

### 【記載のしやすさ】

- ・各項目のスペースをもっと大きくして、高齢者にも見やすくしたほうが良いと思う。
- ・字を書き入れるスペースが大きいと文字が大きくなり、見やすいのではないかと思う。
- ・週間予定表よりも、その他の項目の枠を広げてほしい
- ・モニタリング欄を大きくし、たくさん書けるようにしてほしい。小さすぎて書ききれない。

### 【対象者の理解】

- ・あまり理解されていないし、見たり書くのは拒否的。耳も遠いので理解してもらうのはとてもきびしいと思った。
- ・自立目標を立てることはよいが、高齢者にとっては理解できるまでに時間がかかる。「特定高齢者」という自身の立場さえ理解できないのが現状である。
- ・包括の支援計画表も「すこやかプラン（案）」も、本人にとっては同じようなものであるから、紙面上のやりとりが多く堅苦しいなどという言葉も聞かれた。
- ・対象者と確認しながら読み上げていったがなかなかスムーズにいかず時間を要した。また、包括も同じように確認したため、対象者は負担に感じたと話された。
- ・認知症や精神疾患を持った対象者と問題意識を共有するのが困難でした。すこやかプランの目標について建設的な話し合いを持つことさえ難しいケースもあり、理念は理解できるが、実践するのは難しかった。

### 【プランの立案】

- ・包括支援センターより予防支援計画表が提示されているのでそれに添っての訪問で充分である。
- ・本人に対し「すこやかプラン」「予防支援計画」双方の同意を求める時、混乱している様子があり、理解されての返答かそうでないか判断できないこともあった。プランを立てるための訪問と感ずることもあった。
- ・訪問指導員が詳しく説明すれば理解していただけたが、3ヵ月ごとに「すこやかプラン（案）」を立てる必要はないように感じた。
- ・支援計画表と重なり、使用しづらかった。
- ・本人と一緒にプランを立案すれば理解しやすいと思うが、私自身が「本人と一緒に立案する」ことに慣れていないため、指導員としての目線からの立案になってしまった。プランは3ヵ月に1度となっていたが、対象者により違うと思う。
- ・予防版 MDS-HC でトリガーされた CAP と「介護予防サービス支援計画表」に若干のずれがあり、「すこやかプラン（案）」にそれらをどうまとめ、もりこんでいっ

たらしいかとても悩んだ。

## ②訪問記録票（案）について

### 【不要な項目・追加すべき項目】

- ・受けている医療の状況、最近の検査データなど、看護職としてそれらをチェックして記入する必要があると思う。
- ・バイタルチェック、体重、便通等の欄がほしい
- ・ほとんどの対象者はサービス利用がないので、「3. 現在使っているサービス」欄は必要ないのでは。
- ・「9. 訪問に要した時間」は面接時間のみの記録でよい。
- ・「2. の本人の全体状況・変化」は、「4. 本人の状況」と重複するため必要ない。
- ・「6. 本人が合意した内容」欄は必要ない。合意できない、順守できないことで、利用者が精神的なストレスを感じることもある。
- ・認知症やうつ傾向の人に現状を記入する場所がない。観察した様子を詳細に書かなければならない対象者については書きづらい。
- ・CAP の項目はトリガー表で確認できるので、訪問記録票に毎回記入する必要はない。
- ・介助者（家族等）の状況を記入できる欄があるとよい。
- ・「6. 本人が合意した内容」「8. 次回の課題」は同じことなのでまとめてよい。
- ・「7. 保健・医療・介護サービス・福祉機関への連絡調整、等」は、状況により記入するので欄を設ける必要はない。
- ・「5. 訪問時の会話の概要」にある＜訪問者による助言・アドバイス＞を＜訪問者による判断・アドバイス＞にしたら良いと思う。
- ・様々な職種が関った具体的な内容を記入する部分がほしかった。

### 【記載のしやすさ】

- ・本人の状況記入欄が狭いので書きにくい。
- ・「1. 訪問の具体的な目的」「8. 次回の課題」の欄を広くしてほしい。
- ・記入欄が狭いため内容をまとめて書くのに苦労した。
- ・訪問して得た全体状況を記入するところが少ない。その人を取り巻く環境全体がその人の持つ問題となっているので、（常に全体を把握して、判断して対応しているので）書きづらかった。
- ・包括支援センターから来る支援計画表にそった記録に統一してほしい。

## 【その他】

- ・CAP と訪問目的にズレがある場合、無理な記入になっている時があった。CAP の「重要」の判断に、対象者と指導員に差がある場合、どちらを優先にすべきか、まだ迷いがある。
- ・「CAP 検討用紙」に記載したのに、同じことを記録する意味がわからない。
- ・毎回の記録票に本人のサインのある目標をコピーしてその日の目的などを書くようになると、「すこやかプラン」を確認できていいと思う。

## (2) 記録紙の変更

(1) で寄せられた意見などをもとに内部で検討の結果、「すこやかプラン (案)」「訪問記録票 (案)」を変更した。変更した記録紙および記入要綱は資料 2 - 8 「すこやかプラン」および「すこやかプラン記載要領」、資料 2 - 9 「訪問記録票」および「訪問記録票記載要領」のとおりとなっている。

# 第3章 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

## I 方法

### 1 対象

#### (1) 対象地域の概要

##### ①T市

T市は、総人口が34,278人、高齢者人口（65歳以上）が7,803人であり、高齢化率は22.8%である（平成12年現在）。平成17年の推計高齢化率は24.2%となっている。

市内には4カ所の地域包括支援センターが設置されており、運営は直営1カ所、委託3カ所で行われている。地域包括支援センター1カ所あたりの人口は、約8,500人となっている。

##### ②H市

H市は、総人口が816,658人、高齢者人口（65歳以上）が158,390人であり、高齢化率は19.4%である（平成17年現在）。

市内には8カ所の地域包括支援センターが設置されており、すべて委託で運営されている。地域包括支援センター1カ所あたりの人口は、約102,000人となっている。

表Ⅲ - 1 - 1 対象地域の概要

	T市	H市
総人口	34,278人	816,658人
高齢者人口	7,803人	158,390人
高齢化率	22.8%	19.4%
地域包括支援センター数	4ヶ所	8ヶ所

※総人口、高齢者人口、高齢化率のデータは、T市は平成12年、H市は平成17年のものを用いている

## (2) 調査対象と期間

### ①T市

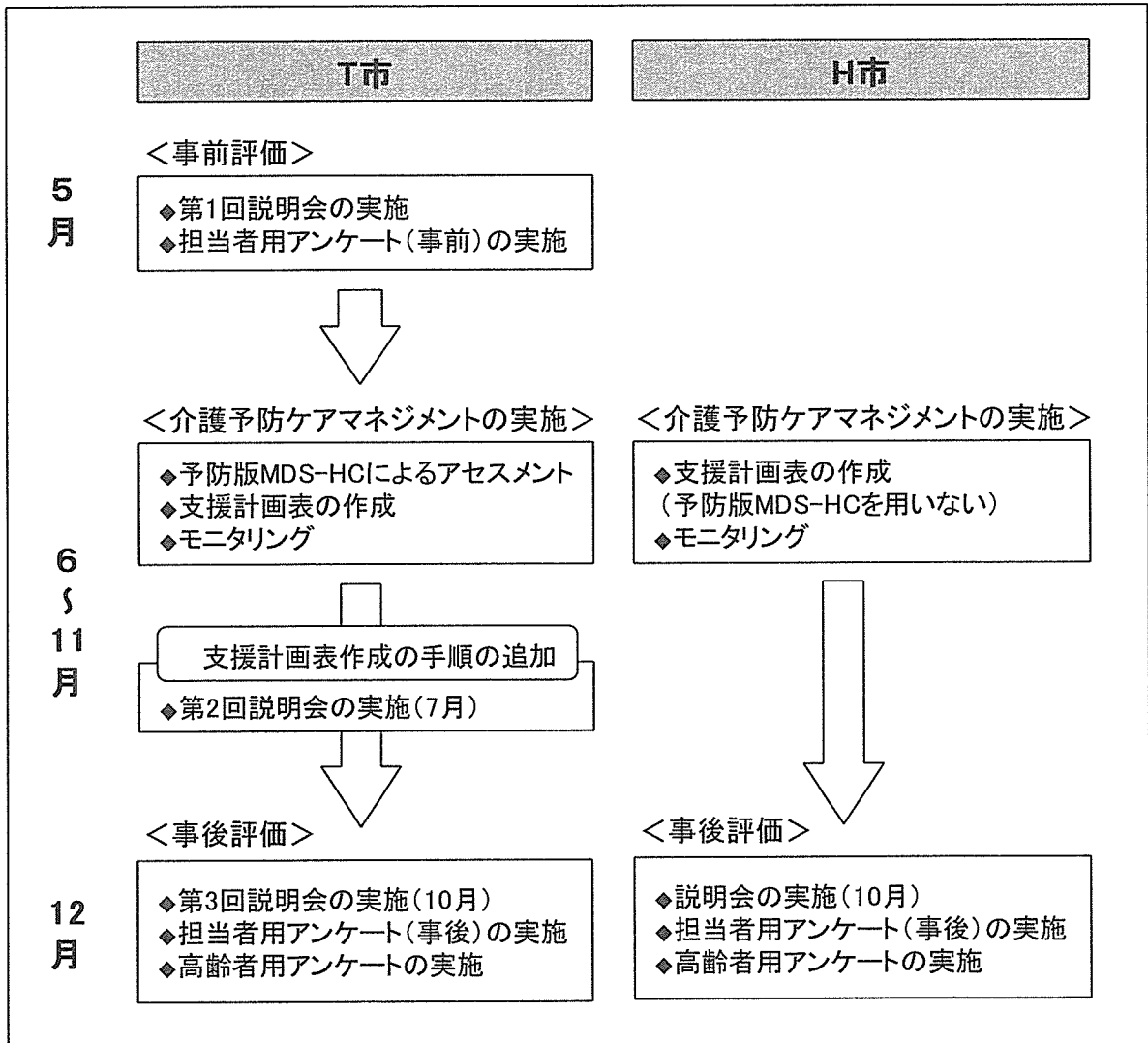
対象は、平成 18 年 6～9 月に地域支援事業および新予防給付による介護予防ケアマネジメントが開始され 11 月時点でマネジメントが継続している、市内全 4 ヲ所の地域包括支援センターの担当する特定・要支援高齢者 (n=81) とその担当者 (n=14) とした。調査期間は、平成 18 年 5～12 月とした。

### ②H市

対象は、平成 18 年 6 月に地域支援事業および新予防給付による介護予防ケアマネジメントが開始され 11 月時点でマネジメントが継続している、市内 8 ヲ所中 7 ヲ所の地域包括支援センターの担当する特定・要支援高齢者 (n=69) とその担当者 (n=20) とした。調査期間は、平成 18 年 6～12 月とした。

## 2 調査の流れ（図Ⅲ - 1 - 1）

調査全体の流れは、以下の通りである。



図Ⅲ - 1 - 1 調査の流れ

### 3 調査の内容

#### 3-1 T市

##### (1) 事前評価

平成 18 年 5 月中旬、地域包括支援センターの担当者を対象に、調査への依頼と調査内容の説明のための会合を開催した。担当者に対し調査への協力依頼および調査実施に関する説明を行い研究協力の同意を得た後、介護予防ケアマネジメントにおける予防版 MDS-HC の活用に関する研修を実施した（資料 1「有効な介護予防ケアマネジメントのために」）。

その後、担当者用の事前アンケート（資料 3-1）を配布して回答を依頼し、その場で回収を行った。

##### (2) 予防版 MDS-HC による介護予防ケアマネジメントの実施

平成 18 年 6～10 月に予防給付もしくは地域支援事業の対象となった高齢者に対し、予防版 MDS-HC を用いて介護予防ケアマネジメントを実施した。

###### ① 予防版 MDS-HC による介護予防ケアマネジメントの手順

予防版 MDS-HC を用いた介護予防ケアマネジメントの手順の概略を、表Ⅲ-1-2、図Ⅲ-1-2 に示す。

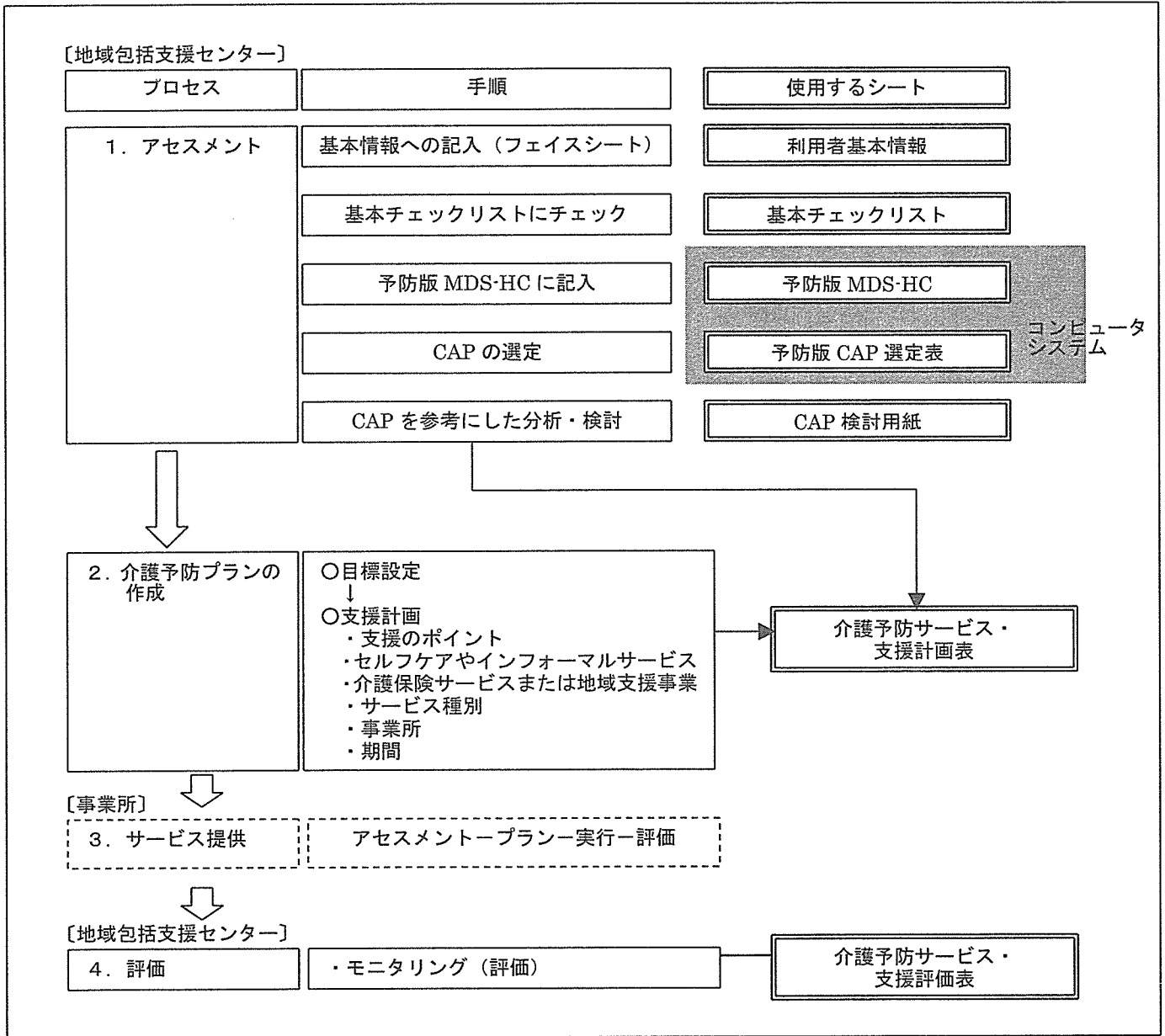
表Ⅲ-1-2 予防版 MDS-HC を用いた介護予防ケアマネジメントの手順

###### ① 予防版 MDS-HC によるアセスメント（資料 2-3）

- ・ 調査開始後の初回訪問時および、モニタリングを実施する際にチェックする。
- ・ アセスメント表にチェックしたら、CAP 選定表（資料 3-2）により選定された CAP を確認し、CAP 検討用紙（資料 3-3）により分析・検討する

###### ② 介護予防サービス・支援計画表の作成、モニタリング

- ・ 初回訪問後には、予防版 MDS-HC によるアセスメントの結果を踏まえて、介護予防サービス・支援計画表（資料 3-4 以下、支援計画表）を作成する
- ・ 3 ヶ月後の事業所からの事後アセスメントの結果を受けて、支援評価表（資料 3-5）を作成する際にも、①の手順により予防版 MDS-HC によるアセスメントを実施する



図Ⅲ - 1 - 2 予防版 MDS・HC を用いた介護予防ケアマネジメントの流れ



## ②支援計画表作成に関する手順の追加

予防版 MDS・HC による介護予防ケアマネジメントの開始後、マネジメントの実施状況について担当者に意見を求めたところ、「予防版 MDS・HC のアセスメントにより選定された CAP を検討し、その検討内容を支援計画表の記載につなげるプロセスが分かりづらい」という声が聞かれた。そこで、CAP 検討と支援計画表記載のプロセスについて再度検討を行い、CAP 検討用紙の記載内容をそのまま支援計画表に転記していくことで支援計画表を完成させることができるような手順を考案した。この手順について担当者に周知を図るため、平成 18 年 7 月中旬に第 2 回説明会を開催し、以後はこの手順に基づいて支援計画表を作成することとした。

この手順の詳細については、付録『2.介護予防ケアマネジメントでの活用方法』を参照されたい。

## (3) 事後評価

予防版 MDS・HC による介護予防ケアマネジメントの開始から約 5 ヶ月が経過した平成 18 年 10 月下旬、事業の実施状況の確認および事後評価の具体的方法に関する説明を行うため、第 3 回説明会を実施した。事後評価として依頼した調査の内容は、以下の通りである。

各アンケート用紙の具体的な質問内容については、4. 調査内容と分析方法で述べる。

### ①担当者用アンケート（資料 3 - 6）

事業後の担当者アウトカムの評価として、事業前の担当者用アンケートと同様の質問項目からなる、介護予防ケアマネジメント実施への自信などに関するアンケートへの回答を依頼した。

### ②高齢者用アンケート（資料 3 - 7）

担当者に対し、対象高齢者への高齢者用アンケートの配布と回収を依頼した。アンケートの回収日は、11 月から調査票の取りまとめ期限である 12 月 25 日までの最終訪問日とした。

高齢者用アンケートは自記式無記名とし、アンケートへの回答は任意であること、回答内容が担当者に知られることはないことについて、アンケート用紙に記載し、回答後に添付のシール付封筒に入れて封をした上で担当者に手渡すよう書面にて依頼した。高齢者自身によるアンケートへの回答が困難な場合、高齢者の同意が得られれば担当者による代筆は可能であるが、介護予防サービスに対する満足度や意見

を問う質問項目に関してはできるだけ高齢者自身に回答してもらうよう、担当者に説明を行った。担当者は高齢者から密封封筒を回収した後、封筒の所定の欄に回収日と研究上の高齢者 ID を記入するよう、担当者に依頼した。

このほか、担当者に対して、自らが担当する高齢者一人につき一枚、高齢者の状態を客観的に評価するための質問紙（以下、「高齢者評価アンケート」とする）への記入を依頼した（資料 3 - 8）。

### ③記録

対象高齢者に関して調査期間中に記載された全ての記録類（予防版 MDS-HC アセスメント表、CAP 検討用紙、支援計画表）を、氏名、住所、性別、生年月日等の個人情報および担当者名を黒マジックで塗りつぶし、研究上の高齢者 ID を記入した上で、研究者に提出するよう担当者に依頼した。

また、予防版 MDS-HC を導入する以前に、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の対象となった高齢者（平成 18 年 4～5 月にマネジメントが開始された者）の支援計画表についても、比較対照として分析を行うため、同様に個人情報を黒マジックで塗りつぶした上で提出するよう依頼した。

## 3 - 2 H市

H 市の地域包括支援センターに対し、T 市における事後調査と同様の調査を依頼した。地域包括支援センターの担当者を対象に、平成 18 年 10 月上旬に調査の依頼と調査内容に関する説明会を開催し、説明実施日より調査票の取りまとめ期限である 12 月 25 日までの最終訪問日の期間に、以下の調査を実施するよう求めた。

### ①担当者用アンケート（資料 3 - 9）

担当者を対象に、T 市と同様の質問項目からなる、介護予防ケアマネジメント実施への自信などに関するアンケートへの回答を依頼した。

### ②高齢者用アンケート（資料 3 - 10）

担当者に対し、対象高齢者への高齢者用アンケートの配布と回収を依頼した。依頼に際し、T 市の高齢者用アンケートにおいても同様の内容を担当者に説明した。

「高齢者評価アンケート」の質問内容は担当者用アンケートの中にも含め、高齢者一人ひとりについて記入するよう担当者に依頼した（資料 3 - 9）。

### ③記録

対象高齢者について調査期間中に作成された「介護予防サービス・支援計画表」を、氏名、住所、性別、生年月日等の個人情報および担当者名を黒マジックで塗りつぶし、研究上の高齢者 ID を記入した上で、研究者に提出するよう担当者に依頼した。

## 4 調査内容と分析方法

### (1) 担当者アウトカムの評価

担当者アウトカムの評価として担当者用アンケートにより、介護予防ケアマネジメントに対する自信に関する質問を行った。担当者用アンケートの具体的な質問内容を、表Ⅲ-1-3に示す。

分析は、T市の担当者について、予防版 MDS-HC を用いた介護予防マネジメントの実施前後での介護予防マネジメントに対する自信の変化について検討を行った。次に、T市とH市の地域間で自信の程度に差があるかどうかを検討するため、両市の担当者の属性について比較した後、事後アンケートにおける担当者の自信に関する回答の平均値を群間比較した。

表Ⅲ - 1 - 3 担当者用アンケートの質問内容 (資料 3 - 1,6,9)

T 市	H 市
事前	
<p><b>属性</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 職種</li> <li>● 対人援助の経験年数</li> <li>● 介護支援専門員の経験の有無</li> </ul> <p><b>介護予防ケアマネジメントに対する自信</b> (0~10 の VAS*)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 対象者・家族との継続的な関わりを通して、信頼関係を構築できる自信がある</li> <li>② 介護予防の対象者のニーズを、適切に把握できる自信がある</li> <li>③ 予防版MDS・HCとCAPsの内容を把握している</li> </ol>	
事後	
<p><b>介護予防ケアマネジメントに対する自信</b> (0~10 の VAS)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 対象者・家族との継続的な関わりを通して、信頼関係を構築できる自信がある</li> <li>② 介護予防の対象者のニーズを、適切に把握できる自信がある</li> <li>③ 予防版MDS・HCとCAPsの内容を把握している</li> <li>④ この仕事にやりがいを感じている</li> </ol> <p><b>CAP ガイドラインに追加した方がよい内容</b> (自由記載)</p> <p><b>本研究に関する意見、感想</b> (自由記載)</p>	<p><b>属性</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 職種</li> <li>● 対人援助の経験年数</li> <li>● 介護支援専門員の経験の有無</li> </ul> <p><b>介護予防ケアマネジメントに対する自信</b> (0~10 の VAS)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 対象者・家族との継続的な関わりを通して、信頼関係を構築できる自信がある</li> <li>② 介護予防の対象者のニーズを、適切に把握できる自信がある</li> <li>③ この仕事にやりがいを感じている</li> </ol>

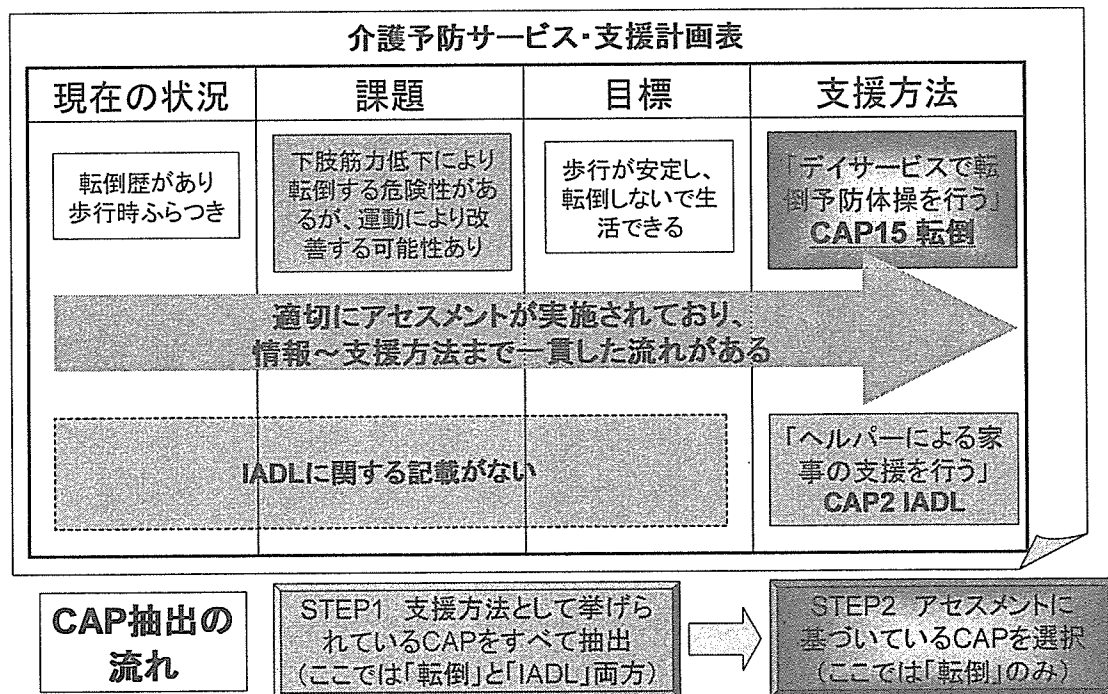
\*VAS: Visual Analogue Scale

## (2) 介護予防サービス・支援計画表の評価

### ①支援計画表より CAP を抽出

対象高齢者の支援計画表の内容を検討し、記載された支援方法に関連している CAP を抽出した。CAP の抽出は、次の 2 段階のプロセスにより実施した。まず、支援計画表に記載されている支援方法と関連する CAP をすべて抽出し (STEP1)、さらにその中から、支援計画表の中で現在の状況 (情報収集) - 課題 - 目標 - 支援方法という、アセスメントの一連の過程に基づいているもののみを選択した (STEP2)。

2 段階の CAP 抽出の具体的な方法について、例を用いて説明する (図Ⅲ - 1 - 3)。



図Ⅲ - 1 - 3 支援計画表からの CAP の抽出方法

## 【STEP1】

STEP1では、支援計画表の右端の「支援方法」の欄を参照し、「支援方法」として挙げられている具体策に関連するCAPを全て抽出した。ここで抽出されたCAPを「支援方法として挙げられたCAP」と呼ぶこととした。

## 【STEP2】

STEP2では、STEP1で抽出したCAP一つひとつについて、そのCAPに関連する情報が「現在の状況」として記載されているか、「課題」として認識されているか、「目標」がそのCAPの視点で立てられているか、さらにそれらが「支援方法」に結びついているか、という視点で支援計画表全体を眺めた。現在の状況～支援方法まで、きちんとしたアセスメントに基づいており一貫した流れのあるものについては、「アセスメントに基づくCAP」として選択した。

### ②抽出方法の信頼性の検討

CAPの抽出にあたっては、STEP1、STEP2のそれぞれの段階において、対象高齢者の支援計画表の中から無作為に抽出した20枚（両市各10枚）に対し、2名の研究者が独立でCAPの抽出を行い、両者の抽出の一致率の確認により抽出方法の信頼性を検証した。

### ③プランの質評価

支援計画表からのCAP抽出結果より、支援計画表1枚あたりに含まれるCAP数やCAP領域の内容について両市の比較を行い、作成された支援計画表の内容について検討を行った。

支援計画表の分析を行うにあたり、複数枚の支援計画表が作成されている対象者の場合、T市とH市においては直近のものを選択した。またT市事業前においては、支援計画表の作成に予防版MDS-HCが用いられていないことが確実な、最も古い支援計画表を選択した。

### (3) 高齢者アウトカムの評価

高齢者アウトカム評価には、高齢者用アンケートと担当者による「高齢者評価アンケート」を用いた。アンケートの具体的な質問内容を、表Ⅲ-1-4、表Ⅲ-1-5に示す。

T市においては、高齢者のアンケートへの回答の負担を軽減するため、表Ⅲ-1-4の「身体・心理社会的状況」の質問③⑤については、担当者による「高齢者評価アンケート」に含め、担当者が代わって回答することとした。また「身体・心理社会的状況」の質問④「外出頻度」に関する項目は、予防版MDS-HCの初回アセスメント結果(H6-a. 健康活動)から情報を得た。

分析は、まず、アウトカムの交絡因子となり得る高齢者の属性と身体・心理社会的状況の項目、およびアウトカム項目について単純な群間比較を行った。続いて交絡因子となり得る項目間の相関係数を検討し、地域間で調整を行う項目を決定した。次に、決定された項目を共変量として投入した順序回帰分析により、交絡因子を調整したアウトカムの比較を行った。



表Ⅲ - 1 - 4 高齢者用アンケートの質問内容 (資料 3 - 7,10)

**属性**

性別／年齢／同居者の有無

**身体・心理社会的状況**

- ① 若い頃から、体を動かしたり外に出かけたりするのが、どちらかという好きな方だったか (はい／いいえ)
- ② いまの自分自身の健康状態は、よい方だと思うか  
(とてもそう思う／まあそう思う／あまりそう思わない／全くそう思わない)
- ③ 一人で外を数百メートルくらい歩くことができるか\*  
(容易に歩ける／少しむずかしい／とてもむずかしい)
- ④ 週にどのくらい外出しているか (ひとりでの外出と、誰かに付き添われての外出の両方を含む) \*\* (毎日／週に 2～6 日／週に 1 日／1 日もない)
- ⑤ 一日の中でどのくらい、運動や家事、農作業などで体を動かしているか\* (日中は何かしら体を動かしている／半日くらい／1～2 時間程度／ほとんど体を動かさない)
- ⑥ 身近に一人でも、自分の気持ちを話したり、悩み事を相談できる人がいるか  
(いる／いない)

**アウトカム：予防行動の実施と満足度**

- ① 身の回りのことを、自分でできることはできるだけ自分でしよう、と心がけているか  
(いつもそう／大抵そう／あまりそうでない／全くそうでない)
- ② 毎日の食事の栄養バランスに、気を使っているか  
(いつもそう／大抵そう／あまりそうでない／全くそうでない)
- ③ 気分が沈んで憂うつになることがあるか  
(ほとんどない／時々ある／かなりある／いつも)
- ④ 自身の「介護予防サービス・支援計画表」の内容に満足しているか  
(非常に満足／やや満足／やや不満足／非常に不満足)

介護予防サービスについての意見や感想 (自由記載)

\* T市では、担当者による「高齢者評価アンケート」で評価

\*\* T市では、予防版 MDS-HC のアセスメント項目から入手

表Ⅲ - 1 - 5 担当者への「高齢者評価アンケート」の質問内容（資料 3 - 8,9）

<p><b>高齢者の属性</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 介護予防ケアマネジメント開始時の要介護度区分（特定高齢者／要支援 1／要支援 2）</li><li>● 介護予防ケアマネジメント開始時の日常生活自立度*（J1／J2／A1／A2）</li><li>● 開始時と比べて、現在の対象者の状態はどうなったか（改善した／不変／悪化した）</li></ul> <p><b>アウトカム</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 状態の変化に関わらず、介護予防ケアマネジメントは対象者に有用であったと思うか（とてもそう思う／まあそう思う／どちらともいえない／あまりそう思わない／全くそう思わない）</li></ul>
<p>(T市)</p> <p>高齢者の身体・心理社会的状況の質問項目の一部</p> <p>③一人を外を数百メートルくらい歩くことができるか （容易に歩ける／少しむずかしい／とてもむずかしい）</p> <p>⑤一日の中でどのくらい、運動や家事、農作業などで体を動かしているか（日中は何かしら体を動かしている／半日くらい／1～2時間程度／ほとんど体を動かさない）</p>

\* 障害老人の日常生活自立度判定基準

ランク J 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する

1. 交通機関等を利用して外出する
2. 隣近所へなら外出する

ランク A 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない

1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する
2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たきりの生活をしている

#### (4) 介護予防ケアマネジメントの有用性

担当者による「高齢者評価アンケート」(資料3-8,9)において、高齢者一人ひとりについて「状態の変化に関わらず、介護予防ケアマネジメントは対象者に有用だったと思うか」をたずねた。

「有用性」と関連する要因を検討するため、高齢者の基本的な状態や状態の変化、関わりの程度、高齢者アウトカムなどの項目との相関係数を算出した。また「改善」「不変」「悪化」という状態の変化により対象者を分類し、それぞれについて「有用性」の程度を地域間で比較した。

#### (5) 予防版 MDS・HC の評価 (T 市)

##### ① 予防版 MDS・HC を用いたことで役立ったこと

予防版 MDS・HC の評価として、担当者用アンケートにおいて、「予防版 MDS・HC を用いたことで役立ったこと」を選択肢からの複数回答でたずねた(表Ⅲ-1-6)。

表Ⅲ-1-6「予防版 MDS・HC を用いたことで役立ったこと」(資料3-6)

##### 予防版 MDS・HC を用いたことで役立ったこと (複数回答)

- a. アセスメントをするうえで、見逃しがちな視点が補完された
- b. 自分のアセスメントやケアプラン作成の裏づけになった
- c. 対象者の助言に自信がもてた
- d. 対象者との会話の糸口に活用できた
- e. 継続的なケア目標を明確にできた
- f. 自分自身の専門職としての成長を実感した

##### ② ケアプラン作成に役立った CAP

「高齢者評価アンケート」において担当者に対し、担当した高齢者一人ひとりに関して実際にケアプラン作成の際に役立った CAP をすべて選択するよう求めた(資料3-8)。

「ケアプラン作成に役立った CAP」として選択された件数は、実際に支援計画表から抽出された CAP の件数との比較を行い、担当者が「役立った」と感じている CAP が実際のプランにも反映されているかについて検討を行った。

## 5 倫理的配慮

本研究により、対象者の不利益・危険性は生じない。各質問紙は無記名とし、高齢者に対しては調査の目的および回答内容について個人が特定されることはないことを書面および担当者の口頭で説明し、同意が得られた場合に回答を求めた。

収集するアセスメント表、記録表、支援計画表は事業の目的に即した情報であり、かつ氏名、住所等の個人情報を削除し連結不可能匿名化したため、倫理上の問題はないと判断した。