計画立案や事業評価を目的とする集計解析では、

集団としてのデータを解析することが主であって個人情報を必要とする場合は少ない。その場合、個人情報の原データを収集している各機関はデータを適切に匿名化したうえで提供するなどの措置を講じるべきである。

8. 3 個人情報の保護と利活用に関する情報提供および本人の同意

介護予防サービスに関わる各機関は、利用者に対して、個人情報の利用目的（利用者より取得する個人情報を、どのような業務ならびに目的のために利用しているか）とその取り扱いに関する基本方針（プライバシー・ポリシー）をあらかじめ文書により交付（電磁的方法も可）したうえで、本人の同意署名を得なければならない。さらに、その範囲を越えて個人情報を取り扱う場合には、別に改めて本人の同意をあらかじめ得ることを明記する。プライバシー・ポリシーは、以下の項目を含むものとする。

- ・ 業務内容：当該機関の介護予防に関連する業務の内容を具体的に示し、どこでどのような個人情報を収集するかを述べる。
- ・ 個人情報の利用目的：当該機関における利用について、情報の種類ごとにその目的を明示する。たとえば、住所や氏名は〇〇のために利用する、基本チェックリスト結果は△△のために利用する、といった具合である。
- ・ 個人情報の第三者提供の範囲と提供方法：他の機関に情報を提供する場合について、どこ（提供先の業種）に何の目的でどのような情報をどのような方法で提供するかを明示する。さらに、当該機関や関連する研究機関などにおける事業評価・調査研究という目的で利用する場合は、データ解析や公表時の匿名化も含めて、具体的に述べる。
- ・ 個人情報に関する問い合わせ：とくに利用者本人が、自分自身の個人情報に関する開示・訂正・削除や利用提供の停止などを求める権利があることを明記する。
- ・ 個人情報管理責任者の氏名・役職と連絡先

上記の事項に関する説明を受けたうえで「個人情報に関する同意書」に本人と（必要に応じて）家族が署名することとなるが、その例を次頁に示す。

なお、介護予防に関わる各機関においては、個人情報の保護に関する措置（情報の保管・安全管理の方法、取扱者の限定など）を定めるとともに、関係する職員に守秘義務を課すことが求められる。

個人情報に関する同意書(例)

(〇〇市長、〇〇事業所など) 様

私は、〇〇が下記の第三者に対して、下記の個人情報を必要な範囲で提供すること及び当該第三者が提供の趣旨に従った下記の目的で当該個人情報を利用することに同意します。

記

提供する第三者

サービスを受けている又受けようとする介護保険事業所、(管轄)市、(主治医)医療機関、(管轄)保健所(その他サービス担当者会議出席者:個人により異なる)

利用する者の利用目的

介護サービス計画作成、サービス担当者会議、介護支援専門員や事業所間での連絡調整、医師等の意見・助言を求めるためその他本人の状況に応じた適切な介護・福祉サービス提供のため

提供する個人情報

- ① 氏名・住所・生年月日・電話番号・家族構成・居住状況
- ② 介護保険被保険者証に記載されている情報その他身体に関する情報

平成 年 月 日

(ご本人)

住所

氏名

印

(ご家族)

住所

氏名

印

(緊急の連絡先として家族の個人情報を利用する場合)

Ⅱ. 対象者把握の手段について

1 対象者とは

1. 1 対象者の定義

地域支援事業における介護予防特定高齢者施策の対象者は、要支援・要介護状態に陥るおそれがある者である。その対象者すなわち特定高齢者は、地域において潜在している場合が多いことから、その支援においては様々なルートを利用して把握する必要がある。

1. 2 地域における頻度と対象者把握システム構築の重要性

介護予防特定高齢者は、要支援・要介護状態に陥るリスクの高い高齢者（「特定高齢者」）を対象に実施される。介護予防特定高齢者施策の参加者数は、高齢者人口の概ね5%を目安として、地域の実情に応じて定めることとしている。ただし広い意味での介護予防を必要とする対象者は、そこに留まるものではない。要支援・要介護者が高齢者人口の概ね15%であること、および誰もが迎える臨終までの期間が高齢者の場合はそう遠くない将来であることを考えれば、リスクの高低はあるものの、全ての高齢者が介護予防の対象者もしくは要介護発生の予備群と考えられる。したがって介護予防特定高齢者施策のみでなく、他の高齢者への健康増進のための活動が地域の中で一体となって展開される必要がある。つまり、各地域における対象者把握のシステムは、地域全体の保健福祉医療体制の中にどう位置づけるかという構想と、介護保険制度の中でどう位置づけるかという構想の双方を視野に入れ、包括的一体的に推進することが極めて重要である。

1. 3 特定高齢者の特徴と支援ニーズ

ここでは特定高齢者を把握する際に必要な視点について述べる。

要支援・要介護状態に陥る可能性が予想される高齢者は、本人・家族からの相談も含み、早期に何らかのルートで把握され、特定高齢者である可能性が高いとしてスクリーニングされた場合は介護予防特定高齢者施策の利用へ、もしくは将来的にハイリスクになる可能性があると判断されれば、その他の公的事業やインフォーマルなサービスなどの利用へと、適切な支援・サービスに結びつけられることが望まれる。

しかし、介護予防を要する状態とは、果たしてどのような状態を示すかについては、高齢者の状態像が多様で個別性が高いことから、特定することが非常に難しい。また、高齢者の状態像には日々の変動があるため、単にある時点における観察や検査で可視的に把握できるものではない。このため、特定高齢者を把握するには、その支援ニーズについて、アセスメントの視点を明確にし、個々の状態を多面的に検討する必要がある。

特定高齢者は、従来からの生活スタイルや環境下において少しずつ生活機能が低下することや、何らかの誘引（できごとなどエピソード）があって急激に生活機能が低下する、落ちることが特徴である。これらを表3で示しておくが、このような状況の際には、特定高齢者へと移行しやす

いので家族や支援関係者、地域での見守りや早期の把握が望まれる。

表3 生活機能低下の要因（例）

○漸次的な生活機能低下の要因

閉じこもり：外出しない

意欲・気力：冬場に動くのがおっくう（季節による変化）、いつも人に頼っている、無気力、いつも自信がない、生活に張りや満足感がない

不安・抑うつ：ひきずっている気がかり、ふさぎ込み、ストレスを発散できない、以前ほど嬉しい・悲しいなど言わなくなった、

刺激：おなかの底から笑う機会がない（刺激の不足）、やることがない

孤独：寂しいと感じる、一人でいる時間が長い

老化：漸次的な身体機能の低下（できると思っていたことができなくなる、目や耳の感覚が鈍る、忘れっぽくなる）

廃用性の身体機能の低下：しばらく出歩かなかつたら足が弱った

体調：食事がおいしくない、熟睡できない日が続いている

○急な生活機能低下の要因

事件：親密な他者との喧嘩・別れ、ペットの死、地震や台風などの災害

転居：なじみの隣人との別れ、新たな近所付き合いに伴うストレス

疾病：風邪で寝込む、脳血管疾患後遺症による軽度の麻痺

事故：転倒による打撲

では、実際特定高齢者施策の対象者の特徴と支援ニーズはどのようなものなのだろうか。

表4は、特定高齢者でもある虚弱高齢者の日常生活に関わる内容を、ICF（国際機能分類）の【活動と参加】の項目を参考に、セルフケア、家庭生活、対人関係、主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）、コミュニケーション、運動と移動、学習と知識の応用、コミュニティライフ、社会生活・市民生活に分類、そこでの特徴と支援ニーズを示したものである。

特定高齢者ではこれら日常生活での活動や参加が、加齢や生活環境の変化、意欲や気分の変調など漸次的な生活機能の低下に伴い、これまで実施していた各種動作や行為をおこなう範囲が狭くなってきた、実行の頻度が落ちた、時間を要するようになってきたなどこれまでのような対応ができなくなることが多い。

また一方では、病気や転倒などの事故、配偶者の死去や親しい人との離別、水害や地震等災害に伴う生活の変化や変動が、急激に日常生活での各種動作や行為をおこなうことの制限や支障なども招いている。

表4 特定高齢者の特徴と支援ニーズ

生活行為	具体的内容	支援ニーズ：目標とする生活（例）	
セルフケア	清潔・整容、排泄の自立 TPOに応じた更衣、服薬管理 健康に留意した食事・運動など	今 ま で ど お り ／ こ れ か ら は こ の 程 度 の ○ ○ を し た い	健康に関する講座に参加する 身体に良いと思う食事や運動を日々続ける
家庭生活	自分で選ぶ日常の買い物 自分や他人のための食事準備 掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事 簡単な家の修理、電球交換 水やり、ペットの世話		炊事・洗濯・掃除などを自分でする 買い物や銀行の用事を自分でする
対人関係	家族や友人への気配り・支援 近隣の人、友人、同僚などとの人間関係の形成と保持 夫婦・親密なパートナーとの良好な関係の保持		家族と仲良く過ごす、近所の人と良い関係で暮らす 孫の世話など家族の用事や手伝いをする 誰かの手助けや相談者になる
仕事や経済生活	自営業の店番、田畑の見守り ボランティアや奉仕活動などの活動 預貯金の出し入れ		店番や畑仕事など自営業継続 地域の奉仕活動への参加 預貯金の出し入れと管理
コミュニケーション	家族や友人への手紙やメール 家族や友人との会話、電話応答		家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやり取り
運動と活動	自宅内・自宅以外の屋内・屋外を円滑に移動、バス・電車・他者が運転する自動車を使う、自動車や自転車の自己運転での移動		週2回は買い物に行く、公園や展覧会など行きたいところへ外出する 家族らと泊り込み旅行に行く
知識の応用判断・決定	日常生活に関する内容について、自分で判断・決定をおこなう		何かおこったら自分で判断する、自分のことは自分で決定 日常的に頭を使う 楽しみを見つける
コミュニティライフ 社会生活 市民生活	地域での社会生活、友人との行き来 趣味や楽しみの継続 選挙活動、自治会や老人会の年行事 お祭りなどへの参加		自治体のお祭りや老人会の行事に参加 候補者を決めて選挙で投票 趣味の会に参加する、週1回外出する、趣味をもつ

このような変化に際して特定高齢者は、日常の生活場面において様々に戸惑いや混乱を感じながらも、重篤な病気やけがなど事故の場合を除いては、これまでの生活スタイルを大きく変更するのではなく、従来どおりに生活を維持していくこと、これからは「この程度・・・したい」など各種活動や参加などの微調整を図りながら生活を維持していくことが大半である。具体的な生活面での困りごとや支障、不自由さが多く出現するようになって、初めて相談へとつながる。

自分の生活機能の変化を高齢者自身が自覚することは、一人ひとりの生活機能や環境により異なるが、そのことが自己の心身の状況について意識化を図り、この先も元気で過ごしたいと「健康の維持」を考えることが、先々の要介護の予防という認識や理解に至る重要な前段階である。

1. 4 水際作戦の考え方と効果的展開

水際作戦のねらいは、比較的潜在しやすく、また疾病や傷害などによって短期間に状態像が悪化しやすい特性を持つ者を、早期発見・早期対応することによって、要支援・要介護状況に陥ることを予防することである。つまり、水際作戦とは、これまで元気に暮らしていた高齢者が、何らかのきっかけによって急に生活の機能低下を起こしたときに（表3の急な生活機能低下の要因）、速やかに把握して何らかの手だてを打つ戦略のことである。

もし、年に1回だけ生活機能評価や住民調査を行って把握の機会としたならば、急な機能低下に対応できず、みすみす廃用症候群をまねくことになる。水際作戦の考え方は、虚弱高齢者を年間いつでも速やかに把握し、適切な介護予防サービスの提供につなげることなのである。

年間いつでも速やかに把握するには、住民（本人・家族を含む）や専門家が、表3・4で示した特定高齢者の特徴と支援ニーズを熟知し、対象となる高齢者を把握ルート（把握システム）にのせるとともに、生活機能評価を通年で実施する態勢を組む必要がある。

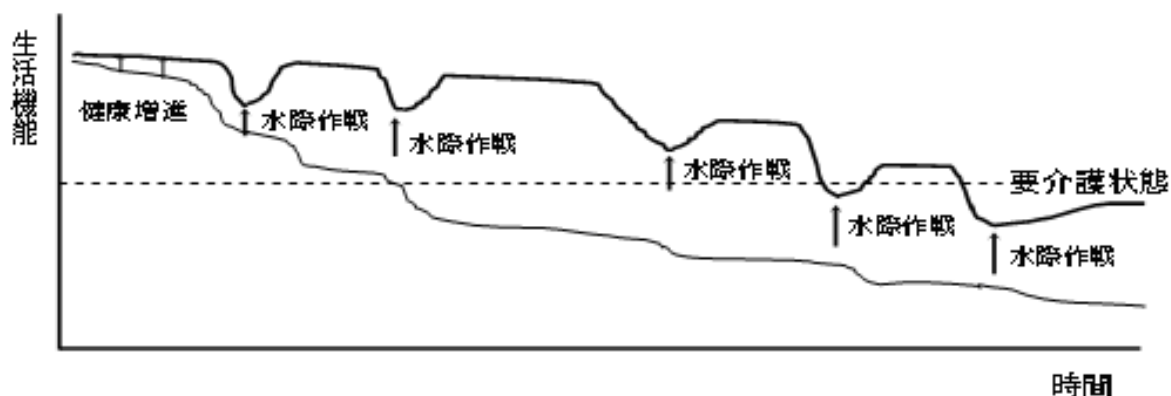


図4 生活機能低下の早期発見・早期対応のための水際作戦(イメージ)

2. 対象者把握の方法：

2. 1 地域包括支援センターに把握されるまでの流れ

図5は、特定高齢者が地域包括支援センターに把握されるまでの流れを示している。

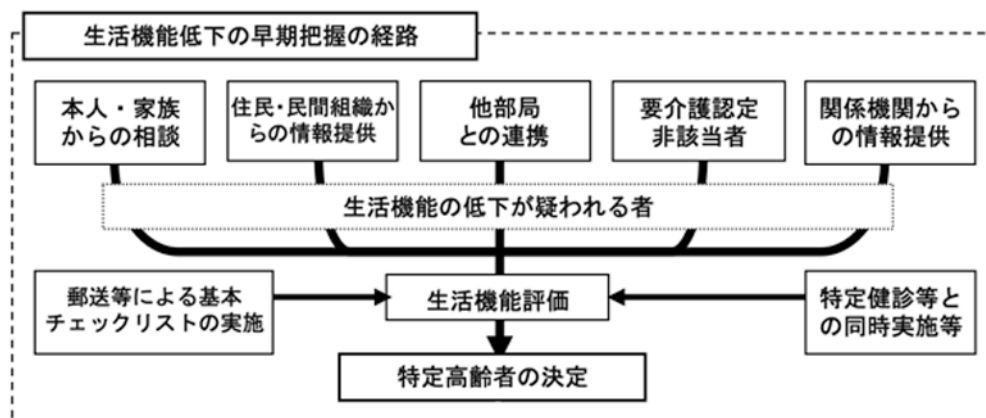


図5 特定高齢者の決定までの流れ

対象者の把握経路は多様である（図5）。第1に、本人・家族からの相談（当事者ルート）、住民・民間組織や団体からの情報提供（住民ルート、民間ルート）、他部局との連携（行政ルート）、要介護認定非該当者（行政ルート）、関係機関からの情報提供（関係機関ルート）などを通じて生活機能の低下が疑われる者が把握される。彼らに基本チェックリストを実施して、特定高齢者候補者を選定する。第2に、もう1つの行政ルートとして、郵送等により基本チェックリストを実施したり、特定健診等と同時に基本チェックリストを実施して、特定高齢者候補者を選定する場合がある。それらで選定された特定高齢者候補者に対して生活機能チェックと生活機能検査を実施して、特定高齢者に該当する者であることの確認を医師が行う。

把握ルート別の把握方法の詳細を表5に示す。

表5 対象者の把握ルートと把握方法

把握ルート	把握方法
①当事者ルート ・被保険者本人、家族	当事者からの訴え・相談による把握 ・本人・家族からの行政や関係機関に直接相談
②住民ルート ・民生委員、地区健康推進委員、など ・隣人、親類、友人 ・自治会、老人会、公民館活動、ボランティアグループ、愛育班、当事者組織（患者会、家族会）、など ・新たに組織化する保健医療福祉関連の住民グループ	住民の発見・気づきによる把握 ・民生委員による悉皆調査や、保健医療福祉に関わる住民からの情報提供や紹介 ・対象者本人・家族に関わる住民からの情報提供 ・地区組織や当事者組織など住民組織からの情報提供 ・住民からの情報提供

<p>③民間ルート</p> <ul style="list-style-type: none"> ・商工会、自営業者（銭湯、薬局、スーパー、理美容など）、農協、生協 ・各種 NPO、まちの保健室、各種サークル活動 ・ローカルメディア（有線放送など） 	<p>民間組織等の発見・気づきによる把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域にあるあらゆる民間組織・団体からの情報提供、紹介
<p>④行政ルート</p> <ul style="list-style-type: none"> ・郵送等による基本チェックリストの実施 ・特定健診等との同時実施 ・要介護認定非該当者 ・訪問活動等による実態把握 ・行政の保健活動（市町村保健センター、保健所）の保健師による家庭訪問、健康相談・健康教育等の事業など ・行政の福祉活動（いきいきサロン、各種事業） ・行政の総合相談窓口から ・行政の各種調査から：悉皆調査、実態調査 ・行政主催の各種連絡会、協議会 ・行政の関連部局（消防、警察、雇用、教育、交通、建設など） ・行政のイベント（市民まつり相談コーナーなど） 	<p>専門職による把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師等による健診時のスクリーニングや本人のセルフチェック結果の把握 ・介護保険給付申請非該当事例の情報把握 ・保健師、社会福祉士等による家庭訪問時や事業開催時のアセスメント、本人のセルフチェック結果の把握 ・各種健診の未受診者や要指導・要治療判定後の未指導・未治療者の把握 ・住民と行政が連携して開催している活動 ・総合相談窓口でのスクリーニング ・行政の保健福祉計画策定時等、各種調査実施時の情報把握 ・関係機関が協議する場での把握 ・消防署や警察からの通報 ・市民が集う行政主催のイベントでの把握
<p>⑤関係機関ルート</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関：診療所・病院（内科、整形外科、耳鼻科、眼科、皮膚科、神経科など） ・保健福祉分野の関係機関（高齢者福祉センター、社会福祉協議会、シルバー人材センターなど） ・産業保健の関係機関から ・その他の関係機関から 	<p>専門職による把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関の医師やコメディカル職種からの連絡、紹介 ・民間療法職種からの連絡、紹介 ・関連分野の関係機関からの連絡、紹介

2. 2 把握ルートの特徴

対象者把握のルートは、大都市、都市部、郡部という地域特性で異なる様相がある。

まずどの地域であっても確実に把握ができるのは、要介護認定非該当者である。次に生活機能評価、地域での保健師等専門職による訪問活動なども有効な把握方法である。しかし、これらの方法は大都市では高齢者数が多いことから、必要な対象者をすべて把握するには限界がある。

郡部での住民見守りネットや老人クラブ、都市部での町内活動や民生委員・友愛訪問員、健康推進委員などの活動は概ね全国の自治体にあることから、地域高齢住民の健康や生活を把握する基本的な資源と考えられる。大都市においては最近増えつつあるボランティアな住民参加型活動（例：給食サービスや託老所）、高齢者の当事者活動（高齢サロンなど集いの場）との連携によるルートは、従来の地域住民活動では把握できない対象者を把握するうえで有効な手段である。

このように地域にある様々な高齢者支援の組織や活動に拠る把握は非常に重要であり、地域包括支援センター業務でもある地域の実態把握を図りながら、上手に活用することが望まれる。

2. 3 カバー率に関する評価

モデル的なケースにおいては、ひとつの地域包括支援センターが実際にカバーする特定高齢者の数は約 250 人と推計される。これは、ひとつの地域包括支援センターが担当する人口が約 2 万 5 千人、うち高齢者が 5 千人、そのうち 5 %が特定高齢者とした場合の推計値である。介護予防特定高齢者施策は、単に事業参加者が予定の 250 人集まる、ということに重点を置くのではない。この事業では、特定高齢者が、住民による発見と気づき、専門職によるスクリーニング等を経て何人（高齢者の何%）把握されたのか、ということのカバー率として評価し、必要な人に必要な支援を行えたかどうかを重視する。従来と異なるのは、生活機能低下の有無にかかわらず、参加したい人は参加させるような形態ではなく、まさに介入が必要なハイリスクの方々に対して効果的・効率的にサービスを提供する点にある。

2. 4 対象者把握を有効に行うために

対象者把握が有効に行われるように、地域包括支援センターが、地域住民や公的・非公的な関係機関と協力し、どのような活動を行い、どのような体制を整えればよいかについて整理する。

2. 4. 1 地域包括支援センターを中心とするネットワークの構築

地域支援事業における特定高齢者把握のシステムは、地域包括支援センターを中心とするネットワークシステムである。地域包括支援センターは、保険者（市町村保健師または委託を受けた保健師等）を含む公平中立な視点を保ち、保健医療福祉の関係機関や民間の諸団体と様々な地域の関係機関とネットワークを構築することが望まれる。

地域包括支援センター（地域包括ケアシステム）のイメージ

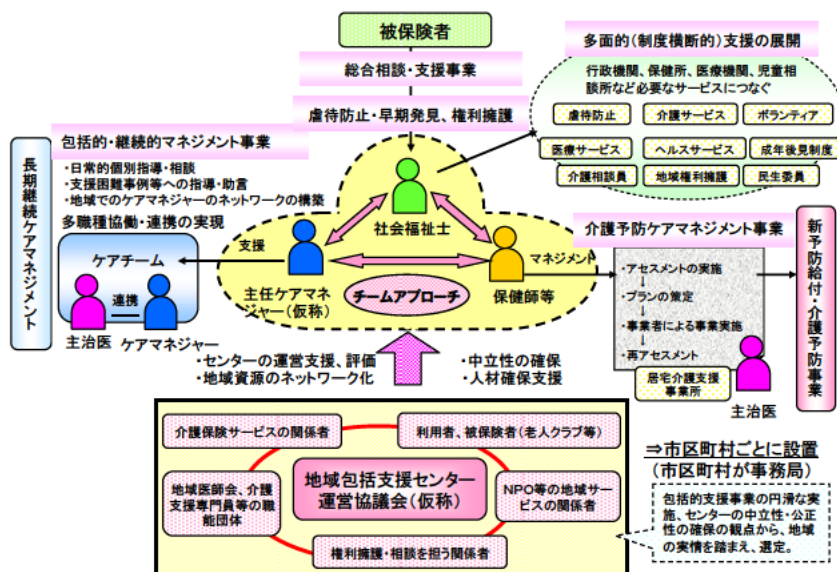


図6 地域包括支援センターを中心とするネットワークの構築（例）

2. 4. 2 当事者（被保険者、家族）に対して地域包括支援センターが行うこと

対象者となる被保険者本人や家族から、早期に申し出てもらうために、

- 1) 介護保険の被保険者証発行時やパンフレット配布時など、被保険者と直接的・間接的に接する機会を通じて啓発活動や広報活動を行うこと
- 2) 介護予防の必要性と、予防を要する対象者の状態が理解できるよう説明すること
- 3) 相談しやすいように、保健師等が相談に応じる専門相談窓口やその連絡先、どんなときに相談すればいいかの説明や勧奨を行うこと
- 4) 利用できるサービス（介護予防事業やその他の地域支援事業、介護保険以外のサービスや地域住民主体の活動など）について情報提供し、意義や効果を説明すること
- 5) 自分の状態についてセルフチェックできる方法を提供すること

などの活動が重要となる。

ここで求められる体制は、市町村の介護保険担当部署と地域包括支援センターを中心として、個別の対象者に支援機能を発揮する高齢者支援のネットワークシステムである。

2. 4. 3 地域住民に対して地域包括支援センターが行うこと

地域住民主体のネットワークによる対象者の発見・気づきの機能を高めるために、上の1)から5)に加えて、

- 6) 地域住民への啓発活動・広報活動
- 7) 民生委員や地区健康推進員など行政と関わる住民および自治会や老人クラブなどの地区組織との情報交換や学習会開催支援
- 8) リーダーとなる住民の発掘と彼らの能力形成支援
- 9) 地域の見守りネットワーク（ご近所同士、小地域ネットワーク）の重要性を意識づけること、およびそのネットワークづくりを支援すること
- 10) その基盤となる地域住民のヘルスプロモーションを推進すること（住民の健康とQOLの増進に向け生活者の視点を重視して地域活動を強化する）

などの活動が重要となる。

ここで求められる体制は、地域住民と市町村の保健福祉担当部署、地域包括支援センター等が協力して形成する地域支援のネットワークシステムである。これは、高齢者が生きがいを持って活動的に暮らすことを地域全体で支援するポピュレーション・アプローチの一翼を担うものであり、住民相互が介護予防に関心を持ち合うことが基盤となる。

2. 4. 4 行政として（行政の委託機関に対して）地域包括支援センターが行うこと

第1に、特定高齢者である可能性の高い虚弱高齢者をもれなく速やかに把握すること（専門的観点を持った質の確保を伴う）、第2に、申し出のあった高齢者への相談機能を充実すること、第

3に、地域全体の対象者把握が有効に機能するようなネットワークシステムを整えることが重要となる。

そのためには、

- 11) 対象者になる可能性がある高齢者がいつでもどこでも相談しやすいように、行政の介護予防のための相談窓口やその他の対応機関・対応できる場や機会を整え、それを明示・PR・広報すること（広報誌による間接的なPR、地域でのイベント参加（ブース開設等）や地区組織活動への参加・定期訪問などによる直接的なPR、緊急通報システムの普及、いつでも気軽に相談できるというイメージのアピールなど）
- 12) 申し出に対して様々な方法によって十分相談にのれるようにすること（相談窓口での対応、保健師等による必要な者への定期的／随時の家庭訪問・電話、相談技能の習得など）
- 13) 地域住民や公的・非公的關係機関・関係者からの情報が集約でき早期に対応できるようなネットワークシステムを作ること、およびネットワーク参加機関の協議の場を持つこと（互いの役割や貢献、把握実態の相互理解と確認、介護予防に関連する制度やサービスの情報交換、対象者の介護予防支援ニーズに応じたサービス・メニューの開発など）
- 14) 介護予防を要する対象者のスクリーニングの視点を明確にし、的確に把握できる専門職の技能を高めること（研修、事例検討による学習などを伴う）

などの活動が重要である。

2. 4. 5 公的・非公的關係機関・関係者に対して地域包括支援センターが行うこと

関係機関・関係者による特定高齢者を把握する機能を高め、的確な把握を推進するため、そのためには、11)～14)の活動に加えて、

- 15) 日頃から連絡調整や協力の体制を整えること、
- 16) 事業所の刊行物やパンフレットへの広報内容の記載推進、

などの活動が必要となる。

ここで求められる体制は、公的・非公的關係機関・関係職種と市町村の介護保険や保健福祉等担当部署、地域包括支援センター等が相互に連携し支援機能を発揮する高齢者支援のネットワークシステムである。

2. 4. 6 対象者把握に関する優良事例の紹介

青森県と同県薬剤師会は、薬局に来た高齢者に基本チェックリストを実施する事業（まちかどセルフチェック）を実施している。また、埼玉県和光市は、65歳以上の市民全員に基本チェックリストなどの調査を実施して、対象者把握に活用するだけでなく、地域の介護予防ニーズの把握そして施策の企画につなげている。これら2つの事例を以下に紹介する。

「薬局を活用した特定高齢者把握について（青森県）」

青森県では平成19年1月より、薬局に来た高齢者に基本チェックリストを実施する事業（まちかどセルフチェック）を青森県健康福祉部と青森県薬剤師会との共同で行っている。

これは、県内約260箇所の「健康介護まちかど相談薬局」を来局した高齢者に基本チェックリストの実施を勧め、本人または家族の記入後に薬剤師がチェックして、一定の基準に該当した人の情報を本人同意の上、地域包括支援センターへ情報提供するというものである。

基準③（21から25に2項目以上該当）を設けたのは、青森県では高齢者の自殺率が高く、自殺予防対策に取り組んでいるためである。

○薬局から地域包括支援センターへの流れ

薬局で基本チェックリストを実施した高齢者の同意を得て住所地の地域包括支援センターにFAXで情報提供する。その方に番号を付けて、同意書の番号欄に記載する。以降、薬局と地域包括支援センターの情報連携は番号で管理するため、個人情報保護は徹底される。

○地域包括支援センターから薬局への流れ

地域包括支援センターは電話や訪問等で情報提供された人の状況を確認し、基本健診の受診や介護予防事業等への参加を勧める。その結果を情報提供薬局に送信する。結果連絡の際、氏名は記載せず、情報提供時に付された番号を記載して送信する。

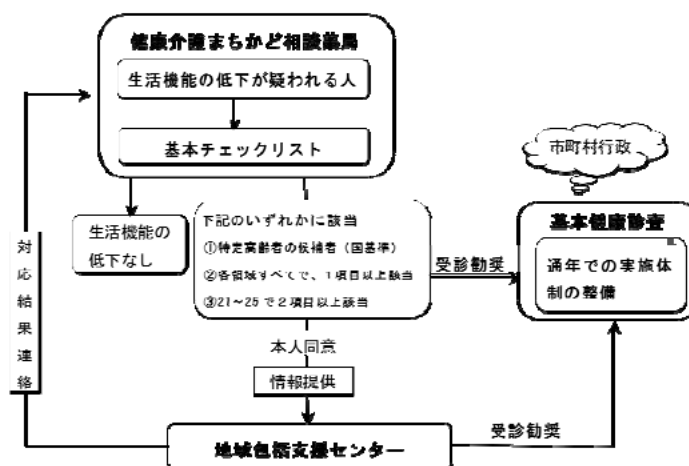
○事業立ち上げの役割分担—青森県健康福祉部高齢福祉保険課と青森県薬剤師会の役割

県が事業概要を市町村に提示し、実施意向などを調査した。その後、県薬剤師会と打ち合わせを重ねて、市町村の要望を取り入れ、紹介基準を統一した上でマニュアルを作成した。

県薬剤師会は、平成18年12月に薬剤師会の「健康介護まちかど相談薬局」事業の研修に併せて本事業の周知を図った。事業の質を担保するため、この研修を受けた薬剤師がいなければ本事業には参加できない。県内の薬局500軒中260軒が参加している。県レベルで実施することで、高齢者の居住地だけでなく広範な薬局からの情報提供が行われ、特定高齢者の候補者の可能性の高い方をより多く把握できる。

都道府県国民健康保険団体連合会（国保連）の介護給付費適正化対策事業に協力して、日本薬剤師会は「健康介護まちかど相談薬局」運動を推進しており、全国40都道府県で約15000薬局がその看板を掲げている。したがってどの都道府県でも薬剤師会との連携が可能と考えられる。

特定高齢者の候補者における薬局からの情報提供について



「和光市の取り組み」

Ⅲ. 地域支援事業（介護予防特定高齢者施策） における介護予防ケアマネジメント

1. 介護予防ケアマネジメントとは

1. 1 介護予防ケアマネジメントの定義・目的

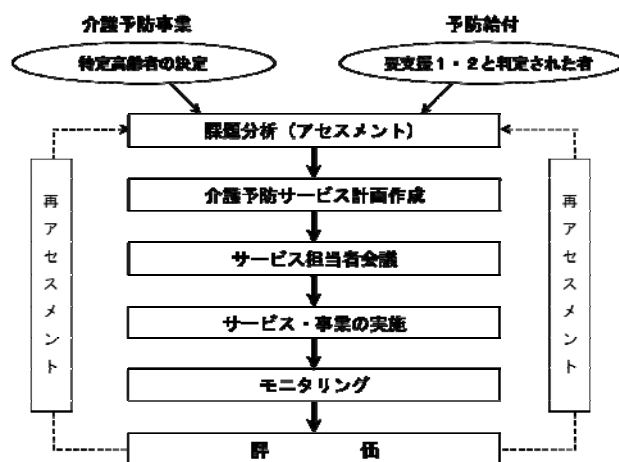
ケアマネジメントの定義についてデイビッド・P・マクスリーは、「多様なニーズをもった人々が、自分の機能を最大限に発揮して健康に過ごすことを目的として、フォーマル及びインフォーマルな支援と活動のネットワークを組織し、調整し、維持することを計画する人（もしくはチーム）の活動」と定義している¹⁾。一方、介護予防とは、「どのような状態にあるものであっても、生活機能の維持・向上を積極的に図り、要支援・要介護状態の予防および重度化の予防、軽減により、高齢者本人の自己実現の達成を支援すること」と定義されている。したがって、介護予防ケアマネジメントとは、「高齢者（特定高齢者・要支援者）が、疾病や老化・廃用により生活機能が低下して要支援・介護状態に陥らないように、フォーマル及びインフォーマルサービスを受けながら、自己実現の達成を支援する一連のプロセス」である。

平成18年度から新たに創設された介護予防ケアマネジメントは、自立した生活を維持する上で現在起こっている課題や近い将来起こりうる課題に対し、高齢者自身が主体的に解決に取り組んでいけるように考え出された理念であり手法である。高齢者が課題をどのように認識しているかを把握しながら、本人が解決策を考え、実行していけるように支援するセルフマネジメントモデル²⁾の考え方に近い。そのため、アセスメントから計画作成、モニタリング評価というケアマネジメントのすべてのプロセスを通して、高齢者の持つ力を引き出し、行動変容を促す面接技術が重要である³⁾。

1. 2 特定高齢者と介護予防ケアマネジメントの流れ

介護ケアマネジメント（介護予防事業と予防給付）の流れを図1に示す⁴⁾。

図1 介護予防ケアマネジメントの流れ



1. 3 支援の具体的な方法と留意点

1. 3. 1 電話・文書・所内面接・訪問等によるアプローチ

把握された特定高齢者に、生活機能評価の結果と介護予防の必要性の説明を行った上で、通所型介護予防事業への参加を促す。

生活機能評価の目的や意義を理解しないまま、受診している高齢者は多く、基本チェックリストも問診項目と捉え、内容も覚えていない場合があるため、本人の結果と介護予防へのつながりが十分理解されるような支援が望ましい。

1. 3. 2 介護予防ケアマネジメント

図1に示すように、介護予防ケアマネジメントプロセスは、アセスメント→介護予防サービス計画書作成→サービス担当者会議（必要時）→サービス・事業の実施→モニタリング→評価のサイクルを行う。以下に各プロセスにおける方法とポイントを示す。

アセスメント：生活機能評価結果と利用者基本情報を基に、機能低下の現状や要因を聞き取る。

この場合、計画作成者が課題を把握するだけでなく、高齢者が自分の心身の状況や生活を振り返りになるように聞くことが重要である。また、全ての情報を網羅して把握する必要はなく、生活機能低下の見られたニーズに焦点を当てて、効率的に確認を行う。聴取内容には、現状に対する高齢者の認識や改善への意欲の確認も含める。

介護予防ニーズ別確認事項

- ・ 運動器の機能低下：歩行距離や移動手段、外出の頻度と目的等を確認し、現病歴や自覚症状、生活環境との関連で要因を分析する。（例）自宅内は杖歩行。外出時はシルバーカーを使って朝夕10分間、近所を散歩している。受診は家族の車に乗せてもらう。骨粗鬆症による腰痛がある。転倒骨折に対する不安と歩けなくなることへの危惧の狭間で、適切な運動方法を学びたいと思っている等。
- ・ 口腔機能低下：歯牙の状況と手入れの内容や頻度、むせの頻度、食事の形態、口渇の期間等を確認し、現病歴や治療歴、内服薬の副作用等との関連で分析する。
- ・ 栄養改善：食欲の有無、食事や水分摂取の頻度と内容、便通を確認し、既往歴、現病歴、食欲低下を引き起こす生活上の出来事等との関連で分析する。
- ・ 閉じこもり予防：生活範囲（自室のみ・自宅内・近所等）、1日の過ごし方、閉じこもりの期間を確認し、現病歴や心身の状況、対人関係、生活環境との関連で分析する。
- ・ 認知症予防：物忘れの内容や頻度、生活上の支障の程度、家事などの活動や社会参加の頻度や内容、転居や配偶者の喪失など生活の変化の有無を確認し、現病歴や心身の状況との関連で分析する。
- ・ うつ予防：食欲の有無や睡眠の状態、生活の変化の有無を確認し、現病歴や内服薬の副作用、家族関係や経済状態等との関連で分析する。

それぞれの介護予防ニーズ毎の対応策はニーズ別のマニュアルを参照のこと

介護予防サービス計画書の作成：目標と目標達成のために取り組む内容を話し合い記入する。

目標の設定：「どのようになりたいですか」「目標は何ですか」と聞いても、すぐに答えが返ることは少なく、アセスメントの中で明らかになった課題を中心に、本人の生きがいや楽しみ、自己実現のありようをもとに設定する（例：旅行に行くこと・友人との会食・家庭菜園等）。

「～が出来るようになる」「～が続けられる」などの状態目標や「～を行う」などの行動目標が考えられる。「自宅での生活が維持できる」「安全に生活する」などの抽象的な目標を設定すると評価が難しいため、6ヵ月で評価できる具体的な指標を盛り込む。

取り組み内容：本人・家族の取り組み、地域にあるインフォーマルサービスや介護予防事業への参加等を記入する。それぞれの介護予防ニーズ毎の支援内容は各マニュアルを参照のこと。

担当者会議：目的は、本人と計画作成者、事業実施者が介護予防サービス計画書の目標と取り組み内容、評価の時期を共有する事である。

主治医からの情報は生活機能評価の判定書で把握するが、必要に応じてサービス提供上の留意点を主治医に確認し介護予防サービス計画書に盛り込んでおく。

開催方法は、事業参加前に事業実施者に介護予防サービス計画書を送付しておいて事業参加当日に実施する等、効率的な方法を工夫する。

モニタリング：事業実施者からの「実施報告書」、面接、訪問、電話等により定期的に参加状況・意欲等を把握する。

モニタリングとは、ケアマネジメントに基づいて各サービスが適切に実行されているか、目標は達成できたか、支援は利用者に適しているものか、新たなニーズは生じていないか等について、定期的・継続的に見守り、必要があればサービスを調整する。

介護予防ケアマネジメントの特徴は、モニタリングを丁寧に行うことである。特定高齢者の中には、介護予防のメリットや意義を感じられない人もいる。早い時期に「始めてよかった」という実感を引き出すことがポイントである。一定期間継続して利用してもらうには、丁寧なモニタリングによるフォローアップが必要である。また、サービスの内容や方法が利用者のイメージと違う場合もある。いずれも早期に対応し、利用者・家族・サービス事業者との調整を図る。

モニタリングのポイント：継続したくなるような支援を、利用者・家族・事業者とともに検討する。セルフモニタリングの導入、ポジティブフィードバック、グループワークの提案など。モニタリングを丁寧に行うことで、利用者・家族・事業者との関係が良好になり、一人で頑張るから、皆で頑張るという発想になる。

モニタリングの方法：事業実施者からの「実施報告書」、面接、訪問、電話、電子メールなど。

モニタリングの時期：実施後なるべく早い時期に「始めてよかった」という実感を引き出す。

その後は、訪問や電話等で「ほめる」「励ます」などポジティブフィードバックを適宜行う。その際、利用者や事業者に対し、定期的にサポートすることを約束するとよい。

評価：事業実施期間終了前に、事業担当者から「評価表」を受領し、目標達成の有無、生活機能改善の状態を総合的に評価し、継続・終了を判断する。

継続の場合は、介護予防サービス計画書の見直しを行う。終了の場合は、個人でも取り組みが継続できるようなフォローを行うか、その他の資源につなぐ。(例：一般高齢者施策で行われている教室・生涯学習で行われている教室やサークル活動・民間の教室等)

また、介護予防サポーターとして教室運営や啓発活動の協力者として養成する、自主グループ育成を行うなどの方法もある。

1. 4 使用する帳票の種類と様式例

基本的な帳票の様式例を示す。これらの様式は、全国の市町村に共通して必ず記入すべき項目を示したもの(ナショナル・ミニマム)であって、地域の実情に合わせて項目を追加することや帳票自体や各項目のサイズを変更することは何ら問題がないと考える。

- 1) 利用者基本情報 様式 1
- 2) 介護予防サービス・支援計画書 様式 2
- 3) 介護予防支援経過 様式 3
- 4) 介護予防サービス・支援評価表 様式 4

別添5

(※介護予防ケアマネジメント部分を抜粋)

様式 1

例

利用者基本情報

作成担当者： 例

【基本情報】			
相 談 日	年 月 日 ()	来 所・電 話 その他 ()	初 回 再来 (回 /)
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()		
別号 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳
住 所	Tel	()	
	Fax	()	
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度)		
障害等認定	身体 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、・・・ ()		
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・		
末 所 者 (相 談 者)	家族構成		
住 所 連 絡 先	氏名	職 柄	住 所・連 絡 先
	家族関係等の状況		

【介護予防に関する事項】

今までの生活			
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族
	友人・地域との関係		

【現病歴・既往歴と経過】(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
年 月 日		Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日		Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日		Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日		Tel	治療中 経過観察中 その他	

【現在利用しているサービス】

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果、意見及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過ノート、アセスメントノート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

介護予防サービス・支援評価表

評価日

利用者名

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
総合的な方針			地域包括支援センター意見			
			<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防特定高齢者施策 <input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策 <input type="checkbox"/> 終了			

2. 行動変容を促す介護予防ケアマネジメントのポイント

生活機能低下の現状を自覚していない、自覚はしているが、改善に向けた関心がない、意欲が乏しい高齢者に対するアプローチとして、行動変容を促すいくつかの考え方や技法を簡単に紹介する。詳細は参考文献を参照して欲しい⁵⁻⁹⁾。

2. 1 変化のステージモデル

変化のステージモデルでは、人の行動が変わり、それが維持されるには5つのステージを通ると考え、対象者がどのステージにいるかを知ることにより、行動変容と維持を促すための働きかけの方法が考えやすくなるという考え方である。それぞれの時期に合わせた目標をたて次の時期への移行を支援する⁷⁾。

無関心期：6ヵ月以内に行動を変える気がない時期

関心期：6ヵ月以内に行動を変える気がある時期

準備期：1ヵ月以内に行動を変える気がある時期

行動期：行動を変えて6ヵ月以内の時期

維持期：行動を変えて6ヵ月以上の時期

無関心期の高齢者には、介護予防の必要性を理解してもらうことを目標に、生活機能低下が引き起こす病気や状態に対する知識を増やし、予防に取り組むことの利点や取り組まない場合のリスクを説明する。介護予防や病気などに対する高齢者の考えや気持ちを表現してもらう。

2. 2 自己効力感（セルフ・エフェカシー）

自己効力感とは、簡単に言えば「自分がその行動をうまくやることができるという自信」のことで、そのような自信があると、ない場合に比べてその行動を取る可能性が高くなり、行動をするのに必要な努力を惜しまず、失敗や困難を伴ってもあきらめにくい、行動を行う場合のストレスを感じにくいという社会的認知理論の考え方によるものである⁷⁾。

自己効力感を生み出す4つの情報源を、介護予防ケアマネジメントに当てはめると、以下のようになる。

- ・ 過去に同じか、又は似たような行動をうまくやれた経験があること

（例）配偶者が亡くなり、調理や掃除などの家事に対する困難感が強く、また食欲も低下して体重も減ってきた男性の場合、30代前半に単身赴任のため家事をやった経験を思い出してもらい、「経験があるので男の調理教室の助手をして欲しい」と働きかけた。

- ・ たとえ自分はその行動をやった経験はなくても、人がうまくやっているのを見て自分でもやれそうだと思うこと。

（例）運動とは縁のない生活を送ってきた70歳代の女性が、骨粗鬆症になって主治医から運動を勧められた。自分に運動は出来ないと思っていたが、運動教室を見学して、91歳の参加者が自分のペースで運動しているのを見て、参加してみようと思った。

- ・ 自分はその行動をうまくやる自信がそれほどなくても、人から「あなたならできる」と言われること

（例）老人クラブの会長を長年やってきたが、物忘れのためにいくつかの失敗があり、自信を失いやめて閉じこもりがちになっていた。近所で社会福祉協議会が主催する『ふれあいサロン』を立ち上げることになり、一緒に参加して、高齢者をまとめて欲しいといわれ意欲が出た。

- ・ その行動をすることで生理的状态や感情面で変化が起きること

（例）最初は妻に勧められ、しつしつ参加していた口腔機能向上教室だったが、正しい歯の磨き方を学び、歯茎のトラブルが解消して、口腔の爽快感を味わえた。次は今まで食べられなかったピーナッツが食べたいと、歯の治療や口腔体操に取り組んでいる。

2. 3 ソーシャルサポート

ソーシャルサポートとは、社会的関係の中でやりとりされる支援や援助のことで、大きく分けると「情緒的サポート」と「手段的サポート」の2つがある。ソーシャルサポートの担い手は、家族や友人、同じような状況にある人々で、受け手である本人もまた、担い手ともなる。

ソーシャルサポートが介護予防ケアマネジメントにおいてどのような働きをするかを考えると、高齢者本人だけに働きかけるのではなく、家族や友人にも介護予防の必要性を理解してもらい、高齢者を励ましてもらう（情緒的サポート）、会場までの送迎など参加しやすい条件を調べてもら

う（手段的サポート）などである。

また、介護予防の取り組みを継続するための活用として、一緒に参加した仲間同士によるサポートネットワークを促進する働きかけ（教室の中に交流の機会を作る・自主グループを育成する等）がある⁶⁾。

2. 4 コーチング

本人が主体的に目標と具体策を考え、確実に取り組みにつながる支援技術である^{8,9)}。

ビジネスやスポーツの世界でも活用されており、複数の技法があるが、ここでは、5つの基本ステップで、介護予防を目的にした高齢者へのコーチングの例をあげる。

Step1 目標を決める・現状を知る

「どのような状態になりたいですか」→「いつまでに」「どのような状態に」
目標は、モチベーションの上がるレベル、達成可能なレベルに設定する
「現状はどうですか」

Step2 障害を知る・強みを知る

「うまくいっていないことは何ですか」→現状と目標のギャップが出来ている問題を本人の口から語ってもらう。面倒くさい・運動が嫌い・お金がかかる等
「上手くいっていることは何ですか」→ギャップを埋めるために活用できる資源（家族や仲間・時間があること・場所等）を考えてもらう

Step3 戦略を練る・複数の戦略を考えてもらう

「目標達成のためにあなたは何かができますか」→今まで取り組んでいたこと、楽しく出来ることを本人に考えてもらう。まだ具体策の提案はしない。

Step4 サポートする

「私がサポートできることは何ですか」→本人が望む内容を指導する、効果的と思われる具体策を提案する。提案しても良いか許可を取って行く。

Step5 行動を促す

「いつから始めますか」→自分の口から決意表明してもらうと行動に移すモチベーションが高くなる。

2. 5 ストレングスモデル

ストレングスモデルとは、その人が抱える病気や障害、問題よりもその人が持つ強み、興味、能力に目を向け、それらをエンパワーメントしながら自立支援につなげていく支援方法である。高齢者の「強み」である残存機能や潜在機能を引き出し、内的・外的資源に働きかけながら、利用者と支援者の良好な人間関係を築きながら支援を展開する。高齢者が成長し、自立できる大きな可能性を持っていることを前提に開発されたものである。以下はストレングスモデルのプロセスである。

- Step1 契約（インテーク）
- Step2 「強み」のアセスメント
6領域（日常生活や能力など）の「強み」についてアセスメントする。
会話の中で利用者自身が自分に強みを発見し、優先順位をつけ、目標作成の基盤とする。
アセスメントでは、過去や現在に社会資源を試みたことを記録し、意識付けする。
- Step3 目標設定
利用者と支援者が共同で設定する。「強み」を重視し、達成可能な目標を重視する。
- Step4 資源の獲得
インフォーマルサービスと利用者のニーズを結びつけ、資源を探し、交渉する。
- Step5 支援の継続（モニタリング）
インフォーマルサービスと現在のケアの方向性を話し合う。

【文献】

- 1) ディビッド・Pマクスリー（野中 猛、加瀬裕子監訳）：ケースマネジメント入門. 中央法規、P4、1994年.
- 2) 安酸史子他編著：セルフケアマネジメント. メディカ出版、2005年.
- 3) 辻 一郎監修：実践事例で学ぶ介護予防ケアマネジメントガイドブック. 中央法規出版 2007年.
- 4) 地域包括支援センター業務マニュアル
- 5) 平成19年度老人保健健康増進等事業：介護予防実務者に対する介護予防教育の推進事業・暮らしの視点での介護予防ハンドブック. 特定非営利活動法人地域保健研究会、2008年.
- 6) 平成18年度～19年度科学研究費補助金 研究成果報告書（研究代表者 佐藤紀子）：高齢者のための社会的サポートネットワークを促進する保健師活動方法に関する研究、2008年.
- 7) 松本千明：医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎－生活習慣病を中心に－. 医歯薬出版株式会社、2002年.
- 8) 柳澤厚生編著：コーチングで保健指導が変わる. 医学書院、2008年.
- 9) ベッキー・ファースト・ローズマリー・チャンピ（青木信雄・浅野仁訳）：高齢者・ストレンクスモデルケアマネジメントーケアマネジャーのための研修マニュアルー. 筒井書房、2005年.

IV. 事業評価

1. 事業評価の目的、意義

地域支援事業では、これまで以上に事業実施目標の明確化やその検証が求められる。そのため地域支援事業に関する計画を策定する際には、事業目的を明確に認識するだけでなく、具体的な達成目標や数値目標を定めることが必要になる。計画時に設定した目標については、計画終了時にその評価をすることはもとより、計画期間中においても、適切な時期に評価をして、事業の見直しを行う必要がある。

定めた目標の達成状況を確認し、目標値の見直しや事業実施方法の改善につなげるために行うのが事業評価である。

なお、事業評価は、事業者、地域包括支援センター、市町村の3者がそれぞれの立場で行うものである。以下、それぞれの単位における評価のあり方を示す。

介護予防特定高齢者施策の目的と目標

目的：生活機能の低下や、個々の対象者を取り巻く環境要因の変化により、要支援・要介護状態に陥るおそれのある者を早期に発見し、集中的に必要なに応じた介護予防のためのプログラム（運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上、閉じこもり予防・支援、認知症予防・支援、うつ予防・支援）を提供することで、活動的な生活を目指す。

目標：介護予防特定高齢者施策のうち通所型介護予防事業及び訪問型介護予防事業の参加者数は、高齢者人口の概ね5%を目安として、地域の実情に応じて定める。利用者のうち悪化が防止される者の割合については、各自治体におけるこれまでの実績や厚生労働省「介護予防継続的評価分析検討会」の分析結果などをもとに、その目標値を設定する。

2. 事業者単位（各介護予防プログラム）の評価

2. 1 プロセスに関する評価

目標を達成するまでの工程が的確に企画され、実施経過が把握されているかどうかを評価することは、効果的な事業展開には必要不可欠であり、事業の実効性や効率を確保するための事業企画や実施過程に関する指標であるプロセス指標を用いた評価が必要となる。事業実施にあたって、それぞれのチェック項目について実績を収集することが必要である。

<プロセスに関する評価チェックリスト（例）>

	項目
1	事前・事後アセスメントの実施：各介護予防プログラムを実施する前後において、事業参加者の生活機能についてアセスメントを実施しているか。

2	個別サービス計画の作成：参加者全員について、参加の目標、参加者のニーズ等を確認して、個別サービス計画を作成しているか。
3	重要事項の説明：参加者全員に対して、各介護予防プログラムの目的、注意事項など、重要事項の説明を行っているか。
4	個人情報の取扱いに関する説明と同意：参加状況やアセスメント結果等の個人情報に関する取扱いについて、参加者に説明し同意を得ているか。
5	モニタリングの実施：各介護予防プログラムの実施状況、目標の達成度等をモニタリングする体制を整備しているか。
6	フォローアップ体制の整備：各介護予防プログラム終了後に、修了者の状況をフォローアップする体制が整っているか。

2. 2 アウトプットに関する評価

事業者は、個別プログラムごとに次のような集計表を参考に、実施期間における各プログラムの実施効果の検証を行う。

<個別プログラムごとの集計表>

プログラム名			
	目標	実績	達成率
開催回数			%
登録者数			%
参加者数			%
修了者数・割合			%
中断者数・割合			
継続者数・割合			

<個別事業ごとの年間集計表>

事業者は、個別プログラムごとの集計に基づき、年間での目標と実績の検証を行う。

プログラム名	運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	認知症 予防・支援	閉じこもり 予防・支援	うつ 予防・支援	合計
開催回数							
登録者数							
参加者数							

修了者数・割合							
中断者数・割合							
継続者数・割合							

2. 3 アウトカムに関する評価

事業者は個別プログラムごとに、事前及び事後のアセスメントを通じて、利用者における客観的な状態の変化や主観的な状態の変化を把握する。

プログラム名	目標	実績	達成率
参加者数			
QOL指標維持・改善者数・割合			
主観的健康感維持・改善者数・割合			
生活機能（基本チェックリスト点数）維持・改善者数・割合			
要支援・要介護に至った者の数・割合			
介護予防ケアプラン上の目標を達成した者の数・割合			
特定高齢者でなくなった者の数・割合			

3. 地域包括支援センター単位の評価

3. 1 プロセスに関する評価

介護予防特定高齢者施策の実施にあたって、目標を達成までの工程が的確に企画され、実施経過が把握されているかどうかの評価は必要不可欠である。プロセス指標（チェックリスト）による確認とそれぞれの項目について実績を収集することとする。

<プロセスに関する評価チェックリスト（例）>

	項目
1	課題分析（一次アセスメント）が適切に行われているか（生活機能のリスク、医学的視点、生活環境、健康状態、本人や家族の希望など包括的なアセスメントが行われた割合）。
2	介護予防ケアプランの作成が適切に行われているか（目標、ニーズ、サービス内容、期間が明記されているか）。
3	適宜、サービス担当者会議などの場で関係者と連携を図っているか。
4	認知症や閉じこもりなど、利用者の状況に応じて家族や地域と連携し事業への参加を働きかけているか。

5	介護予防特定高齢者施策の対象外となった高齢者について、適切なフォローアップが行われているか。
6	アセスメント結果等の個人情報に関する取扱いについて、介護予防ケアマネジメントの対象者に説明し同意を得ているか。
7	事業の実施状況、目標の達成度、事業の適切性、新たな介護予防ニーズの有無等について、的確にモニタリングを実施しているか。
8	効果の評価は適時・適切に実施しているか。
9	個人情報の管理は適切に実施しているか。

<プロセス評価の実績>

地域包括支援センターでのプロセス評価として、下記のような実績を毎年集計し分析を行う。

情報提供があった高齢者数 (A)		
経路	要介護認定の担当部局との連携による把握	
	訪問活動を実施している保健部局との連携による把握	
	医療機関からの情報提供による把握	
	民生委員等からの情報提供による把握	
	地域包括支援センターの総合相談支援業務との連携による把握	
	本人、家族等からの相談による把握	
	特定健康診査等の担当部局との連携による把握	
	その他市町村が適当と認める方法による把握	
介護予防ケアプランの作成に至った高齢者の数 (B)		
介護予防ケアプランの作成に至った高齢者の割合 (B/A)		
介護予防ケアプランの作成に至らなかった高齢者の数 (C)		
理由	特定高齢者ではなかった	
	必要なプログラムがなかった	
	本人又は家族の同意が得られなかった	
	介護予防特定高齢者施策以外で対応した	
	その他	
介護予防ケアプランの作成に至らなかった高齢者の割合 (C/A)		
介護予防ケアプランの作成時に関係者の打ち合わせを行った高齢者の数 (D)		
介護予防ケアプラン作成件数に対する割合 (D/B)		

3. 2 アウトプットに関する評価

	目標	実績	達成率
介護予防ケアマネジメント実施件数			
参加者数			
修了者数・割合			
中断者数・割合			
継続者数・割合			

3. 3 アウトカムに関する評価

地域包括支援センターは、当該センターが介護予防ケアマネジメントを実施した利用者について、サービス事業者が実施したアウトカム評価の結果について報告を受けたうえで、その結果を集計する。したがって評価表の書式は、事業者におけるそれとほぼ同一のものとなる。ただし、事業者での評価は個別サービスごとに行われるのに対して、地域包括支援センターでの評価は利用者ごとに行われるという点で違いがある。

項目	目標	実績	達成率
参加者数			
QOL指標維持・改善者数・割合			
主観的健康感維持・改善者数・割合			
生活機能（基本チェックリスト点数）維持・改善者数・割合			
要支援・要介護に至った者の数・割合			
介護予防ケアプラン上の目標を達成した者の数・割合			
特定高齢者でなくなった者の数・割合			

4. 保険者（市町村）単位の評価（総合評価）

保険者の評価は、地域包括支援センターの総括的役割を担う。また、保険者ごとの取り組み方針を見直し、新予防給付との関連についても検証する必要がある。

4. 1 プロセスに関する評価

介護予防特定高齢者施策実施にあたって、目標を達成までの工程が的確に企画され、実施経過が把握されているかどうかの評価は必要不可欠である。

プロセス指標（チェックリスト）による確認とそれぞれ項目について実績を収集すること

とする。

また、プロセス評価のチェック項目ごとに経年的変化を観察することを通して、介護予防プログラム実施にあたっての体制の再検討を行うことで、より効果的な介護予防プログラムの実施を目指す。

1) 特定高齢者を適切に把握・選定するため、複数の把握ルート（チャンネル）を確保しているか。

把握ルート	18年度		19年度		20年度	
	件数	構成比	目標値	構成比	目標値	構成比
要介護認定の担当部局との連携						
訪問活動を実施している保健部局との連携						
医療機関からの情報提供						
民生委員等からの情報提供						
地域包括支援センターの総合相談支援業務との連携						
本人、家族等からの相談						
特定健康診査等の担当部局との連携						
その他						
合計						

2) 事業の企画・実施・評価に当たって住民の参画を求めているか。

- 介護保険事業計画策定の過程で住民の参画はあったか。
- 事業実施経過を公表する体制が整っているか。
- 地域包括支援センター運営協議会の構成員に地域住民の代表が参加しているか。

3) 事業の質を管理するシステムが確立しているか。

- 事業実施状況を把握しているか。
- 事業実施に伴う苦情や事故を把握する体制が確立しているか。
- 介護予防プログラムごとの検証に基づき、次年度以降の実施計画見直しが行われているか。
- 事業供給量と需要の関係が的確に把握されているか。
- 対象者の把握について、年齢的な偏りはないか。

- 4) 介護予防プログラムの効果をモニタリングするシステムが確立しているか。
- 定期的に介護予防プログラムの実施状況を把握する体制が確立しているか。
 - 介護予防プログラムの効果を分析を行う体制が確立しているか。
 - 高齢者全体の状況把握ができていますか。
 - 庁内でのコンセンサスの元で個人情報の保護、収集した情報の利活用について体制が整備されているか。
 - 情報の共有を効果的に行っているか。
- 5) 関係機関（地域包括支援センターやかかりつけ医、民生委員等）との連携ができていますか。
- 情報の共有について、共有情報の範囲、管理方法、利活用に関する取り決めが行われているか。
 - 対象者把握に協力した機関へのフィードバック体制が確立されているか。
 - アセスメント情報などの個人情報が共有されることについて、利用者への説明と同意を得ているか。

4. 2 アウトプットに関する評価

地域包括支援センターおよび各事業者単位の実施状況を保険者が集計し、評価する。

	目標	実績	達成率
介護予防ケアマネジメント実施件数			
参加者数			
修了者数・割合			
中断者数・割合			
継続者数・割合			

4. 3 アウトカムに関する評価

保険者におけるアウトカム評価は、2つの要素により構成される。第1に、介護予防プログラム参加者の改善・悪化の程度を評価するものである。それは、当該市町村における地域包括支援センターで行われたアウトカム評価（前記）の結果を集計することにより行われる。なお、その際には、介護予防プログラム参加者における改善・悪化の程度について事業者ごとに集計し直して、各事業者の成績を比較することも重要な課題である。なお、これに関するは地域包括支援センターのそれと全く同一となるので、ここでは記載を省略する。

保険者における第2のアウトカム評価とは、当該市町村における要介護認定の動向に関するものである。すなわち年度ごとに、新規に認定を申請した者、実際に認定された者の数と要介護度区分別の内訳などを集計して、自然体での（これまでの認定状況が続いた場合に想定される）要介護認定者の見込み数と比較することにより、当該市町村での介護予防効果を評価するものである。以下に、その書式を示す。

介護予防事業の実施状況等に基づきその効果を評価する必要がある。

	18年度	19年度	20年度
「旧要支援+旧要介護1」の人数（自然体）(A)			
「旧要支援+旧要介護1」の人数（実績）(B)			
減少率(B/A)			

	18年度	19年度			20年度		
	実績	目標 (a)	実績 (b)	達成率 (b/a)	目標 (a)	実績 (b)	達成率 (b/a)
対象者総数							
新規認定申請者数							
新規認定者数							
新規認定者のうち 要支援1・2の人数							
新規認定者のうち 要介護1の人数							

事業実施による認定出現率の変化を検証する

	18年度	19年度	20年度
新規要介護認定者数			
出現率	(/全高齢者人口)		

介護予防特定高齢者施策参加者からの新規要介護認定者数			
	出現率	(/全高齢者人口)	
介護予防特定高齢者施策非参加者からの新規要介護認定者数			
	出現率	(/全高齢者人口)	

事業実施による各種指標の変化を検証する。

	18年度	19年度		20年度			
	実績	目標	実績	達成率	目標	実績	達成率
事業参加者数							
QOL指標維持・改善者数・割合							
主観的健康感維持・改善者数・割合							
生活機能維持・改善者数・割合							
事業参加者からの新規要介護認定申請者数・割合							
事業参加者からの新規要介護認定者数・割合							

5. 事業評価における都道府県や国の役割

5.1 都道府県の役割

○地域支援事業に従事する者の確保又は資質の向上に資する事業に関する事項

項目	実施の有無	内容
人材の確保支援		
介護予防事業の適正化や資質の向上、研修体制		

5. 2 国の役割

地域支援事業は、介護保険財政から事業費が支出されることとなることから、国民に対する説明責任が求められる。事業の実施主体は市町村であるが、特に最初の3年間は、事例集の作成や全国規模の研修会の開催など、国において事業の普及啓発に努める必要がある。また、地域支援事業の事業費は介護保険料の概ね3%であるが、一部の小規模な市町村においては、事業費が極めて少なくなり、運営が困難となることも予想される。このため、国は、広域的な地域包括支援センターの取り組み事例や、適正な実施のあり方など、情報提供を積極的に行い、こうした市町村の支援に努める必要がある。

- 地域支援事業を展開するにあたり、「個人情報の保護」の観点など、全国一律で対応すべきことは、国が責任を持って適正な実施について方向性を示す。
- 広く国民から意見を伺い、保険者などに対して事業実施の適正な支援に努める。
- 地域支援事業を担う人材育成に取り組む必要がある。

V. 研究班名簿

安藤 智子	千葉県銚子市民生部高齢者福祉課銚子市地域包括支援センター（※）
歌川さとみ	東京都千代田区保険福祉部介護保険課
岡本 玲子	神戸大学医学部保健学科看護学専攻地域看護学
木村 隆次	日本介護支援専門員協会（※）
篠田 道子	日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科（※）
○ 辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科（※）
中尾 晶美	氷見市社会福祉協議会
成田すみれ	横浜市総合リハビリテーションセンター社会参加支援課（※）
貫井 信幸	山梨県立北病院（※）
野中 博	医療法人社団博腎会野中病院（※）
山本美喜子	高浜市福祉部保健課

（○：班長、※改訂時）