

介護予防事業に係る  
市町村介護保険事業計画  
に関する報告書（案）

平成17年10月  
介護予防事業に係る市町村介護保険  
事業計画に関する研究班

主任研究者 烏帽子田 彰

# 目 次

序 言	3
第Ⅰ部 市町村介護保険事業計画（介護予防事業部分）の概要	4
Ⅰ-1. 介護予防事業の背景	4
Ⅰ-2. 介護予防事業の目的等	5
Ⅰ-3. 介護予防事業の特徴および地域支援事業における位置づけ	6
Ⅰ-4. 地域支援事業の全体像と介護予防事業の関係	6
Ⅰ-5. 個別事業の実施及び実施体制等	10
Ⅰ-6. 介護予防ケアマネジメントの体制	11
第Ⅱ部 市町村介護保険事業計画（介護予防事業部分）作成の手順および介護予防事業の評価	13
Ⅱ-1. 作成過程のイメージ	13
Ⅱ-1-1. 介護予防事業の理解と見直しのポイント確認	13
Ⅱ-1-2. 作成作業	14
Ⅱ-1-3. 他の市町村計画との整合性の確認	15
Ⅱ-2. 作成作業	15
Ⅱ-2-1. 現状分析	15
Ⅱ-2-2. 介護予防特定高齢者施策の対象者数の推計および選定方法	17
Ⅱ-2-3. 介護予防事業に係る目標値とその設定	18
Ⅱ-2-4. 介護予防事業の事業量見込みの算出	22
Ⅱ-2-5. 介護予防事業の評価の方法	23
第Ⅲ部 市町村介護保険事業計画（介護予防事業部分）とまちづくり・地域づくり	33
Ⅲ-1. 介護予防の目的・内容と今日における課題	33
Ⅲ-2. ヘルスプロモーションとまちづくり	34
Ⅲ-2-1. 地域づくり・まちづくりの視点	35
Ⅲ-2-2. 広義の介護予防の推進	36
Ⅲ-2-3. 自立支援を強化する環境づくり	37
Ⅲ-3. 計画づくりの目標の共有と介護予防	38
Ⅲ-4. 計画づくりの際の留意点	38
Ⅲ-4-1. 計画作成、実施、評価プロセスの重視	39
Ⅲ-4-2. 地域性の尊重と資源の開発・活用の視点（地域保健福祉経営）	39

Ⅲ-4-3. バリアフリーの視点	41
Ⅲ-4-4. 利用者主体、生活者の視点と圏域	43
Ⅲ-4-5. 権利擁護システムの確立	43
Ⅲ-4-6. 地域福祉を推進する専門職と専門性	43
Ⅲ-4-7. 関連専門職間及び当事者間における連携協働	44
Ⅲ-5. 介護予防とまちづくりを推進するための課題	45
Ⅲ-5-1. 地域保健・地域福祉を推進する組織・団体の組織性の強化	45
Ⅲ-5-2. 生活の動線を重視したまちづくり	46
Ⅲ-5-3. 情報の社会化と相談体制	46
Ⅲ-5-4. 利用者の満足度の尊重、自己決定の原則	48
Ⅲ-5-5. 地域密着型サービスの整備	48
Ⅲ-6. 都道府県等の役割	49
Ⅲ-6-1. 都道府県（保健所を含む）の役割	49
Ⅲ-6-2. NPO支援センター、ボランティアセンターなどの役割	49
まとめ	50
研究班員名簿	52

<p>参考資料 市町村介護保険事業計画（介護予防事業部分）作成の実例 ～作成の実例の提示による作成の手順等の解説～</p>
---

## 序 言

平成12年4月から導入された介護保険制度は、わが国の社会・地域に着実な定着をみており、さらに、今後の人口構造の高齢化の加速度的な進行などから、そのニーズは、ますます増大すると見込まれる。それに対応して、地域において適切な種類のサービスが適切に整備されること等を目的として、市町村は介護保険事業計画を作成することとされている。

現行の介護保険事業計画の見直しにあたっては、提供するサービスの量的かつ質的確保等の必要性から、これまでの実績評価等を基にした計画の評価・修正や時代に即した新たな展開が必須であるとともに、この度の制度改正において重要性が指摘されている介護予防の理念を具体化するための新たな対応が求められている。

さらに、制度施行後6年を迎えようとしている今、過渡期的現象ながら見受けられる以下の不備等も課題となっており、その解消に向けた取組が欠かせない。

すなわち、自立支援を謳って導入された介護保険の理念がなお十分に徹底されていないこと等に起因するとも考えられる課題への対応、例えば、①介護保険制度に基づくサービスの適用に関して、客観的なサービス選択が行われるための体制の確保、②不適切なサービス提供等の改善、③健康維持・増進もしくは状況・境遇の改善に関する意識の向上等である。

また、介護保険制度の運用の適正化や健康づくり関連事業等と連携した効果的・効率的推進を図ることは今日的な課題であり、これにより、合目的な体系化や事業の推進に資することが可能となり、介護保険制度が社会的・地域的に定着しつつある現状を踏まえ、早急に、これらに対して適切に対応する必要がある。

そのため、これらの課題の克服に資する観点から、本報告書では、関係の実務者・研究者・学識者等からなる研究班において、地域支援事業において実施される介護予防の資する事業（以下「介護予防事業」という。）のあり方を検討するとともに、市町村介護保険事業計画を作成するにあたり、特に、「介護予防事業のあり方（介護予防事業に関する市町村介護保険事業計画の作成等）」について検討を行った成果について報告を行うものである。

## **第 I 部 市町村介護保険事業計画（介護予防事業部分）の概要**

### **I-1. 介護予防事業の背景**

介護保険制度は、わが国を、安心・安全・満足の日本型健康社会とする基盤を培い、2015年を経て、来るべき超高齢社会に備えるために創設され運用されている。また、わが国の目指す「明るく活力ある超高齢社会」の実現には、高齢者は勿論のこと、生活者が、可能な限り健康かつ活動的な生活を送ることのできる社会環境と制度の整備ならびに運用が必須であり、この実現のため、介護保険制度においては、新たに「介護予防」の視点から、高齢者の心身機能・活動能力・社会参加等の生活レベル低下の介護予防による活動性の維持・要介護状態の防止等を目的とする『予防重視型社会システム』の構築に向けた制度とし、さらに、このシステムを、高齢者・生活者の納得と満足のいくシステムとするべく検討が加えられた。

さて、わが国の医療・保健・介護のシステムは、徐々に、受け手のための制度・事業として、社会・地域に定着しつつあるものの、前述の目的に沿ったシステムに至っていないとの指摘もある。具体的には、現行制度で高齢者に対して介護予防・リハビリテーションの観点から提供されているサービスは、市町村事業として実施されている「老人保健事業」や「介護予防・地域支え合い事業」の各種サービス、介護保険制度における「予防給付」や「介護給付」の一部、医療保険制度におけるリハビリテーションの一部が該当するが、制度・事業の一貫性や連続性に欠けサービスの必要な対象者に適切なサービスが必ずしも提供されない空白性・重複性があること、サービス内容の統一性に乏しくサービスを提供する各職種間の連携が取れないこと、対象者のニーズ・状況の把握やサービス結果等に対する適切な評価が適宜に実施されていないこと等から早急に解決すべき課題を残しているところである。

これらの課題解決に向け、現行の制度・事業、および、その運用等を再評価し、再編成・再構築を基本とし、さらに、抜本的かつ目的志向・合目的性の観点から新基軸の事業の展開を「総合的な介護予防システム」として図るための具体的な方策等が、第4回介護予防サービス評価研究委員会（平成17年7月20日）により示された。この報告においては、特に、要介護状態になる前の段階において、要支援・要介護1までの高齢者について、統一的な体系化における効果的・効率的な介護予防サービスを提供するシステムの構築が必須であるとし、そのための、統一的な介護予防ケアマネジメントの確立、市町村事業の見直し、新予防給付の創設等を示した。

以上の経緯から、地域支援事業の創設に至ったところである。

## I-2. 介護予防事業の目的等

介護予防は、「要介護状態になることをできる限り防ぐ（発生を予防する）こと、そして要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする（維持・改善を図る）こと」であり、単に運動機能や栄養状態など、個々の要素の改善だけを目指すものではなく、高齢者一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して生活の質（QOL）の向上を目指すものである。さらには、生活習慣病予防と連携することにより、国民の健康寿命をできる限り延伸させていく取組でもある。

また、介護予防は、活動的な状態にある元気高齢者を対象に生活機能の維持・向上に向けた取組を行う「一次予防」と、虚弱な状態にある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「二次予防」、さらには要支援・要介護状態にある高齢者の要介護状態の改善や重症化予防を行う「三次予防」に大別される。

こうした介護予防のうち、介護予防事業は、全ての高齢者に対するポピュレーションアプローチとしての介護予防（一次予防）に取り組む介護予防一般高齢者施策と、主に虚弱な高齢者に対するハイリスクアプローチとしての介護予防（二次予防）に取り組む介護予防特定高齢者施策からなる。その実施にあたっては、生活習慣病予防や新予防給付として提供される三次予防としての介護予防と連続的に切れ目なく、かつ総合的に実施される必要がある。

一方、一次予防としての介護予防を推進するためには、ヘルスプロモーションの視点が欠かせない。高齢者が活動的な暮らしをするためには、高齢者の孤立・孤独の問題を解決することが肝要であり、「人と人の関係性に着目した視点を重視した共に支え合う人づくりや仲間づくり」を行うなど、「地域づくり・まちづくり」の視点が特に重要である。また、高齢者の雇用機会を確保したり、参加・交流の場づくりや公共交通網を整備するなど、社会参加を支援する社会環境の整備も重要である。

介護予防事業の中で実施する一般高齢者に対するポピュレーションアプローチとしての介護予防は、こうした総合的な介護予防対策の一部を担うものであり、介護保険外で実施する高齢者保健福祉施策などとともに、総合的かつ一体的に推進する必要がある。

本報告書では、市町村介護保険事業計画の中に記載する介護予防事業の円滑な実施を図るための事業に当たっての基本的な考え方や留意点などについて整理するとともに、法令に基づいて事業計画に盛り込むべき介護予防事業の見込み量やその確保のための方策などについて整理した。その計画作成にあたっては、こうした広い意味での総合的な介護予防対策の中での介護予防事業の位置づけを十分に理解した上で実施することが期待される。

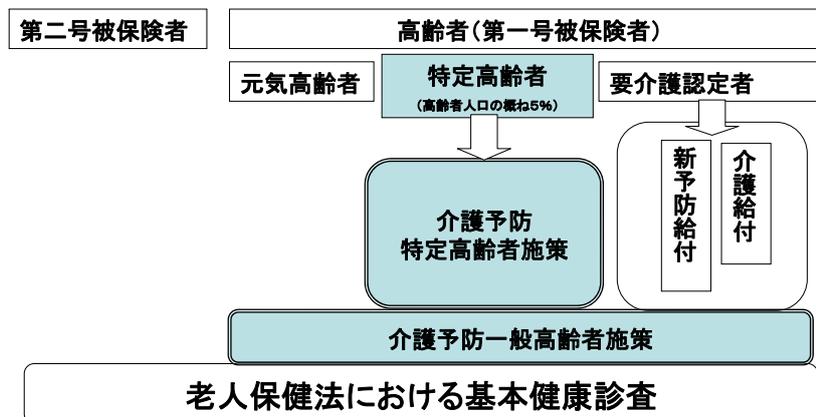


図1 介護予防事業の位置づけ

### I-3. 介護予防事業の特徴および地域支援事業における位置づけ

介護予防を目的として実施されてきた事業等として、介護保険法に基づく予防給付の他、市町村が実施する事業としては、現在、老人保健法に基づく老人保健事業や介護予防・地域支え合い事業があるが、今回の介護保険制度の見直しにあたっては、これらの事業等に内包される課題等を評価した上で、新たな制度として見直し、介護予防事業が実施されることとなっている。

一方、地域の実情等を踏まえたきめ細かな対応を通じて、効率的で効果的なサービスの提供を可能にするため、介護予防事業は、地域保健・地域福祉の時代に即したものとして新たに位置づけられるべきである。

さらに、介護予防事業は総合的な介護予防システムの一環として新予防給付等の制度とともに、全国の市町村において速やかな導入と定着が図られる必要がある。現時点の見込みでは、新予防給付の実施については平成18年度から2年間の移行期間が設けられるが、介護予防事業については全ての市町村において平成18年度から実施されることとされ、介護予防事業を盛り込んだ市町村介護保険事業計画についても、平成17年度中に作成し、18年度から実施されることとされている。

### I-4. 地域支援事業の全体像と介護予防事業の関係

介護予防事業とは、被保険者が要支援・要介護状態となることを予防し、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とした事業である。こうした介護予防事業を含む、地域支援事業全体の構成は、次の通りとなる。

表 1 地域支援事業全体の構成

1) 必須事業
① 介護予防事業
: 介護予防特定高齢者施策 (ハイリスクアプローチ)
: 介護予防一般高齢者施策 (ポピュレーションアプローチ)
② 包括的支援事業
: 介護予防ケアマネジメント事業
: 総合相談支援事業
: 権利擁護事業
: 包括的・継続的マネジメント事業
2) 任意事業 (介護給付費適正化事業等)

このうち、介護予防に関する事業としては、市町村あるいは委託を受けた事業所が行う介護予防事業と、市町村または委託を受けた法人が運営する地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメント事業があり、前者には介護予防特定高齢者施策と介護予防一般高齢者施策がある。

介護予防特定高齢者施策とは、高齢者人口の5%程度の虚弱高齢者(特定高齢者)を対象に、市町村保健センターや公民館等の場所における実施を基本としている。その内容は、「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」を目指したものとなる。また、介護予防特定高齢者施策を実施するためには、生活機能が低下している虚弱高齢者を様々なチャンネルを通じて把握する必要があるが、そのための特定高齢者把握事業も介護予防特定高齢者施策と位置づけられる。介護予防特定高齢者施策全体の数値目標としては、1年後に「要支援」「要介護1」になるとなる可能性の高い高齢者(特定高齢者)に対して、介護予防事業を展開し、実際に「要支援」「要介護1」となる高齢者を20%程度抑制することを目指している。(その考え方は表2に示す通り)

表2 参酌標準案

	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
要介護2 ～5	$C_{18}$	$C_{19} - \beta_{18}$	$C_{20} - \beta_{19}$	$C_{21} - \beta_{20}$	$C_{22} - \beta_{21}$	$C_{23} - \beta_{22}$	$C_{24} - \beta_{23}$	$C_{25} - \beta_{24}$	$C_{26} - \beta_{25}$
要支援・ 要介護1	$B_{18} \times 1/10 \times 0.6 = \beta_{18}$ $B_{18}$	$(B_{19} - \alpha_{18} + \beta_{18}) \times 1/10 \times 0.8 = \beta_{19}$ $B_{19} - \alpha_{18} + \beta_{18}$	$(B_{20} - \alpha_{19} + \beta_{19}) \times 1/10 = \beta_{20}$ $B_{20} - \alpha_{19} + \beta_{19}$	$(B_{21} - \alpha_{20} + \beta_{20}) \times 1/10 = \beta_{21}$ $B_{21} - \alpha_{20} + \beta_{20}$	$(B_{22} - \alpha_{21} + \beta_{21}) \times 1/10 = \beta_{22}$ $B_{22} - \alpha_{21} + \beta_{21}$	$(B_{23} - \alpha_{22} + \beta_{22}) \times 1/10 = \beta_{23}$ $B_{23} - \alpha_{22} + \beta_{22}$	$(B_{24} - \alpha_{23} + \beta_{23}) \times 1/10 = \beta_{24}$ $B_{24} - \alpha_{23} + \beta_{23}$	$(B_{25} - \alpha_{24} + \beta_{24}) \times 1/10 = \beta_{25}$ $B_{25} - \alpha_{24} + \beta_{24}$	$(B_{26} - \alpha_{25} + \beta_{25}) \times 1/10 = \beta_{26}$ $B_{26} - \alpha_{25} + \beta_{25}$
地域支援 事業対 象者	$A_{18} \times 1/5 \times 0.6 = \alpha_{18}$ $A_{18}$ =高齢者人 口× $a_{18}\%$	$(A_{19} + \alpha_{18}) \times 1/5 \times 0.8 = \alpha_{19}$ $A_{19} + \alpha_{18}$ $A_{19}$ =高齢者 人口× $a_{19}\%$	$(A_{20} + \alpha_{19}) \times 1/5 = \alpha_{20}$ $A_{20} + \alpha_{19}$ $A_{20}$ =高齢者 人口×5%	$(A_{21} + \alpha_{20}) \times 1/5 = \alpha_{21}$ $A_{21} + \alpha_{20}$ $A_{21}$ =高齢者 人口×5%	$(A_{22} + \alpha_{21}) \times 1/5 = \alpha_{22}$ $A_{22} + \alpha_{21}$ $A_{22}$ =高齢者 人口×5%	$(A_{23} + \alpha_{22}) \times 1/5 = \alpha_{23}$ $A_{23} + \alpha_{22}$ $A_{23}$ =高齢者 人口×5%	$(A_{24} + \alpha_{23}) \times 1/5 = \alpha_{24}$ $A_{24} + \alpha_{23}$ $A_{24}$ =高齢者 人口×5%	$(A_{25} + \alpha_{24}) \times 1/5 = \alpha_{25}$ $A_{25} + \alpha_{24}$ $A_{25}$ =高齢者 人口×5%	$(A_{26} + \alpha_{25}) \times 1/5 = \alpha_{26}$ $A_{26} + \alpha_{25}$ $A_{26}$ =高齢者 人口×5%

(注1) 上記における各記号はそれぞれ以下を示す。

- $A_{\circ}$  : ○年度における高齢者人口に一定の割合を乗じて導いた地域支援事業の対象者数
- $B_{\circ}$ 、 $C_{\circ}$  : ○年度における各要介護等区分の自然体の数字
- $a_{\circ}$  : ○年度における高齢者人口のうちの地域支援事業の対象とする者の割合
- $\alpha_{\circ}$  : ○年度における地域支援事業の実施により虚弱高齢者に止まった者の数
- $\beta_{\circ}$  : ○年度における新予防給付の実施により要支援又は要介護1に止まった者の数

(注2) 地域支援事業の対象者は、各年度の高齢者人口に原則5%を乗じた数に、 $\alpha$ の数を加えた数とする。

なお、平成18年度及び平成19年度においては、地域支援事業の開始直後であることを踏まえ、高齢者人口に乘ずる割合を5%以下とするとも可能とするが、平成19年度の実施割合は、平成18年度の実施割合(0～5%)に応じ、5%の概ね8～9割程度の数値を設定するものとする。

(注3) 新予防給付については、現行の要支援・要介護1に相当する人数を基準としているが、これはあくまで、事業計画を作成するにあたり、要介護者等の将来の数を見込む際の機械的な算出方法を示したものである  
(実際の新予防給付の対象者は、現行の要支援及び要介護1に相当する者の中から介護予防が適当な者をスクリーニングすることとなる。)

介護予防一般高齢者施策は、虚弱高齢者に限らず全高齢者を対象とするものであり、①介護予防に関する情報の提供、②地域におけるボランティア活動等を活用した介護予防のための活動等の実施、③介護予防に資する活動を行おうとする地域住民に対する場の提供等の事業からなる。

介護予防事業の財源は、65歳以上の高齢者から徴収する1号保険料、40歳以上の者から徴収する2号保険料及び公費から構成される。その構成割合は、図2に示すとおり、現行の介護保険給付の財源構成と同じとなる。また、包括的支援事業にかかる財源は、1号保険料と公費から構成される。介護予防事業及び包括的支援事業それぞれの予算規模については、各市町村が決定し市町村介護保険事業計画に明記されることとなるが、それぞれ介護給付費の1.5%が上限となる。

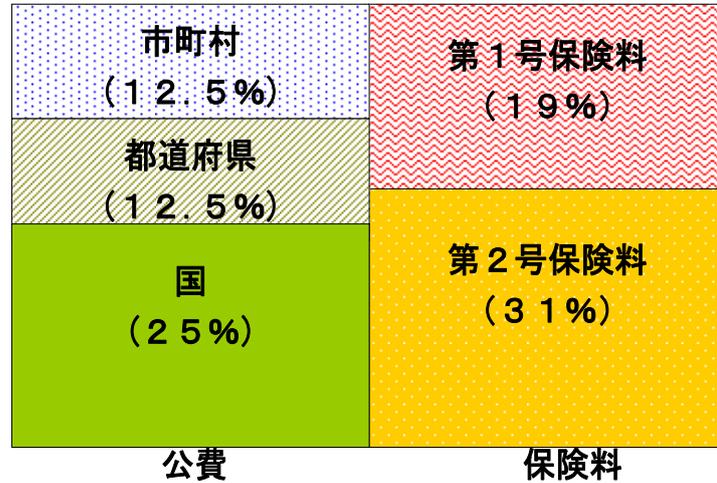


図2 地域支援事業における介護予防の財政構成

前節でも述べたが、介護予防事業における「介護予防一般高齢者施策」は、介護保険外で実施する高齢者保健福祉施策をも含めた総合的な高齢者全体に対する施策の中の一部の機能を担っている。また、介護予防事業を実効あるものにするためには、「介護予防一般高齢者施策」、「介護予防特定高齢者施策」、「新予防給付」、「介護保険外の高齢者保健福祉施策」等が独立したものではなく、相互に密に連携する必要があることを十分に認識しておく必要がある。「介護予防特定高齢者施策」により、特定高齢者の生活機能の向上が短期的に図られたとしても、その後、地域全体でどのような支援が行えるか否かによって、中長期的な介護予防効果は大きく異なる可能性がある。

介護予防事業における両施策の対象者および実施内容を整理すると、以下になる。

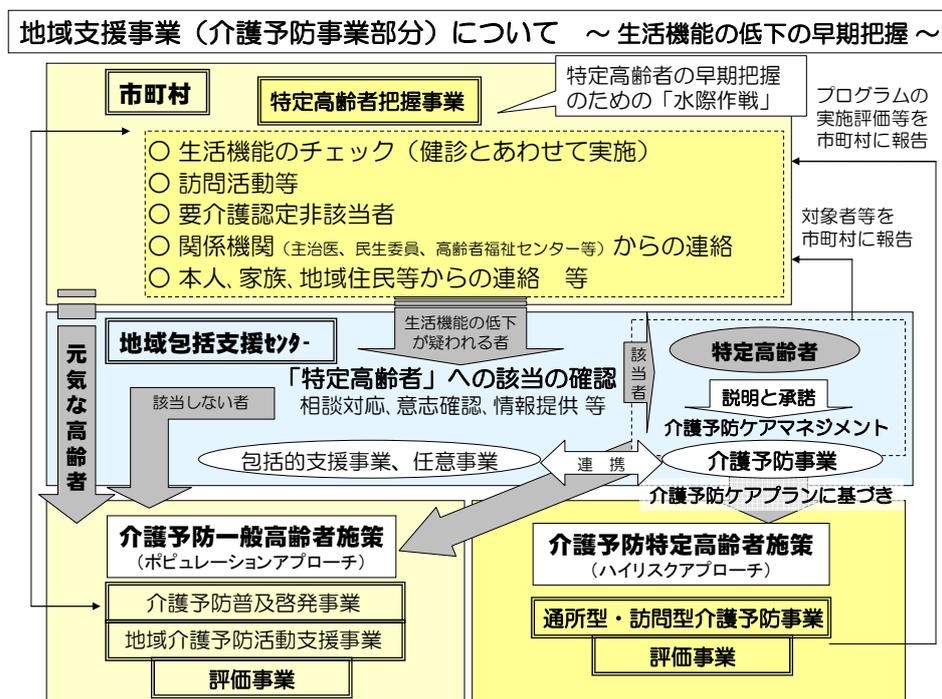


図3 地域支援事業（介護予防事業部分）の概要

### I-5. 個別事業の実施及び実施体制等

市町村が、介護予防事業を効果的・効率的に推進するためには、事業参加者の特性や社会資源等の地域実態を踏まえた上で、必要な人に必要な事業（サービス）を適正かつ効果的に提供するための実施計画を立てるとともに、その事業を着実に実施するための体制を整備する必要がある。

そのためには、まず先に述べた広い意味での総合的な介護予防対策の中における介護予防事業の位置づけを十分に理解する必要がある。その上で、「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指針」を参考にしながら、介護予防事業に係る費用の額や事業量と対象者数を見込み、事業の効果を加味した要介護認定者数の目標値の設定を行うとともに、事業見込み量を確保するための体制整備の方策などを介護保険事業計画に記載する必要がある。

また、介護予防事業は、特定高齢者（概ね高齢者人口の5%程度）に対する介護予防特定高齢者施策と全高齢者を対象とする介護予防一般高齢者施策で構成される。さらに、介護予防特定高齢者施策については、通所型介護予防事業と訪問型介護予防事業とに分けられる。また、個々の事業プログラム別には、①運動器の機能向上、②栄養改善、③口腔機能の向上、④閉じこもり予防・支援、⑤認知症予防・支援、⑥うつ予防・支援、⑦その他に区分される。（16 ページ介護予防事業の関係イメージ案を参照）

これら6項目の事業プログラムの対象者や実施場所、事業内容、目標設定・評価期間に

については、平成17年6月27日の全国介護保険担当課長会議資料の中で、研究班の検討内容が要約して示されている。あわせて、介護予防一般高齢者施策についても、6事業毎に普及啓発を中心に記載がされている。

さらに詳しい個々の事業プログラムの進め方については、「介護予防に関する各研究班における検討内容」（第4回介護予防サービス評価研究委員会資料：平成17年7月20日）の中にマニュアルが記載されているので参考にすると良い。なお、事業毎のプログラム終了後の予防効果については、同委員会資料「介護予防市町村モデル事業結果報告」の中に記載されており、計画作成の中で事業プログラム毎に効果予測をする際に参考になると考えられる。

表3 介護予防事業における運動器の機能向上のイメージ

事業の種類	対象者	主な担当職種	実施場所	事業内容	目標設定・評価期間	
介護予防特定高齢者施策 (ハイスコアアプローチ)	運動器の機能向上が必要な 虚弱高齢者	医師 通所介護における 機能訓練指導員 看護師等 等	市町村保健センター、公民館等 (委託する場合は、民間事業所等)  (通所が困難な事例については、適宜、訪問により実施)	①二次アセスメント (事前のアセスメント) ②実施計画の作成 ③運動の実施  ④相談等 ⑤事後のアセスメント	○医学的な側面に関する評価 ○体力測定 ○健康関連QOL測定 ○実施計画(原案)の作成 ○説明と同意 ○ストレッチング ○バランストレーニング ○コンディショニングトレーニング ○筋力向上トレーニング ○機能的トレーニング等 ○日常生活上の運動に関する相談 ○地域での自立活動促進等のための個別相談等 ○実施計画に基づき、目標の達成状況や日常生活活動能力等を含めた事後のアセスメントを行う。	6月に1回 (機器を用いる場合は3月に1回)
介護予防一般高齢者施策 (ポピュレーションアプローチ)	全ての高齢者	保健師 等		○運動器の機能向上に関する普及啓発等	○運動を含めたイベントの実施 ○パンフレット等の配布 ○運動器の機能向上に関する地域活動の育成・支援等	1年に1回

先にも述べたように、一般高齢者に対するポピュレーションアプローチについては、生活習慣病予防対策や高齢者が活動的に暮らすことができる環境づくりや地域づくりといった市町村による総合的な取組が必要であり、これらの介護保険外の高齢者保健福祉施策と介護保険制度に基づく介護予防事業（普及啓発等の介護予防一般高齢者施策）を密接に関連させながら一体的に実施する必要があるので留意すること。

### I-6. 介護予防ケアマネジメントの体制

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターにおいて総合相談、権利擁護、介護支援専門員への支援とともに実施されることとなる。その流れは、生活機能が低下していると思われる高齢者に関する情報を地域包括支援センターが様々なルートを活用して早期に把握することから始まる。その上で、基本チェックリストを用いて生活機能状態を調査し、介護予防事業の対象となる者を確認する。次に、一次アセスメントと簡易な介護予防ケアプランを作成することで介護予防ケアマネジメントを実施する。そして、そのケアプランに基づいて事業実施者が二次アセスメントを実施した上で具体的な事業を実施し、モニタリング・評価を行なう。最後に、地域包括支援センターが、一定期間後に利用者の状態を再アセスメントして目標の達成状況などをチェックし、その後のケアプランを作成

する。といったプロセスから成り立っている。（「総合的介護予防システムについてのマニュアル」4-2）

こうした一連の過程の中で、特に考慮すべきポイントとしては、①生活機能が低下していると思われる高齢者の情報が、いつでもどこでもタイムリーに伝わってくること、②ケアプランの実施にあたって介護保険による介護予防サービスだけではなく他の一般事業やインフォーマルサービスなどを組み合わせる必要があること、③一定期間の介護予防プログラムが終了した後に、引き続き参加・継続できる場や活動につなぐことができること、④生活習慣病予防も含めたポピュレーションアプローチをヘルスプロモーションの視点を重視しながら自治体ぐるみで総合的に推進することなどが考えられる。

このように地域包括支援センターには、高齢者に対する包括的な地域ケアネットワークの要としての役割を發揮できる体制を整備することが期待される。そのためには、医療機関や社会福祉協議会、福祉施設、介護保険事業者はもとより、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など、多様な組織や団体との密接な連携ネットワークを構築することが欠かせない。

また、上記の①から④の連携を推進するためには、市町村内で保健福祉担当部局と地域包括支援センターが密接に連携できる体制を整備することも欠かせない。さらに、自治体の最大の役割は、地域における総合的な介護予防システムを作り上げることであり、上記の関係機関・団体とも連携しながら、総合的な計画を立案し事業評価を行い一定期間後に見直すことが求められる。こうしたことを可能にするためには、保健福祉担当部局や介護保険担当部局だけでなく、雇用・教育・交通・建設・警察など数多くの部局とも連携がとれる体制をつくることも大切である。（「総合的介護予防システムについてのマニュアル」5-3、6-1）

## **第Ⅱ部 市町村介護保険事業計画（介護予防事業部分）作成の手順および介護 予防事業の評価**

介護保険法等の一部改正に基づき、市町村介護保険事業計画の見直しが行われる。見直しにあたって、新たに創設された地域支援事業に関する事項を盛り込むことになる。

本稿の目的は、市町村介護保険事業計画（介護予防事業部分）の作成方法について、参考として例示するものである。

### **Ⅱ-1. 作成過程のイメージ**

作成過程のイメージは以下のとおりである。

1. 介護予防事業の理解と見直しポイントの確認
2. 作成作業
  - ・現状分析
  - ・介護予防事業に要する費用の額の算出
  - ・対象者の推計と把握および参加者の選定方法の設定
  - ・目標値の設定
  - ・事業量見込みの算出
  - ・評価方法の設定
3. 他の市町村計画との整合性の確認

#### **Ⅱ-1-1. 介護予防事業の理解と見直しのポイント確認**

関連法規に基づき、地域支援事業創設の背景、目的を理解する。計画の見直しにあたって、地域支援事業全体に関する計画を盛り込む必要があるが、今回は介護予防事業および介護予防ケアマネジメント事業について、確実に実施できるように優先的に位置づけることとする。介護予防事業においては対象者把握、目標値設定、事業量見込み、評価方法について明確にすることがポイントとなる。

### 計画見直しのポイント

#### 1. 対象者推計と選定方法

- ・特に、介護予防が必要な特定高齢者の選定の方法を検討する。

#### 2. 目標値の設定

- ・要支援・要介護状態になることが防止される者の割合をはじめとして、アウトカム指標、アウトプット指標（事業量見込みなど）、プロセス指標について設定し、目標値の設定が可能な指標については目標値を定める。

#### 3. 事業量見込み

- ・目標値を達成するための事業量については、予算、既存事業（介護予防・地域支え合い事業、老人保健事業のうち介護予防事業に移行する事業）の実績も加味して、実施可能な見込みを算出する。

#### 4. 評価方法

- ・評価については、各種目標値の達成度に加え、費用対効果を評価する。事業実施後でなければ、測定できない指標については、計画に評価指標のモニタリング方法を記載することが望ましい。

### Ⅱ-1-2. 作成作業

作成にあたっては、現状分析、対象者選定の方法、目標値の設定、事業量見込みの算出、評価の方法が主な作業である。具体的な方法は後述する。

1. 現状分析

2. 対象者推計

3. 対象者選定方法

4. 目標値の設定

※

5. 事業量見込みの算出

6. 評価方法の設定

※

※ 指標の中には、事業実施後でなければ測定できないものも含まれる。そのような指標については、必ずしも計画に記載しなければならないというものではないが、このような評価指標を念頭に置いて、計画を作成することが望ましい。

### Ⅱ-1-3. 他の市町村計画との整合性の確認

老人保健福祉計画や医療計画、健康増進計画、地域福祉計画など高齢者の保健福祉に関連する市町村計画及び市町村整備計画、その他地域計画等との整合を図る。

## Ⅱ-2. 作成作業

### Ⅱ-2-1. 現状分析

#### 1) 既存事業の現状分析

介護予防事業に関する計画の作成にあたり、対応する既存事業の現状と課題の分析を行う必要がある。その実施手順の一例を以下に示す。

##### (1) チェックリストを使った事業運営全般に係る自己点検

- ・ 特定高齢者の定義が明確化できているか（その物差しを共有化できているか）
- ・ 特定高齢者把握事業で特定高齢者がどれだけ把握されているか
- ・ 健康診査や健康相談、訪問指導などで、特定高齢者がどれだけ把握できているか
- ・ 在宅介護支援センターや基幹型在宅介護支援センターにおいて、特定高齢者の把握が適切になされていたか
- ・ 多チャンネルの情報源からの虚弱高齢者の情報が収集される仕組みがあるか
- ・ 多チャンネルで把握された虚弱高齢者を介護予防事業につなぐ仕組みがあるか
- ・ 個々の事業とそのサービスを必要とする人のマッチングが適切か
- ・ 市町村内の保健医療福祉の連携に問題はないか
- ・ 事業効果が何らかの形で測定・評価されているか

##### (2) 対象者と介護予防事業の対応関係の整理

運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上等の平成18年度からのニーズ別の事業メニューと、健康教育、機能訓練などの平成17年度までの手段別の事業メニューが、相互にどのような対応関係にあるかについて、次のページに示す一覧表を参考に、対比・整理することにより、現状として、どのような対象者にどのようなサービスが提供されているか、また、既存メニューにはあるが未実施であった事業や介護予防事業で新たに実施が求められる事業などを、概括的に整理する。さらに、老人保健事業と介護予防・地域支え合い事業を一覧表として記載することによって、同じ対象者に対して保健担当部局と福祉担当部局が、それぞれ実施している事業の関係等を整理し、関連部局における適切な役割分担について検討を行う。

表4 平成17年度までの老人保健事業、介護予防・地域支え合い事業と  
平成18年度からの介護予防事業の関係イメージ案

事業名	新区分		介護予防事業		
	既存事業区分		通所型介護予防事業(仮称)	訪問型介護予防事業(仮称)	その他介護予防事業(仮称)
介護予防特定高齢者施策 (ハイリスクアプローチ)	運動器の機能向上	老人保健事業	骨粗鬆症(転倒予防)健康教育 骨粗鬆症健康相談 総合健康相談 機能訓練(A)、(B)	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域支え合い事業	転倒骨折予防教室 足指・爪のケアに関する事業 IADL訓練事業 高齢者筋力向上トレーニング事業		
	栄養改善	老人保健事業	総合健康相談	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域支え合い事業	高齢者食生活改善事業 IADL訓練事業	高齢者食生活改善事業 「食」の自立支援事業	
	口腔機能の向上	老人保健事業	歯周疾患健康教育 歯周疾患健康相談 総合健康相談	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域支え合い事業			
	閉じこもり予防・支援	老人保健事業	総合健康相談 機能訓練(A)、(B)	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域支え合い事業	生きがいと健康づくり推進事業		
	認知症予防・支援	老人保健事業	総合健康相談 機能訓練(A)、(B)	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域支え合い事業	アクティビティ・痴呆介護教室 生きがいと健康づくり推進事業		
	うつ予防・支援	老人保健事業	総合健康相談 機能訓練(A)、(B)	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域支え合い事業	生きがいと健康づくり推進事業		
	その他	老人保健事業	病態別健康教育 病態別健康相談 介護家族健康相談 運動指導事業	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域支え合い事業			生活管理指導員派遣事業 生きがいと健康づくり推進事業
	介護予防一般高齢者施策 (ポピュレーションアプローチ)	老人保健事業	薬健康教育 一般健康教育 介護家族健康教育		健康手帳の交付
		介護予防・地域支え合い事業	高齢者食生活改善事業 生きがいと健康づくり推進事業 寝たきり予防対策普及啓発事業		地域住民グループ支援事業 生活管理指導短期宿泊事業 寝たきり予防対策普及啓発事業

## 2) 個別事業毎の現状分析

現時点の実施事業毎に、事業実績（回数、日数、参加者数、費用等）を整理し、その利用者を特定高齢者と元気高齢者に概括的に分け、個別事業毎の現状分析を行う。その上で、それぞれについて、介護予防特定高齢者施策で対応すべきもの、介護予防一般高齢者施策で対応すべきもの、介護予防事業以外の施策で実施すべきもの、さらに、法改正を契機に廃止が必要なものに振り分けることにより、事業毎の積み上げによる評価が可能となる。さらに、既存事業全体の現状と課題について整理し、事業計画作成のための基礎資料とする。

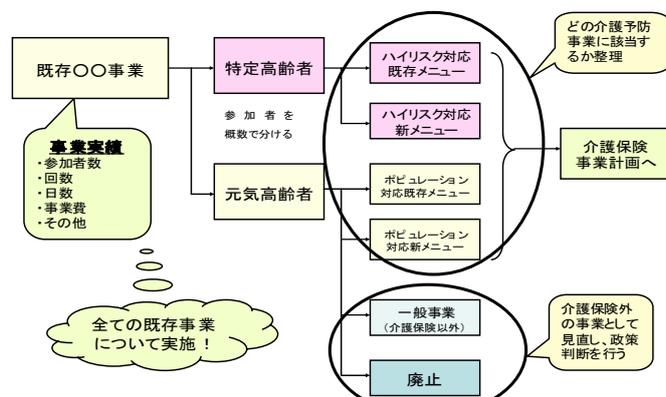


図4 事業毎の現状分析の対比表示

## Ⅱ-2-2. 介護予防特定高齢者施策の対象者数の推計および選定方法

### 1) 介護予防特定高齢者施策の対象者数

「介護予防特定高齢者施策の対象者」は、要支援・要介護状態になる可能性の高い特定高齢者であり、概ね高齢者人口の5%程度を目安として設定する。

### 2) 推計方法

市町村の人口構成を用いた機械的な推計として、高齢者人口の約5%を対象者として推計する。ただし、各市町村の実情に応じて初年度は3%程度で設定することなども考えられる。さらに、次の(1)～(3)についても参考にする。

#### (1) 要介護認定申請者の非該当者および窓口相談者からの推計

市町村全体の申請者率を参考にし、要介護認定申請者のうち非該当と判定された者や窓口相談者の数や健康状態等の実情から特定高齢者の数を推計する。

#### (2) 老人保健事業や介護予防・地域支え合い事業等の参加者からの推計

これまで市町村が実施している老人保健事業や介護予防・地域支え合い事業等の対象者・参加者の数や健康状態等の実情から特定高齢者の数を推計する。その際、重複者については推計値から差し引く。

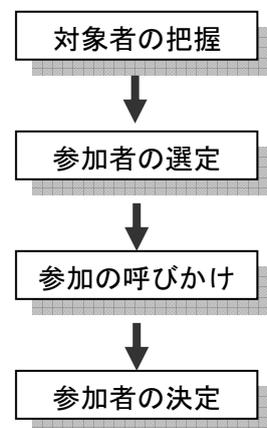
### (3) 独自の取組や実態調査等からの推計

老人保健法に基づく基本健康診査の健診項目に加え、運動機能、栄養状態、口腔機能等に係る項目を実施している場合や、市町村独自で実態調査等を実施している場合には、その結果を用いて推計することが可能である。

### 3) 対象者の把握方法

介護予防特定高齢者施策は、要介護状態になる可能性のある高齢者を早期に把握して、適切な介護予防事業を実施することによって、要支援・要介護状態となることを防止する「水際作戦」としての役割が求められている。そのためには、介護予防事業の対象者を適時・適切に把握することが重要である。なお、特定高齢者の把握には次のような方法が考えられる。

- (1) 利用者本人や家族からの相談
- (2) 健診（生活機能に関するチェック）
- (3) 医療機関や主治医からの連絡
- (4) 保健師等の保健活動からの連絡
- (5) 民生委員等からの連絡
- (6) 要介護認定非該当者
- (7) 各種健康診断
- (8) 新予防給付からの移行
- (9) その他



### 4) 参加者の選定方法

実際に介護予防事業に参加すべき特定高齢者を適切に選定する必要がある。その方法として、「基本チェックリスト」（案）を用いる等、市町村の実情に応じた方法を検討する。また、地域性（各年度の費用、事業量見込みなど）から、参加を呼びかける対象者の範囲を決めるなどの方法についても検討することが重要である。

## II-2-3. 介護予防事業に係る目標値とその設定

介護予防事業は、高齢者の健康長寿と自己実現による豊かな人生の実感を、最終的な目的としている。このため、生活機能が低下した特定高齢者に対して、早期に適切な介護予防事業を実施し、要支援・要介護状態となることを防止することが求められる。具体的な目標の設定は、単に、事業成果の評価だけでなく、関係者の共通認識や事業実施状況を点検するなどにより事業参加者の側に立った評価も行い、事業の見直しの際の具体的な目安とする。介護予防事業においては、概ね5%の特定高齢者を対象に事業を実施し、その20%が要支援・要介護状態となることを防止することを主たる目標値の目安とするが、この20%の目標値は、市町村の特性に応じて、介護予防事業参加者の数や事業の違いによ

って異なる。目標の設定に当たっては、上記のような要支援・要介護防止をはじめとする事業成果の目標指標である「アウトカム指標」、それを達成するための事業量の指標である「アウトプット指標」、事業を効率よく実施するための事業の企画立案、実施過程に関する指標である「プロセス指標」の3つの段階に整理することが望ましい。さらに、この3つの段階について、「個別事業評価」、「地域包括支援センター評価」、「総合評価」を行うことを念頭において、指標を設定することも手法の1つとして考えられる。

また、これらの目標値の設定を行う場合、全国で共通の指標と、地域の特異性を考慮した独自の指標を設定するなどにより、全国比較と同時に、地域性を反映することも可能になる。

- \* アウトカム：結果、成果の意味で、介護予防事業の成果を示す。
- \* アウトプット：出力、生産高、生産活動の意味で、介護予防事業量を示す。
- \* プロセス：過程、作業、手順の意味で、介護予防事業の実施過程を示す。

#### 1) アウトカム指標

高齢者が豊かな人生を実感できるための生きる資源が健康であり、そのために要支援・要介護状態にないようにすることが本事業の主要なアウトカム指標である。その数値目標の目安は、前述のように、高齢者の約5%と推計される特定高齢者が介護予防事業に参加して、そのうち、20%が要介護認定を受けないようにすることである。一方で、事業参加者の満足度や主観的健康感の向上なども重要な指標である。さらに、介護予防事業に参加することによって、仲間づくりができたり、生きがいの形成につながったりすることも期待でき、これらを指標とすることも考えられる。要介護認定の回避が、高齢者の豊かな人生を実感できるための事業として位置づけられる指標を設定すべきである。

アウトカム指標は、生活機能等の個人レベルで測定するものと、要介護認定者数等のように自治体全体として測定するものがある。また、変化を指標とする場合はベースライン値の観察または推計を行う必要がある。このベースライン値を基にして、実行可能な目標値を設定する。

当初の目標値の設定は困難であるため、後年において実績や全国平均などから目標値を設定することなども考えられる。また、このような目標値の設定が困難な指標については、第4期介護保険事業計画の目標設定につなげるためにも、第3期事業計画の期間中にモニタリングを実施することが望ましい。

アウトカム指標の例として次のようなものがある。

##### (1) 要介護認定者数

- ・ 介護予防特定高齢者施策実施後の要介護者認定目標人数
- ・ 新規の要介護認定者数

(2) 基本チェックリスト(案)

- ・各介護予防事業ごとに、その事業が目的としている生活機能が改善している人の割合を、「基本チェックリスト」(案)等を用いて把握し、目標値として設定する。(参考例)

表5 目標値参考例

介護予防事業 (特定高齢者施策)	目標値(18年度、19年度、20年度それぞれ記載) 事業前後において基本チェックリスト(案)が改善した人の割合
運動器の機能向上	事業前後の改善者の割合 等
栄養改善	事業前後の改善者の割合 等
口腔機能の向上	事業前後の改善者の割合 等
その他	事業前後の改善者の割合 等

\* 評価表も参照

(3) QOL・満足度・主観的健康感

- ・QOL・満足度・主観的健康感については、既存のスケールや国民生活基礎調査を参考にして、適切なものを指標として、(2)のように目標値を設定する。

(4) 介護給付費総額

- ・介護予防事業の実施により要介護認定者数の増加を抑制することができれば介護給付費総額の伸びについても事業を実施しなかった場合と比べて抑制することができる。介護予防事業の効果を見込んだ介護給付費総額を目標値として設定する。

2) アウトプット指標

アウトプット指標はアウトカム指標の目標を達成するために必要な事業実施量である。各事業の参加者数、実施回数をもとに既存事業の事業量を算出し、市町村における実行可能性を考慮して、介護予防事業の事業量の見込みを算出して目標値を設定する。必要な事業の見込み量は各事業の効果(事業の予防期待率)を踏まえて算出する必要がある。また、対象者把握に関する指標もアウトプット指標として設定する。アウトプット指標の例として、次のようなものがある。

- (1) 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、
- (2) 各事業の参加人数
- (3) 各事業の実施回数・件数
- (4) 総参加人数

### 3) プロセス指標

プロセス指標は、事業を効果的に実施するための、事業の企画立案、実施の過程に関する指標である。また、プロセス評価は、事業の質を評価するものであり、単に、実施の有無だけでなく、どの程度実施したかを評価する。当初は目標値の設定は困難であるため、後年において実績や全国平均などから目標値を設定することなども考えられる。

プロセス指標の例を示す。

#### (1) 参加者把握の方法は適切か：

参加者の把握にはいくつかの方法がある。どのような方法によって、何人を把握でき、さらに、そのうち何人がサービスを受けたかを観察する。

#### (2) 住民、参加者の参画の有無：

計画の作成、実施過程においてどのように住民や参加者が参画したか。

#### (3) サービスを管理するシステム：

実施状況の把握や苦情に対する対応などの体制ができているか。

#### (4) 指標モニタリングシステムの有無：

アウトカム指標の情報収集及び解析システムが整備されているか。

#### (5) 関連機関との連携の有無：

介護予防事業実施機関の情報の共有、役割分担などがスムーズに行われているか。

### 4) 目標値の設定に関する留意事項

(1) 目標値は、指標の特性等により設定期間を変更する。

(2) 目標値設定の軸として、介護予防事業の総合評価(保険者)、個別事業単位の評価、地域包括支援センター単位の評価のための軸と、アウトカム、アウトプット、プロセスの軸を設定し、それぞれ目標値を設定することが望ましい。

(3) 指標は既存の情報収集システムによって集積されているデータの活用を優先的に考え、情報収集に時間と労力がかからない適切な指標を選定する必要がある。

(4) 目標値は理想の値でなく、実行可能な値を設定する。そのために、現状の値の調査や推計、事業実施可能量などを検討する。

(5) 目標値のある指標は、その情報収集と評価の一連のものとして設定する。そのためには指標をモニタリングするシステムの構築も検討する。

(6) 介護予防事業の目標は、「高齢者人口の5%程度の特定高齢者を対象に事業を実施し、その20%について、要支援・要介護状態となることを防止すること」とされる。全体では、介護予防事業の効果の評価は、次の①～③の値の比較により可能と

なる。

①自然体での要支援・要介護者の推計値

②表2で示された「介護予防の実施による要介護認定者数の算定」によりあらかじめ設定された目標値

③第3期介護保険事業計画の各年度の実際の要支援・要介護者数

なお、介護予防特定高齢者施策の効率性を高めるために、もともと元気な高齢者が介護予防事業に参加する例がないよう特定高齢者のスクリーニングを適切に実施する必要がある。元気高齢者に対しては、介護予防一般高齢者施策としての取組が必要であり、介護予防特定高齢者施策の対象者とポピュレーションアプローチの対象者を混同しないことが重要となる。

#### II-2-4. 介護予防事業の事業量見込みの算出

事業見込み量は、次のような表を作成する。その過程の一例として参考資料（市町村介護保険事業計画（介護予防事業）作成の実例～実例の提示にる作成の手順等の解説～）を参照にされたい。

表7 各年度における地域支援事業（介護予防事業部分）の事業量見込み量のイメージ

区 分		平成18年度		平成19年度		平成20年度	
		回数・件数	費用額	回数・件数	費用額	回数・件数	費用額
特定 高齢 者 施 策	特定高齢者把握事業						
	通所型介護予防事業						
	訪問型介護予防事業						
	介護予防特定高齢者施策 評価事業						
一 般 高 齢 者 施 策	介護予防普及啓発事業						
	地域介護予防活動支援事業						
	介護予防一般高齢者施策 評価事業						

## **Ⅱ-2-5. 介護予防事業の評価の方法**

市町村介護保険事業計画作成後、一定の期間を経て事業評価を行う。計画作成に当たっては、一定期間後の事業評価を念頭に置き作成することが望ましい。また、当初は目標値の設定が困難なものについては、後年において実績や全国平均などから目標値を設定することなども考えられる。

なお、事業評価については、目標値に対する成果を把握し、より効果的に事業を進めていく視点が必要である。評価は成果を出すために最適な事業、すなわち、必要な人に必要な事業が提供できているか、できていなければ何が問題なのかを明らかにして、それを改善する。評価のための評価に終わるのではなく、評価の後のアクションによって事業が改善されることが重要である。また、3年間の成果を評価するだけではなく、一年ごとの中間評価や事業実施前後の評価を通じて、日々の事業の改善に役立てることが大切である。

目標値が設定されている指標の情報収集のためのモニタリングの体制を整備するとともに、モニタリングの方法、評価方法を決めておくことも重要である。すなわち、だれが、いつ、どのように指標の情報収集を行い、どのように評価するかを明確にしておくことが望ましい。また、評価結果は、住民との意見交換のための貴重な資料となり、介護予防に関する住民の関心を高め積極的な関与を求める上で、積極的に公開することが望ましい。

### 1) 個別事業単位の評価

個別の事業について、①アウトカム指標の評価、②アウトプット指標の評価、③プロセス指標の評価を行う。個別事業の評価はある程度短期での評価を行い、きめ細かに、適切なサービスの質や量を提供できるようにする。

それぞれの指標については、例えば、評価シートを作成するなどの方法も考えられる。評価シートには必要に応じて、指標の名称、初期値、目標値、現状値、達成度、コメントなどを記入できるようにすることなども考えられる。レーダーチャートを利用するなどして、達成度を表現するなどの工夫をする。

表7 アウトカムに関する評価表（例）

事業名							
対象リスク							
	H18	H19			H20		
	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							

初年度である平成 18 年度については目標値を設定することは困難であるが、平成 19 年度以降については、実績値を参考に目標値を設定することが望ましい。また、年間の実績だけでなく、各事業が 1 クール終了するごとに評価することが望ましい。

表8 アウトプットに関する評価表（例）

事業名							
対象リスク							
	H18	H19			H20		
	実績	目標	実績	達成率	目標	実績	達成率
開催回数							
事業参加者数							
修了者数・割合							
中断者数・割合		/		/	/		/
継続者数・割合		/		/	/		/

初年度である平成 18 年度については目標値を設定することは困難であるが、平成 19 年度以降については、実績値を参考に目標値を設定することが望ましい。また、年間の実績だけでなく、各事業が 1 クール終了するごとに評価することが望ましい。

表9 プロセスに関する評価チェックリスト（例）

	項目
1	二次アセスメントの実施：事業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	個別の実施計画の作成：事業参加者全員について、事業参加の目標、参加者のニーズ等を確認して、個別の実施計画を作成しているか。
3	重要事項の説明：事業参加者全員に対して、事業の目的、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、事業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：事業の実施状況、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：事業終了後に、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) 地域包括支援センター単位の評価

地域包括支援センターごとに、当該センターにおいて介護予防ケアマネジメントを実施した事業参加者について、事業効果等の評価を行う。

表10 アウトカムに関する評価表(例)

	H18	H19		H20			
	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							
事業参加者からの要介護認定申請者数・割合							
事業参加者からの要介護認定者数・割合							

表11 アウトプットに関する評価表(例)

	H18	H19		H20			
	実績	目標	実績	達成率	目標	実績	達成率
介護予防ケアマネジメント実施件数							
事業参加者数							
修了者数・割合							
中断者数・割合							
継続者数・割合							

表 1 2 特定高齢者の把握状況や介護予防ケアマネジメントの実施状況等についての評価表（例）

	H18	H19		H20			
	実績	目標	実績	達成率	目標	実績	達成率
情報提供のあった高齢者数(A)							
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	ハイリスク者では無かった						
	必要な事業が無かった						
	本人又は家族の同意が得られなかった						
	介護予防事業以外で対応した						
	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/A)							

表 1 3 プロセスに関する評価チェックリスト（例）

	項目
1	一次アセスメントが適切に行われているか。
2	介護予防ケアプランの作成が適切に行われているか。
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	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。
5	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。
6	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。
7	再アセスメントは適時・適切に実施しているか。
8	個人情報の管理は適切に実施しているか。

### 3) 総合評価（保険者）

総合評価は市町村全体の介護予防特定高齢者施策の実施状況等を、①アウトカム指標、②アウトプット指標、③プロセス指標のそれぞれについて、総括的に評価する。そのためには、ある程度関連のある指標はまとめて、達成度を数値で示す工夫をし、評価コメントを記すことのできる評価シートを作成するとよい。また、介護予防特定高齢者施策に参加すべき人を適切に把握したかを評価する方法として、新規認定者における介護予防特定高齢者施策参加者の割合が参考になる。

表 1 4 アウトカムに関する評価表（例 1）

市町村全体の要支援・要介護者の認定状況に基づき、介護予防事業の効果を評価する。

	H18	H19	H20
「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)			

表 15 アウトカムに関する評価表（例 2）

事業実施による認定出現率の変化を検証する。

		H18	H19	H20
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)		

表 16 アウトカムに関する評価表（例 3）

事業実施による各種指標の変化を検証する。

	H18	H19		H20			
	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							

表17 アウトプットに関する評価表（例1）

介護予防事業の実施状況を集計し、評価する。

区 分	平成18年度			平成19年度			平成20年度		
	目標	実績	達成率	目標	実績	達成率	目標	実績	達成率
介護予防特定高齢者 施策									
通所型介護予防事業 （回数・件数）									
訪問型介護予防事業 （回数・件数）									

表18 アウトプットに関する評価表（例2）

特定高齢者の把握状況について評価する。

把握ルート	H18	H19			H20		
	実績	目標	実績	達成率	目標	実績	達成率
利用者本人や家族からの相談 ・申し込み							
健診（生活機能に関するチェック）							
医療機関や主治医からの連絡							
保健師の訪問活動からの連絡							
民生委員からの連絡							
地域団体等からの連絡							
要介護認定非該当者							
高齢者実態把握（調査）等							
各種健康診断							
新予防給付からの移行							
関係機関からの情報							
その他（                    ）							

表 19 プロセスに関する評価チェックリスト（例）

	項目
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。
2	特定高齢者に関する情報を提供してくれた関係機関等へ、当該特定高齢者に対する事業の提供状況等について情報還元を行っているか。
3	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。
4	事業の実施状況を把握しているか。
5	事業の実施量と需要量の関係を的確に把握しているか。
6	事業の実施状況の検証に基づき、次年度以降の実施計画見直しを行っているか。
7	事業実施に伴う苦情や事故を把握しているか。
8	事業の効果を分析する体制が確立しているか。
9	関係機関（地域包括支援センター、かかりつけ医、民生委員等）において情報を共有するため、共有する情報の範囲、管理方法、活用方法に関する取り決めをしているか。
10	特定高齢者の個人情報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) 評価体制

評価はその目的を明確にし、実際の状況を正確に、客観的に観察した情報を基にして行う。そのためには市町村の実情に応じて評価体制を構築しておくことが望ましい。具体的には、評価の時期、指標情報の収集方法（モニタリング）、評価方法、評価者、評価の妥当性の担保の方法、評価の公表などについて検討し、それに基づく評価体制を構築するなどが考えられる。

5) 主要指標の評価時期、評価サイクル等

重要な評価指標の、評価時期、評価サイクル、評価レベル、評価方法の一覧を示す。

表20 評価指標一覧

指標項目	評価サイクル	評価レベル	評価方法
アウトカム指標			
1 新規認定申請者数	毎年	総合	前年比、年次推移
2 新規認定者数（内訳を含む）	毎年	総合	要介護度別の前年比、年次推移
3「旧要支援+旧要介護1」の人数	毎年	総合	自然体での人数と実際の人数の比率
4 介護予防特定高齢者施策参加者からの新規要介護認定申請者数・認定者数	毎年	総合	要介護認定申請者の割合 要介護認定者の割合
5 QOL 指標	事業実施前後	総合、センター、各事業	事業参加後に維持・改善した者の割合
6 主観的健康感（国民生活基礎調査の質問）	事業実施前後	総合、センター、各事業	事業参加後に維持・改善した者の割合
7 生活機能（基本チェックリスト）	事業実施前後	総合、センター、各事業	事業参加後に維持・改善した者の割合
アウトプット指標			
1 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	毎回	総合、センター	実施率(実施件数÷実施予定件数)
2 各事業の参加者数	毎回	総合、センター、各事業	実施率（参加者数÷参加予定者数）
3 各事業の実施回数	毎回	総合、センター、各事業	実施率（実施回数÷実施予定回数）
4 総参加者数	毎年	総合、センター	実施率(総実施者数÷総参加予定者数)

\* 総合：保険者（市町村）

\* センター：地域包括支援センター

## 第Ⅲ部 市町村介護保険事業計画（介護予防事業部分）とまちづくり・地域づくり

### Ⅲ-1. 介護予防の目的・内容と今日における課題

介護予防は、生活機能の低下を予防し、又は維持・向上を図るということであり、個々の生活習慣や生活環境、さらには個々人の生き方と密接な関係にある。そのため、専門職が個々人をアセスメントして介護予防事業を提供するといった取組だけでは自ずと限界があり、高齢者本人の意向を踏まえた対応が必要である。また、介護予防を効果的に推進するためには、一次予防（生活機能の維持）から二次予防（生活機能低下の早期発見・早期対応）、三次予防（要介護状態の改善・重症化予防）までの連続性を確保することが重要である。

また、介護予防の効果として生活自立能力や意欲を確保した高齢者が、社会の一員としてボランティア活動や趣味・生きがい活動等を通して自分らしく生きていく受け皿が地域になれば、せっかく回復した能力を維持することはできない。そればかりか、交流や自己実現によって生活の質を高めたいという当然の機会が提供されないことにもなる。したがって、介護保険制度の予防給付や介護予防事業を通じて、個々の高齢者の生活の質、豊かな老後を目指すものである。

今般、介護予防事業が市町村介護保険事業計画に記載するにあたっては、これまでの介護予防の取組が適切なものであったか、以下の点で確認する必要がある。

#### 1) 孤立状態にある高齢者の増加

孤立状態にある高齢者の数が、いっこうに減らないばかりか、高齢者人口の増加と相まって、増加している現状にあること。

#### 2) 老人保健事業の優先順位

今までの老人保健事業は、参加意欲が高い高齢者を中心として事業が実施され、心身機能の低下等により閉じこもり状態にあって参加できない対象者への対応が遅れ、事業実施効果が高い高齢者を見過ごすというような負の成果も生じているという指摘もある。

#### 3) 利用者のニードとのミスマッチ

参加意欲が低い高齢者に対しては、行政や専門家が一方的に働きかけた結果として、一方通行の関係、すなわち、利用者のニードに十分対応していないなどの傾向になりがちな点等も否定できない。

#### 4) 不十分な介護予防ケアプラン

個々の高齢者に対する介護予防ケアプランが不十分であったため、高齢者の自立意欲や残存能力の維持、向上をめざした支援が適切に行われず、その結果廃用症候群としての経過をたどる高齢者を増加させたとの指摘がなされていること。

#### 5) 目標と手段の逆転

介護予防を達成するための方法である機能訓練等が、あたかも事業実施目標にとどまり、地域における自立した生活の達成という介護予防の本来の目的が見失われてきている現状が、多くの事業において見られていること。

#### 6) 協働の成果

介護予防を進めてきた保健医療福祉関係者や住民が、それぞれの役割を認識した上で協働して取り組んでいくことが、介護予防において不可欠であるという認識がより強まったこと。特に閉じこもり状態は、様々な生活能力の低下をもたらす危険性がある。その状態から一歩外に踏み出すためには、住民や友人等の関わりや、訪問相談や情報提供、精神的支援を含めた働きかけが必要である。また物理的なバリアを取り除くことが、サービス利用や社会参加の機会を広げるのであって、多様なプログラムを提供することによって総合的に支援していくことの大切さが実証されている。

### Ⅲ-2. ヘルスプロモーションとまちづくり

上記の課題に取り組むに際して、関係者（行政、保健及び福祉専門職等）が介護予防の意味を理解し、これまでの専門家・供給側からの視点に偏りがちだった弊害を改善し、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が強く求められている。これを保健領域においてみると、関連する計画に、ヘルスプロモーションの考え方が取り入れられている。

ヘルスプロモーションは、人々がより良い健康水準を達成するための個人及び社会の努力のプロセスと説明することができる。そのため、健康維持、向上を支援する環境の形成を重視すること、根拠を明らかにし、健康増進という考えをあらゆる政策決定の場で位置づけること、生活の視点から、従来の保健の領域を超え、総合的に地域における健康増進活動を行うことが、ヘルスプロモーションそのものである。その意味で、政策や計画において目標を設定し、その目標に向かって効果的な方法を駆使して実現していく、実践的な側面を強くもつ。今日、「健康日本 21」が出され、健康寿命を伸ばし人生と生活の充実・満足感を確保すること等（いわゆる健康・QOLの確保）を目的とし、従来の治療中心の保健医療対策から予防・健康増進に重点を移すことが目指されている。

また、社会福祉領域においては、従来から「福祉のまちづくり」の考え方が重視され

てきている。住民それぞれの安定した生活が守られ、自己実現できる場としての地域を創造しようとする考え方である。社会福祉法第4条は、「地域住民、社会福祉を目的とする事業を営む者及び社会福祉に関する活動を行う者は、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられるように、地域福祉の推進に努めなければならない。」としており、実際に全国各地でまちづくりの取組が積み重ねられてきている。さらに地域福祉計画においても、地域づくり、まちづくりの事業や活動が明記されてきている。

確かに、ヘルスプロモーションや福祉のまちづくりを実現しようとしてきた担当機関や関係者は、前者の担当機関が保健所、市町村の保健担当部局、専門職が保健師であるのに対し、後者の機関が行政の福祉担当部局、社会福祉協議会、専門職が社会福祉士、地域福祉担当者であり、連携がとられていない現状もあった。しかし、そもそも問題が発生する場を予防、解決の場に、広く生活の質の維持向上を目指すという基本的な考え方は共通している。また住民サイドから見ると、直面している生活課題、保健医療福祉等の横断的課題であり、かつ住民活動は明らかにその垣根を取り払おうとしている。介護予防においても、今日の課題は、どのように住民の生活ニーズに合わせたサービス体系を創りあげるかである。ちなみに、両者は、住民参加の活動を重視すること、総合的な支援を目指していること、当事者や住民の主体力の形成を第一義としていること、様々な民間活力の導入を前提としていること等、個別の取組においても共通点は多い。したがって、それぞれの関係機関、関係者が協働して、既に行われている事業、活動の効果と可能性、そして必要とされる事業、活動の見直しを協働で行い、それぞれが果たしてきた役割とこれからの可能性の合意形成を図ることが緊急の課題であると言えよう。

以下、基本的に共通する視点を概括する。

### **Ⅲ-2-1. 地域づくり・まちづくりの視点**

高齢者が活動的な暮らしをするためには、人と人の関係性に着目した視点が重要である。特に、家族や地域との関係性が崩れて孤立することにより生活機能の低下を招くことが多いことから、その関係性を回復するためにも、共に支えあう人づくりや仲間づくりを行うなどの地域づくり・まちづくりの視点が重要である。

これまでの介護予防に関するサービスは、専門家による一方的かつ期間限定的な働きかけになりがちであったことを踏まえ、介護保険に基づく介護予防サービスに加えて、介護保険外の公的サービスやインフォーマルサービス、さらには住民組織活動による支援などを総合的に提供できるようにする必要がある。また、介護予防プログラム終了後にも継続的に介護予防の効果が期待できるよう、高齢者が主体的かつ継続的に参加活動

することができる場や機会が、「地域・まち」の身近なところにあるなどの「地域づくり・まちづくり」が必要である。具体的には、身近に存在する小地域単位の、いきいき・ふれあいサロンなどの集会の場や温泉・プール、健康増進施設などを活用した住民主体の活動の中に介護予防的な要素を付加できるように側面的に支援することなどが考えられる。このような視点を、計画作成における広い視野の介護予防対策（広義の介護予防）と位置づけ、総合的かつ体系的に推進することができる体制整備や仕組みづくりにつながることを期待される。



図4 ヘルスポモーション（健康日本21）の概念

（出典：健康日本21・厚生労働省ホームページ）

### Ⅲ-2-2. 広義の介護予防の推進

介護予防は、元気高齢者に対する生活習慣病予防も含めた「一次予防」と、特定高齢者に対する「二次予防」、要支援・要介護高齢者に対する「三次予防」に大別され、これらが連続的かつ総合的に推進されることが、介護予防の効果を高めるためには必要である。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」が中間報告でまとめた「生活習慣病の予防と介護予防の新たな展開に向けて」（2004年10月）においても、介護予防と生活習慣病予防を一体的に推進することの重要性が指摘されている。

また、高齢者が活動的な暮らしをするためには、特定高齢者や要支援・要介護高齢者に対する介護予防サービスだけではなく、「人と人の関係性に着目した視点を重視した共に支

えあう人づくりや仲間づくり」を行うなど、「ヘルスプロモーション」や「地域づくり・まちづくり」の視点が重要である。

このように介護予防は、生活習慣病予防対策やヘルスプロモーションやポピュレーションアプローチ、さらには、まちづくりまで含めた総合的な介護予防対策（広義の介護予防）として、老人保健福祉計画等に基づいて計画的に推進する必要がある、地域支援事業の中の介護予防は、その一部に包含される形で位置づけ一体的に推進する必要がある。

なお、こうした広義の介護予防を推進するためには、キーパーソンとなる専門職の配置や関係機関の相互連携、さらには住民を含めた総合的な地域支援体制の整備、すなわちまちづくりが大切であり、詳細は後述する。

### **Ⅲ-2-3. 自立支援を強化する環境づくり**

自立とは、日常生活をおくるために必要な ADL や IADL という身体的能力、生活の質の向上をめざした主体的能力、そして地域における関係性や役割を維持する社会的能力等によって構成され、各能力が相互に関係している。ちなみに、自立の基本的考え方は、能力が低下し、単独では自立した生活をおくるのが困難である状態に対しては支援を行うが、今ある能力は活用して自立をすすめることが、自立支援である。えてして、障害がある場合には、利用者として保護の対象になるという、過去の支援の考え方から、いわゆる依存的自立も自立であり、当事者の主体性と人格の尊厳を最大限尊重し、当事者主導型のサービス体系の運営がもっとも重視されなければならない。

なお、主な自立支援には、次のようなものがある。

- ①個別支援：利用者が直面する保健医療福祉課題とともに、利用者の能力を総合的に判断した援助計画
- ②自立意欲・自己決定の尊重：当事者としての解決意欲、解決能力を高める支援
- ③当事者活動の尊重と支援
- ④診断や評価による根拠（エビデンス）に基づいた残存能力や潜在能力の活用
- ⑤適切な情報の提供とサービス利用、活動支援
- ⑥保健医療福祉、そしてインフォーマルなケアも含めた総合的支援
- ⑦様々な社会活動への参加の機会の提供

介護保険だけでは、利用者の自立支援を行うことは難しい。したがって、要支援・要介護認定者に対する予防給付や介護給付だけではなく、特定高齢者に対する介護予防特定高齢者施策、一般高齢者に対する介護予防一般高齢者施策はもちろん、広く高齢者を対象とする介護保険以外の次のような事業も積極的に活用し自立支援に向けた環境整備を図っていく必要がある。

- ①外出支援、軽度生活援助
- ②介護予防に関する事業
- ③老人クラブやヘルスマイト等の地区組織活動
- ④社会福祉協議会等が住民と協働して進めているふれあい・いきいきサロンや見守り等の小地域福祉活動、民生委員活動、町内会等の住民組織による様々な活動を含めた地域福祉・地域保健活動
- ⑤雇用・教育・環境・交通・建設等の一般施策の整備

### **Ⅲ-3. 計画づくりの目標の共有と介護予防**

このような視点に立つならば、計画づくりの意義は、保険者と被保険者（地域住民）及び関係機関が、目的と目標を共通理解・共通認識することによって、自助・共助・公助の3つが最適な関係で機能する介護予防対策を計画として広く明らかにし、これを実施することにある。今後は、地域住民の主体的な参加を得て、当事者・関係者が協働して介護予防対策を効果的に推進できるようにすること、つまり、高齢者自身やその家族、地域住民による自助・共助の取組と公助としての介護予防事業が有機的に結びついて機能させることが、今後の介護予防対策の成功の鍵を握っている。

そのためには、被保険者（地域住民）に介護予防の必要性が十分に理解されるよう分かり易く説明するなど、利用者が主体的に意欲を持って、介護予防のための多様なプログラムに参加し、助言等を得ながら主体的に取り組めるような介護予防対策へ転換していく必要がある。したがって、住民一人ひとりの主体的な取組を喚起する啓発を行うとともに、計画作成過程の透明性を確保することも重要である。特に、計画の作成に当たっては、地域住民の主体的な参画を求めて「わが町にはどれくらいの要介護者がいて、どれくらいのサービスが必要か」「このまま推移するとわが町の保険料は、どこまで上がるのか？」「どうすれば介護予防ができるのか？（保険料の伸びを引き下げられるのか？）」といったことを共に考え、住民自らがその在り方を決定するプロセスを再確認すること等を実行・実施させることが大切である。こうした取組により、高齢者自身やその家族、地域住民による自助・共助の取組と公助としての介護予防事業が適切に組み合わせられることになり、そして、住民参加・住民主体の介護予防の展開につながるということに関係者が十分に認識することが重要である。

### **Ⅲ-4. 計画づくりの際の留意点**

介護予防をより効果的に実施・推進するためには、介護保険で提供されるサービスだけでは不十分であり、他の保健福祉や地域づくり等に関する施策とともに一体的かつ総合的な推進が求められる。例えば、ヘルスマイトによる配食サービスなどのインフォーマルサービスや住民組織活動などの地域資源が果たす役割が大きい。また、生活習慣病の予防対策や高齢者の生きがい健康づくり対策などの保健福祉事業と一体的に推進する

ことや高齢者の活動的な暮らしができるまちづくり、地域づくりをするためには、就労や社会教育、住宅政策、交通政策まで視野を広げる必要もある。これらの取組と介護予防事業を総合的に進めるために、老人保健福祉計画、地域福祉計画、市町村の基本計画などと調和を図ることが必要である。

そこで、地域づくり、まちづくり指向型介護計画の作成の留意点は、(1) 計画の作成、実施、評価プロセスの重視、(2) 地域性の尊重と資源の開発・活用、(3) バリアフリーの推進、(4) 当事者主体・生活者の視点、(5) 権利擁護システムの確立、(6) 地域福祉を推進する専門職と専門性、(7) 関連専門職間及び当事者間における連携協働である。

#### **Ⅲ-4-1. 計画作成、実施、評価プロセスの重視**

第1に、住民・当事者、関連諸機関・団体が計画作成に参加し、その意見を計画に反映できるシステムを検討すること。第2に、達成目標と役割の幅広い合意形成を図ること。第3に、実際に作成、実施、評価プロセスに参加できない住民の代弁システムを設けること。調査やヒアリングによる当事者の意見を把握するシステムを整備することは大切であるとともに、当事者が直接会議に出席することが何らかの理由により難しい場合には、当事者の意見や意思を反映させるための代弁者、代弁機関の参加が必要である。第4に、会議の公開、パブリックコメント等の手法を整備し、より多くの住民の理解と参加を求めることである。

地域の保健福祉課題は、保健・医療・福祉・教育・就労・住宅・交通などの生活関連分野との連携を不可欠なものとしている。計画作成に人間の活動を重視したまちづくりの視点を組み込み、各政策の垣根を取り払い、介護予防を人間の活動を重視したまちづくりとして具体化していく必要がある。

今日、多くの市町村が、協働型、参加型まちづくり、社会づくりをめざしている。行政だけでは、地域における様々な生活課題を解決することはできず、住民や民間の関係機関等と協働した取組がなされ、実績が上げられてきている。介護予防に関しても、そのような協働した取組が不可欠であり、その意味で、計画づくりのプロセスに十分に配慮がなされる必要がある。

#### **Ⅲ-4-2. 地域性の尊重と資源の開発・活用の視点（地域保健福祉経営）**

住民の生活に関わる支援を総合的に検討する場合、地域性が重要な要素となる。全国画一的な基準は、最低基準の点からは必要であるものの、それだけでは十分ではない。これは介護予防についても言えるのであり、人、もの、金、とき、知らせという資源を最大限有効に活用し、積極的な事業展開を進めていくことが必要とされる。これがマネ

ジメント、すなわち経営の考え方である。したがって、

- ①それぞれの地域の人材、施設、機関、サービス等の既存の地域の社会資源の可能性を模索し、かつ潜在的な資源を開拓すること、
- ②人間の活動を重視したまちづくりの視点による教育・就労・住宅・交通などの生活関連分野との連携を図ること、
- ③日常生活圏域の生活支援を基軸に、市町村圏域一広域圏域（市町村の連携）一都道府県圏域一国の5構造による支援システムを具体化すること、
- ④インフォーマルサービスも含めたまちづくりの創造を目指すこと、

が大切である。

なお、地域における資源は、下表のように多様であり、どのようにそれらを掘り起こし活用していくかが問われる。

表 2 1 資源の例示

人	問題解決に取り組む当事者、医師、保健師、社会福祉士、ケアマネジャー、住民、ボランティア等
もの	保健・医療・福祉・教育等の施設、サービス・活動、物品はもちろん、住民関係、地域関係、ボランティア協議会、医療保健福祉等の専門職等のネットワーク等
金	交付金・補助金・委託金、寄付金等
とき	就業時間、ボランティアが活動する時間等
知らせ	上記の資源情報、利用者情報、相談窓口における情報、計画作成に必要な統計等

また、資源の吟味に際しては、地域の特性に配慮しなければならない。その理由は、第1に、各地域にある資源の質・量とともに、期待される機能も異なること。例えば、山間地においては、住民の集落が広範囲に点在しており、派遣型サービス、移送サービスを含めたアクセスの検討が不可欠である。また既設の住宅や公民館等を拠点に介護予防やケアプログラムを提供することも期待される。

第2に、サービス供給主体の多元化の状況が異なること。例えば大都市部においては、住民、ボランティア、NPO、社会福祉協議会、社会福祉法人等の各種法人、行政等のさまざまな供給主体が登場してきている。しかし、それらが基準の異なるサービスをバラバラに提供した場合、利用者が必ずしも必要でないサービスを受けざるを得ない。他方、過疎地域では、サービス供給主体自体が少なく、ニーズに十分応えられない問題もある。利用者の権利保障とサービス量の確保と水準に関するチェックは行政の普遍的な役割である。しかし、それをどのように実現するか、たとえば資源の調達と適正配置を行う行

政の役割は、地域によって異なる。たとえば、山間地等の集落が離れている地理的条件によって、要介護は生活の維持を難しくさせるため、回数、サービスにおいて、介護予防としての側面を強く持つものがいたるところで見られる。都市部においても、自分が気軽に立ち寄れる場所、すなわち地域にある「とまり木」的な場所が必要になっており、仮に活動が1ヶ月一回でも、複数のグループが活動していれば、「梯子」が可能になる。身近な地域との関係性を維持できることが、孤立予防の前提であり、そこで栄養指導等が出来れば、介護予防に直結する。

第3に、人間関係、ネットワーク、相互扶助システムが異なること。このような「見えざる資本」、すなわちソーシャルキャピタルの重要性は、今日においても変わるものではない。確かに、多くの都市において、住民間の相互関係は希薄化し、従来の家族関係は変質した。しかし、近年、ボランティア・NPO活動が活発化し、住民参加型社会づくりが目指され、地域の再生が始まっている。また、農山村地域においては、従来からの相互助け合い活動が、孤立やねたきり予防の役割を担っている。たとえば、地縁型活動として、ア. 小地域福祉活動＝集落・小学校区・中学校区を軸にした住民活動、イ. ふれあい・いきいきサロン（全国社会福祉協議会『「ふれあい・いきいきサロン」のすすめ』によれば、同サロンとは、高齢者、障害者、子育て中の親等を対象に、地域を拠点にして、住民である当事者とボランティアとが協働＝連携で企画をし、内容を決め、運営していく仲間づくりの活動である）、ウ. 見守り等の住民活動、生活環境の改善活動もあり、それへの積極的支援は、地域の活性化と当事者参加、住民参加の活発化につながる。

アクセスの問題に関しては、教室型、通所型・地域支え合い型、チームで移動する方式、季節による住まいの移動、また拠点とランチ（地域福祉型福祉サービス）の関係、リーダーとワーカーの関係、日常的活動への施設等の専門職の派遣等々、多様な方法を考え、アクセスの問題を解決にすることが求められている。

それぞれの地域の人材、施設、機関、サービス等の既存の地域の社会資源の可能性と課題を検討し、かつ潜在的な資源を開拓することが大切である。

### **Ⅲ-4-3. バリアフリーの視点**

そもそも孤立とは、物理的孤立、精神的孤立、情報の孤立、社会的孤立等の関係の孤立を総称する。したがって、それらをもたらす障害、すなわちバリアをどのような取り除くかが、介護予防とも密接に関係づけられる。孤立によって、個人や地域と社会との関係性が断ち切られる危険性が生まれ、その結果、高齢者の心身の機能は急激に低下する恐れがある。そもそも、関係性を維持できるように、ハード、ソフトの両面にわたって配慮された支援は、介護予防の効果をより高めるのである。

#### **①建物、生活環境等の物理的バリアフリー**

移動しやすさ、公共施設の障害者対応、自宅でできるだけ自立した生活を営むことができる段差や手摺等の配慮

#### ②心のバリアフリー

不必要な不安や誤解による排除と偏見の意識に対する取組である。

#### ③参加・自己実現のためのバリアフリー

参加・自己実現を保障するためには、就労の開発と機会の提供だけでなく、選挙による参加、計画作成の作成プロセスへの参加、後述するボランティアとしての参加等、多様な参加が考えられる。

#### ④情報のバリアフリー

母国語等の言語の違いにより地域住民とのコミュニケーションがとれないことによって、社会から孤立することを防ぐための、多言語による情報提供、また通訳者の確保。さらに利用者が理解できるサービスに関する分かりやすい情報提供等である。

したがって、バリアフリーのまちづくりの基本は、安全が保障され、生涯にわたって安心して生活できるハード（住宅や道路のバリアフリー）とソフト（サービス・生活環境）の総合的施策である。言うまでもなく、介護予防やリハビリを含め、保健医療福祉等のサービスの整備や住民による助け合い活動、ボランティア活動への支援、施設機能の地域への開放などのソフトの面も含めた検討が必要である。

その他、ハードの面を中心に考えると、以下のような事項も重要である。

- ①日常生活における危険防止のための多様かつ二重三重の情報提供
- ②自立を促進するための福祉機器等の開発と提供、そして普及
- ③公共施設だけでなく、商店や生活の拠点である住宅の改造も含めた、設計モデルやチェックポイントの提示といった指針（バリアフリーユニバーサルデザイン）の明確化
- ④車椅子等で自由に移動できる環境づくり
- ⑤さまざまな参加の機会が提供されるまちづくり

上記の考え方は、「福祉のまちづくり」として、日本においても以前から目指されており、さまざまな実践がなされている。そしてその推進者は、地域住民であり、行政であり、民間の非営利団体、そして民間企業である。

#### **Ⅲ-4-4. 利用者主体、生活者の視点と圏域**

まちづくりは、前述のように、当事者を含めた住民、生活者の視点に立った進めることが必要であり、計画作成の過程、計画の実施と評価において、当事者の参加が前提である。この計画段階における視点とともに、実際のサービスが利用者や生活者である住民に使いやすいか、日常生活の視点から、まちづくりをとらえ直すことが必要である。それは、従来企画レベルで人間的な息吹のないものが多く見られ、結局使いにくいまちづくりがなされたことの反省による。経済性と効率性は、重要な政策ポイントであるが、そこに生活の視点をどのように組み込むかが重要である。したがって、高齢者のADL、IADLへの対応に留まらず、信頼関係の形成、ニーズ把握、自立意欲を維持できるような丁寧な相談、情報の提供という内容を包括した生活支援と介護予防プログラムを組み合わせる必要がある。

その際に、重要な計画課題は、どのように圏域を定めるかという点である。住民の生活圏域を前提に、圏域が設定されることが重要である。多くの場合に、住民相互の関係が密な基礎的単位として、町内会や小学校区・中学校区などが圏域とされる。またデイサービスやデイケアというように、アクセスが重要なサービスの効果を規定する場合には、通所可能な範囲で圏域が設定されており、これは各市町村の地域性が反映される。その意味で、日常生活圏域、市町村圏域、さらに保健医療福祉機関の中でも、高い専門性にに基づき、前2者の圏域をバックアップするために、都道府県圏域より範囲の狭い広域圏域が設定されている。

#### **Ⅲ-4-5. 権利擁護システムの確立**

情報提供、総合相談、権利擁護事業等による適切なサービス利用を支援すること、サービスの評価事業を通じてサービスの水準をチェックすること、苦情対応システムを強化し、利用者の権利の侵害へ対応すること等が重要となる。権利擁護に関しては、利用者の視点に立ち、アクセス、プライバシー保護、迅速な対応等に配慮したシステムを整備することが大切である。また、訴えの内容によっては、関係サービスを活用し、医師、保健師、社会福祉士等の専門職や住民が協働して取り組むことが必要な場合も少なくない。

#### **Ⅲ-4-6. 地域福祉を推進する専門職と専門性**

高齢者保健福祉問題の発見・整理・提起、合意形成、計画化、コーディネート、実践の評価等を内容とする専門性を明らかにすること、そして推進する人材である保健師、社会福祉士、福祉活動専門員、ボランティアコーディネーター等の専門職の適正配置を図ること。

### Ⅲ-4-7. 関連専門職間及び当事者間における連携協働

地域支援事業は、地域包括支援センターを中心に実施するが、他の市町村の保健福祉施策とともに一体的かつ総合的に推進できるようにする必要がある。地域包括支援センターは、介護予防の拠点として、対象者となるハイリスク高齢者の把握から介護予防ケアマネジメントの実施、サービスのモニタリング・評価、見直しに至るまで、一連のPDCA(Plan-Do-Check-Action/計画-実施-点検-見直し)のサイクルをチェックしつつ、効果的・効率的に介護予防を推進すべきである。また、ハイリスク者をタイムリーに把握するとともに、個々の高齢者の生活実態に即した介護予防ケアマネジメントを行うためには、地域保健、地域福祉を担う職員や事業者との連携協働はもとより、かかりつけ医や民生委員、老人クラブ、ヘルスメイトなど、幅広い地域の人的資源との密接な連携協働が必要不可欠となる。また、地域包括支援センターに配置される専門職については、必要な職種要件に加えて、関係機関との連携調整や多数の高齢者の相談対応を豊富に経験した人材とその能力に着目して配置することが望まれる。

地域保健を担う保健師や社会福祉協議会の職員などは、これまで保健事業や地域福祉の取組の中で、地域住民や地域資源の状況をきめ細かく把握しており、また、個々の住民や住民組織、医療機関等との信頼関係を確立してきている。こうした職員が持つ情報や連携調整のノウハウが地域包括支援センターに集積され、介護予防ケアマネジメントや関係機関間の調整に活かされることが期待される。また、高齢者に対する生活習慣病の予防や生きがいづくり健康づくりの推進といったポピュレーションアプローチとの連続的かつ一体的な推進も重要である。そのためには地域包括支援センターが、市町村の地域保健や地域福祉分野、さらには教育分野との垣根を越えた密接な連携協働ができるようにする必要がある。

なお、協働、連携に関しては、以下の点に留意することが必要である。

- 1) 調整を行うキーパーソンの権限と責任を制度として明らかに位置づけるとともに、個別事例にあわせて誰がキーパーソンとして適切か、具体的に検討すること。
- 2) 保健医療福祉等関係者のそれぞれの役割に対する理解と確認。たとえば、住民に関しては、孤立する高齢者の生活問題と身近であり、発見することが可能な場合も少なくない。さらに情報を提供することもアクセスの点から容易なこともある。さらに地域を基盤とした見守り等の推進者、介護予防や生活支援への理解を地域に広める啓発者としての可能性もあり、それぞれの可能性と限界を合意した上で、地域保健福祉における役割を模索することが必要である。

また市町村は、介護保険事業計画(介護予防事業部分)の作成にあたって、現行事業の把握や精査、介護予防事業を含む地域支援事業全体、そして老人保健福祉計画、地域福祉計画との調整のために、福祉担当部局、保健担当部局、介護保険担当部局の担当者の協議と合意形成が不可欠である。そして介護予防事業はもちろん、

総合的なサービスシステムを構築するために市町村は、

- ①サービスの水準のチェック、サービス評価、
- ②計画の作成と地域で必要とされるサービスの量の確保、社会資源の開拓、
- ③適正な競争の推進、
- ④情報提供、
- ⑤事業者が大幅に参入することが見込まれない領域におけるサービスの協働、連携的提供、
- ⑥サービス提供者間の協議の場の提供、保健医療福祉の協働、連携の強化と実施モデルの提供、
- ⑦利用者の権利擁護への対応、
- ⑧住民参加の促進と行政と民間のパートナーシップの構築、善意が生かされるシステム（寄付、活動、事業）の整備、
- ⑨研修による従事者の質の確保、  
等の役割を期待されている。

また、都道府県・広域圏域の専門機関の相談助言機能を強化し、各市町村で困難な事業をバックアップするシステムも必要である。

### **Ⅲ-5. 介護予防とまちづくりを推進するための課題**

#### **Ⅲ-5-1. 地域保健・地域福祉を推進する組織・団体の組織性の強化**

介護予防には、住民が主体となって進める活動と、事業として安定的に提供されるべきサービスがある。後者に関しては、組織としてのサービス運営は不可欠であり、以下の点に留意する必要がある。

- ①組織の責任体制を明確化し、事業の透明性を図ること、
- ②利用者の権利を保障する苦情対応システムを整備し、判断能力が低下した利用者の利益を代弁する成年後見や権利擁護事業との連携を強化すること、
- ③情報提供、総合相談等による適切なサービス利用をすすめること、
- ④サービスの評価事業を通じたサービスの水準のチェックを行うこと。

### **Ⅲ-5-2. 生活の動線を重視したまちづくり**

生活の動線上に事業、活動拠点を設置すると、無理のない、かつ有効な事業、活動を展開できる。具体的には、

- ① 住民の生活の動線や生活様式にあわせた拠点づくりをすすめる：多くの住民が集まるマーケット等を交流の拠点とすることも可能である。また全国各地の商店街が、夜だけでなく、昼間もシャッターが閉まる、いわゆるシャッター街になっており、各店舗の従来の役割の回復と、地域の交流の場の確保を目的として、商店街にサロンや学習の拠点をつくり、住民の動きを生み出し、地域文化の再生の意味も込めて新たなまちづくりへとつなげていく可能性が考えられる。
- ② 日常的な活動拠点を情報収集やサービスの場にする：さまざまな目的で利用されている公民館等は、生活、健康等の問題を把握するための相談活動や、介護予防サービスに関する情報、趣味やボランティア活動等の社会活動に関する情報等の提供の場としても活用される必要がある。
- ③ 拠点の活用のためのサービスを整備する：各拠点を使いやすい手続き、総合的な利用情報の提供、相談等のサービスを整備することが求められる。
- ④ 地域資源を開拓する役割を強化する：地域には、活用されていない施設とともに、空き家や空き部屋等の眠っている資源がある。地域の人材等も含めて、地域の情報を収集し、掘り起こしていくことが求められている。住民や行政、法人、NPO との協働プログラムの開発を進めていくことが、社会福祉協議会等に期待されている拠点づくりであり、まちづくりである。

### **Ⅲ-5-3. 情報の社会化と相談体制**

情報には、利用者や住民のニーズ情報、先に述べた地域資源に関する情報、ケアマネジメントに必要なケア情報、住民やボランティア活動・NPO に関する情報、既存の調査や地域診断に基づく客観的情報等がある。

介護予防の関係では、特に、閉じこもりがちな高齢者へのアプローチの必要性から見ると、多様な閉じこもりの状態への対応も、多様性が求められる。情報を理解できない、サービス利用意欲が低下する等々、そもそもサービス自体を利用しない、利用できない状態になる。加齢に伴う諸症状や活動・参加の縮小による「あきらめ」やこれ以上機能の向上は無理であるとの誤解による自信の喪失等をもたらす。現状の社会関係、家族関係、サービス活用状況等を分析し、多様な支援体制を考え、日常的な関係性を維持・強化することにより回復が見られた事例、住民や専門職の訪問や派遣によって、自宅における関係性が回復し、信頼関係や社会との関係を取り戻してサービス利用に繋がった事例等々、多様かつ柔軟なサービスが行われる必要がある。「廃用症候群を改善するアプローチは、その原因を取り除くことに合わせて、利用者の意向に基づいて、専門家の支援も受けながら、利用者が生活機能向上に対する積極的な意欲を自ら獲得するように促す

働きかけ」が必要であり、そのためには多様なメニューの提示と利用の合意形成が大切である。友人や民生委員等とのパーソナルな関わり、町内会、老人クラブ、サロン等の帰属組織・団体等々を活用することによって、内容が理解しやすいように改められ、また参加動機も生まれる。

なお、情報に関しては、以下の点に留意することが必要である。

#### 1) 地域のさまざまな人材、団体、機関との連携

ニーズをキャッチするシステムが必要である。相談窓口には、直接本人から寄せられる相談以外にも、多様な経路（ボランティア、民生委員、住民、介護者等）を通じてくる相談も多い。このような地域にある多様な経路、すなわち、ニーズをキャッチするアンテナとなる人、機関等との連携を強化しておくこと。そして窓口で専門職が留まるのみではなく、時としてサービス提供者間の調整会議や介護者教室等、必要な場所に向かうこと（アウトリーチ）も大切な取組である。とくに自然体では近い将来に介護保険の申請を行う層へのアプローチは、介護予防の重要な役割である。

#### 2) 専門性の確保と専門職の配置

相談機関の専門職には、以下の能力が必要である。

- ①相談者の相談を聞き、何が課題なのかを把握する能力、
- ②相談者の不安を受けとめ、本人自身が問題解決に向かうことができるように支援する能力、
- ③相談内容が、担当者の能力と所属機関の権限等を超えるか、もしくは緊急性を有するか迅速に判断する能力、
- ④保健、医療、福祉等の専門職や専門機関、ボランティア等の解決能力を把握し、相談者につなぐ能力。

なお、個人情報とは、基本的に当事者の了解を前提にして取り扱われる必要がある。

#### 3) 地域資源の把握、整理、提供の充実

施設や機関・団体、人材、制度等のサービス資源情報に関して、まず総合相談の担当者は、情報の収集を図ること、そしてそれを整理すること、さらには情報を提供する多様な方法をもつことが必要である。具体的には、利用者の意向を重視して、既存のサービス利用に関する案内や広報、インターネットのみでなく、当事者団体やボランティア、そして専門職からの情報収集も必要である。また情報収集、整理にあたっては、絶えず更新して正確な情報を確保することが不可欠であること、さらに情報を当事者の理解度に応じて説明できる専門職を窓口で配置するとともに、民生委員等のネットワークは欠かせない。

#### **Ⅲ-5-4. 利用者の満足度の尊重、自己決定の原則**

今日の保健医療福祉政策の源流は、ア. ノーマライゼーション、イ. 新しい管理主義（マネジメント）、市場の拡大、ウ. 民主主義の拡大・住民参加の原則という3つに分類される。ア. のノーマライゼーションの原則は、利用者(client)が、「あたりまえ」の人間として社会、地域で生活できるように対応することである。社会参加や自己実現といった人間として「あたりまえ」の希望を重視し、機会を保障すること、また利用者自身の主体的な解決能力を高めるという視点で支援すること、さらに利用者の要望を代弁していく援助が重要視される。ウ. の住民・市民(citizen)参加は、日本が市民社会に成熟する過程で生まれ、社会参加と自己実現として各政策で強化されてきている。また今日、サービスの消費者(customer)としての側面も強調されてきており、その際、消費者の満足度が重要となる。その原則は、適格な援助、信頼関係、迅速な対応、アクセス、安全性、利用者の状態に合わせた情報提供、確認と言われている。たとえば、適格な援助の意味とは、提供者によってバラバラな水準の援助がなされるのではなく、共通の基準に基づいた適切なものであること。迅速な対応とアクセスとは、すなわち利用者が必要な時にすぐに連絡でき、対応が速やかなこと。また対応についての経過説明、結果説明がなされること。安全性とは、問題が生じないように前もって発生を予防する対応がなされていることと問題が生じた時の明確な対応を意味する。さらに利用者の状態に合わせた情報提供とは、利用者が選択できる十分な、かつ分かりやすい情報が提供され、説明がなされること。最後に確認とは、サービスの効果と結果に対して利用者が理解できるような説明し、利用者と成果を共有することである。その結果、利用者の次の主体的な取組が始まる。

予防は、結果として見えにくいこともある。現状が維持されていること自体も、予防の効果である場合が少なくない。したがって、介護予防に関しては、高齢者本人等が自覚して取り組むこと、そしてそのプロセスが大切であり、そのためには、自立意欲とも関わる満足度は、動機付けの意味でも、介護予防の重要な要因であると言える。

#### **Ⅲ-5-5. 地域密着型サービスの整備**

地域密着型サービスの特徴は、地域にあって、利用者の尊厳が尊重され、その人らしい生活をおくること、また今までのような人間関係や社会関係を維持すること等をケアに組み込んでいることである。実際に、認知症の進行が遅くなり、認知症の高齢者が安定した生活をおくることができている事例が報告されており、特定高齢者施策としての効果を果たしてきたと考えることができる。さらに、地域のニーズに敏感できめ細かに対応できること、住民との相互の交流を通して、利用者が自立意欲をもった生活を過ごすチャンスを提供していること等から、通所型も含めて、介護予防に貢献することが期待されている。

### **Ⅲ-6. 都道府県等の役割**

#### **Ⅲ-6-1. 都道府県（保健所を含む）の役割**

市町村が介護保険事業計画を作成し、介護予防を効果的に推進するためには、都道府県による広域的・専門的・技術的な立場からの連携と支援が期待される。

具体的には、まず、他の市町村や県平均、全国平均と比較することができるデータを提供したり、農山村、漁村、商工業地等の市町村区域を越えた地域特性や介護予防に関わる課題を明らかにして提供するなど、市町村が生活圏域や市町村毎に異なる地域特性や生活課題を自ら把握しやすくするための支援を行うこと。また、介護予防に関する現状分析や目標設定、モニタリング、評価に関する技術的な助言をしたり、全国や県内の先駆的な自治体の取組に関する情報の提供を行うこと、さらには、市町村とともに先導モデル的な取組による技術開発や検証を協働して行うなど、事業の質的向上を図るための支援も重要である。このように、都道府県には、市町村と協働して、計画作成段階から実施、評価にいたるまで、広域的・専門技術的な支援を行うことが期待される。

また、介護予防に関する関係従事者等の人材育成や全県的に行う必要がある普及啓発、さらには社会福祉協議会や老人クラブ・食生活改善推進協議会などの関係住民団体・組織の広域的な調整や医科・医療系及び福祉系の大学等の専門家によるコンサルテーションの仲立ち・調整など、市町村単位では対応が困難な広域的な課題への対応が期待される。

#### **Ⅲ-6-2. NPO支援センター、ボランティアセンターなどの役割**

都道府県単位に設置されているNPO支援センター、ボランティアセンターなどには、全県的なNPOやボランティア等に関する情報の収集を行うとともに、市町村の社会福祉協議会などに情報提供をすること、モデル事業の実施に関する支援プログラムの開発・提供、市町村単位のNPOやボランティア組織などの交流や情報ネットワークの推進、教育機関との連携による福祉教育の推進支援、ボランティアコーディネーターやボランティアリーダー等の活動推進者の研修等の役割が期待される。

## **まとめ**

### **計画の作成**

本報告は、市町村介護保険事業計画のうち市町村が作成する地域支援事業に関する部分について、市町村が円滑に作成することができるよう、介護予防事業に関して参考となる事項等を示したものである。本報告では、市町村介護保険事業計画において介護予防事業の対象となる特定高齢者数を適切に推計し、これを踏まえて実施すべき事業の量、費用及び効果（評価）等を効率よくかつ適切に計画できるように配慮した。

介護予防事業の創設に伴い、介護予防・地域支え合い事業、老人保健事業等が見直されるため、市町村ではこれらの事業の見直しを踏まえて、地域の実情に応じた適切な計画が求められる。しかし、計画作成のための期間が限られていることから、市町村では効率よく計画を作成する必要がある。

本報告を活用し、地域の特性を踏まえた市町村介護保険事業計画が円滑に作成されることを期待する。

### **喫緊かつ時代の要請としての取組**

介護予防事業の実施に際しては、対象者への自立支援の視点が重要である。このため、個別支援、自立意欲・自己決定の尊重、潜在的可能性への対応、といった観点からの計画づくりが求められる。

また、介護予防事業の計画づくりの過程では、市町村介護保険事業計画の作成プロセスへの住民参加が重要である。このプロセスでは、情報提供、自己選択、自己決定等の観点が必要であり、介護予防特定高齢者施策対象者把握などのニーズ把握のためのアンケート調査、地域懇談会等への参加などが求められる。また、顕在化しにくい住民の意見への配慮等が重要であり、行政と市民との双方向の連携が必要となる。

今日の保健医療福祉政策の礎として、受け手の立場、すなわち住民参加の原則がある。こうした考え方を踏まえ、さらに利用者の満足度や自己決定の原則、権利擁護への配慮が重要である。

また、介護予防事業は、高齢社会における地域づくり、ひいては健康と居住や生活の実感を謳歌するまちづくりにも結びつくものである。生活環境等の整備と情報活動をどのように組み合わせるか、個別的なケアサービスを住宅の機能とどのように連携させるかなど

の組み合わせの考え方や、地域の社会資源をどのように組み合わせるかを柔軟に新しい概念をどのように地域で醸成するかが重要である。このためには、医療、福祉、教育、住宅、労働などにわたる総合的な視点に立つことが必要である。さらに地場産業の活用、その他の地域資源との連携による介護予防事業の創意工夫が重要である。

介護予防事業の円滑な実施では、市町村内の地域資源との連携が不可欠である。市町村レベルでの地域資源との連携を促進するため、都道府県が広域的な観点から支援することが考えられる。例えば、そのためのマニュアルの作成、参加型の初任者・現任者研修の実施、推進協議会等による専門家も含めた総合的な支援体制、専門機関の相談助言機能の強化、モデル地域の指定による啓発事業等が挙げられる。

介護予防事業に関する事業計画は、それぞれの市町村で求められている介護予防事業の必要量やその効果など、戦後のベビーブーム世代が65歳になる2015年に向けた地域介護政策課題の解決への道筋をあらわす重要な計画である。市町村は、介護予防事業の確実な実施を図るため、あらゆる事業との連携や関連機関との協力が重要となる。

介護予防は、生活習慣病予防やヘルスプロモーションムーブメントに沿った展開、そして介護予防一般高齢者施策を視野に入れた広義の介護予防も重要であり、これらは老人保健福祉計画等を含めた幅広い地域包括ケア体制の行政計画の中で位置付けるべきである。

## **今後の課題**

介護予防事業においては、高齢者人口の5%程度と想定される特定高齢者の介護予防特定高齢者施策等への参加を通じて、そのうちの20%が要介護者にならないようにすることが目標である。しかし、対象とする高齢者の把握が適切でない場合には、例えば、もともと元気な高齢者に対し介護予防特定高齢者施策を実施し、その結果、要介護にならなかった高齢者として評価することなどについては、事業の効果に問題が残る。また、事業に投じる資源に対して得られるアウトカム評価に疑問が残る場合も考えられる。

これらの解決のため、介護予防特定高齢者施策の対象者としての選定や個別の事業メニューの対象者とする際のスクリーニングが極めて重要であるが、現時点でのエビデンスの蓄積状況等を踏まえると、成果の解釈等について意見が分かれることも考えられる。こうしたことから、事業の対象者の選定等は極めて重要であり、また事業実施における対象者のモニタリング等の方法の確立や、そのために必要な諸方策の提示が今後の課題と言える。

