

自立支援の 介護予防ケアマネジメント



令和3年10月20日
沖縄県介護保険広域連合 岡本慎哉

イギリス

BBC放送制作

[Four Japanese rules to live past 100 - BBC REEL - YouTube](#)

前年の“美寿きたなか”

Yoshiko Kato
89歳
東京都・足立区

父ちゃんと同じように
私も100歳まで元気に生きたい

骨盤・下肢の多発
骨折後に自立

Yoshiko Kato
89歳
東京都・足立区

みなさんからエネルギーをもらっ
ている。楽しい

今年の“美寿きたなか”
自主サークルの世話人

Yoshiko Kato
90歳
東京都・足立区

食えること、運動、そして人との
つながりが大切だと思う

要介護でサービスを
使いながら
地域で暮らす

Yoshiko Kato
90歳
東京都・足立区

子ども、孫、ひ孫も大勢いるよ。
友達もいっぱい



She is everyone's treasure.

【実際のケース】



10年くらい前から両膝痛で整形外科に通院していましたが、3ヶ月前に転倒し骨折してしまいました。

夫婦二人暮らしの**Aさん**（81歳・女性）は、家庭菜園や友人とお出かけするのが楽しみ。老人会の行事にもよく参加していました。



右大腿骨頸部骨折
(γ釘固定術)

A1・I
要支援2



手術、回復期リハ病棟でのリハビリを経て何とかトイレなど身の回りのことができるようになって退院しましたが、・・・

家の中でも杖や手すりが必要な状態で、以前のような生活ができるようになるのか心配しています。

あなたはどんな介護予防ケアプランを提案しますか？

また元気になって
好きなことができるように
お手伝いします。



骨折前の状態に
戻って、友人とお出かけ
したい。家事もできるよう
になりたいです。

閉じこもり予防にデイサービス



家事代行の訪問介護



このような介護予防ケアプランはどうでしょう！？

短期集中予防サービスや 通所リハビリで積極的なリハビリ

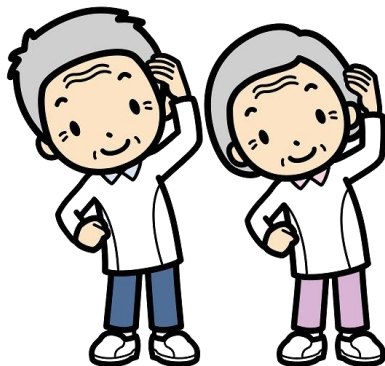


- 積極的リハビリ
- 環境整備、道具の活用
- 家事の自立練習
- 趣味活動・外出・
交際・社会参加の再開

ご近所の助け合い活動 友人のサポートなど



自身体操サークルや老人会等 地域の通いの場に参加



民間サービスの利用



自立をめざす介護予防ケアマネジメント

介護保険創設（2000年）

↓
平成26年（2014年）

新規**要支援・事業対象**認定者
が自立する割合

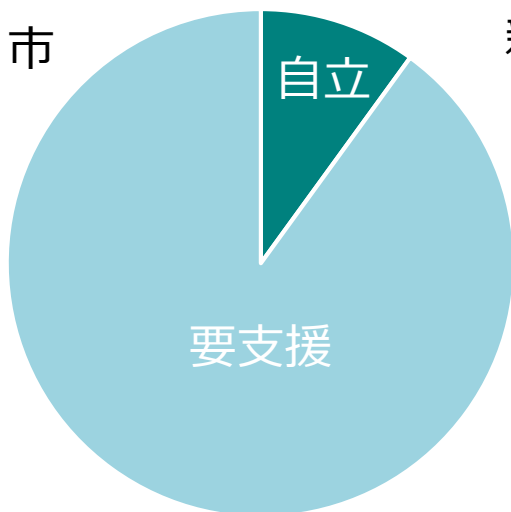
ほぼ0%



平成27年（2015年）
新しい地域支援事業スタート

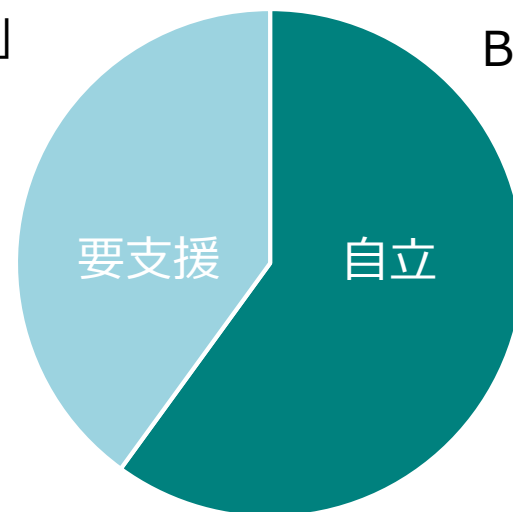
**自立可能な高齢者を
自立させるための取組の強化**

A市



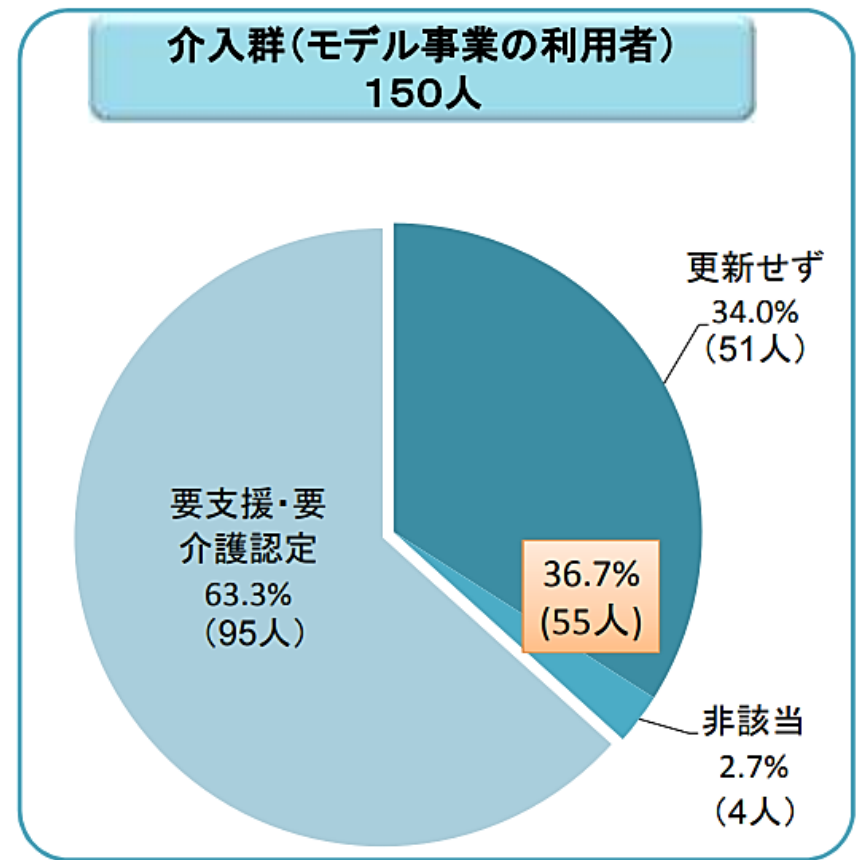
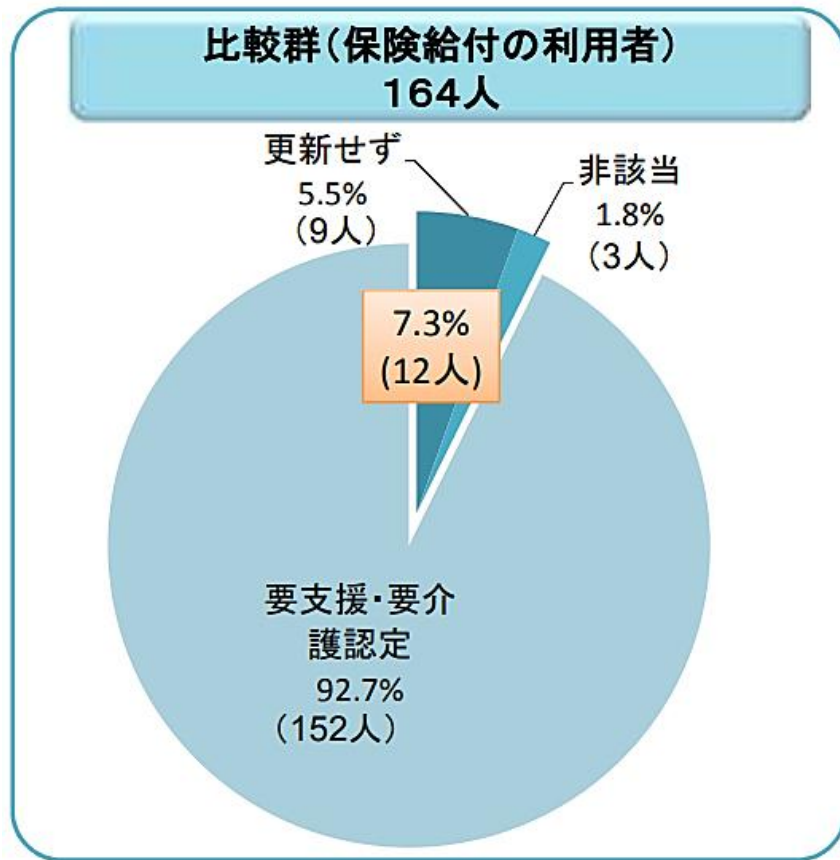
新規「要支援・事業対象者」
の1年後

B町



モデル事業における 1 年後の要介護度

介入の仕方によって 1 年後の介護度に差が生ずる



モデル事業を実施する 11 市町村において、新規要介護認定を受けた 要支援 1 から 要介護 2 までの高齢者のうち、サービス開始後 1 年間追跡のできた介入群 (150 人) と比較群 (164 人) について、1 年後の要介護度を集計。

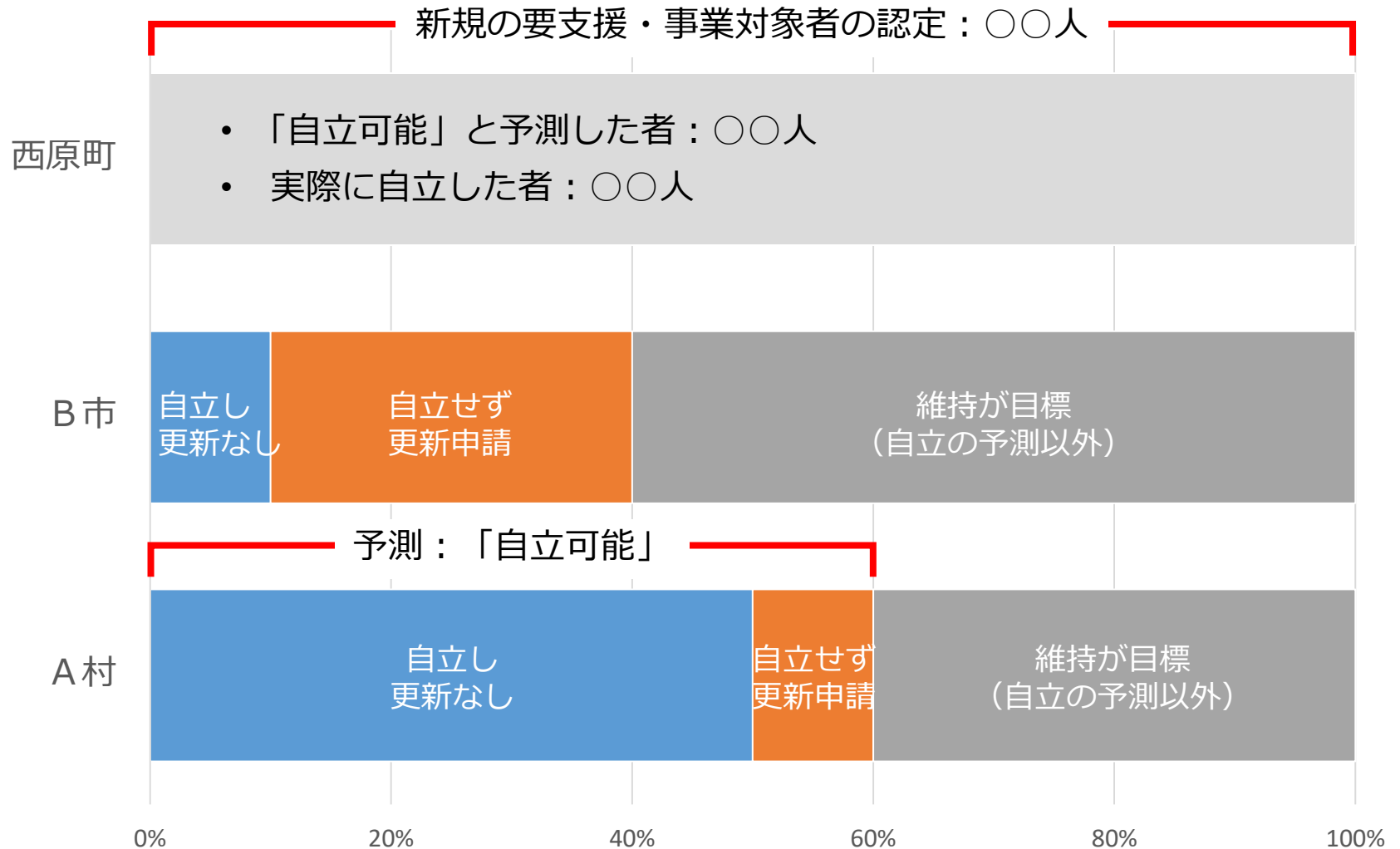
担当者／市町村によって「差」が生じている？

新規の「要支援・事業対象」認定者

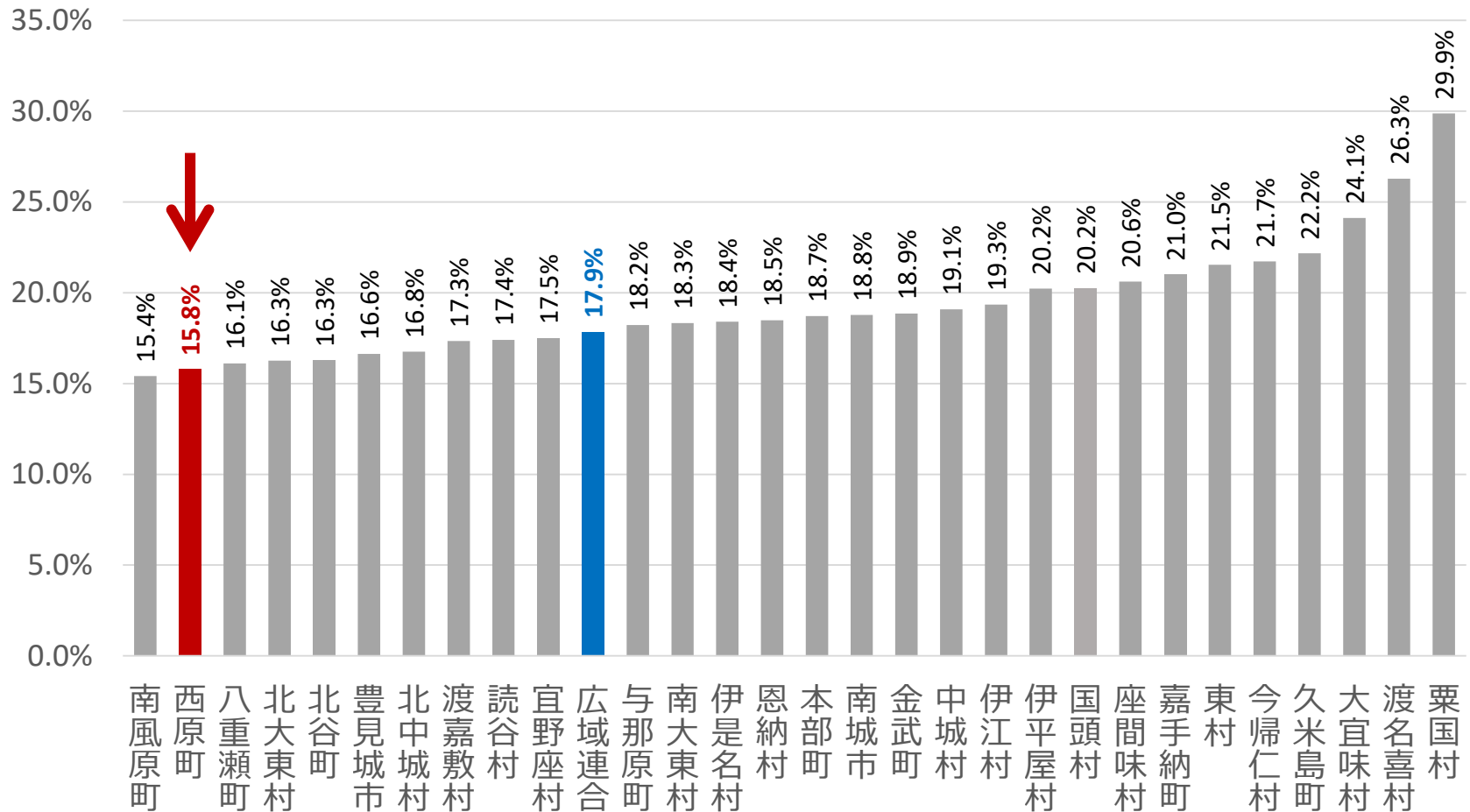


(イメージ)

新規の「要支援・事業対象者」認定者

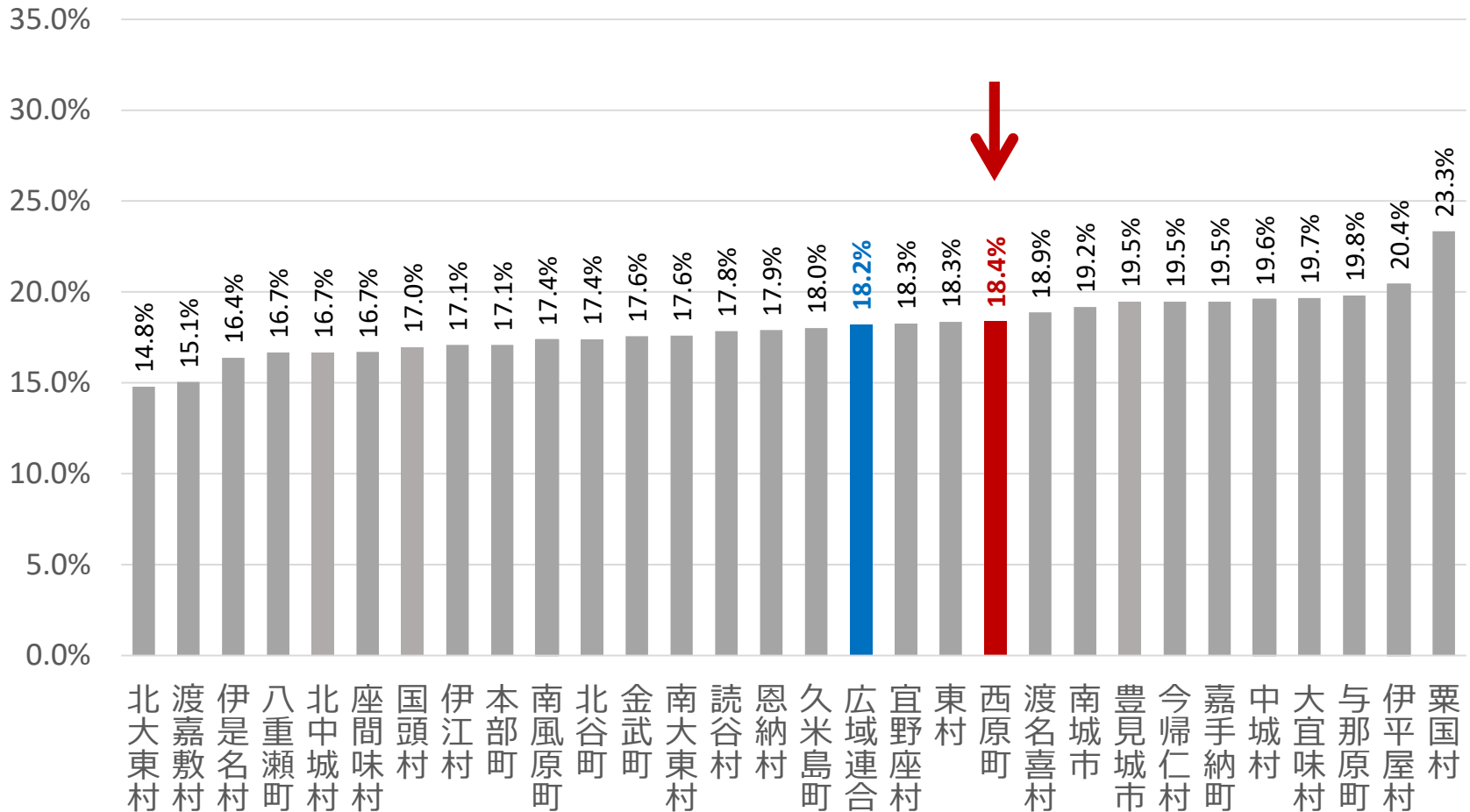


西原町の要介護認定率



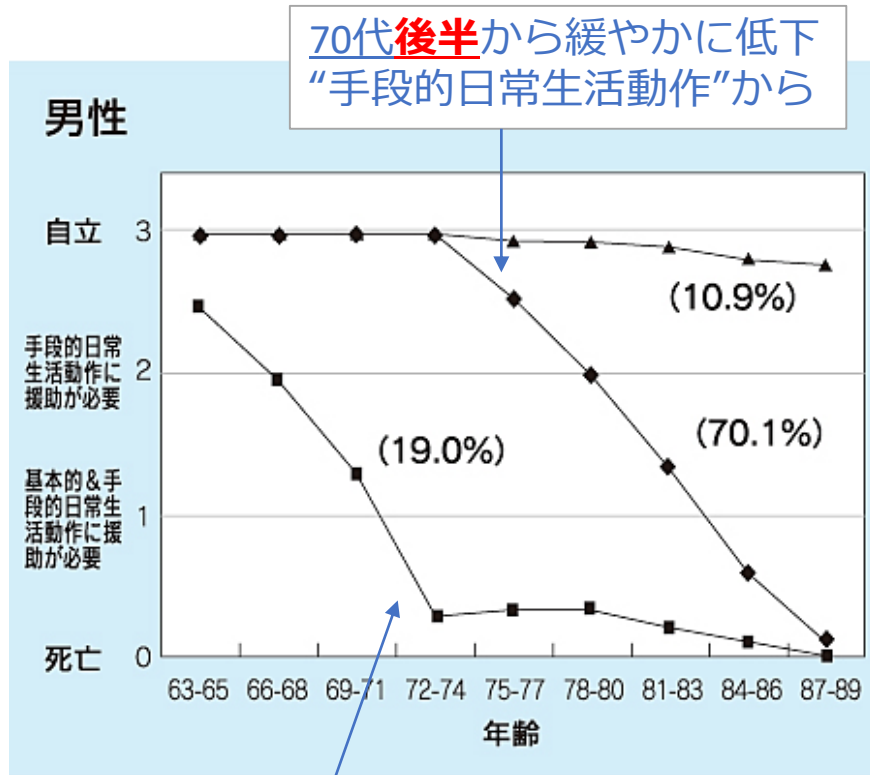
調整済み認定率

※ 認定率に影響の大きい「性・年齢構成比」を全国平均と全く同じだったとする計算を行うことで、市町村間の比較を行う。

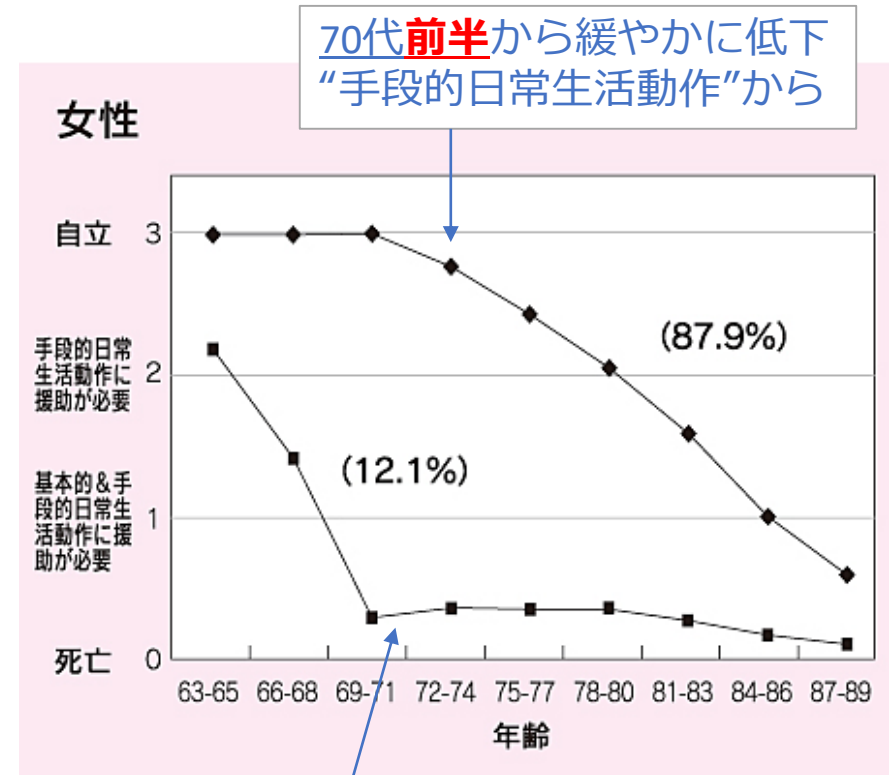


自立支援の 介護予防ケアマネジメント を行うために理解が必要なこと

高齢者の自立度の推移（全国20年の追跡調査）



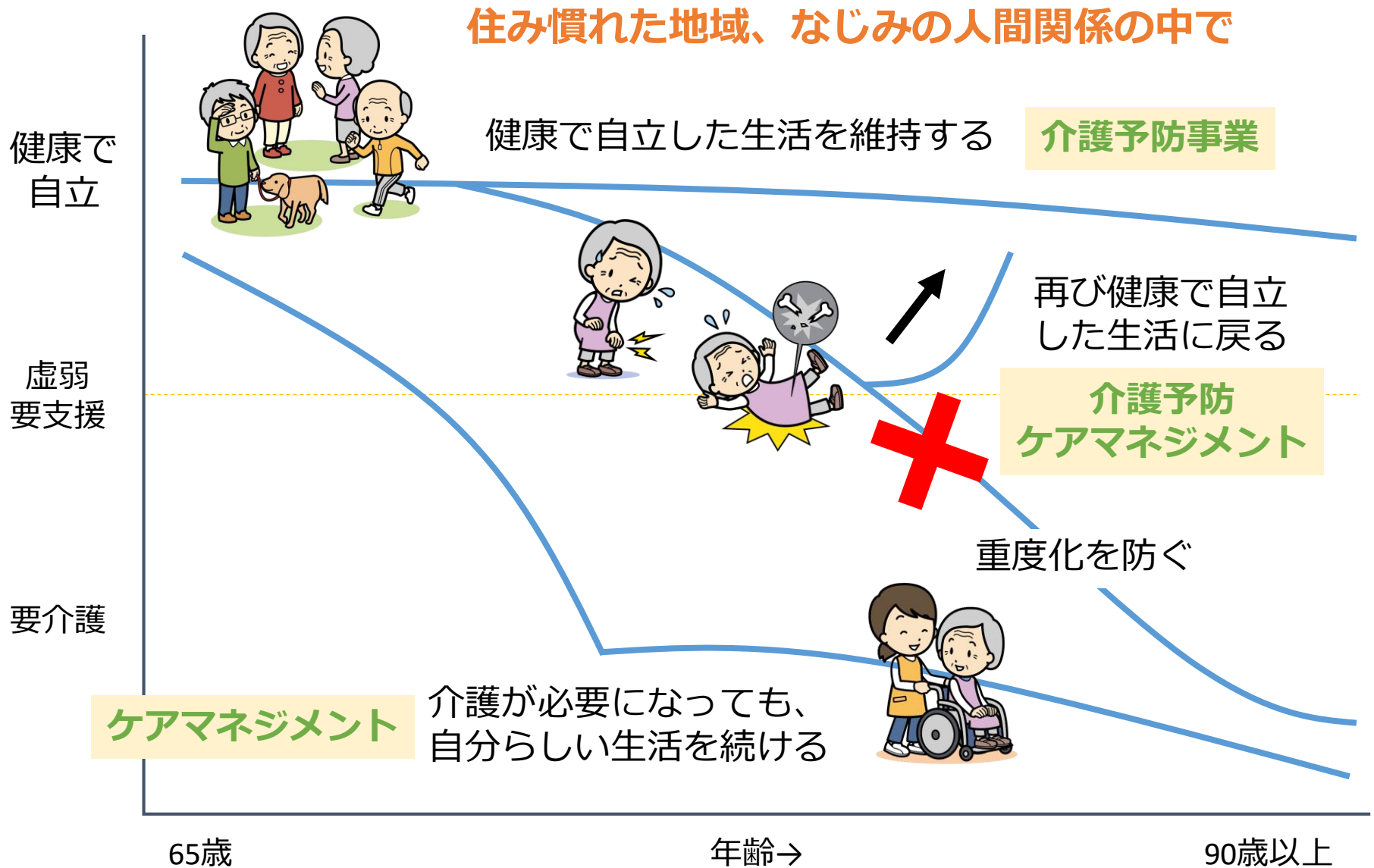
がん、脳卒中で死亡か寝たきり



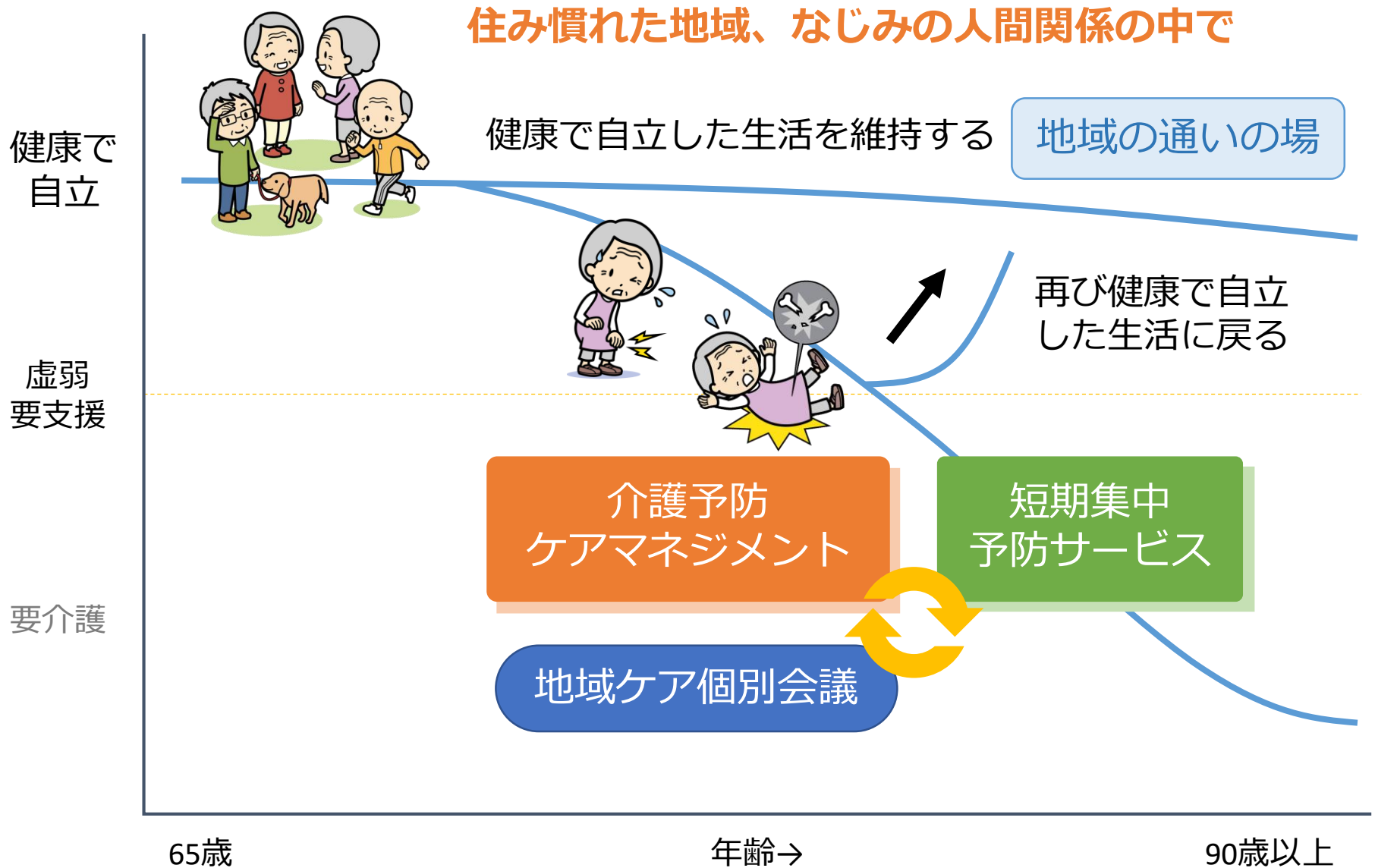
がん、脳卒中で死亡か寝たきり

- 手段的日常生活動作【日用品の買物、電話をかける、バスや電車に乗って外出する】
- 基本的日常生活動作【風呂に入る、短い距離を歩く、階段を2-3段上がる】
- 3年ごとに訪問面接調査を20年間実施

高齢者を支える取組み



自立支援の仕組みの強化



介護予防／介護予防ケアマネジメントのポイント

1. 健康管理

2. 社会参加（人とのつながり）

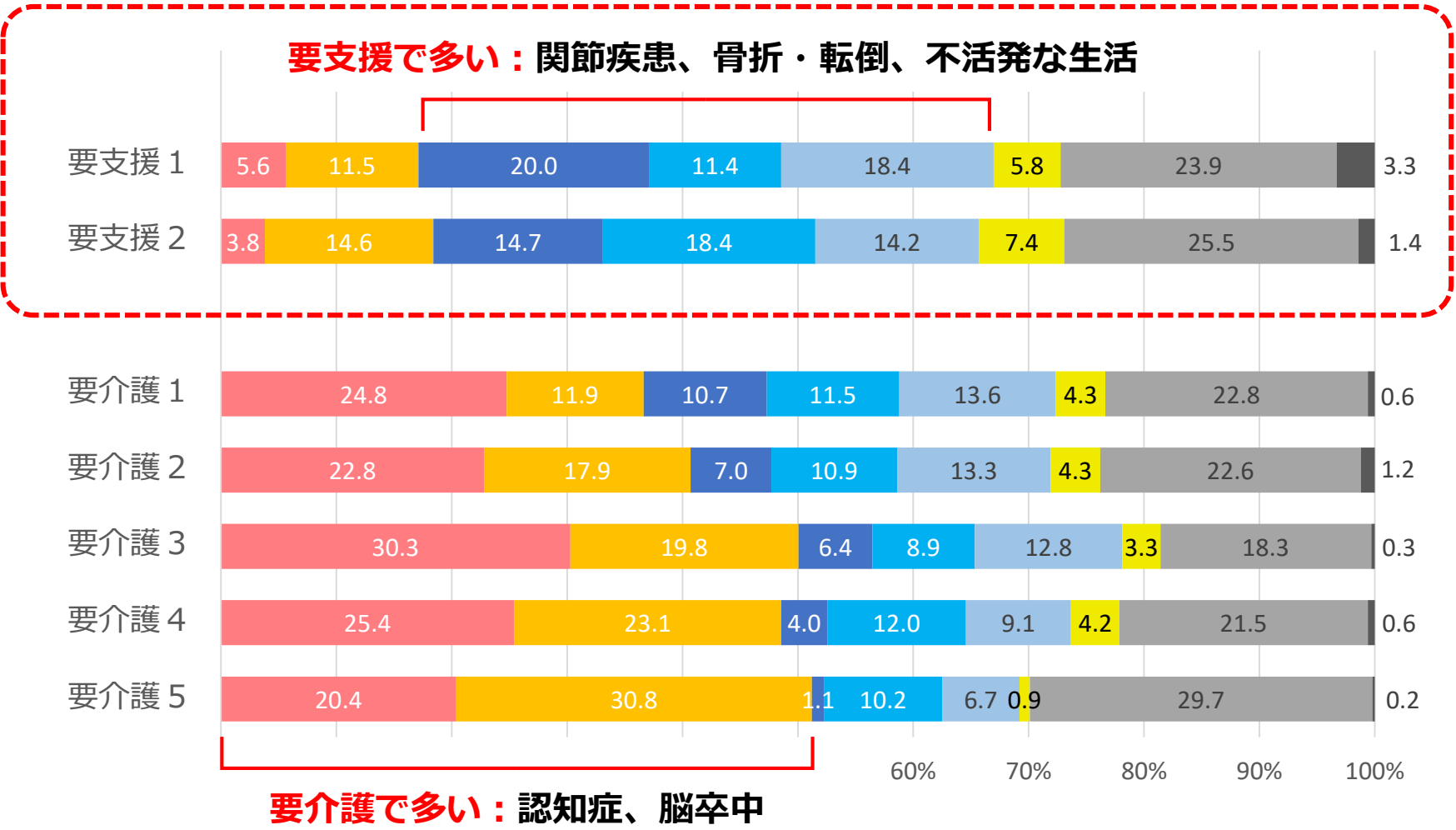
3. 不活発な生活、筋力低下

4. 低栄養と口腔機能の問題

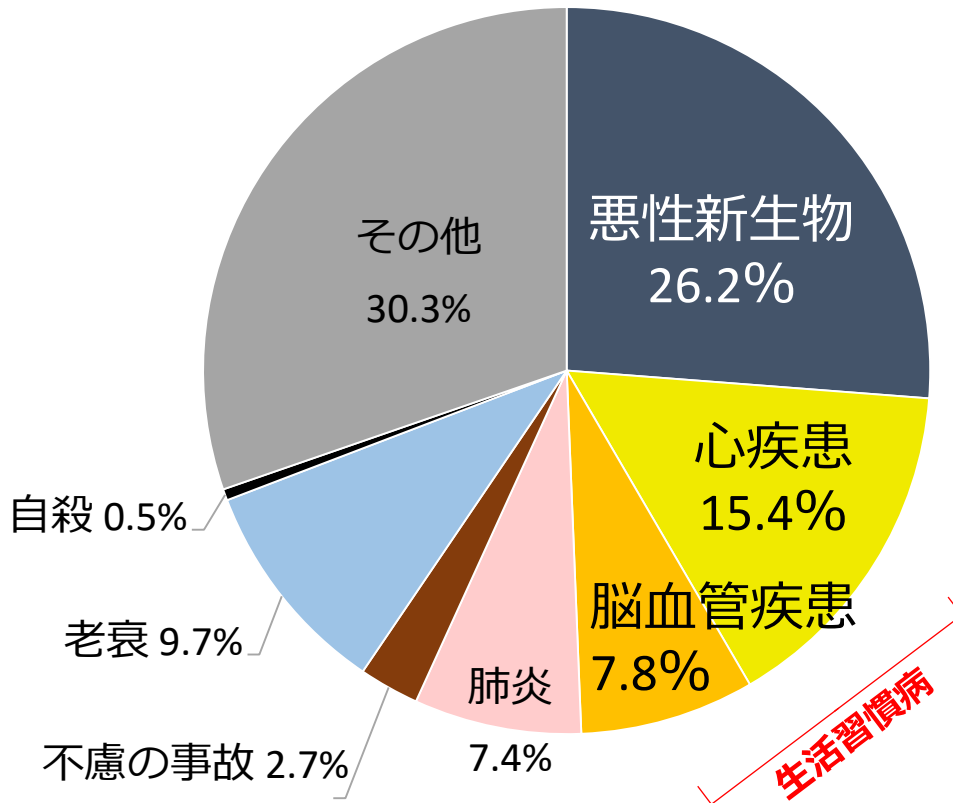


介護が必要となった主な原因疾患

■ 認知症 ■ 脳卒中 ■ 関節疾患 ■ 骨折・転倒 ■ 高齢による衰弱 ■ 心疾患 ■ その他 ■ 不詳



65歳以上の死亡原因



健康づくりのポイント

- 早期発見、早期治療
(健診、人間ドックのススメ)
- かかりつけ医に定期受診
通院・内服の中断対策
- 服薬、食事、睡眠、運動
などのセルフケア
- その他の健康活動

後期高齢者の保健指導と
介護予防の一体的実施

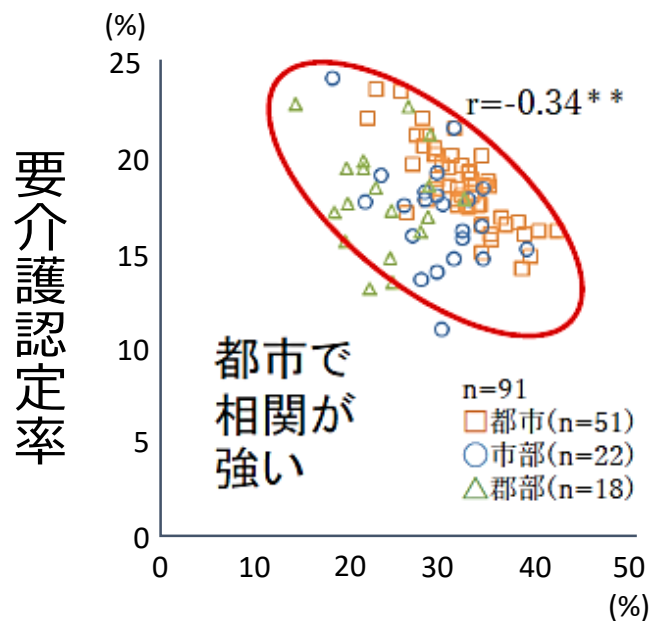


社会参加と要介護認定率

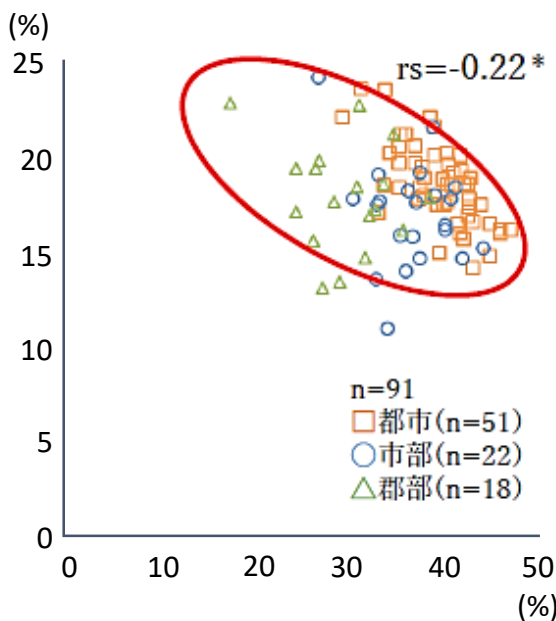
(スポーツ、趣味、介護予防活動) 社会参加の種類に拘わらず
社会参加する者が多い市町村ほど認定率は低い

市区町村単位の地域相関分析：91市町村 (n=188,583人)

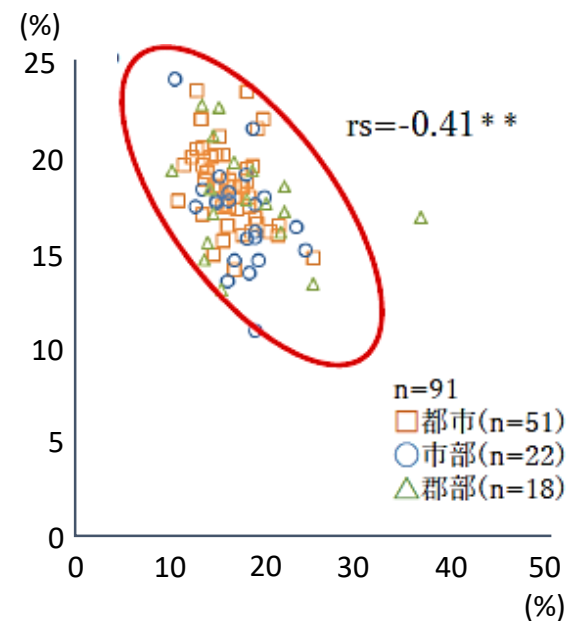
スポーツ



趣味



介護予防活動

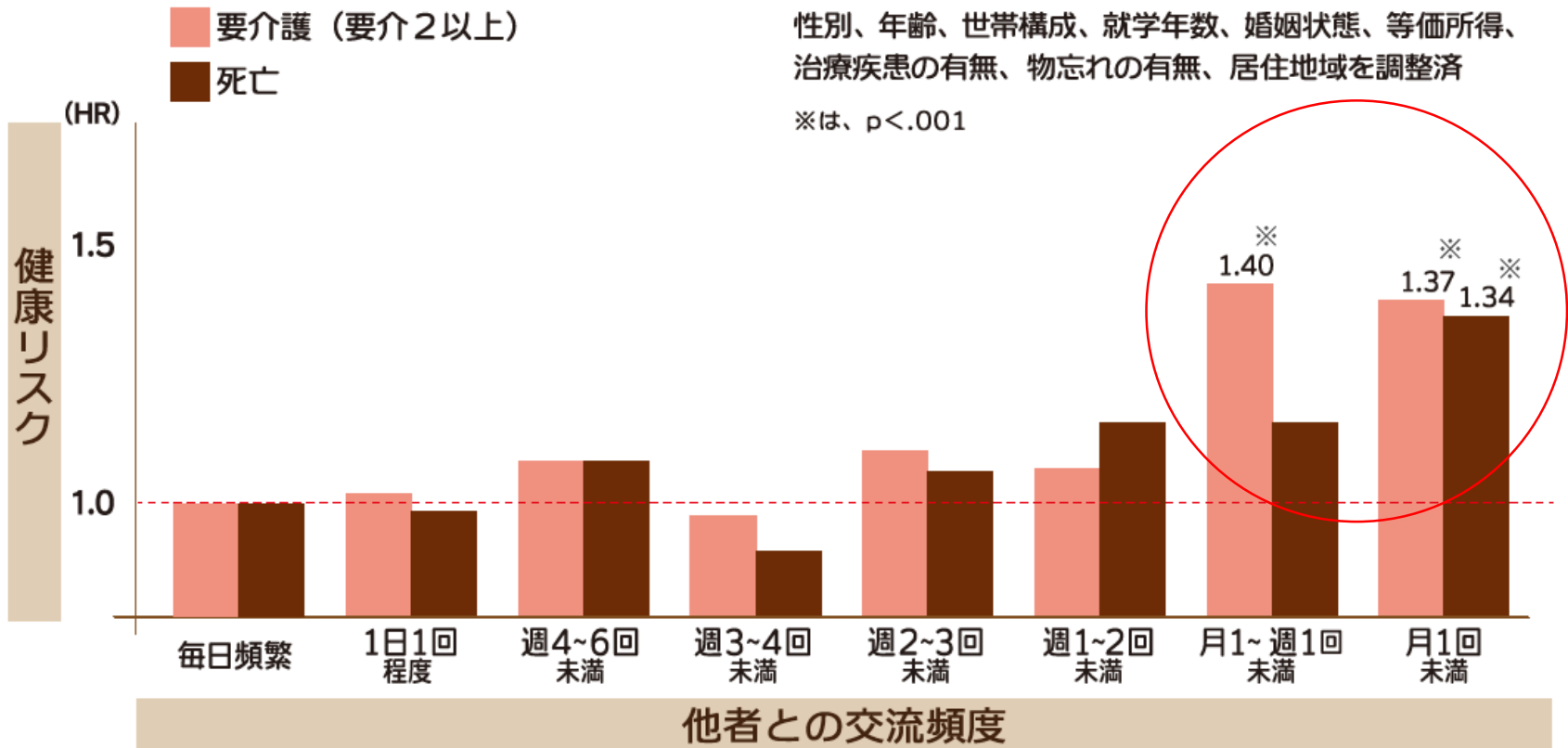


少なくとも月1回以上の頻度で参加している者の割合



社会参加の頻度と要介護リスク

人との交流が週 1 回未満では要介護リスクが1.4倍



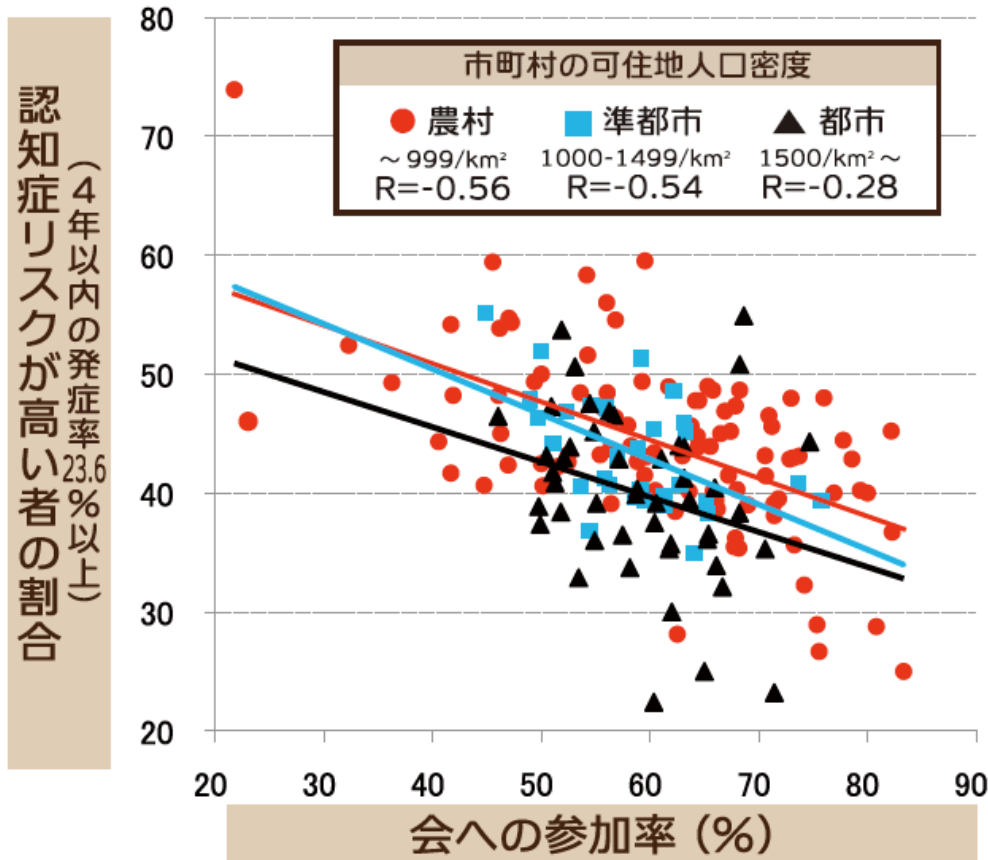
10 年間のコホートデータを使用。約 12000 人を解析した結果。



地域活動の参加率と認知症リスク

JAGES2010 10 道県 24 自治体 175 小学校

後期高齢者 n=29,876 人



参加率が高い地域で
認知症リスク者割合
が低い

8 種類の地域組織

- ・ 政治団体
- ・ 業界、同業者団体
- ・ ボランティアのグループ
- ・ 老人クラブ
- ・ 宗教関係団体
- ・ スポーツ関係の団体
- ・ 町内会、自治会
- ・ 趣味関係のグループ

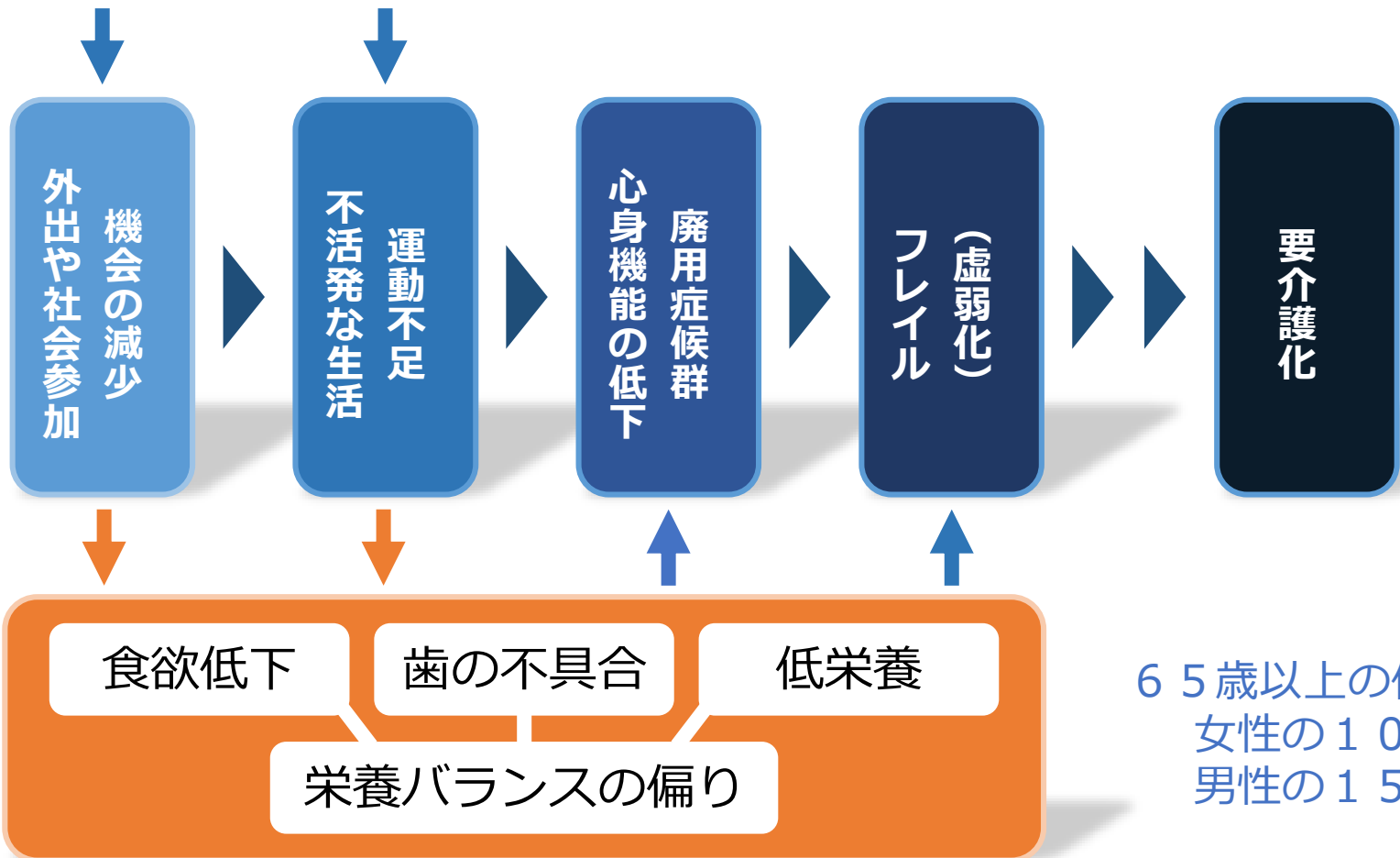
いずれかへの参加率



栄養と口腔機能の問題

き
つ
か
け

- 関節痛
- 骨折・転倒
- 体調不良
- 意欲低下
- うつ傾向
- 認知機能低下
- 家族と死別
- 引っ越し
- コロナ自粛／等



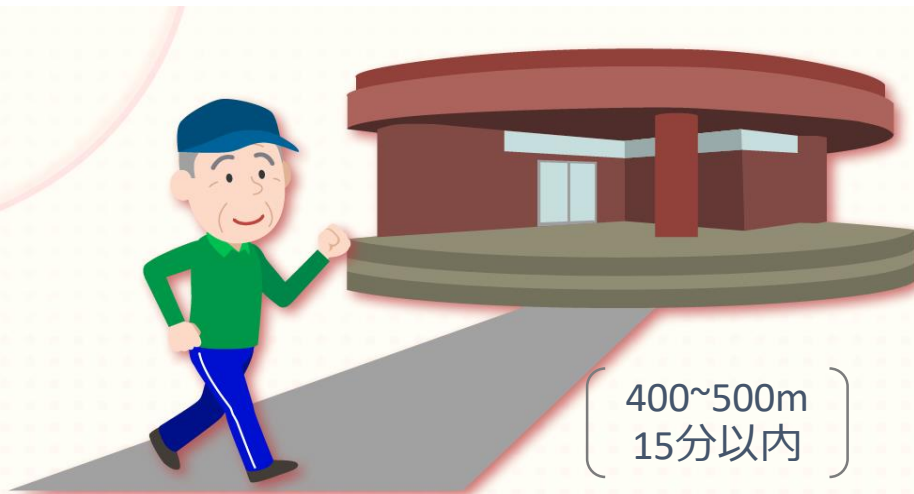
65歳以上の低栄養
女性の10%
男性の15%

これからの介護予防



社会参加の促進による介護予防

住民運営による自主体操サークル



高齢者が歩いて通える範囲



なじみの顔と出会える



元気高齢者も、虚弱高齢者もできる体操

介護予防の効果をあげるのに必要な頻度

週1回以上

要支援者等の
← 社会参加と介護予防の場

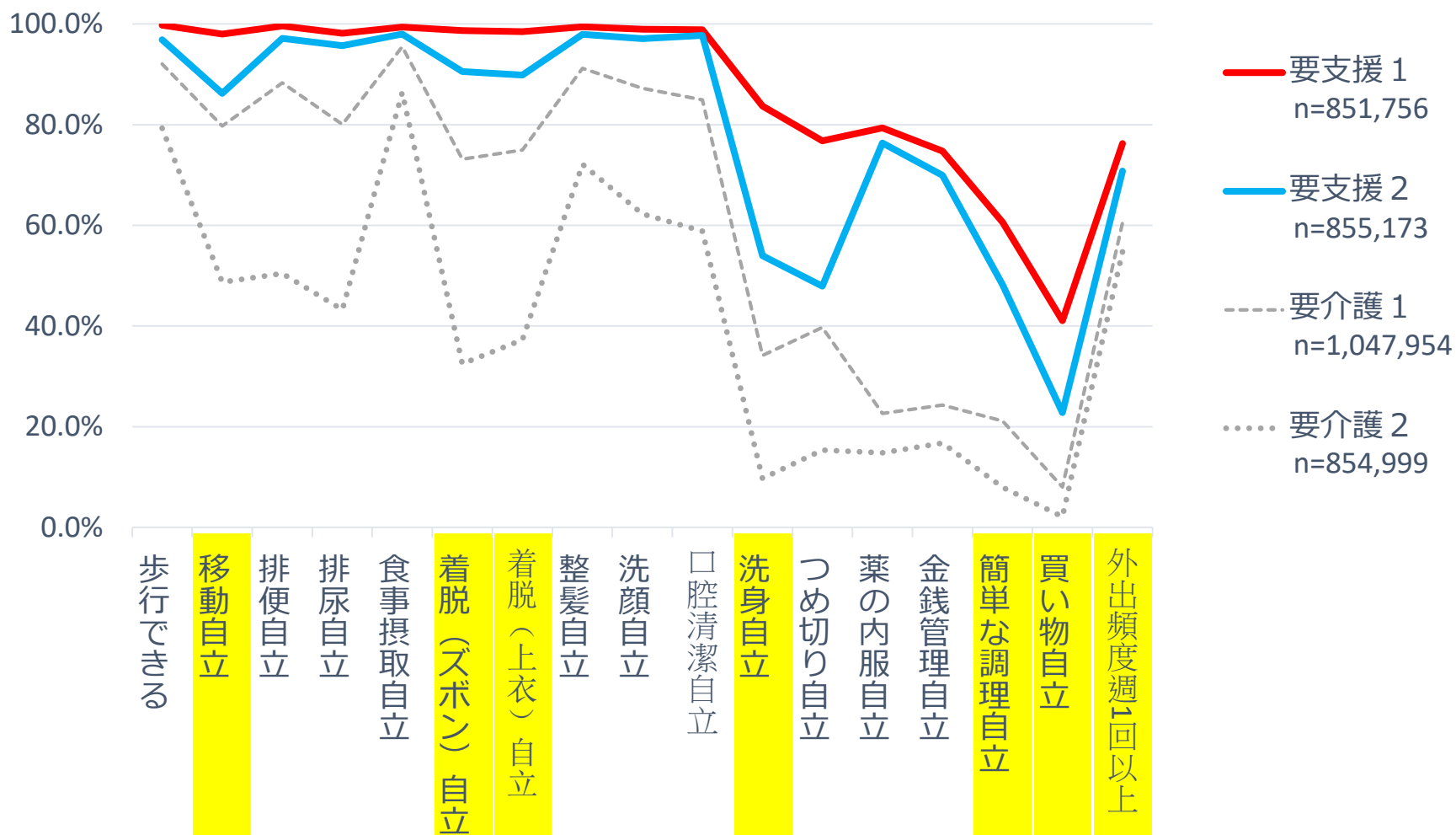


生活機能低下の特徴

A D Lは自立している者が多い

(入浴、着替えを除いて)

入浴、着替え、家事、外出ができない者が多い





要支援者等の特徴

- 関節疾患、骨折・転倒、不活発な生活が原因で虚弱化した者が多い。
- A D L は（入浴、着替えを除いて）概ね自立。
家事、外出、社会参加が自立していない者が多い。
- リハビリテーションや便利な道具の工夫、環境整備などによって改善、自立を期待できる者が多い。



適切な

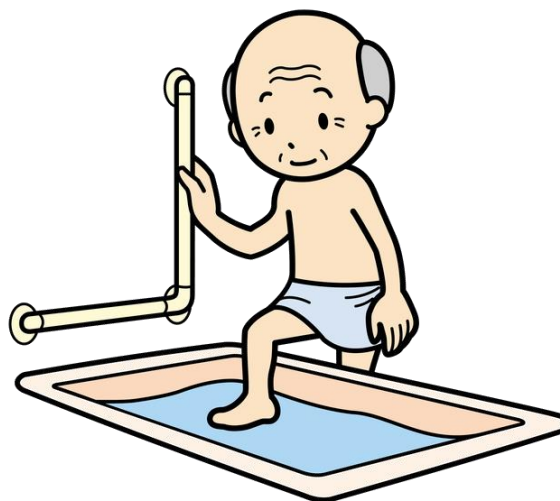
介護予防ケアマネジメントの実施

で自立や状態改善が期待できる

改善可能性



- シャワー椅子、手すり



- 便利な調理器具、配置の工夫

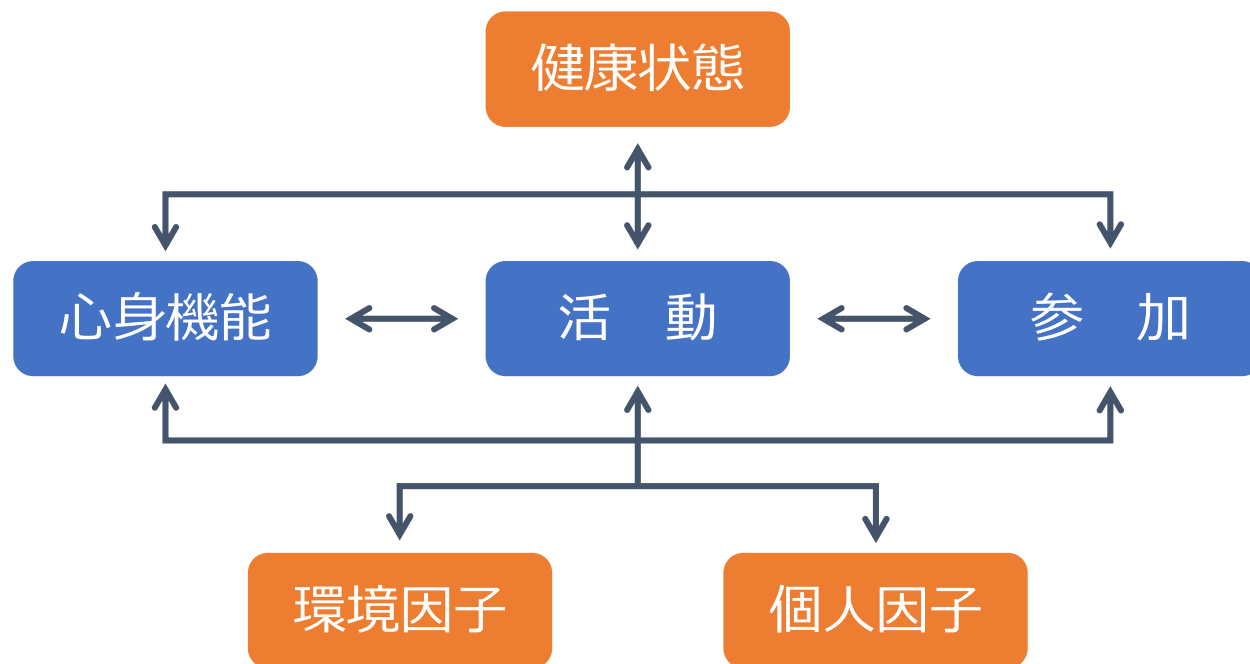


- 便利な道具の活用





ICF :International Classification of Functioning, Disability and Health



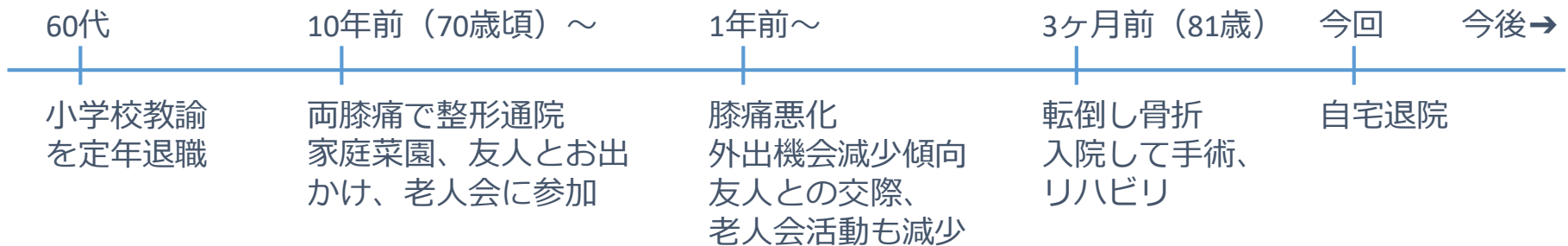
双方向の矢印であることに注意 = 「影響し合う」

介護予防ケアマネジメントの実際

Aさんのケースで
考えてみましょう

1. 要支援状態に陥った要因を分析し、解消する

1) 経過から「要支援状態に陥った要因」を分析する



2) 分析のポイント

- ① 健康状態の悪化 ・ ・ ・ ・ 転倒骨折、事故、手術
- ② 社会参加
- ③ 不活発な生活、運動不足
- ④ 栄養と口腔機能の問題

利用者基本情報（裏面）

《介護予防に関する事項》

今までの生活	要支援状態に陥った経過を記載する 小学校教諭を定年退職後は家庭菜園や、若い頃からの友人と模合や旅行を楽しんでいた。10年前（70歳頃）から両膝の痛みで整形外科に通院。昨年夏頃から外出時に杖を使うようになり、次第に友人との外出や老人会に参加する機会が減ってきていた。 今年〇月〇日の明方、トイレに行こうとベッドから立上った際にふらついて転倒。救急搬送され右大腿骨頸部骨折で入院。手術後に回復期リハ病棟を経て、〇月〇日に退院した。（回復期病棟に転院した時点で要介護認定申請し「要支援2」）		
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
			夫と一緒に家庭菜園、庭の手入れ。 1年前までは旅行にも出かけた。 近所に住む孫が頻繁に遊びに来てくれ、食事やお菓子を作ってあげるのが楽しみ。
	時間	本人	
			友人・地域との関係 1年前までは友人と模合や食事会でよく出かけていた。老人会の行事にも参加していた。 今回の入院/退院後は出かけていない。また参加できるようになりたいと希望している。

2. 現在の生活機能を把握し、改善可能性を予測

介護予防アセスメントシート

利用者名:	A 殿	81 歳	介護度: 要支援2	作成日:	作成者:
自立した日常生活の阻害要因*1	#1 膝痛 #4 固いものが噛めない。低栄養の恐れ	#2 右大腿骨頭部骨折後 #5 段差、ベッド手すりなど環境面	#3 立位・歩行不安定 #6	本人の希望	リハビリを続けて以前のように家事ができるようになりたい。 お友達と遊びに出かけたり老人会にも行きたい。

項目	現在の状況*2	阻害要因	改善可能性	備考（一行内に簡潔に記載する）		
運動・移動	起居	椅子から立上る/座る	● 自立 ○ 不安定 ○ 介助 ○ 非実施	維持	問題なし	
	移動	床から立上る/座る	○ 自立 ○ 不安定 ○ 介助 ● 非実施	1	維持	膝痛が悪化した1年前からやっていない
		屋内歩行	○ 自立 ● 不安定 ○ 介助 ○ 非実施	2, 3	改善	杖使用→家具や壁でも支える
		屋外歩行	○ 自立 ○ 不安定 ● 介助 ○ 非実施	2, 3	改善	外出時は杖+付き添い
		階段の昇降	○ 自立 ● 不安定 ○ 介助 ○ 非実施	1, 2, 3	改善	手すり使用し1階分は可能
		一人で外出	○ 自立 ○ 不安定 ● 介助 ○ 非実施	1, 2, 3	改善	一人で外出なし。外出時は家族と
		車・バス・タクシー利用	○ 自立 ○ 不安定 ● 介助 ○ 非実施	1, 2, 3	維持	外出は家族の車で。バス・タクシー利用なし
日常生活（家庭内）	食事	食事摂取・嚥下	● 自立 ○ 不安定 ○ 介助 ○ 非実施	維持	問題なし	
	口腔	栄養状態	○ 安定なし ○ 安定あり ● 不安定	4	改善	154cm, 56Kg, BMI: 23.6 1年前から3Kg減少
		固いものを噛む	○ 安定なし ○ 安定あり ● 不安定	4	改善	歯の具合が悪くて固いものを噛めない。歯科受診なし
		口腔ケア	● 自立 ○ 不安定 ○ 介助 ○ 非実施		維持	上下とも部分入れ歯。手入れはOK
	清潔	入浴・洗面・整容	○ 自立 ● 不安定 ○ 介助 ○ 非実施	2, 3	改善	市販の「家族がいる時間」に一人で入っている
	着替え	● 自立 ○ 不安定 ○ 介助 ○ 非実施		維持	問題なし	
	排泄	トイレ動作	○ 自立 ● 不安定 ○ 介助 ○ 非実施	2, 3	改善	動作自体は問題ないが、移動が不安定
		失禁	● 安定なし ○ 安定あり		維持	尿パッド使用し自分で片付けている
	家事 IADL	調理・片付け	○ 自立 ○ 不安定 ● 介助 ○ 非実施	2, 3	改善	入院前は自立。退院後は夫が
		掃除・整理整頓	○ 自立 ○ 不安定 ● 介助 ○ 非実施	2, 3	改善	〃
庭の掃除・手入れ		○ 自立 ○ 不安定 ● 介助 ○ 非実施	2, 3	改善	〃	
洗濯		○ 自立 ○ 不安定 ● 介助 ○ 非実施	2, 3	改善	〃	
買物		○ 自立 ○ 不安定 ● 介助 ○ 非実施	2, 3	改善	入院前は娘の車で一緒に、退院後は娘に依頼	
金銭管理・支払い		○ 自立 ○ 不安定 ● 介助 ○ 非実施	2, 3	改善	入院前は自立。退院後は夫が	
役所の通知等の扱い		○ 自立 ○ 不安定 ● 介助 ○ 非実施	2, 3	改善	〃	
社会参加	余暇参加	趣味・余暇活動	○ 安定なし ○ 安定あり ● 不安定	2, 3	改善	入院前は家庭菜園・庭の手入れ。退院後はやっていない
	余暇参加	近所・地域との交流	○ 安定なし ○ 安定あり ● 不安定	1, 2, 3	改善	1年前から機会が減少。退院後はまったくやっていない
		友人・親戚との交際	○ 安定なし ○ 安定あり ● 不安定	1, 2, 3	改善	〃
		冠婚葬祭・御礼行事	○ 安定なし ○ 安定あり ● 不安定	1, 2, 3	維持	
		老人会や地域活動	○ 安定なし ○ 安定あり ● 不安定	1, 2, 3	改善	
		外出頻度（閉じこもり）	○ 安定なし ○ 安定あり ● 不安定	1, 2, 3	改善	
健康管理 その他	病院受診・服薬	● 安定なし ○ 安定あり		維持		
	睡眠・他の健康管理	● 安定なし ○ 安定あり		維持	睡眠23時～6時、夜間トイレ3回 睡眠障害なし	
	住環境・福祉用具	○ 安定なし ○ 安定あり ● 不安定	5	改善	ベッド柵、玄関・トイレ・浴室等に手すりが必要	

経過（要支援状態に至った経過）

1年前から膝痛で外出機会が減少していた。今年〇月〇日の早朝にベッドから立上った際に転倒し右大腿骨頭部骨折。手術後に回復期リハビリ科を経て〇月〇日退院。

総合的課題（優先度順に記載する）

1. 転倒骨折の再発予防
ベッド柵、シャワー椅子、足元照明、トイレ・浴室・廊下・玄関など必要ヶ所に手すり設置を行い、環境を整備する。機能訓練を行い、屋内・屋外歩行の安定化をめどとする。

2. 退院後のリハビリ継続
引き続きリハビリを行い、生活機能全般の自立を図る。
1) 一人で外出できるようになる
2) ADL、家事が自立する
3) 友人とお出かけ、老人会に参加する
4) 地域の自主体操サークルに参加し、介護予防に取り組む

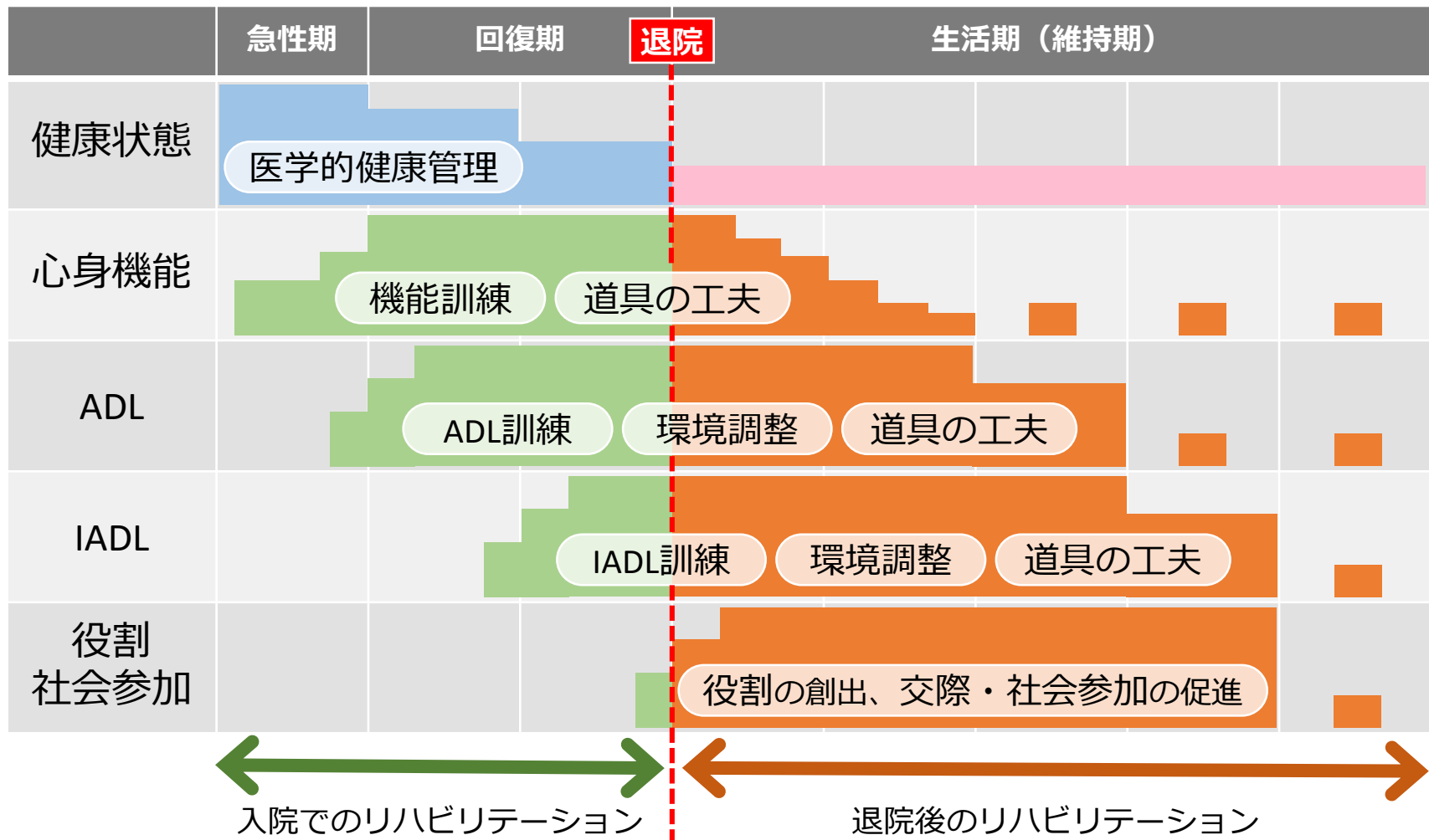
3. 歯科通院、低栄養（疑）の改善
家族と歯科通院する。体重減少があり低栄養の疑いがあるため、情報収集を続け、必要な支援を行う。

4. その他（健康管理）
高血圧症、脂質血症で内科通院、内服あり。

原則的に自立の可能性をアセスメントする

3. 入院中に実施したリハビリテーションの継続

※ 骨折などで入院中にリハビリテーションを実施したケースでは、「退院後のリハビリテーション継続」が必要な場合が多い。



4. 具体的な目標の考え方

1. 健康状態の安定

- 定期受診、服薬
- 睡眠、排泄
- 栄養状態
- 歯科・口腔機能

2. 起居・移動の自立

- 屋外歩行、外出
- 屋内歩行、立位動作の安定
- 床に座る／立上がる

3. ADLの自立

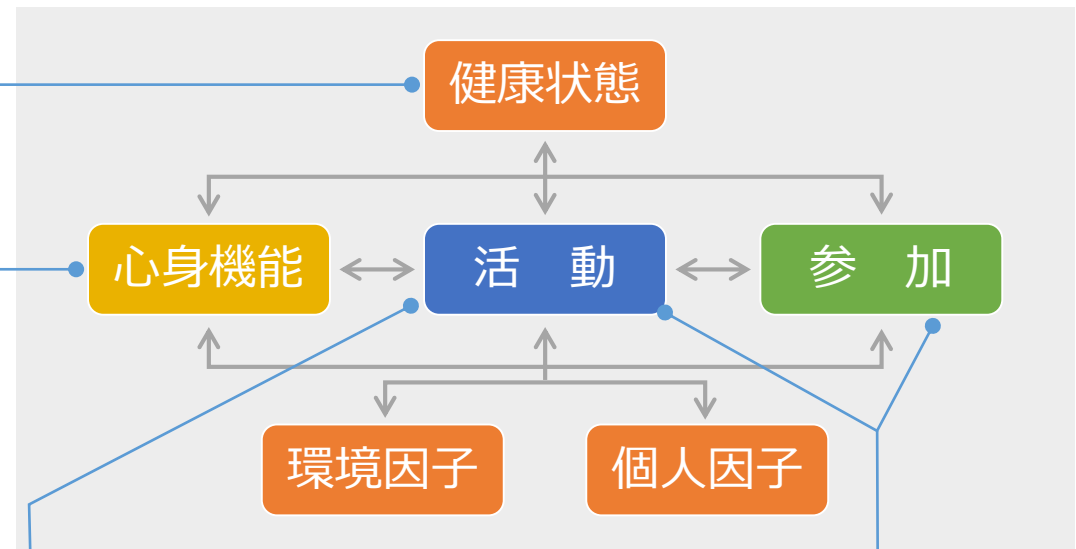
- 入浴、着替え
- 尿失禁の対応
(その他は自立が多い)

4. IADLの自立

- 掃除、調理、買物
- 庭の手入れ
- 役場等公的機関の
手続き、その他

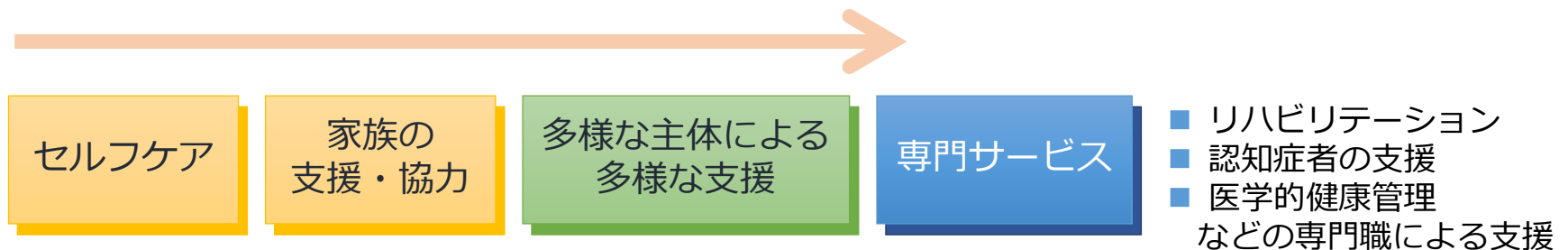
5. 余暇・交際・社会参加

- 余暇活動
- 家庭内の役割
- 交際、社会参加
- 老人会など地域活動
- ボランティア、就労



5. 目標を実現するための支援計画

- 1) 課題を解決し目標を実現するために効果的なプランを作成する。
- 2) 利用者自身が行うこと、家族の協力、多様な主体による支援を優先的に計画し、必要な場合に専門的なサービスを利用する。
 - 総合事業によるサービスを利用する要支援者等については、住民主体の支援や民間サービスなど多様なサービスの利用を促進する。
 - 必要性に応じて「専門職による専門サービス」を利用する。
 - その場合であっても、定期的なモニタリングを行い、多様な主体による支援にできる限りつなげていくこと。



介護予防・生活支援サービス事業

1) 訪問型サービス

※市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じたサービス内容を検討する。

- 訪問型サービスは、従前の介護予防訪問介護に相当するものと、それ以外の「多様なサービス」からなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う「緩和した基準によるサービス」と、「住民主体による支援」「保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス」「移動支援」を想定。

基準	従前の介護予防訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
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 ○ 以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース ・ 認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・ 退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※ 状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要	○ 状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進する		・ 体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ ADL、IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※ 3～6ヶ月の短期間で実施	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助（助成）	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者（例）	訪問介護員（訪問介護事業者）	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健医療の専門職	

2) 通所型サービス

※市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じたサービス内容を検討する。

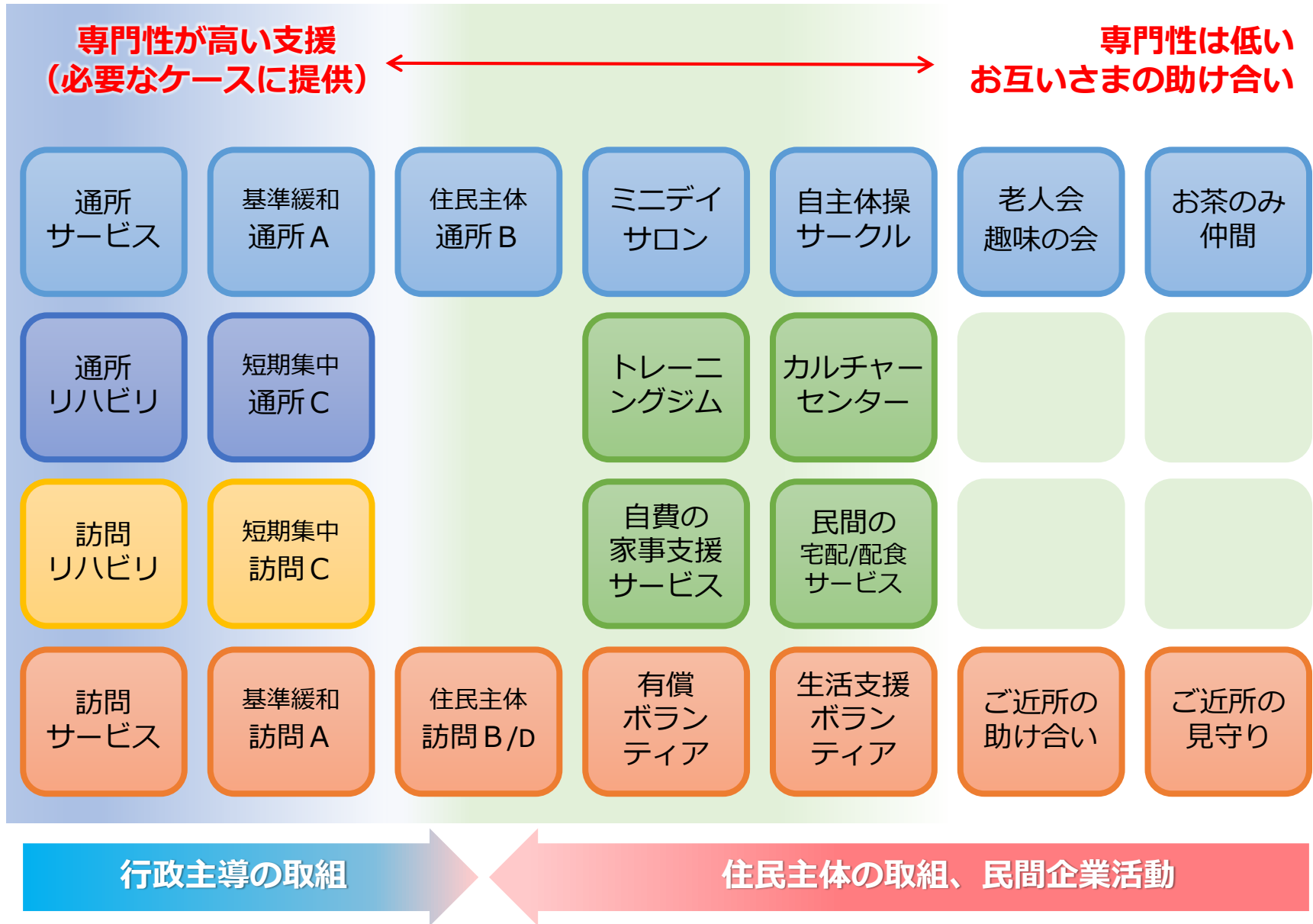
- 通所型サービスは、従前の介護予防通所介護に相当するものと、それ以外の「多様なサービス」からなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う「緩和した基準によるサービス」と、「住民主体による支援」「保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス」を想定。

基準	従前の介護予防通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	①通所介護	②通所型サービスA (緩和した基準)	③通所型サービスB (住民主体による支援)	④通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能向上のための機能訓練	ミニデイサービス、運動・レクリエーション等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
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 ※ 状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要	○ 状態等を踏まえながら、住民主体による支援等の「多様なサービス」の利用を促進する		・ ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース ※ 3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助（助成）	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者（例）	訪問介護員（訪問介護事業者）	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健医療の専門職

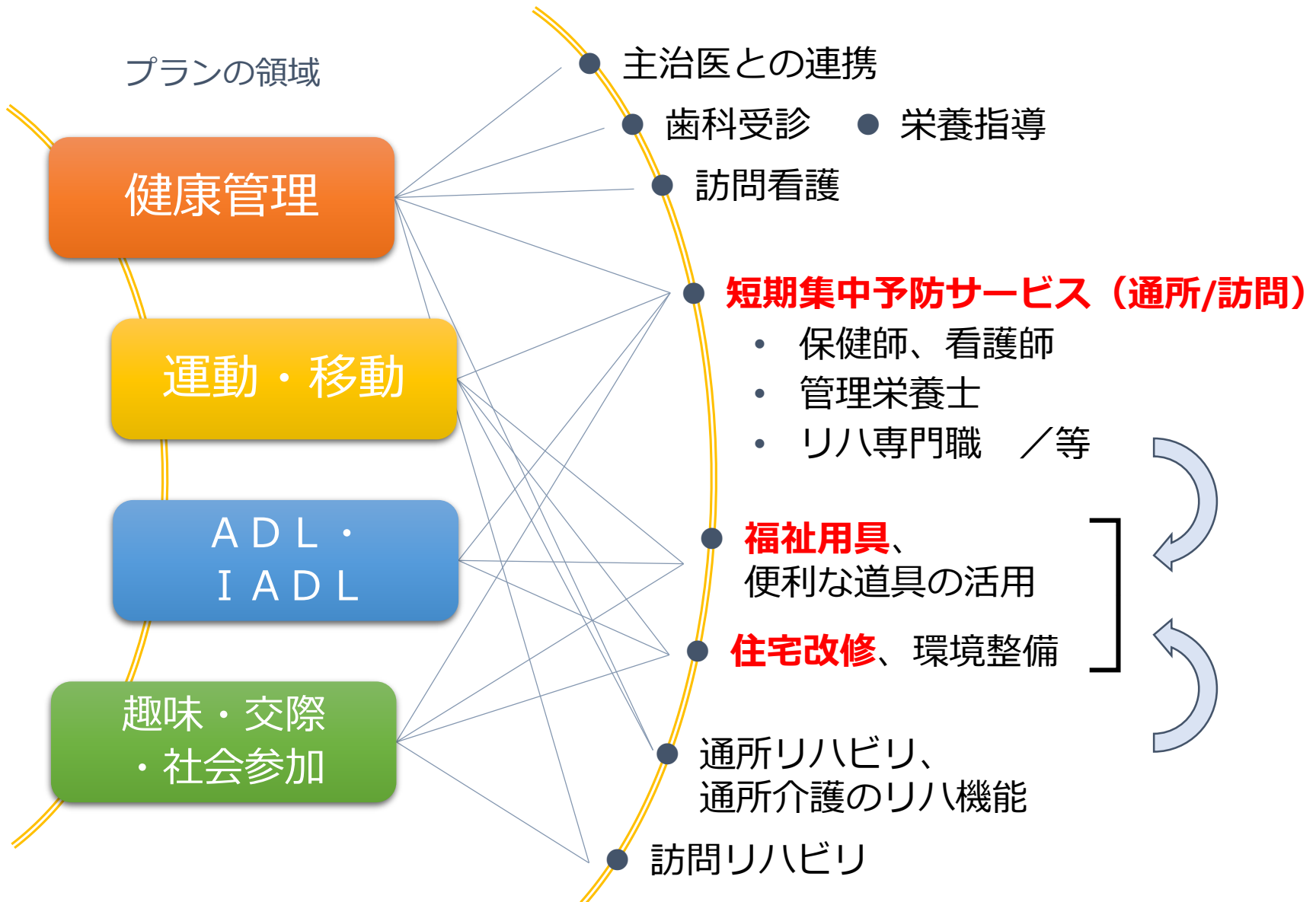
3) その他の生活支援サービス

- その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービスと通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等）からなる。

専門サービスと多様な主体による支援等

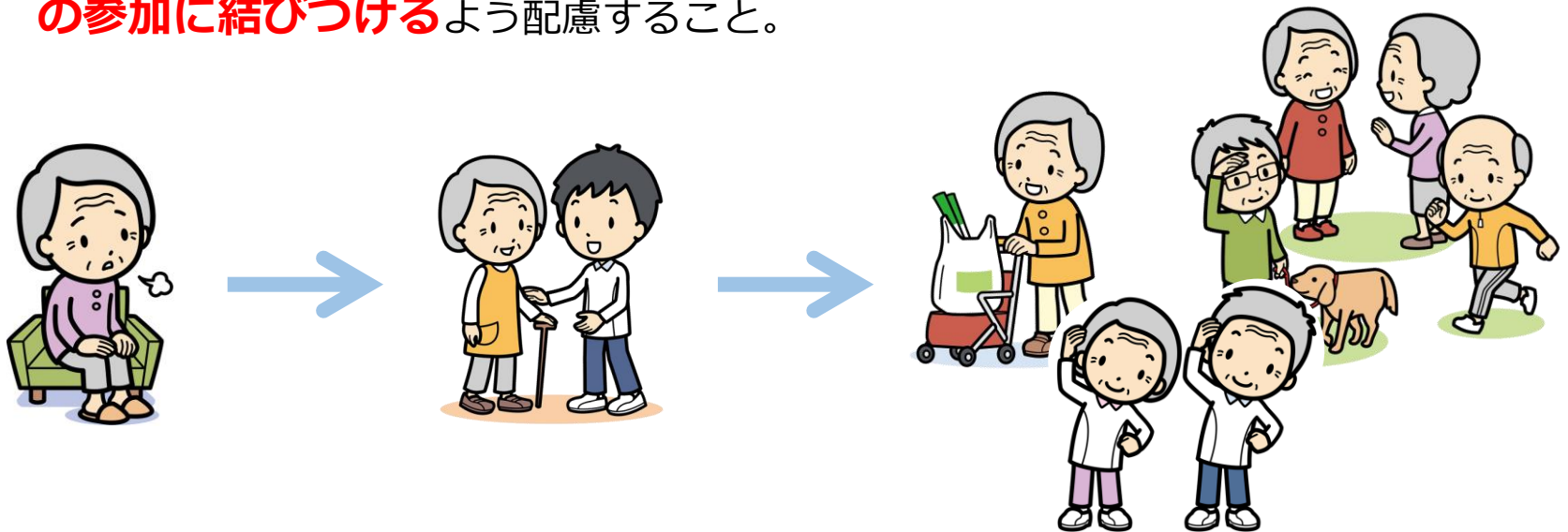


効果的な専門サービスの選択



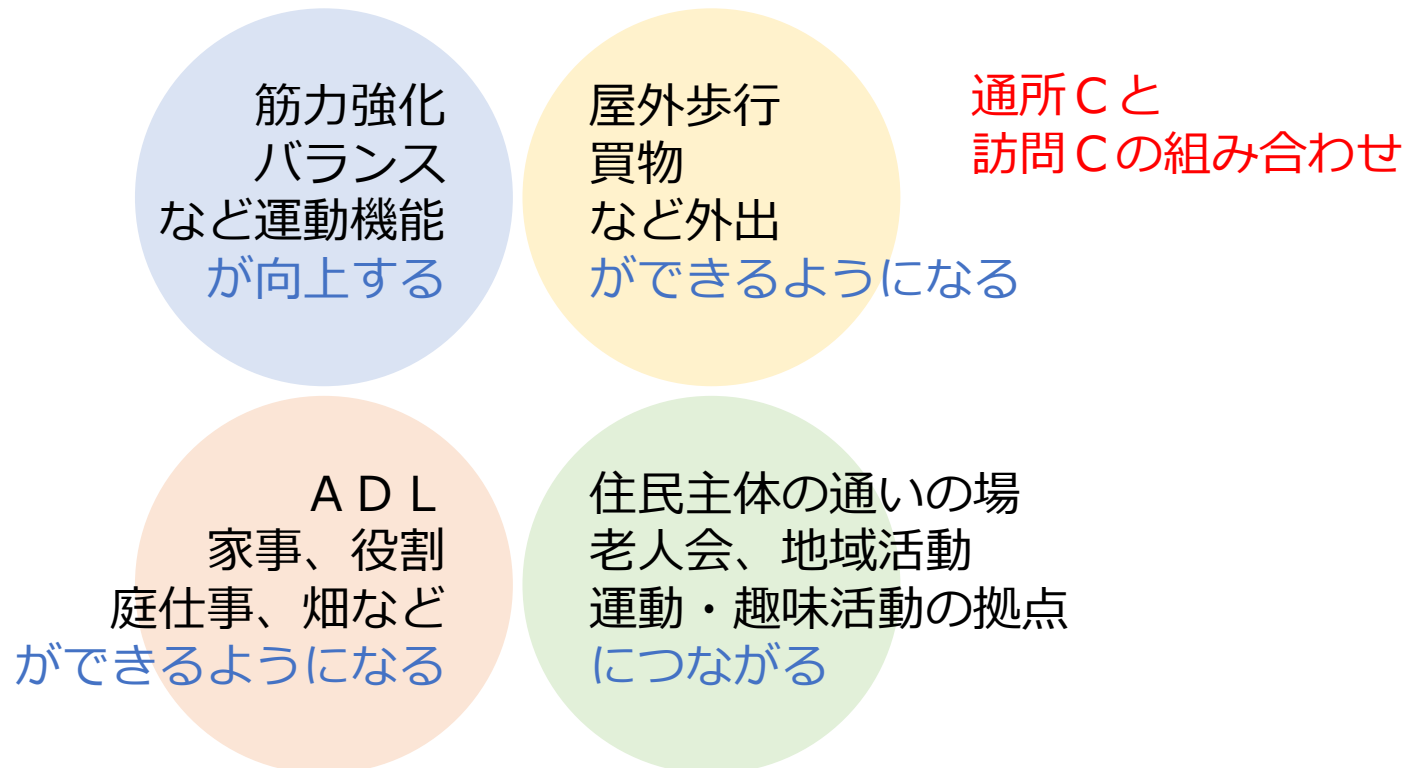
短期集中予防サービス（通所C、訪問C）

- 排泄・入浴・調理・買物・趣味活動等の生活行為に支障のある者を対象に、保健・医療の専門職が、居宅や地域での生活環境を踏まえた適切な評価のための訪問を実施した上で、おおよそ週1回以上、**生活行為の改善を目的とした効果的な介護予防プログラムを3～6ヶ月の短期間**実施する。
- 単に運動機能や栄養といった心身機能にだけアプローチするのではなく、高齢者本人を取り巻く**環境へのアプローチも含め**たバランスのとれたものとするにより、サービス利用の**結果、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加につなげる**ものであること。
- サービス終了後も引き続き活動や参加が維持されるよう、**地域の通いの場等への参加に結びつける**よう配慮すること。



短期集中予防サービスを機能させるために、

- 要支援者等が再び自立するためのプラン
- +
- 地域において自立した健康的な生活を実現するための指導を行う専門サービス = **短期集中予防サービス**



介護予防サービス・支援計画書

領域	課題	目標	セルフケア 家族の支援	多様な支援	専門サービス
運動・移動	- 歩行不安定 - 一人で外出できない - 再転倒の恐れ	- 歩行安定し、外出自立する - 再転倒の予防 - 筋力、体力の回復	- 転倒防止のため屋内の片付 (指導後に) 家族と散歩	自主体操サークル	- 手すり設置等の環境整備 - 通所Cで訓練、歩行補助具検討 - 終了後に必要であれば通所リハ
ADL・IADL	- 入浴、トイレが不安定 - 家事が不安定	- 入浴、トイレの安定化 - 家事の自立	(指導後に) 家族と一緒に買物、家事を行い自立をめざす	訪問サービスB	- シャワー椅子 - 訪問Cで動作指導、道具の工夫、環境整備
趣味・交際 ・社会参加	- 家庭菜園困難 - 友人と外出や老人会の参加ができない	- 家庭菜園再開 - 友人と外出 - 老人会に参加 - 自主体操サークルに参加	家族と一緒に家庭菜園再開、公民館へ行く	- 自主体操サークル - 老人会 - 地域サロン	
健康管理	- 義歯が合わず固い物が噛めない - 低栄養の恐れ	- 歯科治療 - 低栄養（疑）の改善 - 通院、内服の継続	家族も一緒に栄養指導し、メニューを考えてもらう		(必用時は) 訪問栄養指導

介護予防ケアマネジメントの意義

- 高齢者が**要介護状態になることを防ぐ**、又は要支援状態から悪化することを防ぎ、**健康で地域において自立した生活を送れるように自立支援の介護予防プランを作成し**、
- 利用者**本人が主体的に目標達成に取り組んで**いけるように支援する。



高齢化が進む中、介護予防の取組を推進し、
健康で自立した高齢者が多い町をめざす

〇〇市／町／村の**地域包括ケアシステムを構築する**

自立支援の仕組みを強化するために

介護予防ケアマネジメントの向上

研修会、勉強会

事例検討

プランチェック

地域ケア個別会議

アセスメントシート

・・・etc.



住民や関係者と考え方の共有

介護予防と自立支援
の考え方

介護予防ケアマネジ
メントの考え方

サービスの使い方

・・・etc.

自立支援のサービスや地域資源の充実

短期集中サービス

通所リハ・通所サー
ビスの自立支援機能

地域の通いの場や
社会参加機会の充実

・・・etc.

介護予防支援の提供に当たっての留意点

介護予防支援の実施に当たっては、介護予防の効果を最大限に発揮できるよう次に掲げる事項に留意しなければならない。

1. 単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すのではなく、これらの改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指すこと。
2. 利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること。
3. 具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有すること。
4. 利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。
5. サービス担当者会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、介護予防に資する取組を積極的に活用すること。
6. 地域支援事業及び介護給付と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。
7. 介護予防サービス計画の策定に当たっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとする。
8. 機能の改善の後についても、その状態の維持への支援に努めること。