

6 サービス担当者会議

本節のチェックポイント

- 早期にサービスの提供チームを形成するようにしましょう。
- アセスメント情報、目標の共有に努めていますか。
- 利用者・家族が意向、希望、要望を語る場になっていますか。
- 多様な専門的立場から意見をもらえる貴重な場として活用していますか。
- 居宅サービス計画原案の変更をおそれないで、良い意見は積極的に採用していますか。
- 関係者が集まるサービス担当者会議が、利用者や家族にとって心理的なプレッシャーを与えることにならないよう、くつろいだ雰囲気作りに留意していますか。

<サービス担当者会議>

介護支援専門員

(アセスメント結果の報告と原案の提示)
(サービス担当者会議の司会、進行管理)

利用者・家族

(希望する生活
のあり方や
サービス
利用の意向)

<協議の内容>

居宅サービス計画の策定
利用者・家族の意向の確認
目標(長期・短期)の決定
提供サービスの決定

主治医

(医学的管理に
関する情報
提供と意見)

住宅改修・福祉用具事業者等

(生活環境調整等の必要性に応じて参加)

居宅サービス担当者

(それぞれの専門サービスの実施上の
課題と解決方法、今後の方針の確認)

◆開催の目的とテーマを明確にしましょう。

- 何を全員で議論する必要があるのか、課題や論点をあらかじめしぼっておきましょう。
<主な論点>
 - 利用者及び家族のニーズの共有化
 - 目標、プランの共有化
 - 役割分担の明確化
 - チーム形成・連携
 - モニタリングのポイント
 - 緊急対応を含めたリスク管理



◆開催については、事前に利用者・家族の同意を得ましょう。

- 介護支援専門員には、個人のプライバシーに関する守秘義務があります。
- サービス担当者会議は利用者や家族の個人情報を取り扱います。出席者や話し合いの内容について、利用者・家族の同意を得ましょう。
- できるだけ利用者の居宅で行ないましょう。居宅での開催が困難な場合は、柔軟に話し合いの場を設けましょう。

◆参加予定者の立場や都合に配慮しましょう。

- 検討課題に関係するサービス担当者全員に出席を依頼しましょう。
- 介護保険以外のサービスについても検討課題の場合は出席を依頼しましょう。
- 会議の開催場所・所要時間、検討課題、居宅サービス計画書原案等の資料を準備しましょう。会議の終了時間を設定し、時間内に終了しましょう。

◆サービス間で、目標や取組方針にズレが生じないように注意しましょう。

- サービスの連携や、サービスの不整合などに注意しましょう。
- サービス担当者間の連携を密にして、全てのサービスが同じ目標に向かって取組を進めていくように注意しましょう。

◆日ごろから、情報を共有化するための工夫をしておきましょう。

- 日ごろから、共有化するための方法や共有する情報内容などを明確にしておくことが大切です。
- 専門領域からの適切な知見を集めるために、状態の変化やサービス内容の変更があった場合にはすぐに連絡し、関係者全員が最新の情報を共有しているようにしましょう。特に通院等の乗降介助、短期入所サービスを時々利用している場合にも連携を忘れないように注意しましょう。

◆「サービス担当者会議の要点（第4表）」を活かしましょう。

- 会議終了後に、第4表を出席者に送付し、残された課題（未充足ニーズ）を確認しておきましょう。
- サービス担当者会議に出席できない担当者がある場合には、「所属（職種）」及び「氏名」、会議に出席できない理由についても記載しましょう。
- 検討した項目欄に、出席できない担当者に照会した年月日、内容及び回答を記載しましょう。この場合は出席（書面）となります。「照会」の内容、回答はチームで共有しましょう。

＜サービス担当者会議の進行（参考例）＞

- まず、会議の開催について、利用者の同意を得ます。
- 司会・進行は介護支援専門員が行います。
- メンバーに自己紹介をしてもらいます。
- 介護支援専門員が会議の中心課題をわかりやすく説明します。
- 「照会」の内容、回答を報告しチームで共有しましょう。
- 発言が利用者側又は関係者側に偏らないよう配慮し、意見交換を進めます。
- 専門用語はできるだけ避けるようにします。
- 最後に必ず決定事項を再確認します。
- 予定時間内で終了します。
- 終了後は、必要な記録を整備します。

介護保険制度のポイント③ サービス担当者会議

《サービス担当者会議》

居宅サービス計画の作成にあたっては、サービス担当者会議を開催し、利用者の状況等に関する情報をサービス担当者と共有するとともに、居宅サービス計画原案について専門的な見地からの意見を聴取します。

また、要介護者が更新認定を受けた場合、要介護者が区分変更の認定を受けた場合は、サービス担当者会議を開催し、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から専門的な見地からの意見を求めることとされています。

なお、やむを得ない理由がある場合には、担当者等に対する照会等により意見を求めることができることとされています。

【「やむを得ない理由がある場合」に想定されるもの】

- 開催の日程調整を行ったがサービス担当者の事由によりサービス担当者会議への出席が得られなかった場合
- 居宅サービス計画の変更であって、利用者の状態に大きな変化がみられない等、軽微な変更の場合等(介護保険最新情報 vol155 平成 22 年 7 月 30 日参照)

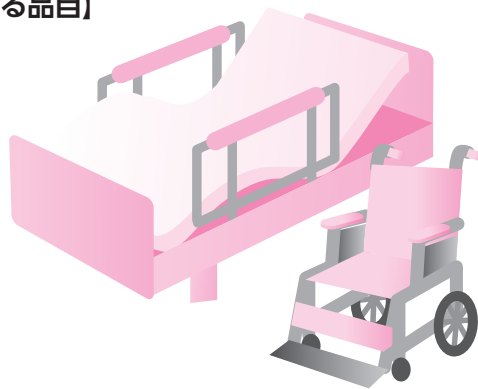
《居宅サービス計画に福祉用具を位置づける場合》

福祉用具は利用者の状態を適切に判断して利用しないと、かえって利用者の自立を妨げる結果になりかねません。このため、要支援者及び要介護 1 の者について、利用が想定しにくい品目については、原則として保険給付の対象外となりました。

また、福祉用具の利用にあたっては、必ずサービス担当者会議で検討し、利用が必要な理由を居宅サービス計画に記載しなければなりません。また、福祉用具貸与の場合は、必要に応じて随時、サービス担当者会議を開催し、その継続の必要性を検証した上で、継続が必要な場合にはその理由を居宅サービス計画に記載しなければなりません。

【原則として要支援者・要介護 1 の対象外となる品目】

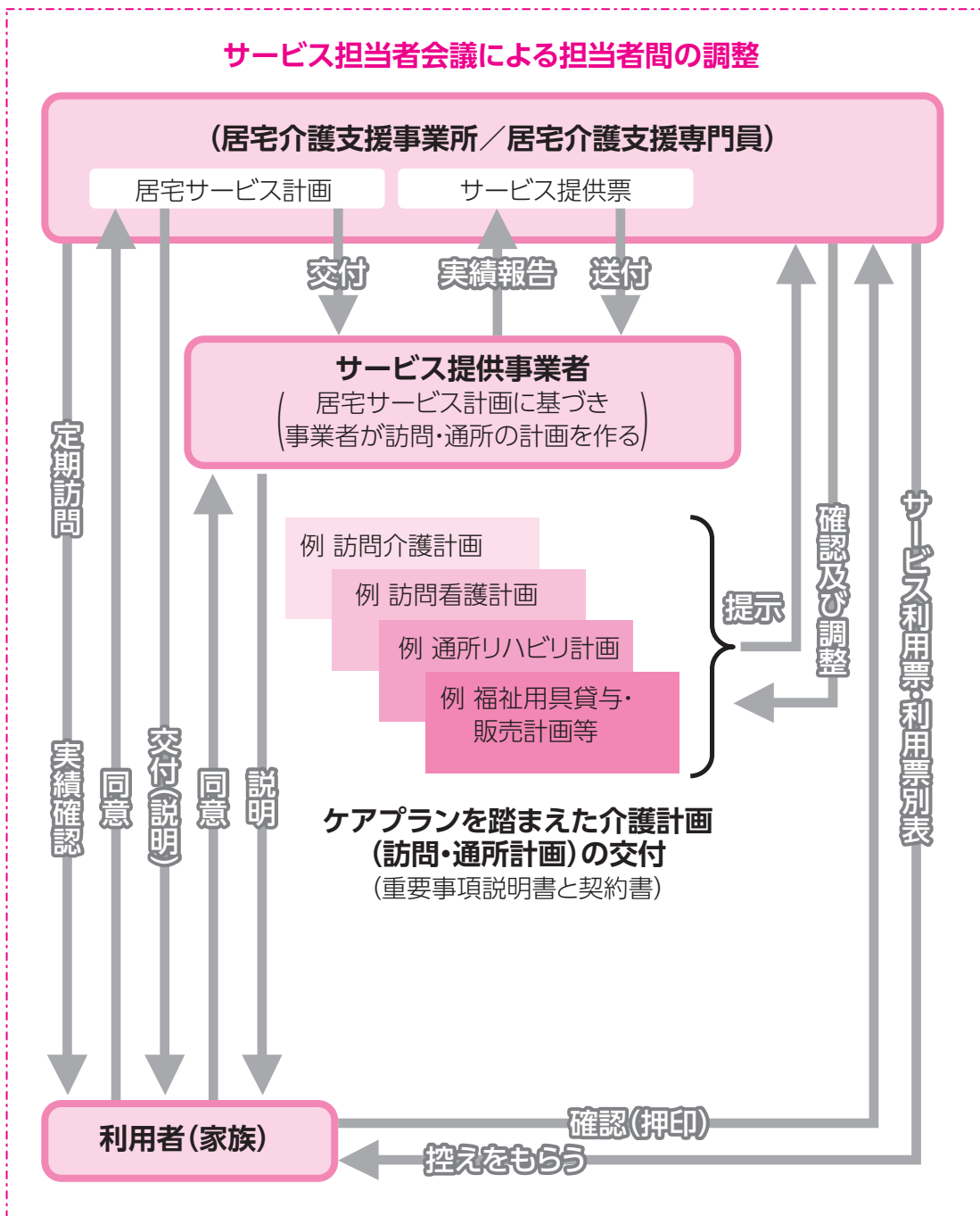
- ①車いす(付属品を含む)
- ②特殊寝台(付属品を含む)
- ③床ずれ防止用具及び体位変換器
- ④認知症老人徘徊感知機器
- ⑤移動用リフト(つり具の部分を除く)
- ⑥自動排泄処理装置(要介護 2・3 も対象外)



7 居宅サービス計画の作成とサービスの調整

本節のチェックポイント

- 関係者の連絡先の確認等、その他必要事項の漏れがないかチェックしましたか。
- 居宅サービス計画を確定し、サービス提供事業者に送付しましたか。
- サービス提供事業者の介護サービス計画は居宅サービス計画に沿ったものとなっていますか。
- 利用者が、サービス事業者とサービス提供について契約したことを確認しましたか。
- 利用者に介護計画が渡されていることを確認しましたか。



◆サービス計画に沿った介護サービス計画が作成されているか確認しましょう。

- 居宅サービス計画を利用者及び各サービス事業者に送付します。
- サービス事業者から「訪問介護計画」「訪問看護計画」「通所リハビリ計画」「福祉用具貸与・販売計画」など、必要とされる介護計画を受けとりましょう。
- 介護サービス計画が目標に沿っているかどうか確認し必要がある場合は調整しましょう。

◆住宅改修を必要とする利用者には、改修の理由書を作成しましょう。

- 改修の理由書は、サービス担当者会議での専門家の意見を十分に踏まえて書きましょう。

◆福祉用具購入、貸与を検討する場合は福祉用具専門相談員の意見をききましょう。

- 利用者の不利益にならないよう価格の確認やメンテナンスの確認もしましょう。

◆介護サービス計画書の様式等とその内容を確認しましょう。

- 介護支援業務は、以下のような様式を作成しながら行っていくことになっています。適切に作成し、作成した書類はしっかり管理しましょう。(95 頁から 106 頁まで参照。)

	表 題	内 容	備 考
第1表	居宅サービス計画書 (1)	・利用者及び家族の生活に対する意向 ・介護認定審査会意見等 ・総合的な援助方針	
第2表	居宅サービス計画書 (2)	・生活全般の解決すべきニーズ ・上記ニーズに対応した目標 ・ // 援助内容	
第3表	週間サービス計画表	・週単位の支援やサービスの時間帯を、曜日と時間の表中に記載 ・利用者の生活活動とサービス提供状況をわかりやすくする	主な日常生活上の活動も記載 週単位以外のサービスも記載
第4表	サービス担当者会議の要点	・出席者・欠席者とその理由 ・検討項目、照会内容、回答、検討内容、結論 ・残された課題 等	目標の明確化 ・留意点 ・連携、評価時期
第5表	居宅介護支援経過	・モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等	状況、介護支援専門員、サービス提供者等の判断、利用者、家族の反応が明確になるように記載
第6表	サービス利用票 (兼居宅サービス計画)	・サービス時間帯、サービス内容 ・サービス事業者名、月間実績記録	
第7表	サービス利用票別表	・区分支給限度額の管理 ・利用者負担の計算	

8 初動期のモニタリング

本節のチェックポイント

- 利用者の状態を観察して、居宅サービス計画に組み込まれたサービスが的確に提供されているか、確認していますか。
- サービス内容は適切で、目標に対して的確に提供されているか確認しましたか。
- 介護者が、サービスの導入にうまく適合できているかどうか確認していますか。
- 利用者の変更や取消を繰り返していないか確認していますか。
- 現実にサービスを利用し、新しい生活に入った利用者の状況を把握していますか。

<初動期のモニタリング>

◆居宅サービス計画に無理がなかったかチェックしましょう。

- 居宅サービス計画に組み込まれているサービスがニーズを充足しているか確認し、変更を含めて対応をとりましょう。
- 利用者や介護者の生活のリズムにあっているかどうか確認しましょう。

◆サービスが的確に提供されているかどうかチェックしましょう。

- 居宅サービス計画に従ってサービスが的確に提供されているかどうかを訪問して確認しましょう。
- 担当者と利用者、介護者の関係が良好かどうか確認しましょう。
- 的確に提供されていない場合は、当該事業者に見学するなどして調整を行いましょう。

◆第5表の「居宅介護支援経過」か「モニタリング票」等を活かしましょう。

- 上記のような内容を確認した結果を整理して記入しましょう。支援経過は公的な記録であり、介護支援専門員だけの記録ではないので、誰が読んでも分かるように記載しましょう。



モニタリングのポイントは、目標が達成されたか、ニーズに変化がないかなど、居宅サービス計画が常に適切であるかどうかを確認することです。

そのために、利用者及び家族との連絡、指定居宅サービス事業者等との連絡・情報交換などを継続的に行うことが必要です。

9 継続的なモニタリング

本節のチェックポイント

- 時間の経過とともに利用者の状態や取り巻く環境（介護家族の状況や生活環境など）の変化を把握していますか。
- 継続的な介護状況の把握による、状態変化の兆候の早期発見を心がけていますか。
- 最低月に1度は利用者宅を訪問していますか。
- サービス担当者から利用者の状態を確認し必要に応じて情報交換をしていますか。
- 目標の達成度を把握していますか。
- 状態の変化が考えられる場合は、主治医とも連携し意見を求めたりしていますか。
- 変化が確認できたとき、それに対応する「居宅サービス計画」を作成しましたか。
- ケアプラン作成時に残された課題があった場合、経過の確認や今後の対応を検討していますか。
- 月に1度は、利用者の状況を第5表に記録していますか。

<継続的なモニタリング>

◆訪問して、状態や環境変化を把握しましょう。

- 訪問して、顔を見て、話をして、ふれあうことが何よりも大切です。

◆サービス担当者から情報を集めましょう。

- 日頃、利用者に接しているサービス担当者の情報がとても大切です。
- サービス担当者間の日常的な情報を共有する仕組みを持つことが大切です。

◆主治医と連絡を取りましょう。

- 利用者の状態の変化は医学的知見が必要な場合が多く連絡を取り合うことが必要です。

<変化があった場合の対応>

◆改めて「アセスメント」を行いましょう。

- 本人や家族等の意向を確認のうえ、居宅サービス計画の変更を検討します。
- 状態の変化が大きい場合は、再度アセスメントを行い、ニーズを把握します。
- 必要に応じて、本人、家族、主治医やサービス事業所の意見を求め要介護認定区分の変更申請について検討します。

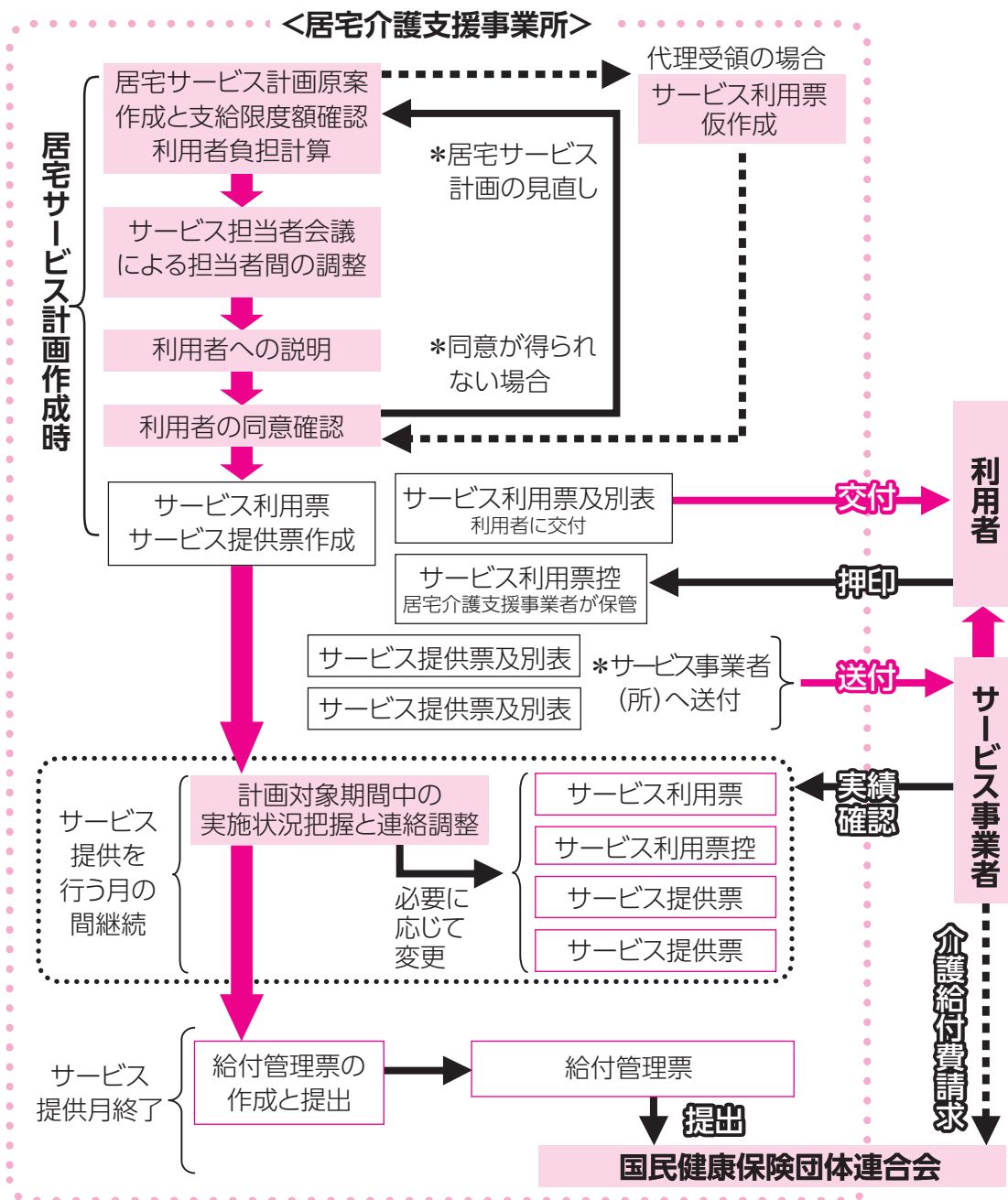
◆サービス担当者間で話し合いをして居宅サービス計画を修正しましょう。

- 目標の達成の状況、利用者の状態変化など、必要に応じてサービス担当者間の情報交換を行い、適切な対応がなされることが基本です。
- 状態の変化、環境の変化に応じ、「居宅サービス計画」を修正します。
- 修正した「居宅サービス計画」に基づき、関連サービスの組替えを行います。

10 給付管理

本節のチェックポイント

- 事業者から送付された実績は必ず利用者に確認していますか。
- 利用限度額を超過した場合、事前に請求を行う事業者に超過単位を確認・説明していますか。
- その際、超過分が10割負担になることを利用者にも説明し、理解を得ていますか。
- 暫定居宅サービス計画のときの説明は十分に行っていますか。
- 介護保険被保険証の「給付制限」の欄等を再確認しましたか。



【作業手順】

● 手順	● 関係書類	● 備考
①居宅サービス計画の作成	・ 居宅サービス計画 (介護支援専門員)	・ 居宅サービス計画作成依頼 (利用者)
②サービス利用票 サービス提供票作成	・ サービス利用票 ・ サービス提供票	・ 利用者へ自己負担等の説明 ・ 各サービス事業所の加算取得状況を確認 ・ 各サービス事業所への手配
③計画対象期間中の実施状況把握 と連絡調整	・ 月の途中でサービスの 変更があった場 合は改めてサー ビス利用票を作成 ・ サービス提供票	・ 介護支援専門員 (居宅介護支援事業者) ・ サービス事業者・利用者、三者間の 連絡調整
《居宅介護支援事業者》 ④給付管理票の作成と提出及び居 宅介護支援介護給付費明細書の 作成と請求	・ 給付管理票と居宅介 護支援介護給付費 明細書	・ 毎月 10 日までに国保連合会へ提出
《指定サービス事業者》 ④介護給付費明細書の作成と請求	・ 居宅サービス介護給 付費明細書	・ 毎月 10 日までに国保連合会へ提出
⑤国保連合会による審査	・ 審査月の翌月初めに 「審査結果通知」が 届く (連合会から 事業所へ)	・ 一次審査・資格審査・上限審査によ る段階的審査
⑥支払	・ 介護給付費等決定額 通知書 ・ 介護給付費等決定額 内訳書	・ 毎月 23 日に指定の銀行へ振込

《国保連合会による審査》

〈審査項目〉	〈主な点検項目〉	〈審査内容〉
● 一次審査	・ 給付管理票の記載不備の点検 ・ 請求明細書の記載不備の点検	・ 単純な記載誤りによるもの→返戻
● 資格審査	・ 被保険者の情報に対する点検 ・ 事業者の情報に対する点検	・ 受給者情報・事業者情報との照合誤りによ るもの→返戻
● 上限審査	・ 給付管理票の内容と請求明細書 の内容の照合	・ 給付管理票との照合誤りによるもの→査定 または返戻 ・ 給付管理票の提出または確定が無いもの→ 介護給付費請求明細書の保留

介護保険制度のポイント④ 居宅介護支援の新しい報酬

平成 24 年 4 月報酬改定

《居宅介護支援費の基本報酬》

介護支援専門員 1 人当たりの 取扱件数【常勤換算】		要介護 1・2 (単位/月)	要介護 3・4・5 (単位/月)
居宅介護支援費Ⅰ	取扱件数 40 件未満	1,000	1,300
居宅介護支援費Ⅱ	取扱件数 40 件以上 60 件 未満の部分に適用	500	650
居宅介護支援費Ⅲ	取扱件数 60 件以上の部分 に適用	300	390

※介護予防支援 412 単位/月

介護予防支援業務の受託を受けた場合には、当該件数に 1 / 2 を乗じて得た件数を取扱件数として算定する。介護支援専門員 1 人当たりの委託件数の上限規定は、平成 24 年 3 月末で廃止。

《初回加算》

下記の基準に該当する場合は、初回加算を算定する。

①新規に居宅サービス計画を作成する利用者に対し、指定居宅介護支援を行った場合（2 か月以上給付管理を行わなかった場合、再開後に居宅サービス計画を作成する場合には算定できる。）	初回加算 300 単位/月
②要介護状態区分が 2 区分以上変更となった利用者に対し、指定居宅介護支援を行った場合	

《入院時情報連携加算》（医療連携加算の改定）

下記の基準に該当する場合は、加算を算定する。（利用者 1 人につき 1 月に 1 回を限度、入院から 7 日以内に情報提供。（Ⅰ）（Ⅱ）の算定はいずれか一方に限る。）

①病院又は診療所に入院するにあたり、当該病院又は診療所を訪問し、必要な情報提供を行った場合	入院時情報連携加算（Ⅰ） 200 単位/月
②病院又は診療所に入院するにあたり、当該病院又は診療所を訪問する以外の方法により、必要な情報提供を行った場合	入院時情報連携加算（Ⅱ） 100 単位/月

《退院・退所加算》※初回加算を算定する場合は、算定できない。

退院又は退所に当たって、当該病院又は施設等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を得た上で、居宅サービス等の利用調整を行った場合、300 単位を加算する。（入院又は入所期間中 3 回を限度。ただし 3 回算定できるのは、そのうち 1 回について、入院中の担当医等との会議に参加した場合のみ。退院後 7 日以内の情報提供でも算定可能。）

《認知症加算》

日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者（主治医意見書又は医師の判定結果による「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅲ以上に該当する者）に対して指定居宅介護支援を行った場合、月 150 単位を加算する。

《独居高齢者加算》

単身で居住している旨の申立てがあった場合で、アセスメントにより利用者が単身で居住していると認められる独居の利用者に対し指定居宅介護支援を行った場合、月 150 単位を加算する。

《小規模多機能型居宅介護事業所連携加算》

居宅介護支援を受けていた利用者が居宅サービスから小規模多機能型居宅介護の利用へと移行する際に、居宅介護支援事業者が有する利用者の必要な情報等を小規模多機能型居宅介護事業所に提供し、小規模多機能型居宅介護における居宅サービス計画の作成に協力を行った場合に、300 単位を加算する。

《複合型サービス事業所連携加算》（新規）

居宅介護支援を受けていた利用者が居宅サービスから複合型サービスの利用へと移行する際に、居宅介護支援事業者が有する利用者の必要な情報等を複合型サービス事業所に提供し、複合型サービスにおける居宅サービス計画の作成に協力を行った場合に、300 単位を加算する。

《緊急時等居宅カンファレンス加算》（新規）

病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合、200 単位を加算する。（利用者 1 人につき 1 月に 2 回を限度。）

《特定事業所加算》

下記の要件を満たす指定居宅介護支援事業所については、当該事業所における居宅介護支援すべてについて、加算する。

【特定事業所加算（Ⅰ）500 単位／月】

- ①常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置していること。
- ②常勤かつ専従の介護支援専門員を 3 名以上配置していること。
- ③利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的を開催すること。
- ④ 24 時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること。
- ⑤算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護 3～要介護 5 である者の占める割合が 5 割以上であること。
- ⑥介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。
- ⑦地域包括支援センターから支援困難ケースが紹介された場合においても、居宅介護支援を提供していること。

- ⑧地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること。
- ⑨運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。
- ⑩介護支援専門員の1人当たりの利用者数が40件以上でないこと。

【特定事業所加算（Ⅱ）300単位／月】

特定事業所加算（Ⅰ）の①、③、④、⑥、⑦、⑨及び⑩を満たすこと、並びに常勤かつ専従の介護支援専門員を2名以上配置していること。

注 特定事業所加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定はいずれか一方に限る。

《運営基準減算》

下記に該当する場合、所定単位数の100分の50に減算する。なお、運営基準減算が2月以上継続している場合は、所定単位数は算定しない。

- ①利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない場合
- ②サービス担当者会議の開催等（やむを得ない事情がある場合を除く。）を行っていない場合
- ③居宅サービス計画原案の内容について、利用者又はその家族に説明し、文書による利用者の同意を得た上で、居宅サービス計画を利用者及びサービス担当者に交付していない場合
- ④居宅サービス計画を新規に作成した場合、利用者が要介護更新認定を受けた場合又は区分変更認定を受けた場合に、サービス担当者会議等（やむを得ない事情がある場合を除く。）を行っていない場合
- ⑤居宅サービス計画の作成後、1月に1回利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない場合
- ⑥モニタリングの結果を記録していない状況が1か月以上継続する場合

《特定事業所集中減算》

過去6か月（判定期間）の間に、指定訪問介護、指定通所介護又は指定福祉用具貸与を位置づけた居宅サービス計画のうち、それぞれ最も紹介率の多い法人（同一の法人格を有するもの）を位置づけた居宅サービス計画の占める割合が、正当な理由なく100分の90を超えた場合、当該事業所が減算適用期間に実施する居宅介護支援のすべてについて、月200単位を所定単位から減算する。

	判定期間	減算適用期間
前期	3月1日から8月末日	10月1日から3月31日
後期	9月1日から2月末日	4月1日から9月30日

11 関係機関との連携

本節のチェックポイント

- 効果的なケアマネジメントを実施するために関係機関との連携が必要不可欠であることを意識して「情報の共有」を図るよう取り組んでいますか。
- 利用者のライフスタイルや価値観を考慮し、どのような生き方を望んでいるか、利用者の視点に立った上で介護保険給付外のフォーマルなサービスやインフォーマルサービスについても検討しましたか。
- 主治医や主治医以外の治療に関わっている医師の意見を求め、医学的観点からの留意事項等を居宅サービス計画に位置付けていますか。
- 利用者の状態によって、地域包括支援センター、障害者福祉サービスや生活保護等の他制度の活用も検討しましたか。
- 各関係機関の相談窓口について知っていますか。日頃から「連携」を意識し顔の見える関係づくりを意識しておきましょう。

【連携のコツ】 お互いの業務を理解しましょう。

介護支援専門員は、個々の利用者の生活全般を把握しつつ、その時々状況の変化にも柔軟に対応しながら、継続的に支援することが求められています。チームケアにおける「連携の要」として、相互の業務や立場を理解しましょう。また、介護支援専門員の業務がPDCA (Plan → Do → Check → Act) サイクルの基本プロセスに即して行われていることを各関係機関担当者に説明し、「連携」への理解と協力を得るように努めましょう。

連携が必要な多様な社会資源 (フォーマルな社会資源とインフォーマルな社会資源)

フォーマルな社会資源

介護保険のサービス
介護給付
介護予防給付
低所得者対策

東京都単独事業
難病等医療費助成等

地域支援事業
二次予防事業対策等

区市町村単独事業
自治体により異なる

医療費助成制度

生活保護制度

公営住宅等

・国民生活センター
・家庭裁判所

・地域包括支援センター
・福祉事務所
・福ナビ、ひまわり
・地方消費者センター

インフォーマルな社会資源

※民間サービスを含む

・民生委員・町内会・自治会等

地域の有償家事援助サービス
・住民団体、シルバー人材 他

民間シルバー産業
・配食
・家事・介護サービス
・有料老人ホーム

地域の社会資源
・多様な資源
宅老所 他

・サービス付き高齢者向け住宅
・有料老人ホーム等

・認知症の家族の会
・社会福祉協議会
(権利擁護事業)
・病院等医療相談室
・弁護士会相談 他

地域包括ケアシステム(概要)

公益財団法人東京都福祉保健財団発行「ケアプランらくらくステップアップ～上手な社会資源の活用法」P24より抜粋・一部改変

12 平成 24 年度制度改正により開始された新たなサービス

本節のポイント

- 利用者が地域で暮らし続けるために、あらゆる社会資源を活用していますか。
- 利用者の生活の場や程度の変化に応じて、ケアマネジメントの継続性を保つよう、在宅生活と施設との連携を緊密に取っていますか。
- 地域密着型サービスの利用に当たっては、利用者がサービスを提供している事業者が指定を受けている区市町村に居住する住民であることを確認していますか。
- 小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護へのサービス移行に際しては、居宅と事業所の介護支援専門員が十分に連携を図っていますか。
- 利用するサービスや建物の防火設備等の対策について、十分に確認をしていますか。

平成 18 年度の介護保険制度の改正では、認知症ケアや地域ケアを推進するため、身近な地域で地域の特性に応じた多様で柔軟なサービス提供を可能とする地域密着型サービスが創設されました。さらに 24 年度の改正により、地域包括ケアシステムによる在宅サービスにおける介護と医療の連携、日常生活圏における入院・退院・在宅復帰を通じて切れ目のない継続的支援を強化するための新たなサービスが創設され、介護支援専門員にはこれらの制度に対応していく役割が求められています。

また、国土交通省所管の「高齢者住まい法（高齢者の居住の安定確保に関する法律等の一部を改正する法律）」が平成 23 年 10 月に改正され、厚生労働省との共管による「サービス付高齢者向け住宅」が新たに創設されました。

(1) 地域密着型サービス

住み慣れた自宅や地域での生活を継続できるようにするための「地域密着型サービス」は、区市町村が指定、監督を行い、原則として当該区市町村の住民のみが利用できるサービスです。

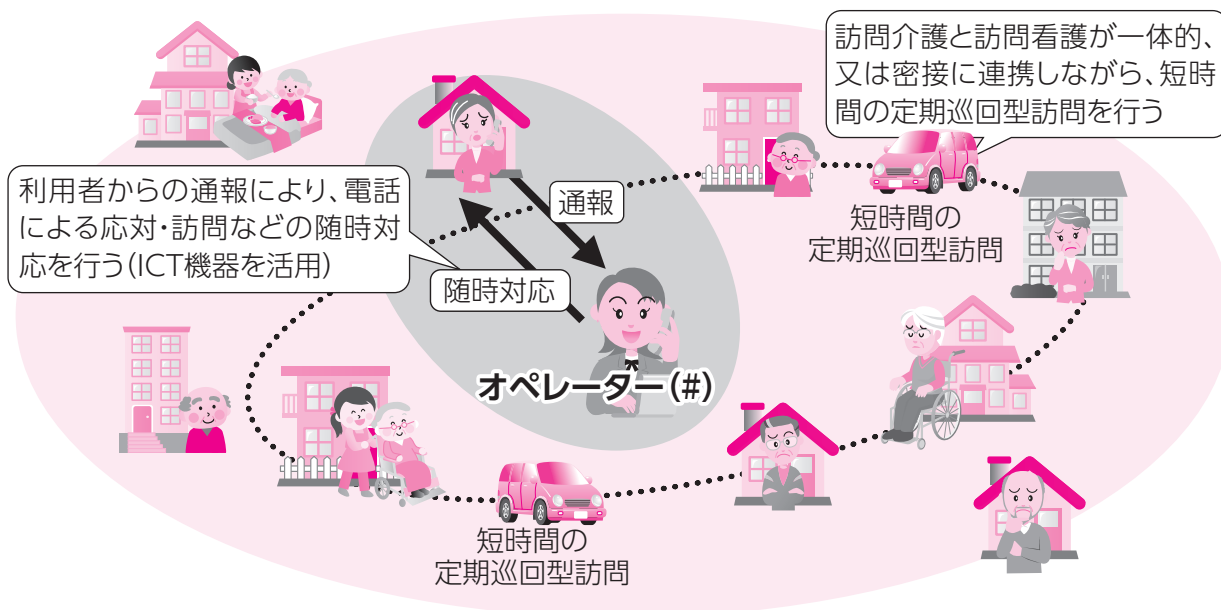
- ①夜間対応型訪問介護
- ②認知症対応型通所介護
- ③小規模多機能型居宅介護
- ④認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- ⑤地域密着型特定施設入居者生活介護
- ⑥地域密着型介護福祉施設入居者生活介護
- ⑦定期巡回・随時対応型訪問介護看護【新規】
- ⑧複合型サービス【新規】

◆定期巡回・随時対応型訪問介護看護【新規】

重度者をはじめとした要介護者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が一体的、又はそれぞれが密接に連携しながら、1日数回の定期訪問と随時の対応を行います。

24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設（イメージ）

重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応サービス」を創設する。



※1つの事業所から訪問介護・訪問看護を一体的に提供する、又は、外部の訪問看護事業所と緊密な連携を図って訪問介護を実施するなど、訪問介護と訪問看護の密接な連携を図りつつ実施する。

※在宅療養支援診療所等、地域の医療機関との連携も重要となる。

※地域密着型サービスとして位置づけ、市町村(保険者)が主体となって、圏域ごとにサービスを整備できるようにする。

オペレーターについては、単独事業所に駐在している場合のほか、複数の事業所について一括で対応する場合、24時間体制の既存施設と兼務する場合、単独事業所で携帯電話等を所持した職員が対応する場合等が考えられるが、具体的な配置の在り方については、今後検討。

	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (I) (一体型)		定期巡回・随時対応型 訪問介護看護 (II) (連携型)
	介護・看護利用者	介護利用者	
要介護 1	9,270 単位/月	6,670 単位/月	6,670 単位/月
要介護 2	13,920 単位/月	11,120 単位/月	11,120 単位/月
要介護 3	20,720 単位/月	17,800 単位/月	17,800 単位/月
要介護 4	25,310 単位/月	22,250 単位/月	22,250 単位/月
要介護 5	30,450 単位/月	26,700 単位/月	26,700 単位/月

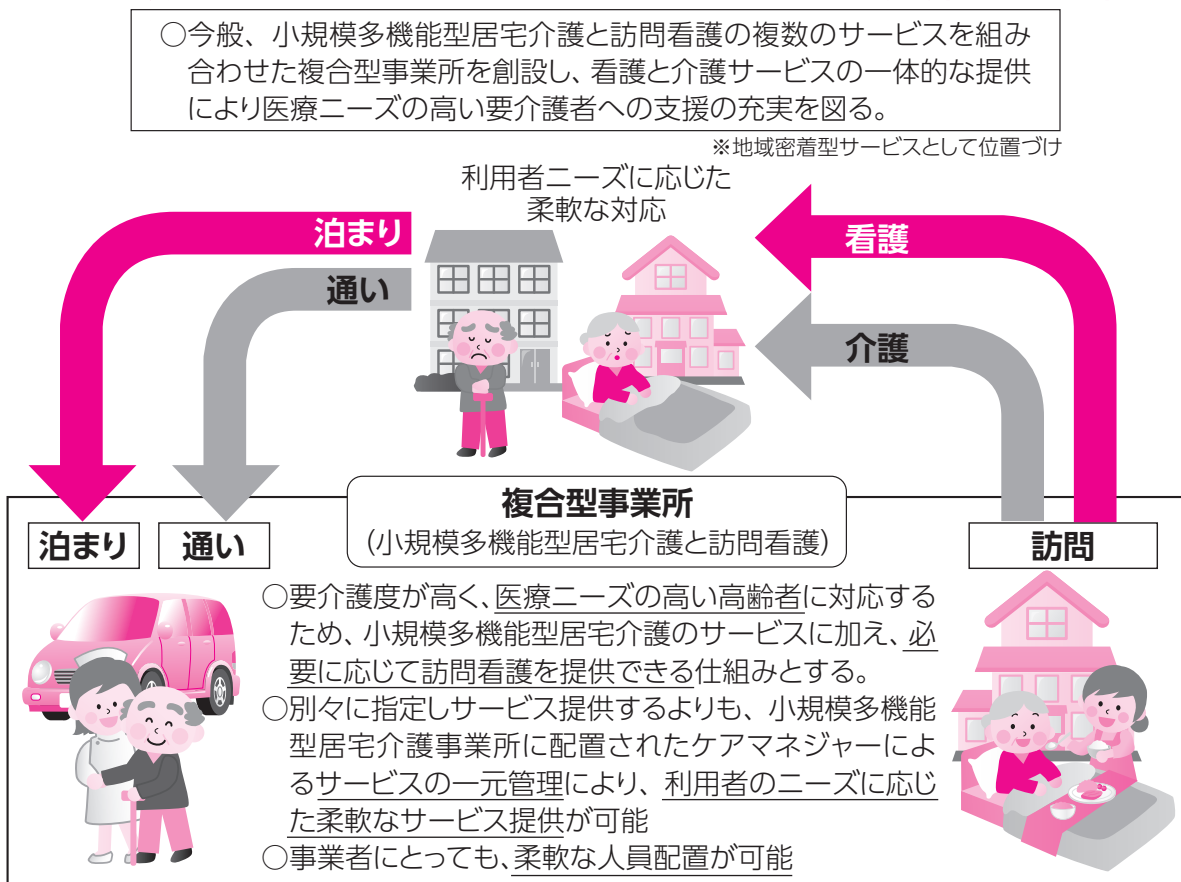
◆複合型サービス【新規】

小規模多機能サービスに看護を一体化させたもの及び訪問看護事業所との連携によるものを含めて2つのパターンの複合型サービスがあります。

基本は小規模多機能型居宅介護ですが、その通い・泊まり・訪問の機能に訪問看護を加えることで、在宅診療等との連携を含めれば、保健医療介護サービスが、ほぼ一体的に提供することが可能になります。

- 小規模多機能サービスと訪問看護など、複数の居宅サービス（特定施設入居者介護、福祉用具貸与を除く）や地域密着型サービス（認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護福祉施設サービスを除く）を2種類以上組み合わせ提供します。

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの概要(イメージ図)



出典:第74回社会保障審議会介護給付費分科会(2011年5月13日)資料2

複合型サービス費 (小規模多機能型居宅介護+訪問看護)

要介護 1	13,255 単位/月
要介護 2	18,150 単位/月
要介護 3	25,111 単位/月
要介護 4	28,347 単位/月
要介護 5	31,934 単位/月

その他小規模多機能型居宅介護及び訪問看護に準拠した各種加算を創設します。

介護保険制度のポイント⑤ 地域密着型サービス

《地域密着型サービス》

住み慣れた自宅や地域での生活を継続できるようにするため、24時間体制のサポートや認知症ケアの充実を図り、利用者の日常生活圏域ごとに拠点を設けた、地域に開かれた良質なサービスを提供します。

- ◆サービスは、事業所や施設がある区市町村の住民の利用が基本となります。
- ◆事業所や施設の指定・指導などを区市町村が実施します。
- ◆地域の実情に応じて、区市町村が介護報酬を設定します（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービスのみ）。
- ◆指定（拒否）や指定基準・報酬の設定に地域住民が関与する、公平で公正透明な仕組みとなります。

○サービスの種類

地域密着型サービス	対象者		介護支援専門員	
	要支援	要介護	居宅	事業所※
夜間対応型訪問介護	×	○	○	—
（介護予防）認知症対応型通所介護	○	○	○	—
（介護予防）小規模多機能型居宅介護	○	○	—	○
（介護予防）認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	要支援2のみ	○	—	○
地域密着型特定施設入居者生活介護	×	○	—	○
地域密着型介護福祉施設入居者生活介護	×	○	—	○
定期巡回・随時対応型訪問介護看護【新規】	×	○	○	—
複合型サービス【新規】	×	○	—	○

※当該事業所の介護支援専門員又は計画作成担当者。

○地域密着型介護サービス費の支給

- ・基準額の9割（利用者1割負担）
- ・食費・居住費・その他の日常生活費は支給対象外（利用者自己負担）

◆小規模多機能型居宅介護

○小規模多機能型居宅介護では、当該事業所所属の介護支援専門員が、利用者や介護者の状況に応じて、事業所内の「通い」「泊まり」「訪問」等のサービスを適切に組み合わせ、居宅サービス計画を作成することになります。

◆認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

○認知症対応型共同生活介護のサービスは、利用者の入居により、24時間を通して包括的に提供されるものとなるため、計画作成担当者が作成する認知症対応型共同生活介護居宅サービス計画に基づき行われます。

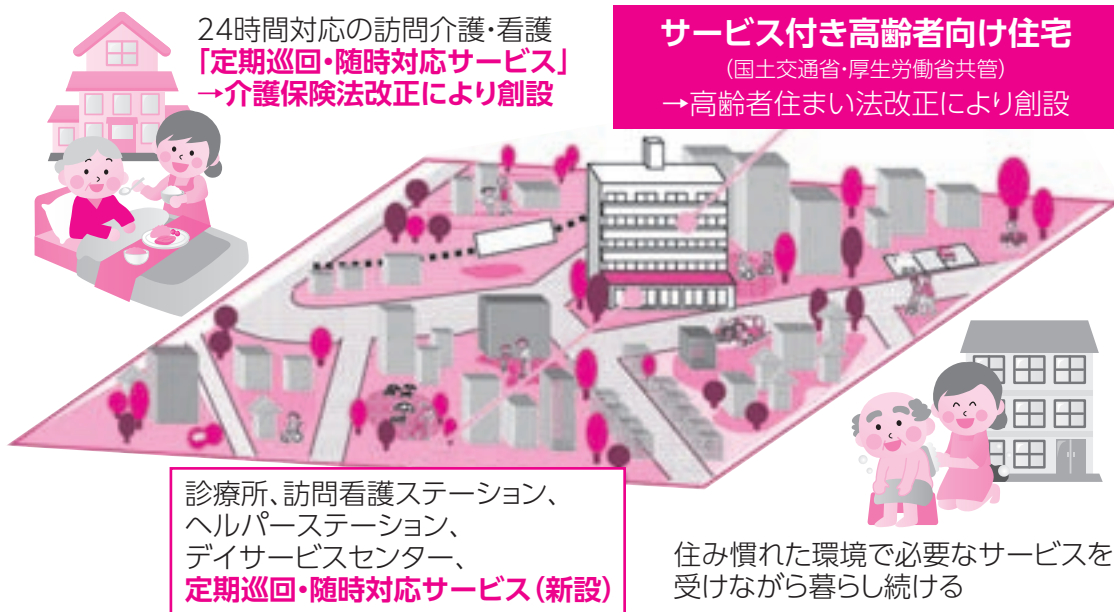
(2) サービス付き高齢者向け住宅

高齢化が急速に進む中で、高齢の単身者や夫婦のみの世帯が増加している一方で、サービス付きの住宅の供給は、欧米各国に比べて立ち後れているのが現状です。このため、高齢者の居住の安定を確保することを目的として、本制度が創設されました。

ハード面ではバリアフリーなどが条件で、ソフト面では安否確認や生活相談などのサービスが必須となっており、その他に食事のサービスや清掃・洗濯等の家事援助等のサービスが提供される住宅もあります。契約面では、敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと、長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど居住の安定が図られた契約であること、前払金に関して入居者保護が図られていること（初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・変換ルールの明示の義務付け）などが必要です。

サービス付き高齢者向け住宅と介護保険の連携イメージ

日常生活や介護に不安を抱く「高齢単身・夫婦のみ世帯」が、特別養護老人ホームなどの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とするよう、新たに創設される「サービス付き高齢者向け住宅」（高齢者住まい法:国土交通省・厚生労働省共管）に、24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」（介護保険法:厚生労働省）などの介護サービスを組み合わせた仕組みの普及を図る。



公益財団法人東京都福祉保健財団発行『平成24年度介護保険法改正の概要
～介護支援専門員のための改正ポイント～』P20からP24まで抜粋・一部改変