

## 第6 継続利用要介護者による住民主体のサービスの利用

### 1 基本的な考え方

- 介護予防・生活支援サービス事業のうち、補助により実施されるサービス（以下第6において「住民主体のサービス」という。）については、要支援者及び基本チェックリスト該当者に加えて、継続利用要介護者も対象となる。
- これは、要支援者又はチェックリスト該当者が要介護認定を受けた場合、それまで受けていた介護予防・生活支援サービス事業の利用が継続できなくなる点について、本人の希望を踏まえて、地域とのつながりを継続することを可能とする観点から支援するためのものである。
- また、要介護者が継続して住民主体のサービスを利用する場合であっても、介護給付を受けることができることには何ら変更がない点について留意することが必要である。
- なお、住民主体のサービスは自主的に実施されているものであり、要支援から要介護に介護度が上がったことによってボランティア団体等が対応できなくなる可能性もあることから、具体的な利用の可否については、ボランティア団体等と利用者との間で決定されるものである。その際、ボランティア団体等の判断に加えて、要介護者本人の希望に基づき、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（以下第6において単に「介護支援専門員」という。）がケアマネジメントの中で利用の適切性を判断し、助言を行うことが重要となる。

**見直しの内容**

【令和3年3月まで】  
・総合事業の対象者は「要支援者」「基本チェックリスト該当者」とされています。  
・総合事業で、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等に対して運営費全体を補助するためには、「要支援者」「基本チェックリスト該当者」が利用者全体の過半数である必要などがあります。

「住民主体のサービスへの補助の例」  
※あくまで例ですので、補助の方法は自治体により異なることがあります。

【令和3年4月以降】  
・令和3年4月からの見直しにより、総合事業の補助を受けて実施されている住民主体のサービスを、介護給付を受ける前から継続的に利用する要介護者（継続利用要介護者）も、総合事業の対象者となります。  
・これにより、按分の方法により補助額を決定している市町村においては、「継続利用要介護者」の方々も含めて利用者全体の過半数であるかを見ることになるため、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等が、市町村による運営費全体の補助を受けやすくなります。  
・これは、継続利用要介護者の方々のご希望を踏まえて、地域とのつながりを継続することを可能とするための見直しです。

**現在**  
要支援の方々 4名  
継続利用要介護者 3名  
要介護の方々 4名  
要支援の方が全体の半数未満なので、運営費は利用者数の按分で補助 (4/9⇒約40%補助)

**令和3年4月～**  
要支援の方々 5名  
継続利用要介護者 1名  
要介護の方々 4名  
要支援の方が全体の過半数なので運営費全体が補助される (5/9⇒100%補助)

見直し後は、継続利用要介護者も事業の対象者として、補助の対象にカウントできる (5/9⇒100%補助)

### 2 継続利用要介護者に対するケアマネジメントの実施主体

- 継続利用要介護者は、介護給付を受けながら、本人の希望により住民主体のサービスを利用することとなるため、そのケアマネジメントについては、介護支援専門員が居宅サービス計画に位置付けることとなる。
- ただし、継続利用要介護者が介護給付におけるサービスを利用しなくなり、住民主体のサービスのみを利用することとなった場合は、地域包括支援センターがケア

マネジメントを行うこととなる。

### 3 継続利用要介護者が住民主体のサービスを利用する際の留意事項

- 継続利用要介護者が安心して住民主体のサービスを利用するためには、市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、生活支援コーディネーター、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等が連携を図りながら、必要な取組を進めて行くことが重要である。
- このため、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等の取組事例を踏まえ、サービスの実施に向けての準備、適切なケアマネジメントの実施、状態変化等への対応など、継続利用要介護者がサービスを利用する際の留意事項について、以下の（１）から（４）のとおり整理する。
- とりわけ、介護支援専門員等においては、継続利用要介護者に対し、介護給付を受けながら、引き続き住民主体のサービスを利用できる旨を説明するなど、必ず対応いただきたい内容について【注】を付記しているが、その他についても対応いただくことが望ましい内容である。
- なお、継続利用要介護者が住民主体のサービスを利用する場合には要介護者に対してケアマネジメントが行われるため、介護支援専門員は、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成 11 年厚生労働省令第 38 号）等を踏まえ、適切に関係者の専門的な見地からの意見も踏まえることが重要である。
- また、継続利用要介護者の変化の状況や具体的なサービスの利用の状況等については、国において定期的に把握し、公表することとする。

#### （１）サービスの実施に向けての準備

- 市町村は、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等に対して、必要な研修の機会を提供するなど、要介護者が安心してサービスを継続するための環境づくりを行う。  
（例）認知症サポーター養成研修やボランティア養成講座の開催 等
- 市町村や生活支援コーディネーターは、介護支援専門員等が住民主体のサービスの活動情報を把握できるよう、説明会や広報等の普及啓発を行う。介護支援専門員も、必要な活動情報の収集に努める。
- 市町村や地域包括支援センターは、緊急時や状態変化時、長期欠席など利用状況の変化時の対応について、フローチャートやマニュアル等を作成し、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等に周知する。【注】
- 住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等は、フローチャート等を参照しながら、要介護者ごとに緊急時等の連絡・相談先（※）を整理する。介護支援専門員は、担当する要介護者に係る相談先等が整理されていることを確認する。【注】  
（※）家族、介護支援専門員、地域包括支援センター 等
- 住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等は、要介護者への支援方法に不安がある場合の対応等について、事前に介護支援専門員や地域包括支援センター等に相談する。

## (2) ケアマネジメントの実施

- 介護支援専門員は、担当する要介護者が住民主体のサービスの継続利用を検討している場合には、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等に対して、提供できるサービスの内容について確認する。  
あわせて、要介護者に対して、
  - ① 介護給付を受けながら、引き続き住民主体のサービスを利用できること
  - ② 住民主体のサービスが提供できる内容について説明した上で、改めて意向を確認する。【注】
- 介護支援専門員は、要介護者の継続利用の意向とアセスメント結果に基づき、居宅サービス計画の原案に住民主体のサービスを位置付ける。【注】
- 保健師やリハビリテーション専門職等は、必要に応じて要介護者を担当する介護支援専門員のアセスメントに同行し、介護給付や住民主体のサービスの適切な選択・利用に向けての助言を行う。
- サービスを実施しているボランティア団体等は、必要に応じてサービス担当者会議に参加し、必要な情報を提供する。

## (3) 地域包括センターによる支援

- 地域包括支援センターは、介護給付や住民主体のサービスの適切な選択・利用に向けて、要介護者を担当する介護支援専門員のアセスメントに同行するほか、サービス担当者会議に参加する。
- 市町村や地域包括支援センターは、多職種で構成される地域ケア会議において、必要な支援方策の検討を行う。
- 地域包括支援センターや生活支援コーディネーターは、介護支援専門員やサービスを実施しているボランティア団体等との定期的な情報共有や連携方法の確認を通じて、必要な支援方策の検討を行う。

## (4) 利用者の状態変化等への対応

- サービスを実施しているボランティア団体等は、緊急時や状態変化時、長期欠席など利用状況の変化時において、事前に要介護者ごとに整理した連絡・相談先を用いて対応する。【注】
- 介護支援専門員は、モニタリングを通じて要介護者の状態変化等に留意する。  
【注】
- 介護支援専門員は、要介護者に状態変化が見られる場合には、改めてアセスメントを行い、要介護者の意向を十分に踏まえた上で、必要な対応（※）を行う。  
【注】  
（※）住民主体のサービスの利用に関する助言、介護給付の内容の見直し 等