

#### 4. 2. 2 地域支援事業（介護予防事業）の対象者の選定

地域包括支援センターは、地域支援事業（介護予防事業）の対象となる者を選定し、さらに（対象者と選定された者に）介護予防ケアマネジメントを行う。

上記の各ルートของいずれかで「地域支援事業（介護予防事業）の対象となる可能性がある」と判断された高齢者が同センターを訪問する訳であるが、上記のルートを経ないで本人・家族が直接訪問することも有り得る。

いずれの場合であっても、同センターは基本チェックリストを用いて本人の生活機能の状態を調査し、その結果をもとに地域支援事業（介護予防事業）の対象者を選定する。

なお選定の結果として対象者とならなかった場合には2つの可能性がある。第1に生活機能低下のない場合であり、その際は、地域支援事業（介護予防事業）のうちポピュレーションアプローチとしての一般高齢者施策や健康増進のための他のサービス（民間サービス・社会教育・健康教育等）への参加を促していくとともに、次年度の介護予防に関する健診の受診を勧めることが重要である。第2の場合として、要支援・要介護状態に該当するものであり、この際は要介護認定の申請を勧めることとする。

#### 4. 2. 3 介護予防ケアマネジメント

地域支援事業（介護予防事業）の対象者に対して、地域包括支援センターで行われるものである。その詳細は後に述べるが、介護予防ケアマネジメントは一次アセスメントと簡易な介護予防ケアプランの作成という2つの要素により構成される。

一次アセスメントの目的は、基本チェックリストと介護予防に関する健診結果をもとに、個々人における介護予防ニーズを特定し、課題分析を行うことである。介護予防に関する健診結果は一次アセスメントにおける重要な判断資料となるものであることから、同健診を受診していなかった者については、受診を勧奨し、その結果を待って一次アセスメントを始めることが望ましい。

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（介護予防事業の利用、インフォーマルな支援の利用、医療機関の受診、生活習慣の改善など）を創っていくかについて、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。

#### 4. 2. 4 事業の実施

介護予防ケアプランにもとづいて、運動機能向上や栄養改善、口腔機能向上その他の事業が実施される。当該事業は通年実施される形態を取り、その利用者はいつでも利用を開始して、一定期間後には利用を終了できるようにすることが望ましい。

各事業の実施者は、二次アセスメント、事業実施、モニタリングを行う。

各事業の利用開始にあたって、事業実施者は二次アセスメント（参加者個々人の心身機能等のレベルの評価）を行う。これをもとに、個々人の目標（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、具体的な事業プログラムを計画する。さらに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役立てるものである。

事業の実施にあたって、事業実施者はモニタリングを行う。各利用者について、事業プログラム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、事業実施上での阻害要因などがないかどうかについて、事業実施者は定期的に評価を行う。その結果に応じて、事業実施者は事業プログラムに適宜変更を加えるものとする。

#### 4. 2. 5 再アセスメント

地域包括支援センターは、一定期間後に各利用者の状態を再アセスメントする。その目的は、介護予防ケアプランで設定された目標が達成されたかどうかをチェックするとともに、その状況に応じて今後のプランを作成することである。

今後のプランとしては、地域支援事業（介護予防事業）の利用を継続する、介護保険の認定を申請する、あるいはポピュレーションアプローチとしての一般高齢者施策へ移行する、という3つの可能性が考えられる。これらは各利用者の機能の推移に応じて決められるものであるが、その際、本人の希望が最大限に尊重されるべきであることは言うまでもない。

#### 4. 3 新予防給付の流れ

新予防給付の流れを図2に示す。介護保険で要支援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。

介護予防ケアマネジメントは、一次アセスメント（課題分析）とケアプランの作成・確定とにより構成される。一次アセスメントとは、要介護認定調査項目、主治医意見書、生活行為（29項目）調査票、介護予防に関する健診、本人・家族との話し合いなどをもとに、現状における生活行為（している行為、していない行為、その理由・背景、改善・維持の可能性など）に関する評価・分析を行うものである。それに基づいて「本人がどんな生活・人生を送りたいか」について本人とケアマネジメントに関わる者が合意することを目指している。

それに基づいて行われるケアプランの作成過程では、「するようになる生活行為」を実現

するための目標を設定して、それを達成するために必要となる支援要素（本人・家族・地域・保険給付・介護保険意外の公的サービスのそれぞれは何をするか）を明らかにして、目標を実現するための支援メニューを作成するものである。

その支援メニューにもとづいて、新予防給付の個別サービスが提供される。ここでは、通所介護、通所リハ、訪問介護、その他といった様々なサービスについて、まず事前のアセスメント（二次アセスメント）を行って、ケアプランが作成される。それにしたがってサービスが提供されることとなるが、一定期間後に事後のアセスメントを行うものである。これらは個別サービス事業者により行われるものである。

そして一定期間後に、地域包括支援センターにおいて効果の評価が行われる。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）が実際に現実のものとなったかどうかを評価し、それに基づいてケアプランを見直していくこととなる。また利用者本人の機能レベルが改善したために地域支援事業（介護予防事業）へ移行することが必要となる場合、あるいは逆に利用者本人の機能レベルが悪化したために介護保険での要介護レベルへの移行が必要となる場合も有り得る。その際は、それに応じた対応を行うものとする。

#### 4. 4 地域支援事業と新予防給付の運営上の相違点

それぞれの詳細については後に述べることとして、ここでは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、それは介護保険の認定作業と連動して自動的に把握される。一方、地域支援事業における介護予防では、対象者を適切に把握することが最も重要な課題となる。なぜならば要支援・要介護の虚弱高齢者は（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。そのような虚弱高齢者をいかに高頻度かつ効率的に拾い上げて介護予防サービスにつなげるかということが最も重要な課題である。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拾い上げて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）を円滑に行うことも求められている。そのため、市町村が実施する介護予防に関する健診、かかりつけ医や民生委員などの関係機関からの連絡、介護保険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しなければならない。

第2に、利用者が抱える支援ニーズを比べると、地域支援事業の利用者では比較的軽度

かつシンプルであることが想定される一方、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ものであることが想定される。そのため、ケアマネジメントの過程も両者では異なるものとなり、地域支援事業におけるケアマネジメントでは、基本チェックリスト（後述）と介護予防に関する健診の結果および本人の希望・目標に基づいて適応となるサービスを選定すること、さらに介護予防の可能性を伝えて本人の意欲を高めてもらうことが主な目標となり、ケアプランも簡易なもので十分であろう。そしてサービス担当者会議の開催も、複数のサービスを同時に利用する場合、医学的なり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限られるものと思われる。それに対して、新予防給付におけるケアマネジメントは一人ひとりに対して十分な時間をかけて、現状の問題点・課題を明らかにし、機能改善に関する予測を立て、本人の生きがい・自己実現に関する目標を明確にしたうえで、具体的なサービス項目を本人とともに決定していくという、一連のプロセスが求められるのである。

表 2 地域支援事業と新予防給付の比較

	地域支援事業	新予防給付
対象者	虚弱高齢者	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

## 5. 総合的な介護予防サービスの展開

介護予防とは、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。むしろ、これらは介護予防のための総合戦略のなかの（極めて重要な要素ではあるが）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ということが議論されている。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・予測因子を解明したうえで、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）を拾い上げて、彼らに有効な予防介入を集中的に行う。

ハイリスクアプローチの考えは論理的にも妥当なものであり、実施面でも効率的なものと思われる。そこで従来の健康づくりは、ハイリスクアプローチの考えを重視したものとなっていた。しかし、集団における疾病・要介護発生リスクは連続的に分布している（リスクのある者とない者といった形での二者択一は不可能である）こと、集団全体での発病者にはリスクの低い者も相当程度含まれていること、集団のうちの一部の行動変容などを促しても持続しがたいこと、集団全体の動向が個人の行動やリスクを大きく規定していることなどが明らかになるにつれて、ハイリスクアプローチの限界が明らかとなってきた。そこで集団全体に働きかけていくポピュレーションアプローチが注目されるに至ったのである。

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。ポピュレーションアプローチの効果がどれほど大きいものかは、肺がん対策では主にハイリスクアプローチに依拠してきた我が国でいまだ肺がんが増加していることを考えるならば、論を待たないところである。

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事業は、ポピュレーションアプローチとしての一般高齢者施策とハイリスクアプローチとしての特定高齢者施策で構成される。特定高齢者施策と新予防給付は、ともにハイリスクアプローチとして位置付けられるものである。すでに述べたように、前者は、地域に在住する高齢者のうち5%程度を虚弱高齢者と位置付けて、介護予防事業を実施するものである。これ自体、十分な効果が期待されるものであるが、しかしそれ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、これらの人々すべて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とは、どのようなものであろうか。このことについて、「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」とすることと提言している。それによると、「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」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、活動的な状態にある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のである。そのため第1に、高齢者の社会参加を促進していくことが重要である。具体的には、高齢者における雇用機会の確保、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、公共交通網の整備（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）などの取り組みも必要となろう。

第2に、介護予防に関して地域全体が関心を持ち合うコミュニティを形成していくことが重要である。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る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。さらには、高齢者が自立して生活していく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、それを解決するための運動を住民が主体となって作り出していくべきではなかろうか。

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には多種多様なものが考えられる。と同様に、ポピュレーションアプローチの実施主体も、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。自治体にあっては、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關与するものである。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を行うことが必要である。

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。様々な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）も関わってくるのである。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・目標を共有することによって、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のである。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ための要（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において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ものである。ここでは、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關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、地域支援事業と新予防給付における介護予防ケアマネジメントを行うという役割を担っている。それは、利用者の個々の状況に応じて、課題を分析するとともに予後予測を行い、本人の生きがい・自己実現に関する目標を明確にしたうえで、具体的なサービス項目を本人とともに決定するという課題である。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、介護予防サービスを利用している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どうかについて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・勧告を行うものである。

## 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サービス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、地域支援事業における対象者把握において重要な役割が期待されているのである。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虚弱高齢者は、運動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、これら虚弱高齢者を十分に把握することが困難である。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、医療機関こそ虚弱高齢者と最も頻繁に遭遇する場なのであり、かかりつけ医が地域支援事業の入り口となる機会が多いのである。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を整えば、「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、介護予防に関する健診を日常的に実施すること、地域支援事業の適応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だということがある。むしろ、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と思われる。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）においても、実際の運営はほぼすべて住民ボランティアの参加・協力により行われてい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少なくすむため



に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の確に反映した事業の企画・運営が可能となるということがある。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、日頃から高齢者がどのようなことで困っており、何を望んでいるかについて、行政よりも緊密かつ的確に把握していることも多いと思われる。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と思われる。実際に、ある自治体では、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。

#### 6. 4 各事業の間の連携

介護予防は、活動的な高齢者を対象として活動性の維持・向上を図る地域支援事業における一般高齢者施策（一次予防）、虚弱な状態にある高齢者を対象として生活機能低下の早期発見・早期対応を図る地域支援事業における特定高齢者施策（二次予防）、そして要支援状態の高齢者を対象として要介護状態の改善や重度化予防を図る新予防給付（三次予防）により構成される。すなわち、すべての高齢者を対象として、一人ひとりの機能レベルに応じて切れ目なく連続的に介護予防サービスを展開することが求められている。そのため、これら各事業の間で有機的な連携が保たれていることが重要である。

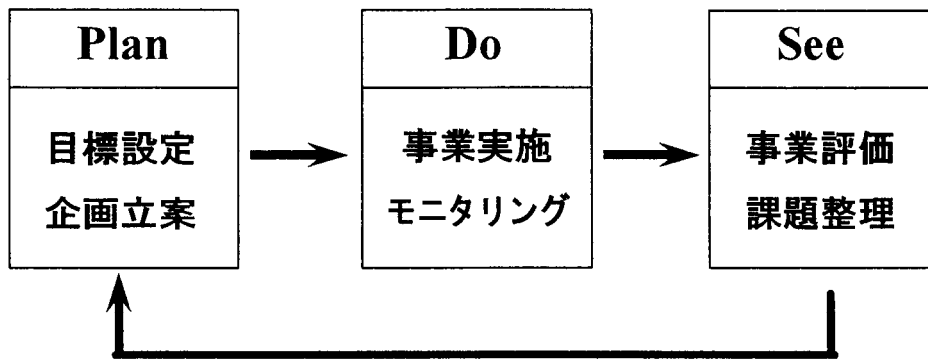
各事業の連携を必要とする、もう1つの理由は、個々人の機能レベルが徐々に推移していくことにある。たとえば、介護予防サービスを利用することによって機能が改善する場合である。要支援者が、新予防給付サービスを利用して「非該当」にまで改善した場合、今度は地域支援事業が適応となる。同様に、地域支援事業を利用した者の機能レベルが改善すれば、今度はポピュレーションアプローチによる事業に切り替える必要が出てくる。あるいはポピュレーションアプローチでも、参加するだけの立場からボランティア・リーダーとして事業を運営していく立場に移行することも少なくないであろう。逆に、加齢や疾病などのために心身機能が低下した場合には、それに応じてサービスの種類を（たとえば、地域支援事業から新予防給付へ）変更する必要も生じてくるであろう。

このようなサービスのシフトを円滑に進めるには、日頃から各事業の間で十分な連携・交流の体制を確保していく必要がある。これら連携・交流を各サービス提供者が自発的に行うことは現実的には考えがたいと思われるので、関連機関・団体が定期的に情報交換を行うための機会を市町村あるいは地域包括支援センターが提供すべきである。

## 7. 市町村介護保険事業計画と事業評価

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、一定期間後における目標値を設定し、それを果たすためにはどのような事業をどの程度実施するべきである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)のであるが、その際には事業が計画通りに実施されているかどうかなどに関するモニタリングを併せて

図3 事業展開の Plan・Do・See



行う必要がある。そして事業が終了した段階で、所期の効果があがっているかどうか、目標が達成されている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が作成されていくのである。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。

介護予防とは、すでに述べたように「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。さらに地域支援事業(介護予防)では、地域における虚弱高齢者(概ね5%と推計)が介護予防事業に参加して、そのうち20%の者が新たに要支援・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している。このような目標値を実際に達成するための事業計画を作成し、実際にどれだけ目標値に到達できたかということが事業評価の主眼となる。

したがって、計画も事業評価も同一の指標に基づくものでなければならない。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。アウトカムとは、成果を意味しており、介護予防事業においては、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・介護給付額などがあげられる。第2に、アウトプット指

標である。アウトプットとは、出力・生産活動を意味しており、介護予防事業においては、その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・件数・参加者数などがあげられる。第3に、プロセス指標である。プロセスとは、過程・手順を意味しており、介護予防事業においては、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ある。

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。アウトプット指標もプロセス指標も事業が効果を発揮するための前提ではあるが、しかしこれらが適切に行われたら必ず所期の効果が得られるかということ、必ずしもそうではないからである。その意味で、アウトカム指標による目標を最初に設定し、それを達成するため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のである。

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に関しては、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

介護予防事業に関連して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ことは言うまでもない。

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ていなければならない。連携がうまく図られるには、関係者間で情報が円滑に伝達・共有されている必要がある。また、今回の制度改革では事業評価の重要性が強調されているが、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・保管することとなる。たとえば、地域包括支援センターは、基本チェックリスト、一次アセスメント、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、二次アセスメントやサービス提供時の様々な記録を収集・保管することが求められる。医療機関は介護予防に関する健診の結果や主治医意見書に関する情報を収集・保管することが求められる。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てることになる。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において利用可能なものである。

なお個人情報の保存年限については、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と考えられる。

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。具体的には、ある機関から他の機関に対する紹介状・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が、それに該当する。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どうしで直接に（第三者を介さず）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、適切であると判断することが可能である。

なお、この場合、介護予防事業を提供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こととしている。また市町村については、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ているところである。

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要な視点として位

置付けられており、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においては、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（氏名など）を必要とする場合は少ないものと思われる。そのような場合、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)