

計画作成者氏名

[illegible]

2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

評価日

殿

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	☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了 ☐ ☐	☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 介護予防特定高齢者施策 ☐ 介護予防一般高齢者施策 ☐ 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事が出来るという自信」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、しぶしぶ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う。

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等検討会」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、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。

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、複数の把握ルートを確認しているか。

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の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るか。
- 庁内でのコンセンサスの下で個人情報の保護、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るか。

- 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、これに関する評価表の書式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）