

◎支援者は、“利用者がサービス利用後にめざす姿”をどう引き出すか？そして、どう近づけるか？～多職種専門職の参画による、卒業に向けた介護予防の取り組み

三重県 いなべ市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

いなべ市では、平成 24～25 年度にかけて国のモデル事業「介護予防強化推進事業」に取り組み、従来の二次予防対象者に対する介護予防事業とは別に、目標設定期間を 3 か月間とする短期集中型の通所型プログラム「足腰を鍛える健康ハッスル教室」、自宅での機能訓練や訪問指導を行う「作業療法士訪問」、生活支援サービスとして家事支援や外出支援を行う「えぷろんサービス」を開始した。

当該モデル事業では、地域包括支援センターのプラン担当者が利用者と面談を行う際、93 項目からなるアセスメントシートを用いて日常生活における課題分析を行うとともに、月 1 回、多職種から構成した「個別ケア会議」を開催し、通所型、訪問型、生活支援の一体的なサービス提供を視野に入れた支援内容の検討や、課題の抽出、利用の評価等を行った。

この取り組みにより、個別支援におけるケアマネジメントの視点が、行政や地域包括支援センターに定着したとともに、更に地域包括支援センターでは、支援対象となる高齢者を当該事業へ利用調整する過程を経て、アセスメントからの課題分析、利用者の意欲を引き出す目標設定、サービス利用後にめざす姿にどう近づけるかの視点を養うことができ、より介護予防効果の高い利用者のスクリーニングが行えるようになった。

また、全国的な平均値と比べれば、もともといなべ市の介護認定率は低い数値ではあったが、特に要支援認定者において、平成 25 年度以降、介護予防サービス利用者数（給付管理件数）が、要介護認定者数の増加に逆行して減少に転じた。

モデル事業が終了した翌年度においては、いなべ市独自の取り組みとしてモデル事業の内容を発展させ、平成 27 年度は新しい総合事業への移行を視野に入れながら、細部の見直しと再構築を行った。そして、いなべ市では、平成 28 年度から新しい総合事業を開始する。

地域の状況（高齢者データ、地域資源データ）

※平成 27 年 10 月 1 日現在

- 1 総人口・・・・・・・・・・45,997 人
- 2 高齢者人口・・・・・・・・11,619 人（前期高齢者：5,937 人、後期高齢者：5,682 人）
- 3 高齢化率・・・・・・・・・・25.26%（員弁：22.1%、大安：21.9%、北勢：27.4%、藤原：33.8%）
- 4 認定者数・・・・・・・・・・1,896 人（第 2 号被保険者含む）
- 5 認定率・・・・・・・・・・15.9%
- 6 第 6 期介護保険料・・65,108 円（基準年額、全 12 段階）
- 7 自治会数・・・・・・・・・・121 自治会
- 8 民生委員数・・・・・・・・101 名
- 9 老人クラブ数・・・・・・68 団体（会員数：9,785 人）
- 10 医療機関数・・・・・・総合病院 1、病院 3、開業医 35※
- 11 開業医の内訳※・・・・内科 12、歯科 17、眼科 3、耳鼻科 1、整形外科 2

- 12 地域包括支援センター・・・・・・・・・・ 1 箇所（委託）
- 13 居宅介護支援事業所数・・・・・・・・・・ 12 事業所
- 14 居宅サービス事業所・・・・・・・・・・ 62 事業所（うち、通所介護 32、訪問介護 5）
- 15 施設サービス事業所・・・・・・・・・・ 15 事業所（うち、特養 3、老健 2、有料 6、サ高住 3）
- 16 認知症サポーター数・・・・・・・・・・ 6,553 人（キャラバンメイト数：63 人）
- 17 シルバー人材センター登録会員数・・・・ 762 人（就業率：97.9%）
- 18 平均寿命（2013 年）・・・・・・・・・・ 男性：79.2 歳、女性：86.8 歳
- 19 健康寿命（2013 年）・・・・・・・・・・ 男性：77.3 歳、女性：81.9 歳
- 20 介護が必要な期間（2013 年）・・・・・・ 男性：1.9 年、女性：4.9 年（＝平均寿命－健康寿命）

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～平成 27 年 12 月末まで】

地域包括支援センターとガイドライン等の勉強会（27 年 4 月～6 月）

総合事業の内容確認、事業導入までのスケジュール確認（27 年 6 月～8 月）

総合事業の類型、料金、対象者見込み等の検討（27 年 8 月～11 月）

介護予防ケアマネジメントモニター募集、新様式の試用開始（27 年 10 月～）

サービス事業所管理者向け総合事業説明会の開催（27 年 11 月）

28 年度からの介護予防個別ケア会議の開催調整（27 年 11 月～）

電算会社との調整・打合せ、介護保険システムの導入（27 年 11 月～12 月）

28 年度予算の作成（27 年 11～12 月）

国保連合会との調整・打合せ（27 年 12 月）

【平成 28 年 1 月～移行まで】

ケアマネジャー、デイサービス職員向け介護予防研修会の開催（28 年 1 月）

総合事業実施にかかる要綱及び規則等の告示準備（28 年 1 月～3 月）

ホームページ、広報誌、パンフレット等での制度改正周知（28 年 2 月初旬～）

窓口対応におけるマニュアル・フローチャートの作成、担当者間の打合せ（28 年 2 月）

市民向け（民生委員、老人クラブ含む）説明会（28 年 3 月）

事業所向け説明会（28 年 3 月）

総合事業としての委託契約等の締結準備（28 年 3 月）

既サービス利用者への制度説明（28 年 3 月）

国保連合会とのサービスコード及び事業者登録調整（28 年 3 月末）

新しい総合事業に移行（平成 28 年 4 月）

総合事業への移行までの取り組み概要

平成 26 年度において、平成 24～25 年度に実施した介護予防強化推進事業の取り組みを、いなべ市独自のメニューとして発展させ、介護予防事業実施の基本ルールとして定着させた。

平成 27 年度においては、総合事業への移行を視野に入れ、介護予防事業を一次予防対象者事業と三次予防対象者事業として実施し、従来の二次予防対象者のほか、三次予防対象者となる要支援認定者の一部を一次予防事業に含め、事業の一元化を行った。

当初は平成 27 年 10 月 1 日からの総合事業導入を予定していたが、総合事業のガイドラインの読み解きや、市内にある地域資源の洗い出し等を行った結果、総合的に判断して、移行時期を平成 28 年 4 月 1 日からに変更し、段階的に予防給付から総合事業への移行を行うこととした。

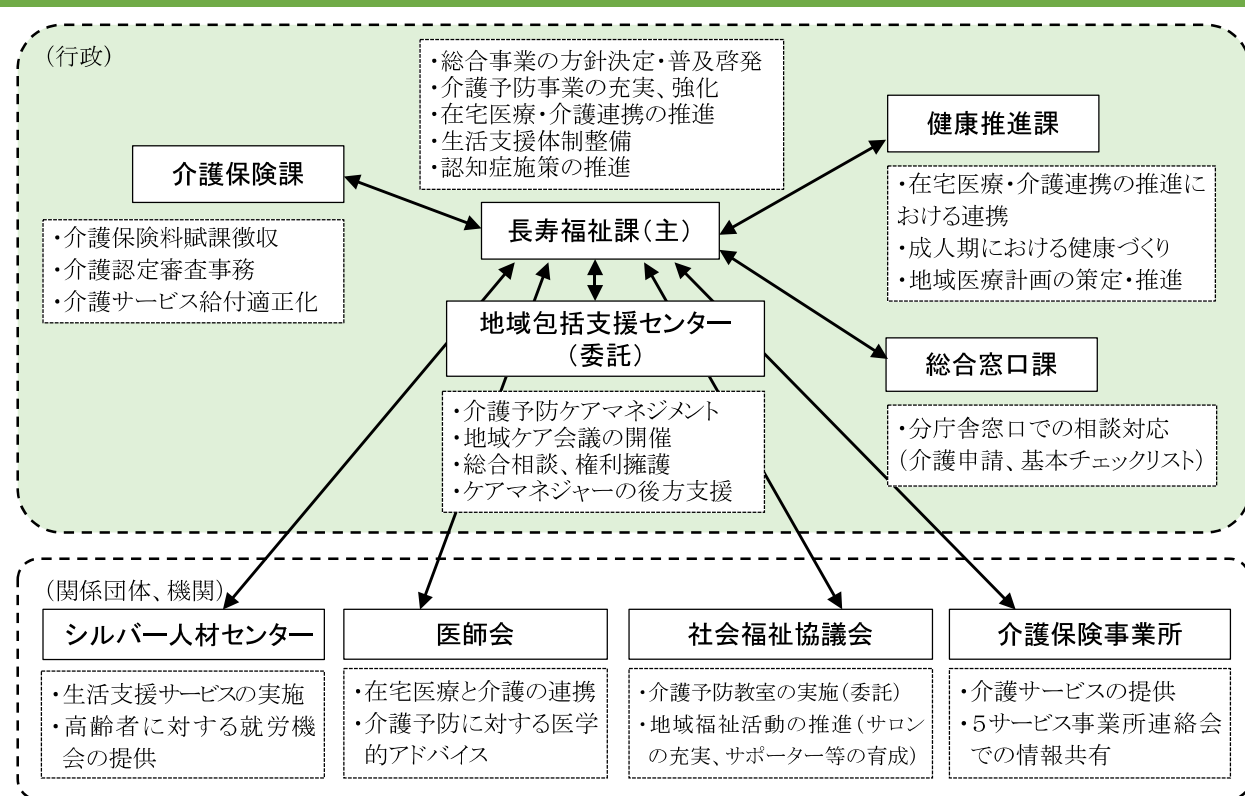
平成 26～27 年度にかけては、厚生労働省地域包括ケアシステム情報支援事業へ参加し、全国で総合事業への早期移行を行っている先進市町の取り組み事例等を参考にしながらも、今回の大きな制度改正となる予防重視型への転換期において、単なる表面上の移行作業で終わらせるのではなく、いなべ市の実情に合った、これまでの取り組みを無駄にしない形での総合事業移行をめざすこととした。

平成 27 年度は総合事業導入に向けた準備期間として、地域包括支援センターやケアマネジャー、サービス事業所、MSW等に対し、説明会や研修会を開催して、総合事業のめざす姿等の説明を念入りに行った。

平成 27 年 10 月からは、総合事業の導入を半年後に控え、新しいケアプラン様式等を試用開始したほか、介護予防プランを委託しているケアマネジャーから初期モニターを募集し、総合事業導入前に介護予防個別ケア会議への参加や事例提出等を促し、新たな事業導入後の雰囲気を一足早く体感してもらうことで、スムーズな総合事業の導入に向けて準備を進めている。

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



(1)介護予防個別ケア会議の位置づけ

総合事業を利用する場合、すべてのケースについて、多職種が参画する介護予防個別ケア会議において支援内容や方向性を検討することをマニュアル化した。

【発生した課題と対応策】

- ・サービス利用におけるケアマネジメントの流れの中に、新しく介護予防個別ケア会議（以下、個別ケア会議）が位置づけられることについて、ケアマネジャーや事業所に戸惑いが生じる恐れがある。
⇒初期モニターの募集、介護予防研修会の開催
- ・個別ケア会議において検討する内容や、個別ケア会議に参加を依頼する専門職の人選をどうするか。
⇒卒業を前提とした支援内容の検討と専門職の人選（意識づけ）
- ・サービスを簡便に利用するためのツールとして基本チェックリストが位置づけられたが、個別ケア会議にかける手順が増えることで、サービス利用開始までに日数を要する恐れがある。
⇒2種類の個別ケア会議の設置と柔軟な相互活用

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・総合事業への移行半年前となる平成27年10月から、介護予防プランを委託している居宅介護支援事業所のケアマネジャーに、初期モニターとして個別ケア会議への参加と事例提出を促し、卒業をイメージした介護予防ケアマネジメントの考え方を事前に体感できるよう工夫した。
- ・平成28年1月には、ケアマネジャー向け、デイサービス職員向けに日程を分けて介護予防研修会を開催し、介護予防の視点や、卒業を前提としたサービス利用のあり方について理解を促した。
- ・個別ケア会議は2種類のタイプで開催することとし、居宅介護支援事業所への委託ケースが多く見込まれる要支援認定者については、作業療法士や理学療法士、歯科衛生士、管理栄養士等が参加する「タイプA」で、地域包括支援センターが直接担当するケースが多い基本チェックリスト該当者（事業対象者）については、短期集中予防サービス担当者、保健師等が参加する「タイプB」で、それぞれ参加する専門職を区分した。
- ・個別ケア会議へ参加を依頼する専門職について、地域の実情を熟知し、会議以外の日々の活動の中で、会議の内容を活用してもらえ可能性の高い地域の身近な専門職をお願いした。
- ・専門職による支援が必要となるケースについては、どの職種の専門職にどの部分を指導してもらうかという具体的な内容まで会議の場で確認するほか、支援内容が過剰にならないよう、どれくらいの頻度で、どれくらいの期間、どれくらいの内容をしてもらうかについても検討範囲とした。
- ・地域で活動するケアマネジャーからの個別ケア会議見学を積極的に受け入れたほか、専門職の意識を高めるため、他市町からの視察研修等についても前向きに受け入れた。
- ・急いでサービスの利用が必要なケースについては、タイプAとタイプBの個別ケア会議について、柔軟に双方の会議を活用できることとした。
- ・できるだけ短時間で会議を進められるよう、資料については事前配布とし、参加者は事前に資料を読み込み、参考となる資料等があれば会議の場で提供してもらうことにした。

【取り組みの成果】

- ・プラン担当者にとって、個別ケア会議へケース案件を提出することは手間が増えるものの、多岐にわたる専門職からの助言や意見等により、新たな気づきが得られるほか、介護予防や自立支援の視点でのスキルアップが図られ、相対的にもケアマネジメント全体が目ざろいにつながる。
- ・個別ケア会議で出された専門職からの意見等を反映したケアプランにより、その後、プラン担当者がサービス担当者会議を開くことで、本人や家族を含む支援者全員が自立支援に向け、意識を高く持てる。
- ・プラン担当者による評価と、利用者側の希望やサービス事業所側の評価に差異が生じた場合、個別

ケア会議で専門職から出される意見が、ガイドライン的な後ろ盾になる。

- ・予防が必要な高齢者について、早い段階で個別ケア会議の案件として上がってくるようになった。
- ・一旦は予防事業を卒業したが、状態が悪化して再度支援が必要な状態になった際は、早い段階で支援の流れに乗るようになった。
- ・予防事業担当者や地域包括支援センターでは、利用者が事業を卒業した後も、定期的に（年に1回程度）、その後の生活状況や身体状況に変化がないか状況把握を行うようになった。
- ・個別ケア会議を通して、プラン担当者だけでなく、専門職を含む参加者全員が自身の専門分野を超えて知識を高めることができ、支援における気づきやアセスメント力、評価の向上等につながった。

（２）卒業を前提とした介護予防事業の展開

社会福祉協議会への委託で実施する介護予防教室を短期集中予防サービス（通所型Ｃ）に位置づけ、基本６か月間での卒業をめざす。

【発生した課題と対応策】

- ・ケアマネジメントの過程において、予防効果や成果を評価するためのツールが必要。
⇒共通のアセスメントシートの位置づけ、個別ケア会議の活用（前述）
- ・単に卒業させるだけでは、一定期間後比較的短期間で、サービス利用に逆戻りしてしまう恐れがある。
⇒卒業後の通い先の確保

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・総合事業を利用する場合の目標設定期間を基本６か月とし、プラン担当者は９３項目からなる共通のアセスメントシートを活用しながら、３か月目で中間評価、６か月目には最終評価を行い、予防事業利用における効果等の測定、評価を行うこととした。
- ・初期のアセスメントの段階で、本人がどのようになりたいのか？どのような生活を送りたいのか？という卒業後のめざす姿をイメージして目標を設定し、ケアプランに位置づけることとした。
- ・新しく総合事業を利用する場合は、必ず個別ケア会議での検討を義務付け、利用者の基本情報からアセスメント内容、目標の設定や支援内容、利用頻度に至るまで専門職で確認、検討を行うが、評価時においても、計画通り卒業できない場合、プラン担当者や利用者等で意見が異なる場合、利用効果の評価に悩むケースの場合等については、再度個別ケア会議で検討を行うことにした。
- ・予防事業を卒業した後は、地域のサロンサポーター等が主体となって運営し、広域を対象としたサロン「四季の家」、予防教室の卒業者で運営する「はつらっクラブ」、地域で気軽に参加でき、概ね自治会単位で行われるサロン「ふれあいサロン」、地区の公民館等で運動、介護予防を共に楽しむ「元気リーダーコース」のほか、ボランティアとしての予防教室参加など、いずれかの通いの場に必ずつながるよう、本人への意識づけや橋渡しを行った。
- ・集団活動として実施する予防教室の担当者から得られる情報と、専門職が個別に自宅訪問等を行うことによって得られる情報との共有により、それぞれの視点から捉える状態像や解決方法の導き方の擦り合わせを行った。

【取り組みの成果】

- ・利用者が卒業後のイメージを持ちながら予防事業へ参加することにより、サービス利用日以外の日であっても、自宅で取り組める自主体操などの活動や、生活の中で気をつけるべきことなどが、生活習慣の中での介護予防の取り組みとして意識付けられ、自助の意識が高まる。
- ・参加者同士の横のつながりが増えることで、地域のあちこちで活動の輪が広がれば、新しい地域の助け合いや通いの場として社会資源の形成につながるとともに、日頃の生活（介護予防の効果）をお互いに見守り、確認し合える互助の関係づくりが期待できる。

いなべ市介護予防・日常生活支援総合事業の流れ(平成28年度～)

対象者

介護予防・生活支援サービス事業対象者
(基本チェックリスト該当者)

要支援1～2

介護予防ケアマネジメント依頼届出書

- ①重要事項の説明、介護予防ケアマネジメント利用契約
- ②基本情報の聞き取り、身体状況等の詳しい聞き取り調査(アセスメント)
- ③ケアプラン原案の作成

⇒ 事業対象者登録 ⇒ 「被保険者証」「負担割合証」の発行

1 介護予防個別ケア会議 ⇒ サービス担当者会議

⇒ ケアプランの合意と確定 ⇒ サービス事業所との利用契約

2 介護予防・生活支援サービス事業

- A 通所型サービス(介護予防通所介護、はつらつ教室・いきいき教室・ハッスル教室)【有料】
- B 訪問型サービス(介護予防訪問介護、作業療法士・管理栄養士・歯科衛生士)【有料】
- C その他の生活支援サービス(えぷろんサービス)【有料】

サービス提供者間によるケースの情報交換、毎月のモニタリング

卒業できない場合のみ(評価)

卒業後
通いの場

3 地域の社会資源や地域住民を活用して実施

運動や食事を楽しめる地域の集いに参加

元気リーダー
(運動教室)
市内72か所

四季の家
市内4か所
(生活圏域単位)

はつらつ
クラブ
市内12か所

ふれあい
サロン
市内46か所

引き続き教室での
ボランティア
市内4か所

4 総合事業の概要(予定)

(注) 費用負担割合について、一定以上所得者は1割負担が2割負担になります。

①訪問型サービス

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス		
種別	訪問介護相当	訪問型サービス A(緩和した基準によるサービス)		
		作業療法士訪問	管理栄養士訪問	歯科衛生士訪問
内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	作業療法士による機能訓練指導	管理栄養士による栄養管理指導	歯科衛生士による口腔衛生指導
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービス利用の継続が必要なケース ○認知機能の低下により、日常生活に支障がある症状行動を伴うケース ○退院直後で状態が変化しやすく、専門的支援が特に必要なケース など	○自宅での個別機能訓練指導が必要なケース	○自宅での個別栄養管理指導が必要なケース	○自宅での個別口腔衛生指導が必要なケース
実施方法	事業者指定	委託	直接実施	直接実施
基準	予防給付の基準による	人員等を緩和	-	-
サービス提供者	訪問介護員(訪問介護事業者)	事業所職員	嘱託職員	嘱託職員
費用	国基準(1回あたり単価) (利用者は1割)	1時間 3,000 円 (利用者は1割)	1時間 5,300 円 (利用者は1割)	1時間 3,700 円 (利用者は1割)

②通所型サービス

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
種別	通所介護相当	通所型サービス C(短期集中予防サービス)		
		ハッスル教室	はつらつ教室	いきいき教室
内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	足腰を鍛える介護予防教室	こころを元気にする介護予防教室	脳を活性化する介護予防教室
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービス利用の継続が必要なケース ○多様なサービスの利用が難しいケース ○集中的に生活機能向上のトレーニングを行うことで、改善・維持が見込まれるケース、など	○運動器の機能向上プログラムの利用が必要なケース ・週2回6か月コース (10:00~12:00) ×2コース	○うつ・閉じこもり・外出促進が必要なケース ・週1回6か月コース (10:00~12:00)	○もの忘れ予防のプログラムの利用が必要なケース ・週1回6か月コース (10:00~15:00)
実施方法	事業者指定	委託	委託	委託
基準	予防給付の基準による	独自基準	独自基準	独自基準
サービス提供者	通所介護事業者の従業者	社協職員	社協職員	社協職員
費用	国基準(1回あたり単価) (利用者は1割+昼食代等)	契約内容による (利用者は1回 300 円)	契約内容による (利用者は1回 300 円)	契約内容による (利用者は1回 500 円+昼食代)

③その他の生活支援サービス

種別	えぶろんサービス
内容	日常生活における家事支援、外出支援、ゴミ出しなど
対象者とサービス提供の考え方	身のまわりの生活支援が必要なケース(30分コース、60分コース)
実施方法	委託
サービス提供者	シルバー人材センター登録会員
費用	契約内容による(利用者は30分コース:50円、60分コース:100円)

【1自治体1サービス自慢】～元気リーダーコース～

- ・いなべ市における一次予防対象者事業の1メニューとして実施している運動器機能向上事業（元気づくりシステム）は、一般社団法人「元気クラブいなべ」への委託事業として実施しており、「にこやか集会所コース」「元気リーダーコース」の2つのコースを途切れなく、一体的に実施することで、「介護予防」から「健康づくり」へ、「平均寿命」から「健康寿命」へ、更には、「元気寿命」を延ばすことを意識した事業展開ができる形を整えている。
- ・元気づくりシステムは、平成14年4月から通所型の「拠点コース」として始まり、合併前の旧町毎に市内4箇所の体育館等で実施していたが、平成19年4月から出前型の「集会所コース」を新設し、専門のコーディネーターが各地区の集会所等へ出向き、運動を中心に、1回90分間、体操やウォーキング、ボール運動を行うこととした。
- ・集会所コースでは、実施期間を6か月間として卒業という概念を取り入れ、これまで市内約120箇所の自治会のうち、100箇所の自治会で事業を実施。より身近な場所で、近所の人同士が体操できる環境が整ったことで、開始から6か月を迎える頃には、参加者1人ひとりに運動習慣が身についた。
- ・平成20年10月からは、その集会所コースの修了者の中から元気リーダーを育成し、集会所コース終了後も元気リーダーが指導者となって、集会所等で引き続きストレッチ体操等を行う、自主型の「元気リーダーコース」がスタートした。
- ・平成27年度、元気リーダーコースの開催箇所は市内で74箇所、元気リーダーは471名で、その活動のほとんどが週2回、地区の身近な集会所等で開催されており、介護予防としてより効果的な形態として市内全域に位置づいている。
- ・元気リーダーコースで取り入れている基本体操は、「まいまい体操」と名付けた準備・整理体操のほか、筋力アップ体操の「三種の神技」、「5呼吸10種のストレッチ」の3種で、いつでも、どこでも、誰でも無理なく簡単に続けられる体操であり、高齢者にとって最も重要な筋力を、効率よく安全に鍛えていく運動生理学に基づいた内容になっている。これにより、要介護の人や90歳以上の人、認知症の人でも参加している地区がある。
- ・基本体操以外には、集会所毎に2～3kmのウォーキングや、レクリエーションとして風船バレーボール等を取り入れている箇所も多くあり、仲間と共に楽しみながら、日常生活を過ごしやすくするための筋力アップや身体づくりが行えるようになっている。更には、休憩時のお話会等を組み合わせ、より楽しく継続的に行えるよう、元気リーダーや参加者で工夫も行っている。
- ・このほか、元気づくりシステムでは、元気リーダーのフォローアップとして、2か月に1回、市内全域を対象とした元気リーダー同士の「情報交換会」を開催している。
- ・元気リーダーコースを含むこの元気づくりシステムの効果は、高齢者の受診回数の減少や医療費の抑制といった健康増進・介護予防面での効果だけでなく、地域における友人や知人との付き合いが活発化し、そのことが地域活動の原点となり、子育て支援、防犯活動、高齢者の見守りなど、地域活性化の効果にもつながっている。
- ・元気づくりシステムは、第3回健康寿命をのばそう！アワード（平成26年度開催）、介護予防・高齢者生活支援分野で評価され、厚生労働大臣優秀賞を受賞した。

5 取り組みのポイント

1

○地域包括支援センターとの連携

地域包括支援センターは社会福祉協議会への委託により、現在、市内1箇所で開催されている。市の長寿福祉課と地域包括支援センターでは、総合事業導入に向け、綿密な打ち合わせを重ねながら、共通認識の上で、利用者の自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの考え方、ケアマネジャーの質の向上、介護予防個別ケア会議の運営など、スムーズな総合事業の導入と効果的な実施を視野に入れ、事業展開を行っている。

○サービス事業者との顔の見える関係と体制づくり

市内にある介護サービス事業所において、各サービス部門ごとに5つの連絡会を設置しており、行政からの事業説明や情報共有の機会として活用するほか、各事業者間の横のつながりを持つ機会として活用することとしている。

また、総合事業の導入にあたっては、予防重視型への転換を図る大きな節目となるものであり、各連絡会としての意見を集約できる機会としても役立てられる。

2

6 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

全国的に少子高齢化や核家族化が今後ますます進行し、高齢者の単身世帯等が増加していく中で、いなべ市では比較的持ち家率が高く、親との同居率も高いものの、近年の家族形態や就労形態の変化等に伴い、介護問題を家族内や介護サービスの利用だけで解決することは難しい状況になってきている。

山間部では外出時における移動手段の確保が厳しく、団地部では地域のつながりが希薄となっており、通所型、訪問型、生活支援の一体的な予防事業の実施にあわせ、サービス卒業後においても歩いて通える地域の集いの場の確保と、平常時の見守りや安否確認など、自助・互助の取り組み強化を推進していく。

こうした各地区における介護予防への取り組みから、人と人とのつながりができ、それが輪となり、自立に向けた大きな力となって地域づくりにも発展するような仕組みづくりを行う。

【個別の課題と展開方針】

◎住民自らが介護予防に取り組む姿勢が必要

サービスを利用している時間帯だけでなく、高齢者が日常生活の中で、自主的に介護予防に対する意識を持ち、取り組みが進められるよう、通所型サービスのほか、訪問型サービスや生活支援サービス、インフォーマルサービス等の有効利用も視野に入れ、ケアマネジメントを行う。

◎事業者と利用者による卒業に向けた取り組みの推進

サービスの利用を目標にするのではなく、支援者が利用者に対して、サービス利用後の姿を明確にイメージできるよう、サービス利用の主旨や目的等を説明し、達成目標を提案することで、本人や家族、サービス事業者等が共通認識のもと、同じ方向に向かって介護予防に取り組む。

◎地域における通いの場と住民相互の支え合いの充実

一定期間のサービスを利用したら支援が終了するのではなく、サービス利用開始時や、サービス利用中からでも、サービス利用者同士の横のつながりを大事にしたり、地域とつながりが持てる場づくりにより、自分たちで相談や見守りができる体制づくりを側面的に支援する。

◎元気な高齢者の活躍の場づくり

元気な高齢者が地域の通いの場であるサロン等の担い手になることはもちろんのこと、予防事業の卒業者も、担い手として通いの場の運営に携わったり、支援者側となってボランティアで活躍するなど、元気になった高齢者の活躍の機会を増やしていく。