

第Ⅳ部 武蔵野市における居宅介護支援の ガイドライン

第1節 基礎編

1. 基幹型及び在宅介護・地域包括支援センター

＜武蔵野市の考え方＞

武蔵野市では、直営の基幹型地域包括支援センター1ヶ所と在宅介護・地域包括支援センター6ヶ所がある。在宅介護支援センターに、介護保険法に基づく地域包括支援センター機能と、老人福祉法に基づく在宅介護支援センター機能を共にもたせることにより、小地域完結型で重層的な相談支援体制ができています。

在宅介護・地域包括支援センターは、利用者や地域の社会資源について実態把握をしている。そのためケアマネジャーから利用者に関する相談を受け、ともに利用者の生活を支援していくことができる。また市からの委託により、高齢者サービスの申請窓口の役割を持っているため、市の高齢者サービスを利用する場合には在宅介護・地域包括支援センターとの連携が必要である。

基幹型地域包括支援センターは、市役所高齢者支援課にある。介護予防ケアマネジメントの支援を行うだけでなく、多くの課題をかかえる事例や虐待・権利擁護事業への対応も行っている。地域ケア会議の開催、各機関との連携強化やネットワーク作り、全市的な取組が必要なことについてのとりまとめ等を行っている。

（1）在宅介護・地域包括支援センターは小地域完結型ケアシステムの拠点

在宅介護支援センターは、老人福祉法に位置づけられており、身近な場所で市の代替機能を担う公益性の高い機関として、地域の高齢者に対して老人福祉に関する情報の提供、相談・指導等を実施するとともに、他の関係機関との連携等を通じ、介護状態の悪化や権利侵害の防止などの高齢者の生活の質の向上を目指している。

武蔵野市は、平成5年9月、市の高齢者の在宅サービス提供機能を分割する形で、市内初の在宅介護支援センター（高齢者総合センター）を開設した。その後、平成6年に2ヶ所（武蔵野赤十字、吉祥寺ナーシングホーム）、平成8年に2ヶ所（桜堤ケアハウス、ゆとりえ）、平成17年に1ヶ所（吉祥寺本町）の在宅介護支援センターを設置し、市内6か所（各中学校区に1ヶ所）の体制を整えた。このようにして、身近な場所で相談からサービスの決定までを行う「小地域完結型」のケアシステムを構築し、さらに在宅介護支援センターに専門職を手厚く配置することによって、総合相談・地域支援・権利擁護を含め、きめ細かく高齢者福祉サービスを提供してきた。

介護保険制度の導入、地域包括支援センターの設置によって、多くの自治体は在宅介護支援センターを廃止したが、武蔵野市では、小地域完結型の相談・サービス提供体制を継続・強化していくため、在宅介護支援センターを残し、「在宅介護・地域包括支援センター」として地域包括ケアシステムの拠点と位置づけている。

（２）市、基幹型地域包括支援センター、在宅介護・地域包括支援センターによる重層的な体制

在宅介護・地域包括支援センターは、介護保険法に基づく地域包括支援センター機能としての機能と老人福祉法に基づく在宅介護支援センター機能を併せ持ち（二枚看板）、介護保険業務、市民の相談窓口及び実態把握等、地域に密着した役割を担っている。

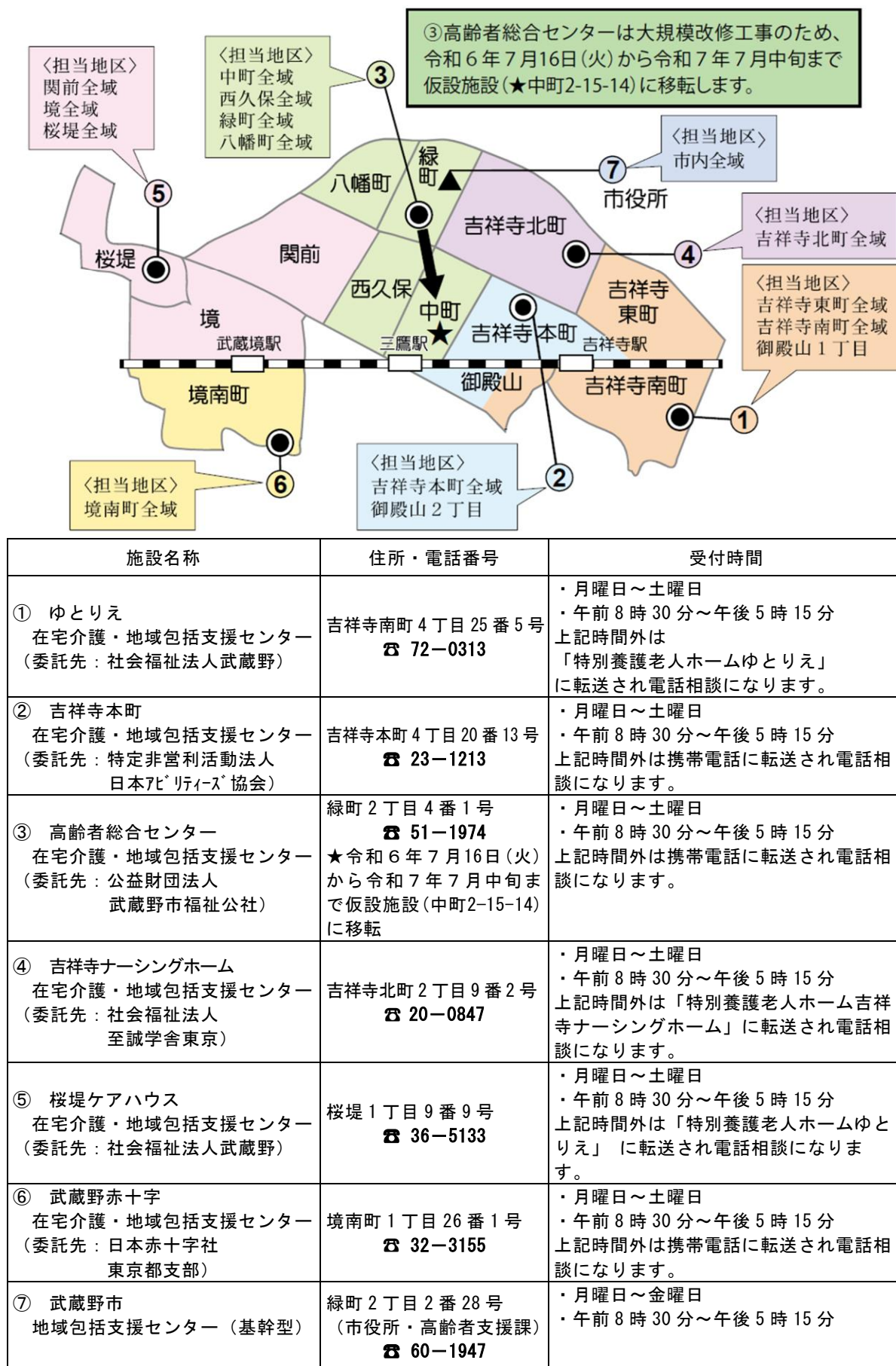
一方、市役所内に設置されている直営の地域包括支援センターは、「基幹型」地域包括支援センターとして、在宅介護・地域包括支援センターへの後方支援（バックアップ）の役割を担うことによって、市、基幹型地域包括支援センター、在宅介護・地域包括支援センターで重層的に地域住民を支える体制を構築している。

在宅介護・地域包括支援センターの職員は、新規の要介護認定の際は申請者宅を調査員と同行訪問すること、更新認定を担当することによって、担当エリアの要支援・要介護高齢者の情報を全件把握し、台帳を整備している。また、民生委員・児童委員とのつながりなど、日頃から地域資源の把握に努めるとともに、地区別ケース検討会の運営を通じたケアマネジャー同士の顔の見える関係づくり、介護者の会の開催等を行っている。

そのため、地域の高齢者のケアについて困ったこと等があれば、まず在宅介護・地域包括支援センターに相談するようにされたい。在宅介護・地域包括支援センターは、相談の内容に応じて適宜、基幹型地域包括支援センターや市と連携し、対応を進めていく。

＜ケアマネジャーの最初の相談先（困ったことがあったらここへ）＞	
・虐待の疑い、困難ケース等	<u>在宅介護・地域包括支援センター</u>
・負担割合、補足給付等	<u>高齢者支援課介護保険係</u>
・運営基準、介護保険の法令解釈、指定届出等	<u>高齢者支援課介護サービス担当</u>
・医療との連携に関わる課題、退院時の在宅医師との調整	<u>医師会在宅介護医療連携支援室</u>
・若年性認知症、がん末期以外の第2号被保険者に関する事項	<u>障害者福祉課、基幹型地域包括支援センター</u>
・若年性認知症、がん末期の人の要介護・要支援認定	<u>高齢者支援課介護認定係</u>
・上記以外	<u>在宅介護・地域包括支援センター</u>

図表 4 武蔵野市内の在宅介護・地域包括支援センター



図表 5 在宅介護・地域包括支援センター圏域比較表

在宅介護・地域包括支援センター	総数	ゆとりえ	吉祥寺本町	高齢者総合センター	吉祥寺ナーシング	桜堤ケアハウス	武蔵野赤十字
担当地区	—	吉祥寺東町 吉祥寺南町 御殿山1丁目	御殿山2丁目 吉祥寺本町	中町・西久保 緑町・八幡町	吉祥寺北町	関前・境 桜堤	境南町
職員配置数	37.5	7.0	4.5	9.0	5.0	7.0	5.0
人口	148,317	28,332	13,923	39,864	16,029	34,814	15,355
高齢者人口	33,575	6,946	2,941	9,040	3,845	7,248	3,555
高齢化率	22.6%	24.5%	21.1%	22.7%	24.0%	20.8%	23.2%
75歳以上 高齢者人口	19,422	4,130	1,678	5,186	2,292	4,092	2,044
後期高齢化率	13.1%	14.6%	12.1%	13.0%	14.3%	11.8%	13.3%
要支援認定者数*1	1,144	276	94	322	120	215	117
事業対象者	56	20	4	18	3	8	3
要支援1	590	134	47	160	66	126	57
要支援2	498	122	43	144	51	81	57
要介護認定者数*1	5,629	1,113	444	1,919	625	1,297	591
要介護1	1,641	326	133	480	183	346	173
要介護2	1,603	310	120	443	189	379	162
要介護3	1,000	210	89	266	101	231	103
要介護4	834	151	63	213	95	209	103
要介護5	551	116	39	517	57	132	50
認知症高齢者数*2	4,169	855	313	1,062	506	980	453
生活保護受給者数 (65歳以上)	781	62	40	290	53	241	95
地区別ケース検討会 ケアマネ登録者数	133	16	18	25	22	24	28

(令和6年10月1日現在)

*1 住所地特例者と市内特養に住所を置く方を除く

*2 要介護者認定を受けていて、認定調査時の認知症高齢者の自立度がⅡ以上。(住所地特例者除く)

*3 要支援認定者数、要介護認定者数および認知症高齢者数は令和6年9月30日現在。

<問い合わせ先>

部署名 : 基幹型地域包括支援センター
電話番号 : 60-1947

<ケアマネジャーの声>

東京都がカスタマー・ハラスメント防止条例を制定したこともあり、最近何かとカスタハラが話題のテーマになります。

介護現場ではハラスメントの見極めが難しいとも言われています。一人で解決しようと頑張らず「相談」を上手に活用しましょう。先輩ケアマネジャーや管理者と日頃から利用者情報を共有しておくと思いいます。武蔵野市内には6か所の在宅介護・地域包括支援センターがあり、困った時のケアマネジャー支援体制がしっかり作られています。地区別ケース検討会では地域のケアマネジャーと定期的に交流ができ、顔なじみのケアマネジャーができるのも魅力です。

仕事をする上での悩み事を相談ができる、武蔵野市の介護従事者の悩み相談室もあります。市主催の研修や地区別ケース検討会など、学ぶ機会が多く、カスタハラの研修も整っていますので、知識を広げ深めていくことも大切なことだと思います。

(N 居宅介護支援事業所 Y さん)

2. 相談

＜武蔵野市の考え方＞

武蔵野市では「介護保険制度だけでは利用者の生活の一部しか担えない」「利用者の生活を支える総合的な“まちづくり”の目標が必要」との考えから、平成12年に「介護保険条例」制定と同時に、介護保険外の日常生活支援サービス等を網羅した「武蔵野市高齢者福祉総合条例」を制定している。

ケアマネジャーは、利用者が要支援・要介護の状態になっても、その方らしい暮らしを人生の最期まで続けられるための支援について、介護保険制度だけではなく市の制度やインフォーマルな社会資源を活用する。

また利用者の尊厳を尊重するよう、利用者自らが自己決定できるよう支援をする。そのため利用者や介護者が、ケアマネジャーに相談しやすい関係を構築していかななくてはならない。ケアマネジャー自らも対人援助技術の向上を目指す。

特に初期の相談の段階では、利用者や介護者は大きな不安を抱えている。ケアマネジャーがどのような役割を担うのかを、利用者が理解できるよう説明を行う。

＜支援の流れ＞

- 利用者からの相談の受理
- 介護保険サービスの利用が必要と判断
高齢者支援課もしくは在宅介護・地域包括支援センターに本人（家族）が要支援・要介護認定を申請するよう情報提供を行う。それが困難な場合には申請代行を行う。
- 介護保険サービスではない福祉サービスの利用が必要と判断
在宅介護・地域包括支援センターに本人（家族）が相談に行くよう情報提供を行う。また本人（家族）の了解を得て、ケアマネジャーから在宅介護・地域包括支援センターに相談内容について情報提供を行い、連携を図る。
- 安否が心配、虐待が疑われる場合
在宅介護・地域包括支援センターに速やかに相談（通報）する。在宅介護・地域包括支援センターは虐待に関する通報を受けた場合、通報者の情報については守秘義務がある。緊急性の判断については、在宅介護・地域包括支援センターが行政と連携して行い、対応する。

【ケアマネジャーチェック項目】

- ☐利用者や家族からの相談内容をよく聞いて理解できたか
- ☐必要に応じて関係機関への連絡を行ったか
- ☐要支援・要介護認定を受ける必要性についての説明を行い、理解を得たか
- ☐介護保険制度やその利用の流れ、費用負担について説明を行い、理解を得たか
- ☐介護保険以外のサービスについても情報提供したか
- ☐在宅介護・地域包括支援センターの紹介、説明を行ったか
- ☐安否が心配、虐待が疑われることについてすぐに、在宅介護・地域包括支援センターに相談したか

<問い合わせ先>

部署名：基幹型地域包括支援センター
電話番号：60-1947

<ケアマネジャーの声>

武蔵野市独自サービスは、その要件に該当すれば利用することができます。

ボランティアのサービスを行う・受ける、趣味活動・講座・体操といった様々な活動を行う通いの場への参加、福祉タクシーの利用、見守り支援サービス、訪問理容・美容サービス、介護用品支給事業、ゴミの訪問収集等、その方の想いや希望、必要性に応じて、介護保険サービス以外の「あるといいな」と思う多種多様なサービスを受けられます。

利用者の生活に幅を持たせたり、困っている部分を解決しながらいきいきと過ごしていけるように、また、ご家族にとっても非常に助かる内容ですので、積極的に提案して活用できると良いと思います。

(A 居宅介護支援事業所 U さん)

3. 要介護認定

(1) 申請

＜武蔵野市の考え方＞

ケアマネジャーは、スムーズに申請手続きが進められるよう必要な支援を行うとともに、緊急にサービスを必要としている高齢者には、迅速かつ適切な対応をとる。

＜支援の流れ＞

ケアマネジャーは、高齢者からの相談内容に応じて以下のような支援を行う。

① 新規申請の場合

本人(家族)が、申請を行う¹。本人(家族)が申請困難な場合は、代行申請をする²。

申請は、市役所高齢者支援課あるいは在宅介護・地域包括支援センターで受け付けている。原則、直接提出とするが、やむを得ず郵送による提出となる場合は、高齢者支援課收受日が申請日になるため注意すること。

★資格者証の交付

認定申請時に介護保険被保険者証を預かるため、介護保険被保険者証の代わりに交付するもの。介護保険被保険者証の記載事項に準じた内容が記載され、申請中は、資格者証の提示によりサービスを受けることになる。

★主治医

介護保険の要介護認定申請には、主治医が必要である。申請時に主治医がいない場合は、新たに決めてもらうが、かかりつけ医がいない場合は申請受付場所で相談すること。

¹ 申請の際必要なものは以下のとおり。ただし第2号被保険者の要介護認定申請には介護保険被保険者証は不要である。

- ・介護保険被保険者証（原本）
- ・主治医の氏名・医療機関所在地・電話番号・診療科目が記入できるように、メモ等を持参
- ・第2号被保険者の医療保険加入状況については、原則マイナンバーを利用したデータ連携により確認するが、データ連携により確認が取れない場合健康保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書等の提示が必要となる。

² 「介護保険〔要介護認定・要支援認定〕申請書」の他、「認定調査連絡票」を記入し、ともに提出。

³ 代行申請の場合、申請書の個人番号欄は記入しないこと。個人番号確認書類・身元確認書類の添付も不要。

★認定日前や申請日前のサービス

緊急にサービスを必要としている場合には、要介護認定結果が出る前にサービス担当者会議を開催のうえ暫定介護サービス計画³(暫定ケアプラン)を作成し、サービス提供を先行する。

※ 要介護認定・要支援認定の効力は申請日にさかのぼるので、申請日から認定日までの間でも(暫定介護サービス計画を作成して)、介護保険のサービスが現物給付で受けられる(居宅介護サービス費等)。

※ 申請前であっても、緊急等やむを得ない事情がある場合には、介護保険のサービスが受けられるが、申請日までの間は償還払いとなる(特例居宅介護サービス費等)。

★非該当判定を想定した対応

「非該当」の判定を受ける可能性がある場合には、日常生活支援の在宅サービスを活用することも考えられる。その際は、在宅介護・地域包括支援センターに連絡をとる。

☞帳票編 p.1 : 介護保険要介護認定・要支援認定申請書、認定調査連絡票

☞帳票編 p.15 : 居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

☞P89 : 日常生活支援 在宅サービス一覧表

② 更新申請の場合

要介護・要支援認定の有効期間が満了する60日前頃に、「要介護・要支援認定 有効期間満了のお知らせ」通知が高齢者支援課から本人宅(又は送付先として設定した宛先)に郵送される。

要支援認定を受け、介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス・通所型サービスのみを利用している場合は、「要介護・要支援認定 有効期間満了のお知らせ」の代わりに「介護予防・日常生活支援総合事業のご案内」通知が高齢者支援課から本人宅(又は送付先として設定した宛先)に送付される。

「要介護・要支援認定 有効期間満了のお知らせ」又は「介護予防・日常生活支援事業のご案内」通知が届いたら、速やかに以下のとおり手続きを行う。

日頃から利用者の要介護・要支援認定有効期間を把握し、更新申請の漏れがないように注意を払う必要がある。

³ 「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」を作成し、市に提出。後日の認定結果が「非該当」であった場合や、認定された区分支給限度額を上回る費用は全額自己負担になる。

図表 6 更新申請の場合の手続き方法

要介護状態区分等				申請方法	
第2号被保険者				認定の有効期間が切れる 30 日前頃までに、認定調査員から本人又は親族宅に電話連絡のうえ、認定調査を実施する。(申請書類は認定調査時に受付)	
第1号被保険者	生活保護受給者				
	在宅	要介護1～5			在宅介護・地域包括支援センター職員から本人又は親族宅に電話連絡のうえ、基本チェックリスト(お元気アンケート)実施等のために訪問する。
		要支援1～2	介護保険サービスを利用中の方		
			介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス・通所型サービスのみを利用している方		
			介護保険サービスを利用していない方		
施設 入院中 入所中	要介護1～5 要支援1～2		「要介護・要支援認定 有効期間満了のお知らせ」通知に申請書類を同封している。更新認定を希望する場合、申請書類に必要事項を記入して高齢者支援課に返送する(申請代行可能)。		

★要介護状態区分等の変更を想定した対応

更新認定により、要介護状態区分等に変更が生じる場合があるため、更新申請時をモニタリングの機会と捉え、心身状況の変化や、現状のサービスの必要性を再検討し、必要に応じて居宅サービス計画を修正する必要がある。

☞p.32 : 7 モニタリング

★サービス担当者会議等の開催

要介護・要支援認定を受けている利用者が更新認定を受けた場合も、サービス担当者会議等を行わなければならない。行っていない場合は、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで居宅介護支援費の減算の対象となる。

☞Q&A 編 p.9 : 問 13 サービス担当者会議について

③ 変更申請の場合

本人の心身状況が変化したため要介護状態区分等の変更が必要な場合は、「①新規申請の場合」と同じ手続きをとる。

★要介護状態区分等変更に伴う利用者負担額変更の可能性に関する説明

変更認定により要介護状態区分等が変更になった場合、利用者負担額も、変更申請日より変わる場合があることについて説明する。

★サービス担当者会議等の開催

要介護・要支援認定を受けている利用者が要介護状態区分等の変更の認定を受けた場合は、サービス担当者会議等を行わなければならない。行っていない場合は、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで居宅介護支援費の減算の対象となる。

※サービス担当者会議は認定を受けてから行うのではなく、本人の心身状況等の変化に応じて随時行う。

☞Q&A 編 p.9 : 問 13 サービス担当者会議について

<ケアマネジャーチェック項目>

共通事項

- ☐ 要介護認定申請に関する情報提供を行い、本人の手続き完了を確認したか。
- ☐ 代行申請が必要な場合は、適切に行ったか。
- ☐ 認定結果通知及び認定情報が記載された被保険者証が届いたら、すみやかにケアマネジャーに連絡するよう本人・家族に説明したか

暫定ケアプランを作成し、サービスを先行した場合

- ☐ 認定結果が「非該当」等の場合、費用が全額自己負担になる可能性を説明したか。
- ☐ サービス利用票・サービス提供票の左上「認定済・申請中」の欄は「申請中」に○印を付けているか。
- ☐ 暫定のサービス担当者会議を開催したか。

更新申請の場合

- ☐ 有効期間満了日前までに、更新申請を行ったか。
- ☐ モニタリングを実施し、再アセスメントを行ったか。

変更申請の場合

- ☐ 要介護状態区分等が変更になった場合、変更申請日にさかのぼって利用者負担額が変更になる可能性があることを説明したか。
- ☐ 変更申請が認められない（却下）の判定があることを説明したか。

(2) 要介護・要支援認定

＜武蔵野市の考え方＞

認定調査（基本調査、特記事項）

専門的見地によって、公正かつ客観的、また迅速に実施する。在宅の被保険者については、必要に応じて認定調査時に在宅介護・地域包括支援センター職員が同行し、以後の支援につなげている。

介護認定審査会

認定調査の結果及び主治医意見書をもとに、保健・医療・福祉のそれぞれの専門家によって構成される介護認定審査会により、公正かつ公平な審査を行い判定する。

＜支援の流れ＞

ケアマネジャーは、以下の点を踏まえ、必要に応じて高齢者の支援を行う。

★武蔵野市の認定調査体制

原則として、市職員及び市関連法人職員を中心に市が任命し、所定の研修を修了した認定調査員が実施する。指定居宅介護支援事業所や介護保険施設に属するケアマネジャーに委託する場合もある。認定調査員は守秘義務を負い、これに違反した場合には、地方公務員法により罰則が適用される。

★武蔵野市の介護認定審査会体制

- 開催日時：月曜日から金曜日の毎日開催
- 開催場所：武蔵野市役所（web 会議システムを使用）
- 合議体数：6合議体以内
- 審査会委員数：90 人以内

★要介護・要支援認定の有効期間

武蔵野市では、認定有効期間は、新規申請・変更申請については原則 12 ヶ月、更新申請については原則 24 ヶ月とする。

ただし、介護認定審査会は、心身の状況や介護の手間の程度を勘案し、新規申請・変更申請の場合は3ヶ月から 12 ヶ月、更新申請の場合は3ヶ月から 48 ヶ月の範囲で、認定有効期間に関する意見を付す。

この意見を踏まえ、認定有効期間を決定する。

(3) 認定結果の通知

＜武蔵野市の考え方＞

迅速かつ確実に認定結果を本人に通知する。

＜支援の流れ＞

ケアマネジャーは、以下の内容を踏まえ、必要に応じて利用者の支援を行う。

★認定結果の通知方法

介護認定審査会による審査判定日の翌開庁日に、「認定結果等通知書」、「被保険者証」(要介護度・有効期間・居宅介護支援事業所名等を記載)を郵便で発送する。

※ 新規認定の場合、併せて「負担割合証」が送付されるので、カバーに入れて保管すること。

☞p.22：4 一定以上所得者の利用者負担

★変更申請の結果通知(要介護状態区分等に変更がない場合)

「認定結果等通知書」の代わりに「却下通知」が送付され、申請前の要介護・要支援認定が適用される。

※ 変更申請日が有効期間満了日まで 60 日以内の場合、「みなし更新認定」が適用される。

★申請から認定結果通知までに要する期間

認定は、原則として、申請日から 30 日以内に行われる。

ただし、特別の理由がある場合(心身状況等の調査に日時を要する等)は、30 日以内に被保険者に見込期間と理由を通知したうえで、延期されることがある。

※ 新規申請・変更申請の場合は、「介護保険要介護認定・要支援認定等延期通知書」が高齢者支援課から本人宛(又は送付先として設定した宛先)に送付される。

※ 更新申請の場合は、有効期間満了までに認定結果を通知できない場合に、「介護保険要介護認定・要支援認定等延期通知書」が高齢者支援課から本人宛(又は送付先として設定した宛先)に送付される。

★認定結果に関して苦情や相談がある場合

認定結果に関して苦情や相談がある旨、本人から連絡を受けた場合には、高齢者支援課介護認定係に連絡をとるよう情報提供を行う。

☞資料編 p.10：武蔵野市における苦情相談の流れと基準

★介護保険料を滞納している場合

保険料の滞納期間に応じて、保険給付に制限が加えられる。

保険料滞納期間	制限の内容
1年以上	介護サービス費用の全額を一旦自己負担し、申請により、後から保険給付分の払い戻しを受ける（償還払い）。*1
1年6ヶ月以上	保険給付分の払い戻しの全部または一部の支払が差し止められ、滞納保険料に充てられる。*1
2年以上	未納期間(要介護認定の時点で過去 10 年間に遡って計算)に応じた一定期間、自己負担が3割または4割に引き上げられるほか、高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費等の支給も受けられなくなる。*2

*1:保険給付は、介護サービス利用料の自己負担割合が1割の方は利用料の「9割」、2割の方は利用料の「8割」、3割の方は利用料の「7割」となります（「保険給付額減額等」の給付制限で4割負担が適用されている方は、利用料の「6割」となります）。

*2:自己負担割合が1割または2割の方は「3割」、3割の方は「4割」に自己負担割合が引き上げられます。

☞p.22：4 一定以上所得者の利用者負担

★認定の進捗状況等に関する問い合わせについて

認定前の進捗状況等に関する問い合わせに対しては、介護認定審査会に資料を送送していない場合には資料の回収状況、資料を送送している場合には認定結果通知の発送見込を回答する。

認定後に問い合わせがあった場合には、認定結果通知の発送日のみ回答する。要介護度、認定日、認定有効期間については回答しないので、認定結果通知、または介護保険被保険者証を確認いただきたい。

<問い合わせ先>

部署名：高齢者支援課 介護認定係
電話番号：60-1866

4. 一定以上所得者の利用者負担

平成 27 年8月から、一定以上所得がある方の介護サービス利用時の自己負担割合が1割から2割に変更された。さらに、平成 30 年8月からは従来の1割・2割負担に加え、3割負担が導入された。

そのため、要介護認定を受けている方全員に、負担割合が記載された「負担割合証」が交付されている。負担割合証は、介護サービスを利用する際、介護保険被保険者証と併せて必要となるので、紛失しないよう、介護保険被保険者証とともにカバーに入れての保管をおすすめしている。

利用者の負担割合については、原則として市から直接ケアマネジャーや介護サービス事業所に情報を開示することはないため、利用者に対し負担割合証の提示を求める必要がある。紛失等により確認できない場合は、本人または家族から市へ問い合わせてもらおう。武蔵野市においては、利用者本人または家族を通じて確認することが困難な場合に限り、利用者の同意(※)に基づきケアマネジャーが直接市に問い合わせすることも可としているが、あくまでも例外的な取り扱いである。

(※) 同意の有無については、要介護認定申請書または居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書の同意欄への署名の有無で市が判断。

(1) 負担割合証の交付対象者及び交付時期

【要介護認定を受けている方(第2号被保険者を含む)に、毎年7月下旬に交付】

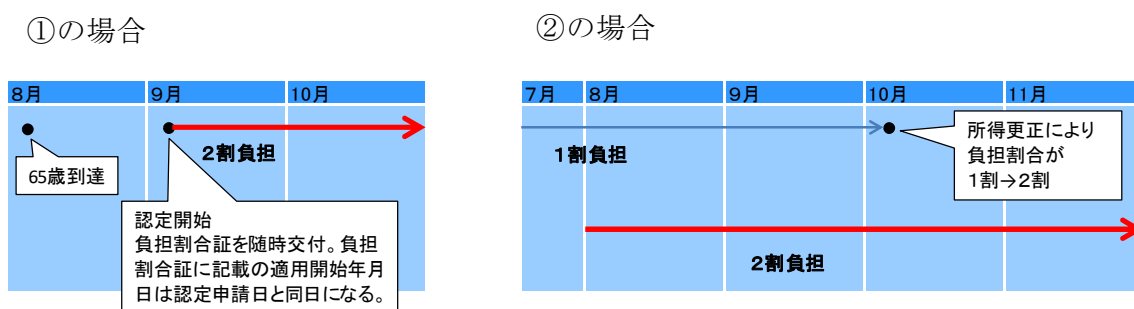
- ①新たに要介護・要支援認定を受ける方には、「認定結果等通知書」とともに交付。
- ②本人又は同じ世帯の65歳以上の方に所得更正があったことにより、負担割合が変更になった場合、所得更正が判明した翌月に差替分を交付
- ③65歳以上の世帯員の転出入など世帯構成の変更により、負担割合が変更になった場合、世帯構成の変更が判明した翌月に差替分を交付

(2) 適用期間

【8月1日～翌年7月31日まで(毎年更新)】

- ①新たに要介護・要支援認定を受ける方は、認定申請日から適用
- ②本人又は同じ世帯の65歳以上の方に所得更正があったことにより、負担割合が変更になった場合、当該所得更正年度の8月1日にさかのぼって適用

図表 7 負担割合証の適用期間

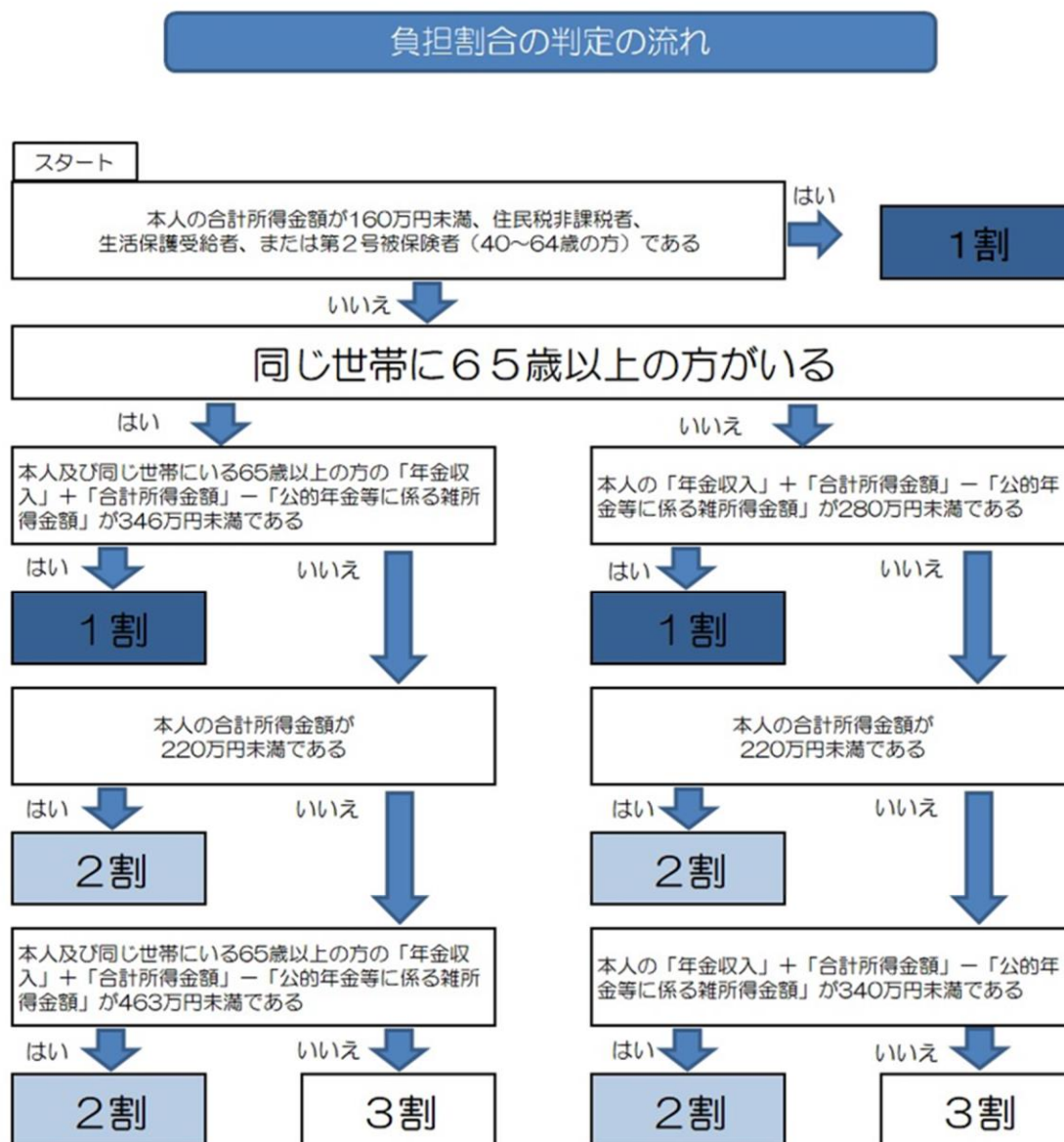


(注) 負担割合が変更となった場合、変更前の負担割合証は市へ返却すること。

(3) 負担割合の変更に伴う過誤調整

負担割合の変更に伴う過誤調整については、本来は保険者と被保険者の間で追加給付や過給分の返還請求を行うべきものとされるが、高額介護サービス費、市単独利用者負担額助成事業(5%助成)等、給付業務に広く影響するため、保険者は事業者が国保連合会へ再請求を行ったうえで利用者負担の差額分を被保険者と調整いただくよう、お願いしている。

図表 8 負担割合判定の流れ



※本人の合計所得が160万円に満たない場合(武蔵野市の保険料段階が第8段階以下)

は、世帯の他の65歳以上の方の所得状況にかかわらず、負担割合は1割

※40～64歳(第2号被保険者)、市民税非課税者、生活保護受給者の負担割合は1割

(負担割合判定における合計所得金額とは)

介護保険法施行令上の合計所得金額で、収入から公的年金控除や給与所得控除、必要経費を控除した後の金額のことで、基礎控除や人的控除等の控除をする前の金額(損失の繰越控除を受けている場合は、その適用前の金額)のこと。ただし、「分離課税所得に係る長期譲渡所得・短期譲渡所得の特別控除額」を差し引いた後の金額を用いる。また、税制改正による給与所得控除及び公的年金控除の控除額の引き下げが影響しないよう、調整を行った後の金額をさす。

図表 9 負担割合証の見本

負担割合証(見本)

注意事項

一 介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口に提出してください。

二 介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスの要した費用のうち、「適用期間」に応じた「利用者負担の割合」欄に記載された割合分の金額をお支払いいただきます。(居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません。)

三 被保険者の資格がなくなったとき又はこの証の適用期間の終了年月日に至ったときには、直ちに、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。

五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けま

六 利用時支払額を三割(利用者負担の割合欄に記載された割合が三割である場合は四割)とする措置(給付額減額)を受けている場合は、この証に記載された利用者負担の割合よりも、当該措置が優先されます。

介護保険負担割合証	
交付年月日	
被 保 険 者	番 号
	住 所
	フリガナ
	氏 名
生年月日	
利用者負担の割合 適用 期 間	
割	開始年月日 終了年月日
割	開始年月日 終了年月日
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印	1 3 2 0 3 5
	武蔵野市緑町 2 丁目 2 番 28 号 武 蔵 野 市 電話 (0422) 60-1845 (直通)

給付制限(給付額の減額)措置を受けている場合は、当該措置が優先される(介護保険被保険者証3ページ目を確認すること)。

給付制限の詳細については、21 ページを参照。

適用期間欄について

(例1) 本人又は同じ世帯の65歳以上の方に所得厚生があったことにより、負担割合が変更になった場合、新たな負担割合を1段目に記載した負担割合証を再交付。(※適用年月日が同日のため、交付年月日が直近のものを確認する必要有。)

利用者負担の割合	適 用 期 間		利用者負担の割合	適 用 期 間
1 割	開始年月日 令和 □ 年 8 月 1 日	➡	2 割	開始年月日 令和 □ 年 8 月 1 日
	終了年月日 令和 ■ 年 7 月 31 日			終了年月日 令和 ■ 年 7 月 31 日
割	開始年月日		割	開始年月日
	終了年月日			終了年月日

(例2) 世帯員の転出入や死亡などにより世帯内の第1号被保険者数が変わり、負担割合が変更になった場合、新たな適用年月日を2段目に記載した負担割合証を再交付。

利用者負担の割合	適 用 期 間		利用者負担の割合	適 用 期 間
1 割	開始年月日 令和 □ 年 8 月 1 日	➡	1 割	開始年月日 令和 □ 年 8 月 1 日
	終了年月日 令和 ■ 年 7 月 31 日			終了年月日 令和 ■ 年 〇 月 △ 日
割	開始年月日		2 割	開始年月日 令和 □ 年 ● 月 1 日
	終了年月日			終了年月日 令和 ■ 年 7 月 31 日

図表 10 武蔵野市の「介護保険サービスに係る利用者負担割合」の問い合わせ対応



※負担割合証の初回交付前に、要介護・要支援認定申請中の被保険者が資格喪失した場合は、ご相談ください。

図表 11 「負担割合証」に関するQ & A一覧表

1	Q 負担割合証が8月1日に発行されてから、(翌年の7月 31 日までに)再度負担割合証が届き、1割負担から2割負担になっていた。これはどういうことか？	A 以下の理由等が考えられる。 ①前年の所得の更正申告があり、それに基づき、負担割合の判定が行われた。 ②世帯員の方が65歳に到達し、世帯の所得状況に基づく判定が行われた。 ③世帯員の転出入、転居、死亡などの異動があり、世帯の所得状況に基づく判定が行われた。
2	Q 別の市区町村に引っ越した場合、自己負担割合は変わる？	A 転入先で世帯構成の変更により所得状況が変更となった場合(例えば 65歳以上の方がいる世帯に転入した場合)等、自己負担割合が変わる場合がある。
3	Q 負担割合証を紛失したが、再発行はできる？	A できる。「介護保険被保険者証等交付(再交付)申請書」を提出してもらう。手続きは被保険者証の再発行と同様。
4	Q 負担割合を確認できない場合、本人以外で負担割合を知ることはいか？	A 原則として本人または家族から市役所へ問い合わせをするようご案内する。本人又は家族からの問い合わせが困難な状況があるときは、居宅サービス計画を届け出ている居宅介護支援事業所から市役所へ問い合わせをする(本人の同意がある場合に限り、市から回答可)。

<問い合わせ先>

部署名 : 高齢者支援課 介護保険係
電話番号 : 60-1845

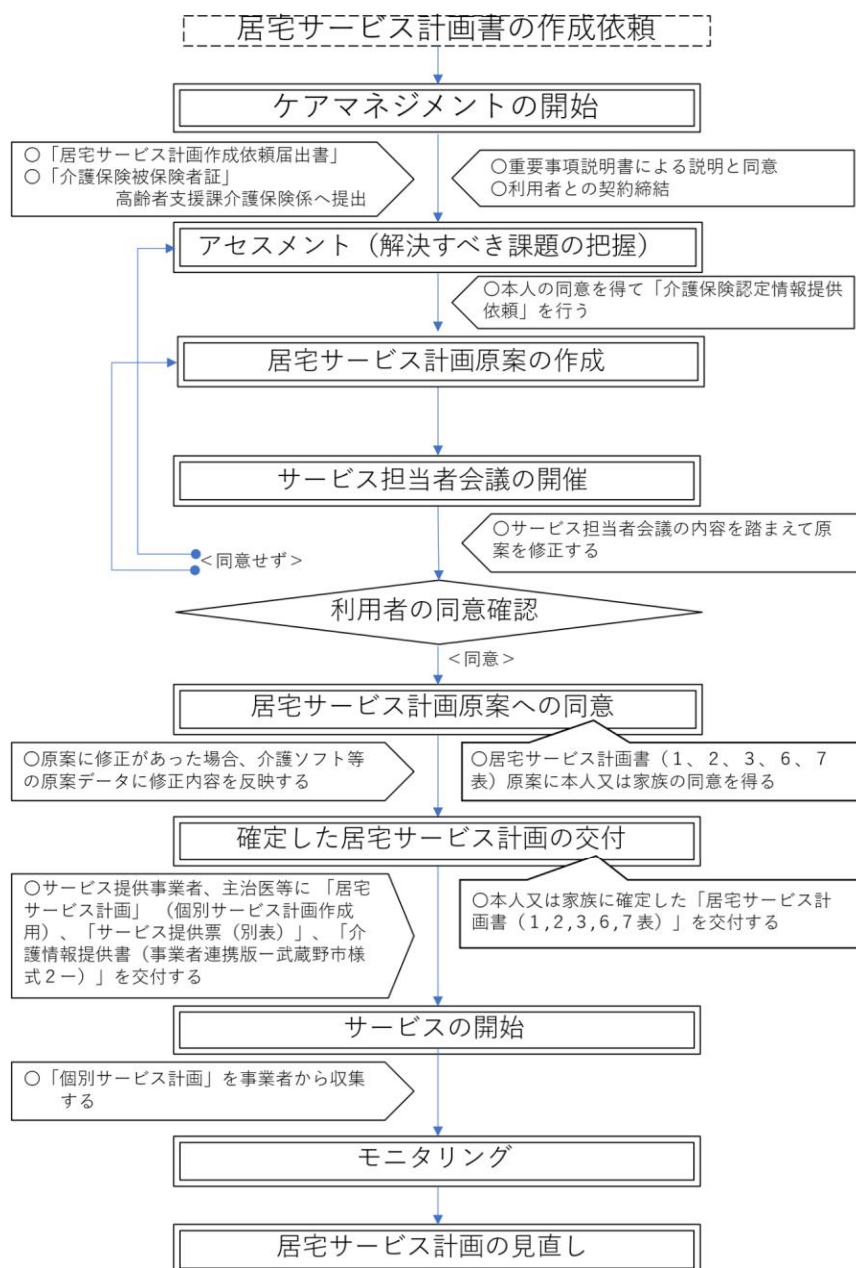
5. サービス計画の作成、サービス担当者会議

＜武蔵野市の考え方＞

利用者が自分の人生を主体的に考え、自分だけでなく家族や地域で支え合うことを考え、ただ毎日が暮らせれば良いだけではなく、自分らしい生活とはどのようなものか、生活の質の向上を考えていく。ケアマネジャーは、利用者とともに歩み、考えていく姿勢をもつ。

＜支援の流れ＞

図表 12 要介護認定者のケアマネジメントのフロー図



（１）アセスメント

課題分析標準項目を把握することはもちろんであるが、それらの情報を個々としてとらえるのではなく、それぞれの関係性もみながら、生活全体の把握に努める。これまでに利用者がどのような生活を送ってきたのか、今はどのような生活を送っているのか、これからどのような生活を送りたいと考えているのかといった生活全体をとらえていく。その際、身体的、精神的な状況に加えて、経済的な状況を把握することも重要である。

利用者の言葉等の表面に現れた問題だけでなく、その中に隠されているニーズや課題はないか、収集した情報を分析していく。「～ができない」「〇〇に困る」といったことだけではなく、「できていること」「していること」「頑張ればできそうなこと」も把握しておく。

それらをふまえ、ケアマネジャーは、利用者自身が取り組みそうな課題解決の方法やきっかけを提案する。提案した課題解決の方法やきっかけを選び、決めるのは利用者自身である。ケアマネジャーは、利用者が主体的に取り組めるよう支援をしていく。

アセスメントは１回だけではない。繰り返し行い、情報を修正したり蓄積することで、「利用者がどのようにしたら自分らしく生活ができるのか」と常に考えて行っていく。

（２）居宅サービス計画原案の作成

利用者自身が居宅サービス計画の内容を理解できるよう記載する。利用者はケアマネジャーの作成した居宅サービス計画原案によって、自分にとってできること、できないこと、できそうなことを客観的に確認することができる。ケアマネジャーとともに確認することで、利用者あるいは介護者が冷静に、利用者自身の生活を考えることができる。利用者によっては自分で選択することが難しいと思える場合でも、ケアマネジャーはできるだけ利用者の自己決定ができるよう、介護保険サービスだけでなく市の一般施策や地域のインフォーマルサービス等も情報提供する。

＜ケアマネジャーの声＞

『ケアプランは個別性を』と言われますが、似たケースでは酷似したプランになりがちです。目標を立てる場合にも困り事に焦点を当ててしまい、やはり似た文言ばかり浮かんでしまうのではないのでしょうか。

ケアプランを作成する上で私が意識していることは、本人や家族とたくさん雑談をすることです。何気ないお話の中にヒントはたくさん隠れています。お話のきっかけ作りに、時には「目標を決めましょう！」と直球を投げて良いと思います。

信頼関係を作り、その方々からたくさんのお話を導きだすことが出来れば、自ずと『その方だけのプラン』や『楽しい目標』が出来るのではないのでしょうか。

（G 居宅介護支援事業所 H さん）

(3) サービス担当者会議の開催

サービス担当者会議は、利用者を中心とした支援者によって構成される。居宅サービス計画原案をもとに、利用者が自分らしい生活をしていくために全体の支援方針を確認していく。そして支援者それぞれがどのような役割を担うのか、お互いに理解する。

中・重度の利用者については、身体状況が不安定な場合もあり、医療機関との連絡・連携を密にしていく必要がある。急変時の体制の確認だけでなく、常に相談のできる関係づくりも必要である。

また災害などの緊急時の連絡先や体制、避難所なども確認しておく。

サービス担当者会議の内容を踏まえて、必要に応じて原案を修正する。

※暫定ケアプランを作成する際も、サービス担当者会議の開催が必要です。

☞Q&A 編 p.12: 問 17 暫定ケアプランから本ケアプランへの移行時におけるサービス担当者会議の取り扱いについて

(4) 居宅サービス計画の同意と交付

利用者が居宅サービス計画原案を理解し、支援方針と支援体制について同意を得る。

利用者が求めることとケアマネジャーが必要と考えることが異なる場合がある。「できない」ことを補完するだけでなく、利用者が自分自身の生活に前向きに取り組めるように働きかけていく。そして再度、居宅サービス計画原案を作成し、利用者に提案をして同意を得る。

利用者自身がいつでも確認できるように、確定した居宅サービス計画書を利用者に交付する。

また、支援者で共有できるよう、ケアマネジャーが支援者にコピーを交付する。データ連携による交付も可能であり、いずれの場合も、利用者や支援者に交付したことを支援経過に記載する。

※原案(紙媒体)に修正があった場合は、介護ソフトの原案データ等にも修正を反映する。

<ケアマネジャーの声>

サービス担当者会議はご利用者をはじめご家族や各サービス担当者が顔を合わせ、ご意向や課題、目標に対して意見交換する場でもあり、ご本人をチームで支えるための確認の場でもあります。

出来る限り話しやすい雰囲気を作る事もケアマネジャーに求められることかもしれません。お忙しい中集まって下さるサービス担当者の方への配慮として、日程調整の時に何時まで滞在できるか確認をしておくことも、サービス担当者会議を円滑に進める上で必要だと思います。そのような気配り心配りがサービス事業所との良い関係性を築き、チーム作りにも繋がり、最終的にはご本人への良い支援に繋がると考えています。

「出来なくなったこと」に視点をおくのではなく、「出来るようになったこと、継続して出来ていること」の意見が沢山聞かれるサービス担当者会議を目指したいと思っています。

(A 居宅介護支援事業所 N さん)

【ケアマネジャーチェック項目】

- ☐ 課題分析標準項目に準拠してアセスメントを行っているか
- ☐ 利用者及び家族の生活の意向を踏まえた課題分析を行っているか
- ☐ 認定調査結果、主治医意見書の情報提供依頼にあたって、利用者本人の同意を得たか（武蔵野市で初めて介護保険を利用する場合のみ）
- ☐ 主治医の意見を確認したか
- ☐ 「限度額負担割合証」を確認し、利用料（負担割合等）について説明をしたか
- ☐ 「限度額負担割合証」を定期的に確認しているか
- ☐ 公費負担医療給付の対象者かどうか確認したか
- ☐ 収集した個人情報の保管、管理にあたっては、事業所の規定を順守しているか
- ☐ 第2号被保険者、生活保護受給者、障害者手帳所持者など、関係機関の担当者と連携をしているか

6. サービスの開始

＜武蔵野市の考え方＞

利用者の生活を支える支援体制の総合的な援助の方針に沿って個別サービス計画が作成され、利用者の自立支援となっているか、各サービス提供事業者と連携する。利用者がサービスを利用することで、日常生活が送れるようになっているか、それだけでなく生活機能の改善につながっているかといった視点をもつ。

＜支援の流れ＞

居宅サービス計画で確認された利用者への支援方針に基づき、各サービス提供事業者は個別サービス計画を作成する。根拠のある質の高いケアが提供されているか、ケアマネジャーはサービスの開始から確認していく。

【ケアマネジャーチェック項目】

- ☐ 個別サービス計画が居宅サービス計画の内容に沿ったものであるか確認したか
- ☐ 個別サービス計画の内容が利用者の生活機能の維持、向上につながるものになっているか

7. モニタリング

＜武蔵野市の考え方＞

居宅サービス計画に位置付けられた目標に対して現状ではどのくらい達成されているのか、その状況について把握する。「いかがですか」と漠然とした質問では、利用者の答えも具体性に欠けるものになる。居宅サービス計画のとおりサービスが提供されているかだけを確認するのではなく、サービス提供があることで利用者の生活がどのように良くなっているか、利用者が自分の生活に対してどのように前向きに取り組んでいるかを確認する。

ケアマネジャーは、利用者自身だけではなく介護者についても観察する。介護者の状況を把握・理解しておくことで、利用者の状態が悪化する前に何らかの支援ができる。

＜支援の流れ＞

- 居宅サービスの利用者
月に1回訪問により、モニタリングを行う。
- 介護予防サービス・介護予防ケアマネジメントの利用者
3か月に1回訪問、その他の月は電話によりモニタリングを行う。

※テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリング(2か月に1回まで)を行う場合は、以下のいずれにも該当する必要がある。あらかじめ高齢者支援課介護サービス担当に相談すること。

- ① テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ている。
- ② サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ている。
 - A 利用者の心身の状況が安定している。
 - B 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができる。
 - C テレビ電話装置等を活用したモニタリングではケアマネジャーが把握できない情報について、サービス提供事業所の担当者から提供を受ける。

【ケアマネジャーチェック項目】

- ☐ 居宅サービス計画が計画どおり適切に実行されているか
- ☐ 居宅サービス計画の短期目標の達成に向かっているか
- ☐ 利用者の状態の改善や悪化、家族や住環境などの確認をしたか
- ☐ 計画どおり実施されていない場合の理由と、担当者としての判断を記録したか
- ☐ モニタリング結果を漠然と記載するのではなく項目ごとに整理して記載したか

8. 居宅サービス計画の見直し

＜武蔵野市の考え方＞

サービスを利用できているから良いといった利用者の希望だけではなく、利用者の生活がサービス利用によってどのように変化したのか、生活の改善がみられているか等、ケアマネジャーが利用者の現状を把握し、さらに今後の生活について見立てていく。

＜支援の流れ＞

居宅サービス計画の目標の達成具合を評価し、再度アセスメントを行い、居宅サービス計画を見直していく。

利用者の状態が変化した場合は適宜、見直しを行っていく。

【ケアマネジャーチェック項目】

- ☐ モニタリング結果による居宅サービス計画の変更・修正の必要性について利用者に説明しているか
- ☐ 居宅サービス計画の変更・修正が必要となった場合、サービス担当者会議を開催し、本人、事業者とともに支援方針の確認を行ったか
- ☐ 運営基準に定められたサービス担当者会議を開催したか
- ☐ 変更された居宅サービス計画について利用者の同意を得たか
- ☐ 変更された居宅サービス計画を事業者に交付したか

＜ケアマネジャーの声＞

利用者の状態に変化がなくても、通常半年に一度はケアプランを見直すことになっています。福祉用具貸与と販売の選択制対象種目の貸与を継続する必要性の検討など、サービス内容の必要性を確認します。

また、利用者や家族の状態変化が大きく、ケアプランの変更が頻回な場合があります。こういったケースではスピードやタイミングが求められます。介護サービスが利用者の生活に良い影響を与えられているのか、常に利用者や家族の想いや満足度をモニタリングで確認しています。

本人や家族、支援チームで課題を理解し、解像度を上げてサービス担当者会議で話し合い、全員が納得できることが大切だと感じます。利用者にとって最良のサービスを選べるように医療や他制度、社会資源の知識を深め、幅広く学ぶ姿勢が重要と思います。

（K 居宅介護支援事業所Kさん）

9. 短期入所サービス・施設サービス

(1) 短期入所サービス

＜武蔵野市の考え方＞

在宅生活を継続するために利用者自身の ADL 維持、あるいは介護者の介護負担軽減のため、短期入所サービスを導入することも視野に入れ、利用者や介護者に情報提供する。

介護者の負担軽減のため短期入所サービスを利用することもあるが、その準備が新たな負担と感じている場合もあるため、その点についての配慮も忘れずに行う。また短期入所サービスを利用することによって、利用者自身の新たな「できること」「できないこと」「できそうなこと」がみえてくることもある。

【ケアマネジャーチェック項目】

☐ 短期入所サービス利用によって、利用者の生活機能にどのような変化がありましたか

☐ 短期入所サービス利用中の利用者の状態を把握しましたか

☐ 短期入所サービス利用後の利用者、介護者の状態を把握しましたか

(2) 施設サービス

＜武蔵野市の考え方＞

介護保険の基本理念は、利用者が自分らしい生活を送ることができるよう、自立した生活を積極的に支援することにある。

武蔵野市では、「行政や専門職は、利用者本人の決定を情報提供やサービス給付で支援するが、決定権はあくまで利用者本人にあるとする考え（自己決定）」を尊重するため、施設入所に関しては、各自が希望する施設に直接申し込むようにした。

ただし、公平性の観点から、一定の基準として「武蔵野市介護老人福祉施設入所指針」を作成し、武蔵野市に関わる介護老人福祉施設の協力の下で、この指針に沿った入所者選定が行われている。

介護保険施設には、要介護高齢者のための生活施設として「介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)」、要介護高齢者にリハビリ等を提供し在宅復帰を目指す施設として「介護老人保健施設(老人保健施設)」、医療の必要な要介護高齢者の長期療養施設として「介護医療院」の3種類があり、要介護認定を受けた方が利用することができる。

平成 27 年4月の法改正により、介護老人福祉施設への入所申込は原則要介護3以上の方に限定された。要介護1・2の方に入所申込が必要な場合は特例入所要件が必要になり、「入所申込書」以外に「武蔵野市特別養護老人ホーム入所対象者(要介護1又は2)に伴う申請書」が必要になる。申請については、利用者の支援をお願いしたい。

【ケアマネジャーチェック項目】

- ☐ 介護保険で利用できる施設について利用者や介護者が理解できるよう説明しましたか
- ☐ 介護保険施設の申請について、利用者や介護者の意向を確認しましたか
- ☐ 介護保険施設の申請について、複数の家族がいる場合、家族間の意向を確認しましたか
- ☐ 介護保険施設の申請について、どの施設に申請をしているか把握していますか

10. 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）、予防給付

＜武蔵野市の考え方＞

ケアプラン作成については総合事業対象者・要支援・要介護ともに基本的な考え方は同じである。

利用者の意欲を基本に、「心身機能」だけでなく「活動」や「参加」により、地域生活の中で活動性を継続的に高め、生活の質（QOL）が向上することを目指す。

利用者自らが主体的に日常生活上の目標設定とその達成を行うこと（セルフマネジメント）を支援する。

日常生活の活性化や社会参加を促すことで、心身の機能を維持し、生活機能の改善ができるようサービスの選択を行う。

武蔵野市においては平成27年10月から、総合事業を開始し、従来の予防給付の一部（介護予防訪問介護・介護予防通所介護）が、市町村長の権限によるサービス提供に移行された。多様な主体によるサービスを拡充するため、武蔵野市認定ヘルパー制度や独自の事業者指定制度を創設した。

介護予防ケアプランについては、これまでと同様に、利用者への支援が包括的・継続的に行われるよう、基幹型地域包括支援センターによる直接の担当だけでなく、居宅介護支援事業所への委託も引き続き行う。

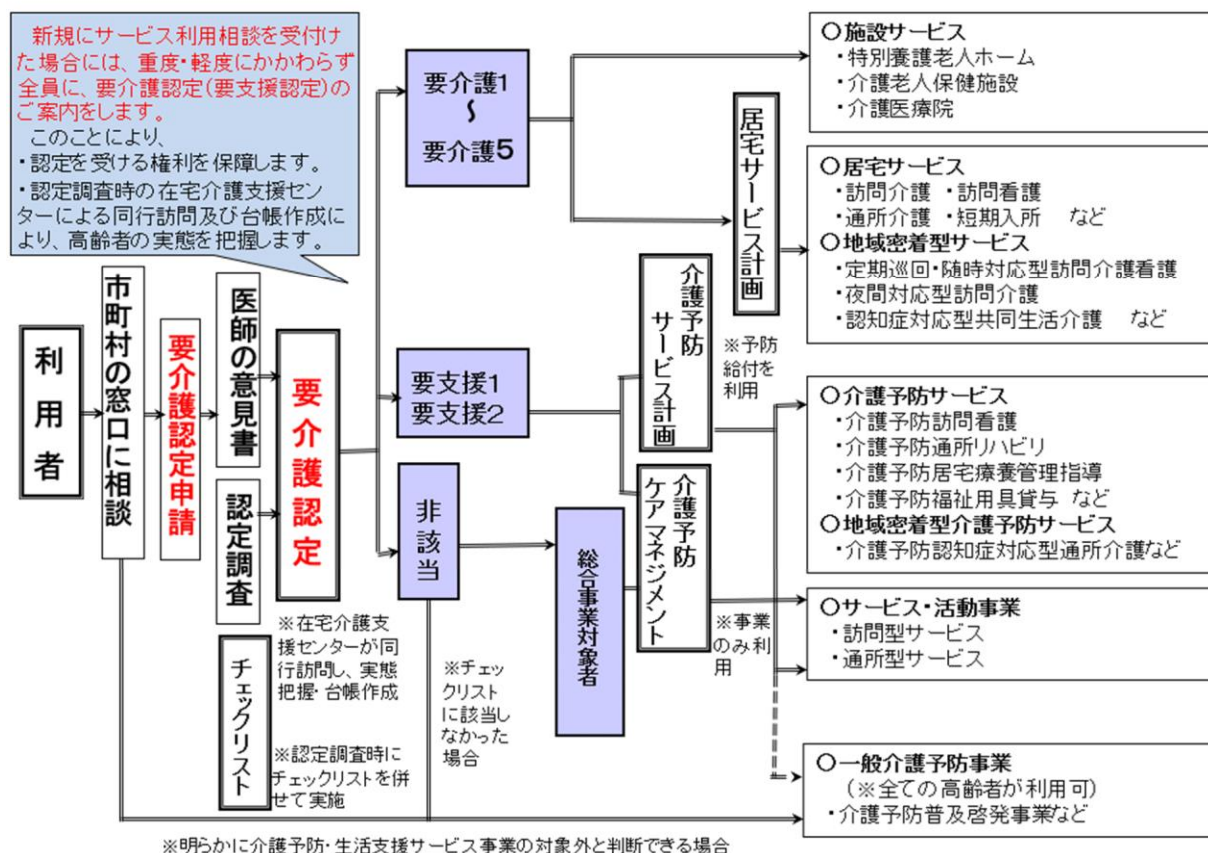
（１）利用までの流れ

武蔵野市では、新規の要介護認定の申請者については、厚生労働省のガイドラインで提示している流れとは異なり、要介護認定と基本チェックリストを併せて実施し、要介護認定において「非該当」とされたとしても、総合事業や一般介護予防事業を提供することが出来る仕組みとしている。

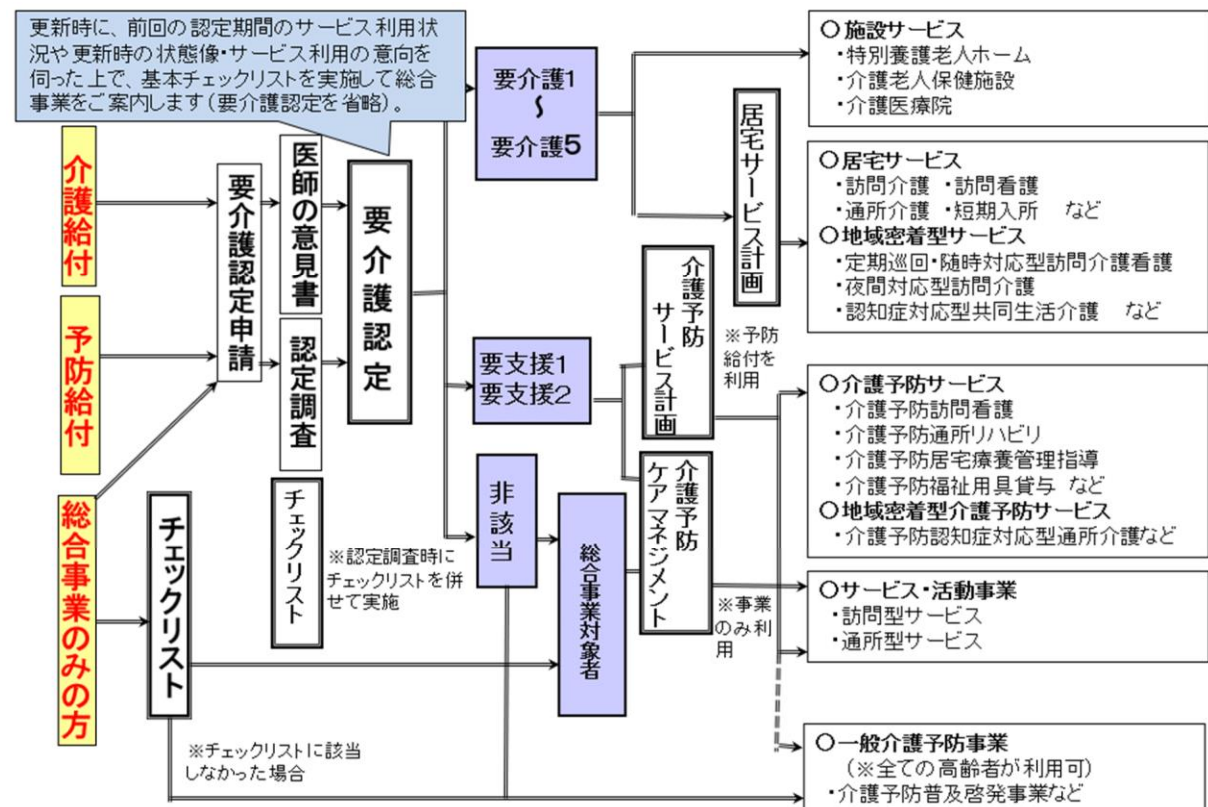
更新申請の場合、総合事業の訪問型サービス、通所型サービスのみを利用する場合、要支援認定を受けずに、基本チェックリストによる総合事業対象者確認でサービスを利用することができる。総合事業のサービス以外に予防給付（介護予防福祉用具貸与等）を利用する場合は要支援認定が必要である。

また、ケアプラン作成時の様式については、予防給付や予防給付と総合事業のサービスを併せて利用する場合は、従来の「介護予防サービス計画」の様式を使用するが、総合事業のサービスのみ利用する場合、「介護予防ケアマネジメント」の様式（武蔵野市独自）を使用する。

図表 13 武蔵野市における介護サービス及び介護予防・日常生活支援総合事業の利用手続き
(新規申請の場合)



(更新申請の場合)



図表 14 介護予防ケアマネジメントの様式

介護予防サービス計画 (予防給付・予防給付＋総合事業)	介護予防ケアマネジメント (総合事業のみ利用)
アセスメント用情報収集シート	総合事業・介護予防サービス・支援計画表 (武蔵野市独自様式) ・ 1枚でアセスメントから1年後の評価まで対応 ・ 利用者(本人)が主体的に目標設定を行い、その達成を図ること(セルフマネジメント)を支援 ・ 「現在の状況」と「評価」の内容についてのチェック項目を作成
基本チェックリスト(お元気アンケート)	
A表 介護予防サービス・支援計画表(1/3)	
B表 介護予防サービス・支援計画表(2/3)	
C表 介護予防サービス・支援計画表(3/3)	
D表 介護予防週間支援計画表	介護予防サービス計画のD表を活用
E表 介護予防支援経過記録 (サービス担当者会議の要点含む)	介護予防サービス計画のE表を活用
F表 介護予防サービス・支援評価表	—

(2) 武蔵野市独自にヘルパーを養成

訪問介護サービスについては、今後介護人材が不足することが予想されるため、スキルを持った(有資格の)ヘルパーは専門性を要する中・重度の高齢者の介護へシフトしていく必要がある。すなわち、軽度者に対するヘルパーを独自に確保しなければ、訪問型サービスの提供が困難になることが予想される。そのため、多様な主体によるサービスを拡充する必要があるが、同時に支援の質の担保も求められる。

この点、総合事業実施前の武蔵野市の状況をみると、介護予防訪問介護の援助内容の9割が「家事援助」で、必ずしも高度な専門性が求められる援助ではない(有資格者でなくても提供が可能である)ことが分かった。そこで、武蔵野市独自の「武蔵野市認定ヘルパー制度」を創設し、介護福祉士の資格や介護職員初任者研修(旧ホームヘルパー2級)等の資格を保有していなくても、市が指定する計18時間の講習と実習を受講すれば、家事援助のみのサービスを提供することが可能とした。このことによって、「軽度者に対するサービスの人材確保」、「支援の質の担保」、「まちぐるみの支え合いの推進」を同時に実現している。

図表 15 訪問型・通所型サービス単位・基準

(訪問型)

		国の基準による訪問型サービス (現行の介護予防通所介護相当)	市の独自の基準による訪問型サービス (訪問型サービスA)
単位	単価	介護予防訪問介護費(11) 1,176単位/月 介護予防訪問介護費(12) 2,349単位/月 介護予防訪問介護費(13) 3,727単位/月 介護予防訪問介護費(21) 287単位/回 介護予防訪問介護費(22) 179単位/回 介護予防訪問介護費(23) 220単位/回 介護予防訪問介護費(短時間) 163単位/回 初回加算 生活機能向上連携加算 口腔連携強化加算 介護職員等処遇改善加算 高齢者虐待防止措置未実施減算 同一建物減算 特別地域加算	訪問介護(有資格者) 260単位/回 訪問介護(研修修了者*) 210単位/回 *武蔵野市認定ヘルパー 初回加算 介護職員等処遇改善加算 高齢者虐待防止措置未実施減算 同一建物減算
	円/単位	11.05円	11.05円
基準		管理者 専従1人 訪問介護員等 常勤換算2.5人以上 サービス提供責任者 40人毎に1人(専従)	管理者 専従1人 訪問介護員等 常勤換算2.5人以上 サービス提供責任者 1人以上(専従)
対象者		ケアマネジメントにおいて身体介護や特別な対応が必要と判断された被保険者	左記の対象者以外

(通所型)

		国の基準による通所型サービス	市の独自の基準による通所型サービス (通所型サービスA)
単位	単価	要支援1 1,798単位/月 要支援2 3,621単位/月 生活機能向上グループ活動加算 若年性認知症利用者受入加算 栄養アセスメント加算 栄養改善加算 口腔機能向上加算 一体的サービス提供加算 サービス提供体制強化加算 生活機能向上連携加算 口腔・栄養スクリーニング加算 科学的介護推進体制加算 介護職員等処遇改善加算 高齢者虐待防止措置未実施減算 業務継続計画未策定減算 中山間地域等提供加算 同一建物減算 送迎減算	送迎なし(1時間30分以上3時間未満) 357単位/回 送迎あり(1時間30分以上3時間未満) 397単位/回 送迎なし(3時間以上) 378単位/回 送迎あり(3時間以上) 418単位/回 栄養改善加算 口腔機能向上加算 一体的サービス提供加算 サービス提供体制強化加算 科学的介護推進体制加算 介護職員等処遇改善加算 <独自加算>理学療法士・作業療法士配置加算 150単位/月 高齢者虐待防止措置未実施減算 業務継続計画未策定減算 同一建物減算
	円/単位	10.68円	10.68円
基準	人員	管理者 常勤・専従1人以上 生活相談員 専従1人以上 看護職員 専従1人以上 介護職員 利用者15人まで専従1人以上(15人超は5人毎に専従1人以上) 機能訓練指導員 1人以上	管理者 常勤・専従1人以上 介護職員 利用者15人まで専従1人以上(15人超は5人毎に専従1人以上)
	設備	食堂・機能訓練室・静養室・相談室・事務室	サービスを提供するために必要な場所

(3) 武蔵野市独自の事業者指定制度を創設

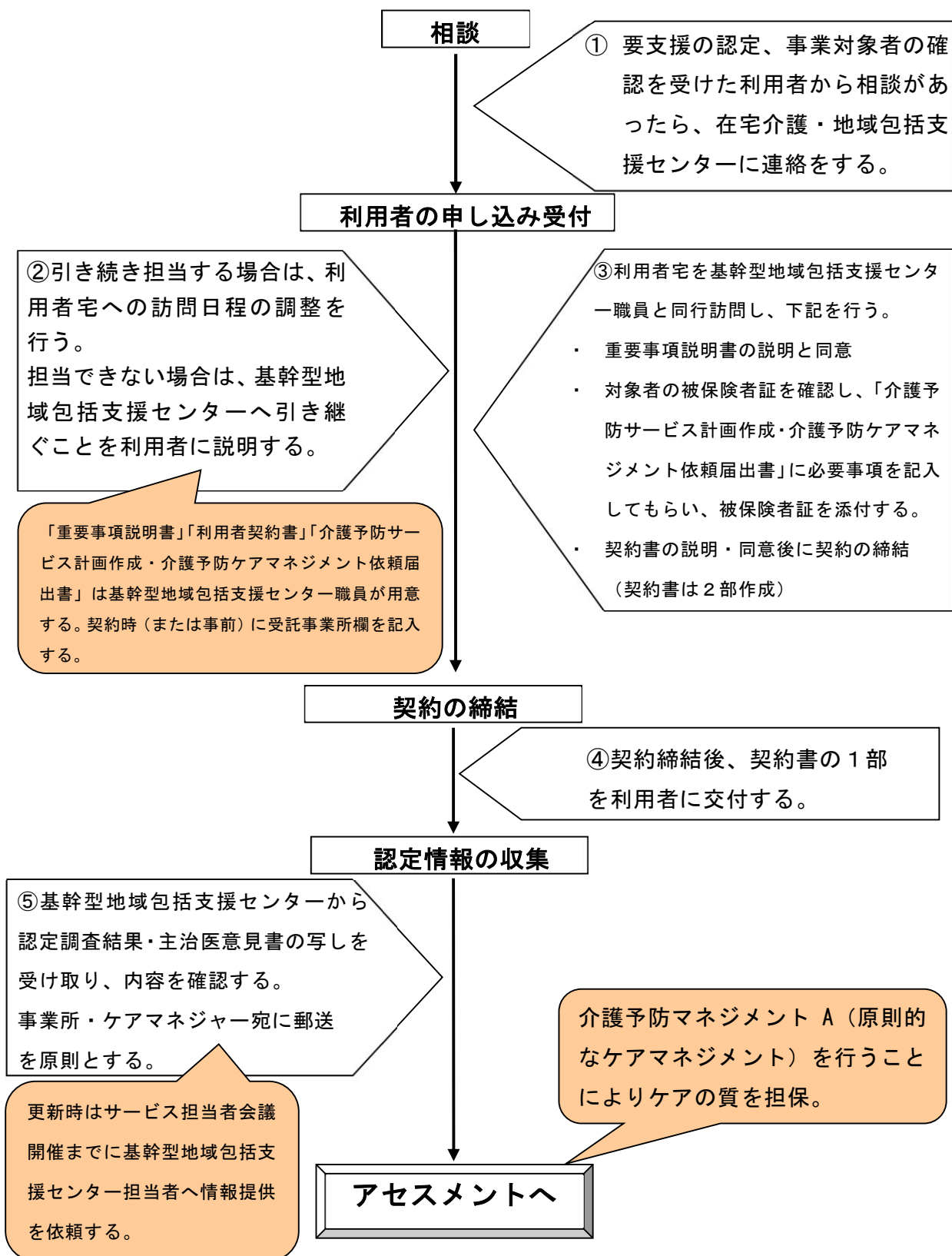
サービス提供主体が多様化する中で、介護保険の指定を受けていない事業者(国保連合会を通して報酬を請求することができない事業者)を総合事業のサービス提供主体として位置付ける必要がある。

そこで、武蔵野市では、介護保険と同様の事業者指定制度を独自に創設した。市が独自の基準を設定し、事業者を指定し、国保連合会の機能を市が担うこととした(事業者は市に請求を行い、代理受領により市から事業費の支給を受ける)。利用料の請求等は事業者が直接、利用者に対して行う。

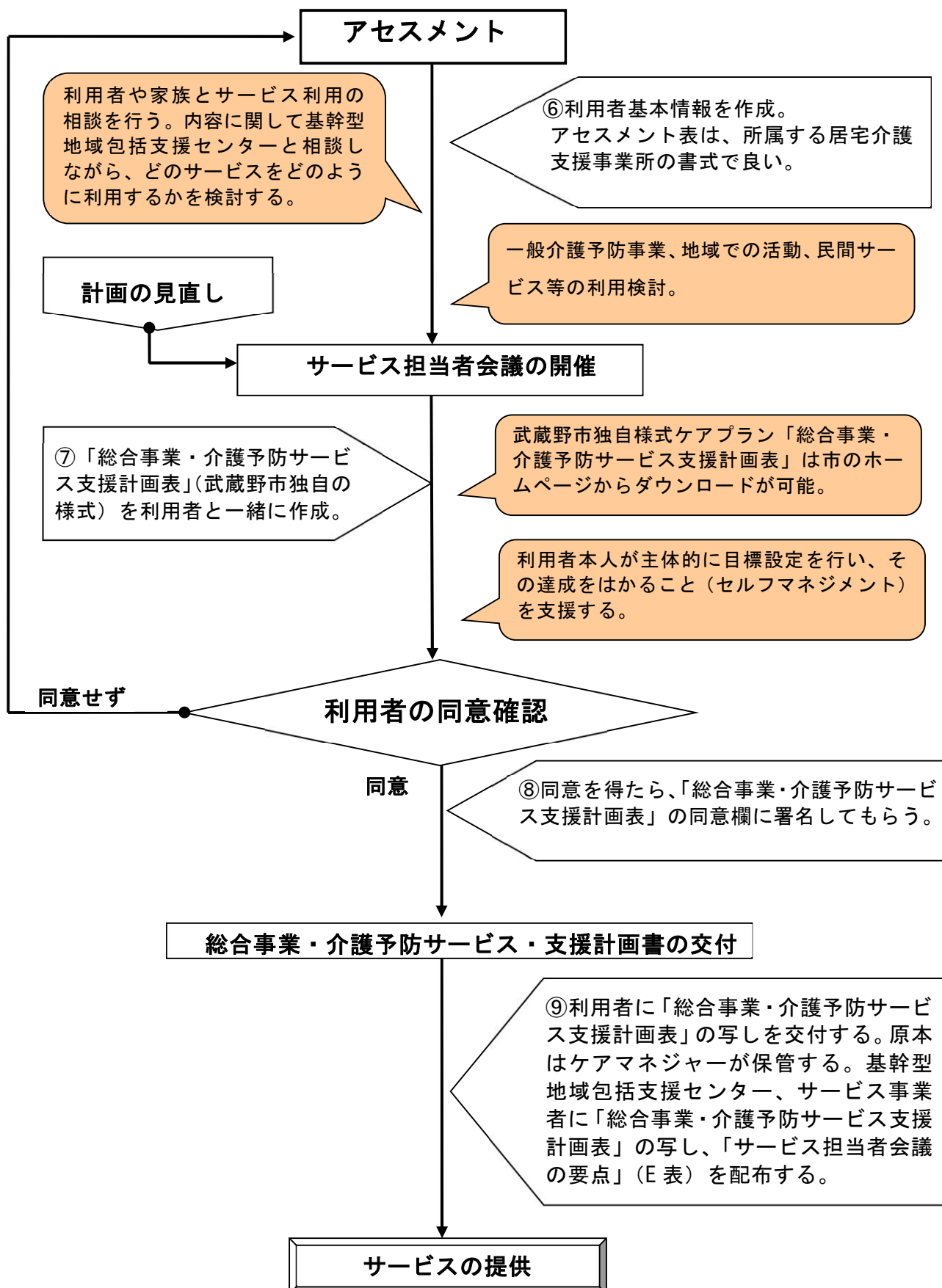
<支援の流れ>

(4) 介護予防ケアマネジメント（総合事業のみを利用する場合）

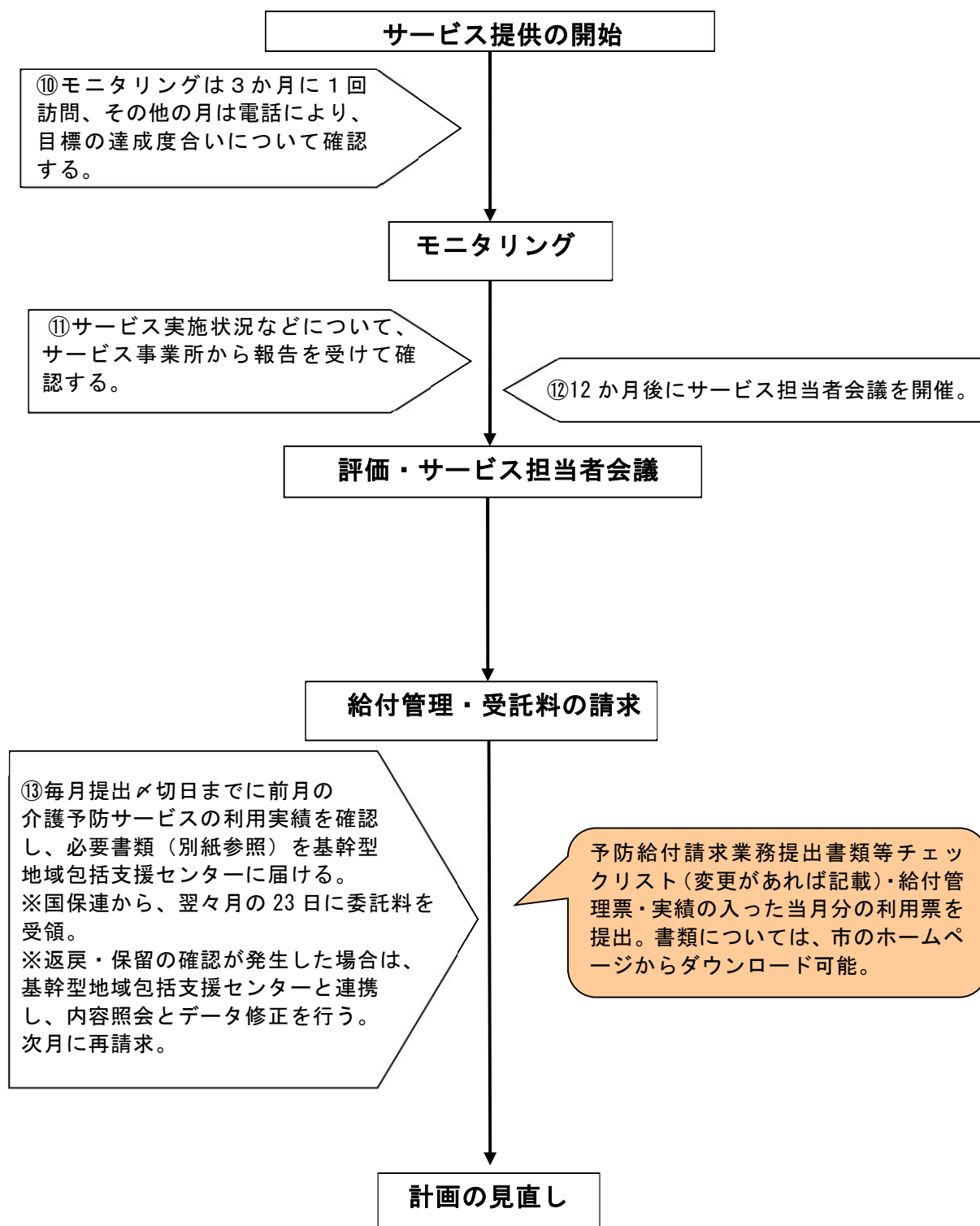
①「相談」から「アセスメント」まで



②「アセスメント」から「総合事業・介護予防サービス・支援計画作成」まで

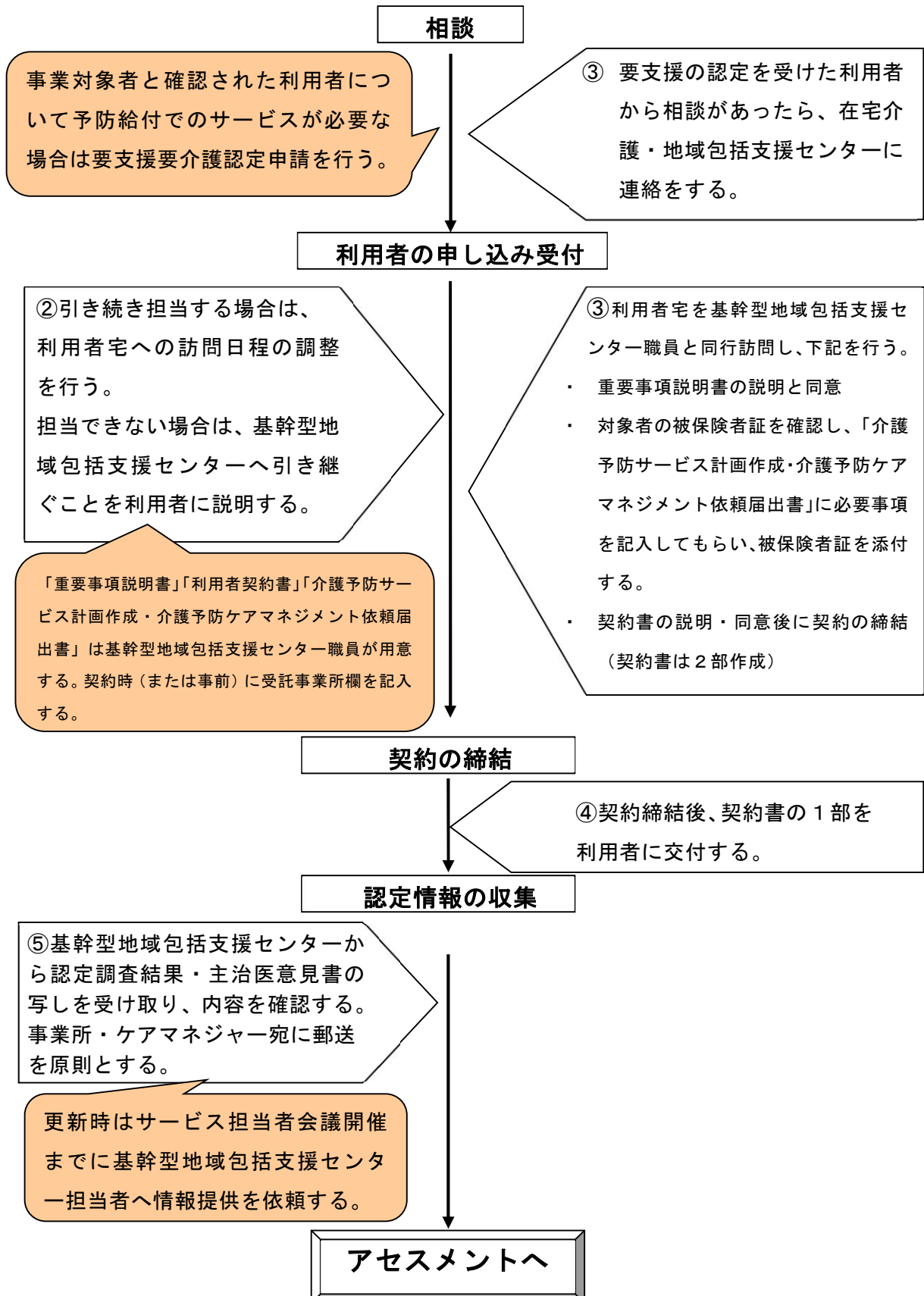


③「サービスの提供」から「給付管理、委託料の請求」「サービス終了」まで

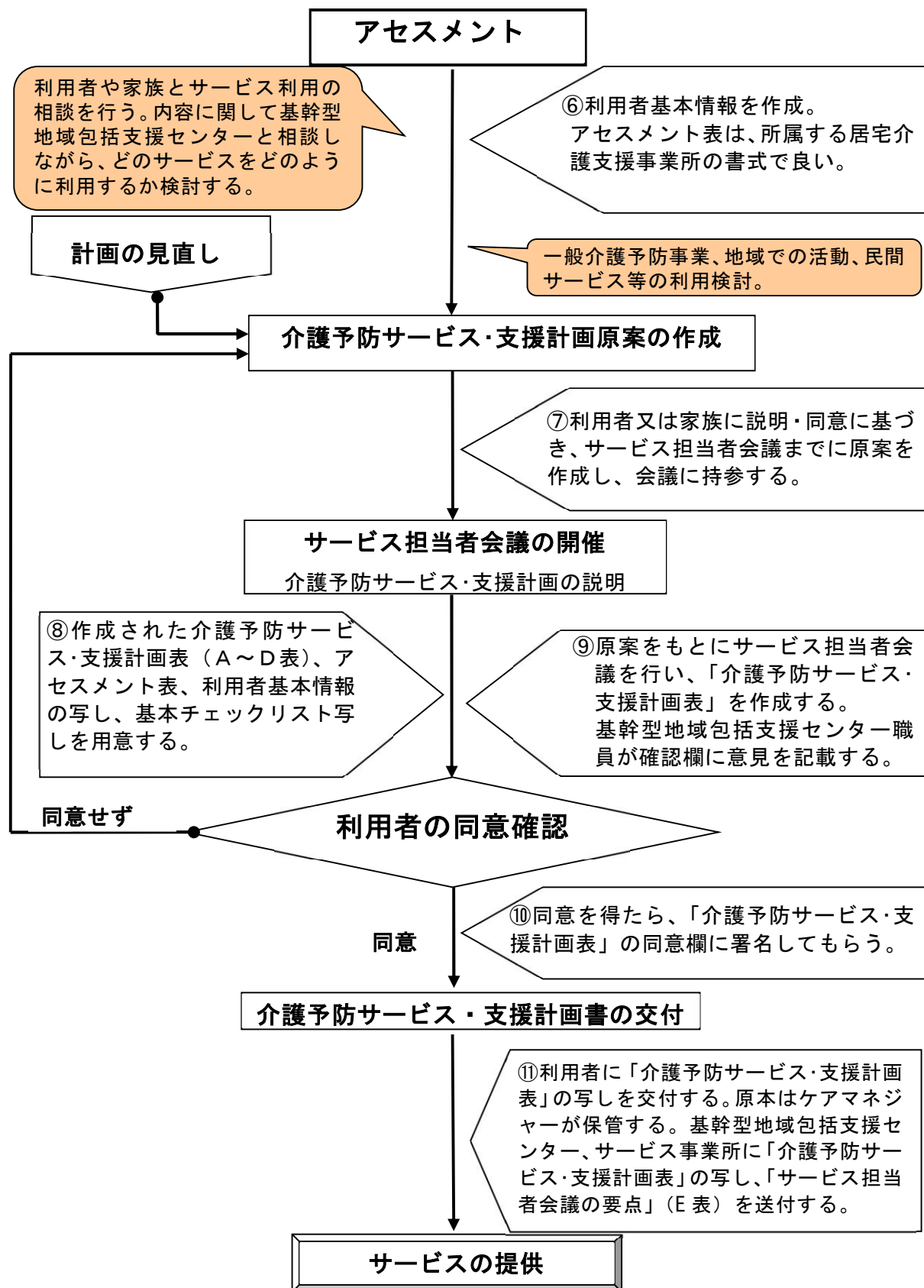


(5) 介護予防サービス計画（予防給付を利用する場合）

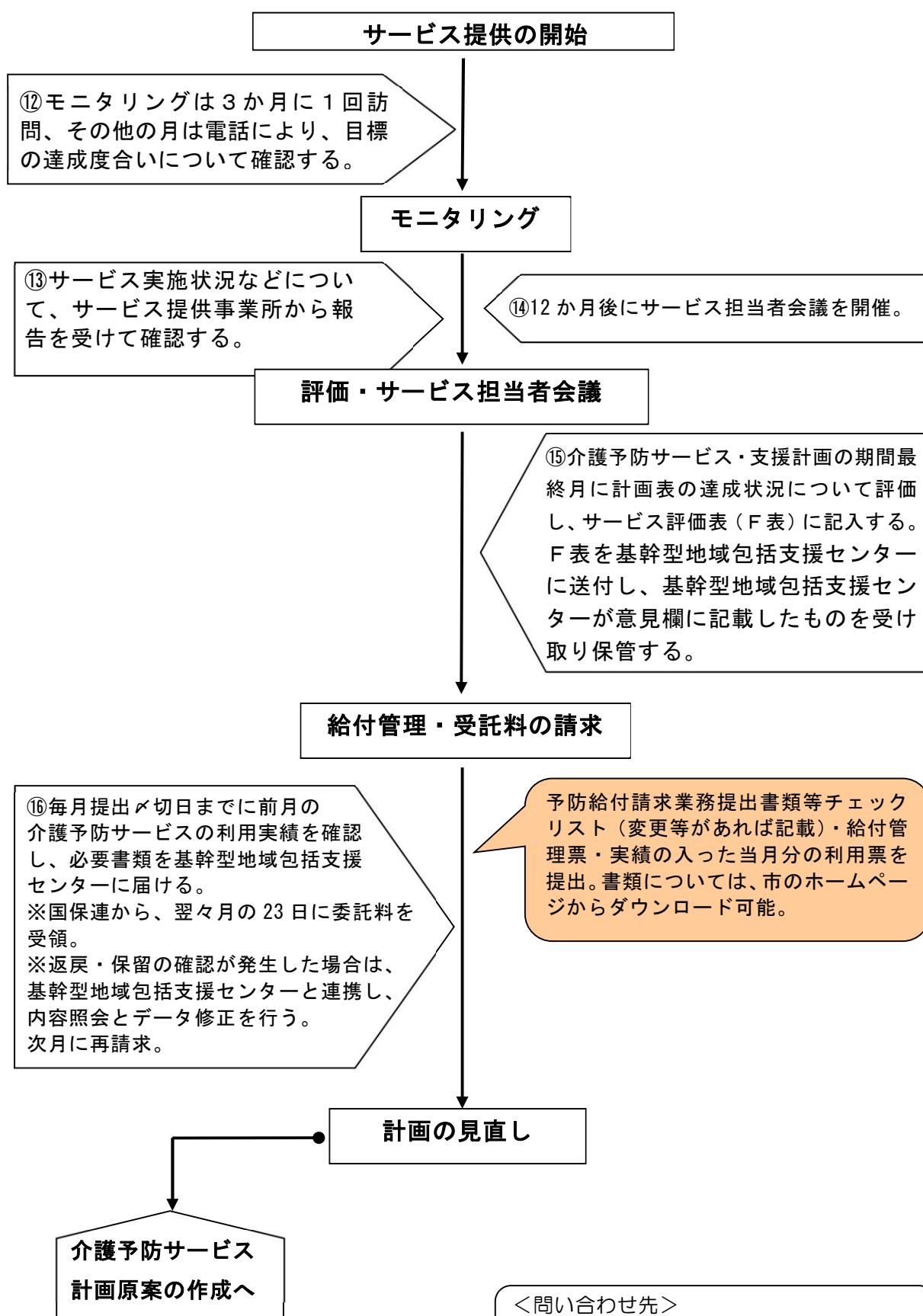
①「相談」から「アセスメント」まで



②「アセスメント」から「介護予防サービス・支援計画」まで



③「サービスの提供」から「給付管理、委託料の請求」まで



＜問い合わせ先＞
部署名：地域包括支援センター
電話番号：60-1947

1 1. サービスの質の確保

＜武蔵野市の考え方＞

ケアマネジャーを取り巻く環境は、介護保険創設時から度重なる制度改正を経て大きく変化してきた。医療や保険外サービスとのフォーマル・インフォーマルな連携など、求められる専門性は高度化かつ多様化しているが、ケアマネジャーには、「連携の要」としての役割がますます期待されている。

一方、ケアマネジメントの基本は、利用者の立場に立って個々人の個別性を尊重し、生活の全てを把握して利用者の自立支援、状態の悪化防止を図るために、計画的・総合的に支援を継続していくという基本は変わらない。

そのため、ケアマネジャーとしての理念、職業倫理、基礎知識に加え、関係法令や諸サービス、地域の特性を知っている等、引き出しの多さが求められる。

武蔵野市では、制度の適切な理解、ケアマネジメントの基礎理解と実践力、応用力、マネジメント力の向上を目的とした取組として、保険者によるケアマネジャーガイドラインの作成、ケアマネジャー全体研修会、ケアマネジャー新任研修、ケアプラン指導研修、主任ケアマネジャー研修、集団指導、地区別ケース検討会（P50）、居宅介護支援事業者連絡協議会幹事会の事務局協力等を行なっている。

（１）ケアマネジャーガイドラインの策定

本ケアマネジャーガイドラインは、ケアマネジャー支援のために、武蔵野市独自で作成したものである（p.1参照）。ケアマネジメントを行う際の具体的な活動基準を設定することにより、ケアマネジメントに関するサービスの質の管理と向上を目指している。

また、市内でケアマネジメントを行う際に必要となる関連帳票等の利用方法等を解説することにより、新たにケアマネジャーが市内で活動を開始した際に、スムーズに業務を開始できることを目指している。

さらに、ケアマネジャーに対し、武蔵野市独自施策、高齢者関連施策及びインフォーマルサービス等に関する情報提供を行うことを通じて、介護保険サービスとともに、これらも加味したケアマネジメントが実践されることを目指したものである。

（２）ケアマネジャー全体研修会

ケアマネジメントに関連した知識の獲得や、社会情勢の変化に対応するために役立つ知識等を学ぶ研修を実施することで、ケアマネジメントの質の維持及び向上を図っている。年1回を目途に開催。

＜対象者＞

- ・市内の居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャー
- ・地区別ケース検討会に参加しているケアマネジャー

(3) ケアマネジャー新任研修

武蔵野市民を担当して2年未満のケアマネジャーを対象に、年1回実施している。武蔵野市における介護保険の現状と「まちぐるみの支え合い(武蔵野版地域包括ケアシステム)」の基本的な考え方、居宅介護支援のガイドライン等について、介護保険の保険者である武蔵野市からケアマネジャーに伝え、介護保険外の社会資源の紹介を含め、適切なサービス提供につなげていただくことを目的としている。

(4) ケアプラン指導研修

下記のケアマネジャーを対象に、ケアプラン指導研修事業を実施している。

＜対象者＞

- ・地区別ケース検討会に参加しているケアマネジャー
- ・市内の居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャー
- ・その他、保険者等が推薦するケアマネジャー

＜ケアプラン指導研修委員＞

- ・基幹型地域包括支援センター
- ・在宅介護・地域包括支援センターに所属する主任ケアマネジャーまたは準ずる者
- ・基幹相談支援センター
- ・住宅改修・福祉用具相談支援センター等に所属する専門職
- ・保険者

＊ケアプラン指導研修委員については構成が変更される場合あり

＜研修内容＞

ケアマネジャーから提出されたケアプランをもとに、上記のケアプラン指導研修委員がケアプラン向上のための評価会議を開催。その結果を、1対1の面接で伝達するとともに、ケアマネジメントとその方向性を示す。ケアプラン指導研修修了後のケアマネジメントについては、在宅介護・地域包括支援センターがケアマネジャー支援として関わっていく。また研修修了者を対象としたフォローアップ研修を行う。

(5) 主任ケアマネジャー研修

主任ケアマネジャーは、ケアマネジャーに対するスーパーバイズや、まちぐるみの支え合いを実現するために必要な情報の収集・発信、事業や職種間の調整といった役割が求められる。主任ケアマネジャーの機能発揮や資質向上を目指した研修を、年1回を目途に開催している。

＜対象者＞

- ・市内の居宅介護支援事業所に所属する主任ケアマネジャー 等

（６）集団指導

運営指導における主な指摘事項と改善方法等を学ぶことで、居宅介護支援事業所の運営が適正に行われ、ケアマネジメントが適切に実施されることで、市民に提供されるサービスの質の維持及び向上を図っている。

年1回(3月頃)開催しており、直近の制度動向や行政による支援施策等の情報提供もあわせて行っている。また、3年に一度(制度改正の前年)、制度改正と介護保険事業計画について説明を行なっている。

＜対象者＞

- ・市内の居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャー
- ・地区別ケース検討会に参加しているケアマネジャー
- ・その他、保険者等が推薦するケアマネジャー

（７）武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会の事務局協力

武蔵野市で事業展開を行う指定居宅介護支援事業者間の連携・相互補完を図り、介護サービスの安定的な供給体制づくり、情報の共有、及びサービスの質の向上等に取り組むことを目的として、次の事業を行っている。

- ①介護サービスの質の向上に関する研修会・連絡会等の開催。
- ②介護サービスに関する情報の共有のための諸事業。
- ③公的介護保険等に関する事業者間の連絡及び協力に関すること。
- ④その他目的達成に必要なこと。

＜ケアマネジャーの声＞

武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会では、行政情報の提供や、研修会の開催等の事業者支援を行っています。多職種の協議会や市の関連部署等と連携を取ることで、介護保険のスムーズな運営を図っています。

この居宅介護支援事業者連絡協議会の幹事会に参加することで、得た情報や協議した内容を実際のケアマネジメント業務に直接反映できるといったメリットがあります。主任ケアマネジャー資格の取得・更新時の要件としても認められています。在宅医療・介護連携推進事業の部会で多職種と意見交換ができたり、学びたいことを研修のテーマに取り入れれたり、介護保険制度の動向をいち早く知れるのも大きなメリットだと思います。

皆さんの中には武蔵野市内で初めてお仕事をされることに不安を抱えている方もいらっしゃるかもしれませんが、武蔵野市には介護人材確保定着支援金や Re スタート支援金などの支援体制が整っていたり、“住宅改修・福祉用具相談支援センター”や“在宅介護・地域包括支援センター”のバックアップ体制があったり、研修制度も充実しています。

これまでのご経験を活かしながら、武蔵野市で一緒に頑張りましょう！

（Y 居宅介護支援事業所 U さん）

＜ケアマネジャーの声＞

武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会に参加して、ケアマネジャーとして多くの学びと貴重なつながりを得ることができました。特に、地域の介護支援に関する最新情報を共有できる場として、日々の業務に大いに役立っています。制度改正への対応や、他事業所の取り組みを知ることで、自身の業務にも新たな視点を持つことができました。

また、他のケアマネジャーや市役所職員との意見交換を通じて、実際に現場、市役所で困っていることを共有し、直接相談できる場所としてとても大事な場所だと感じました。

この協議会に参加したことで、単なる知識の習得にとどまらず、地域全体で支え合う重要性を再認識できました。今後も継続的に参加し、より良い支援を提供できるよう努めていきたいと思います。

(N 事業所 O さん)

＜住宅改修・福祉用具相談支援センターの役割＞

武蔵野市では、「住宅改修・福祉用具相談支援センター」を設置し、高齢者の身体状況にあったサービスの導入について、ケアマネジャーの皆さんからの相談に応じる体制を整えております。住宅改修・福祉用具相談支援センターには、常勤の作業療法士、理学療法士の他、非常勤職員として、言語聴覚士、排せつケア専門員が配置され、利用者の居住状況・身体状況・日常生活動作・介護者とその介護力、また他の医療保健福祉サービスの活用を踏まえ、専門職の視点から住宅改修、福祉用具をはじめとした住環境整備について総合的な相談支援や提案を行っています。

＜相談内容＞

住宅改修・福祉用具に関する相談及び支援

関係機関や民間事業所への技術支援、情報提供および連絡調整、適宜指導

12. 地区別ケース検討会・地域ケア会議

＜武蔵野市の考え方＞

在宅介護・地域包括支援センターの担当地区ごとに行われている地区別ケース検討会では、日常生活圏域レベルの地域ケア会議を実施している。ケアマネジャーは利用者が生活する地域であることを意識し専門職の視点から参加することで、地域づくりや地域資源の開発に取り組んでいる。

また、地区別ケース検討会での事例検討や個別レベルの地域ケア会議の実施においては、基幹型地域包括支援センター、在宅介護・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の主任ケアマネジャーが参画し、協働していく。

そして、地域ケア会議を活用し、多職種連携の強化を図る。既存の連携会議に地域ケア会議の機能を付加し、個別レベル、日常生活圏域レベル、市町村レベル、高齢者・障害者の分野を越えたレベルで、重層的に「地域ケア会議」を実施し、包括的な支援のネットワークを構築し、対処方法ではない、根本的な問題解決や政策形成に反映させていく。

武蔵野市では、市を東部・中央部・西部の3ブロックに分け、ブロックごとに2つの「地区別ケース検討会」を設置している。設置の目的は介護保険制度施行当初、日々新たな問題に直面し奮闘していたケアマネジャーの支援、孤立防止のために始めたものであるが、現在ではその役割を広げ、市とケアマネジャー、あるいはケアマネジャー同士の横の連携の強化、ケアマネジャー自身の企画・運営により勉強会を行う(例:事例検討、医師会医師を招いた症例検討)など、ケアマネジャーの研鑽の場ともなっている。

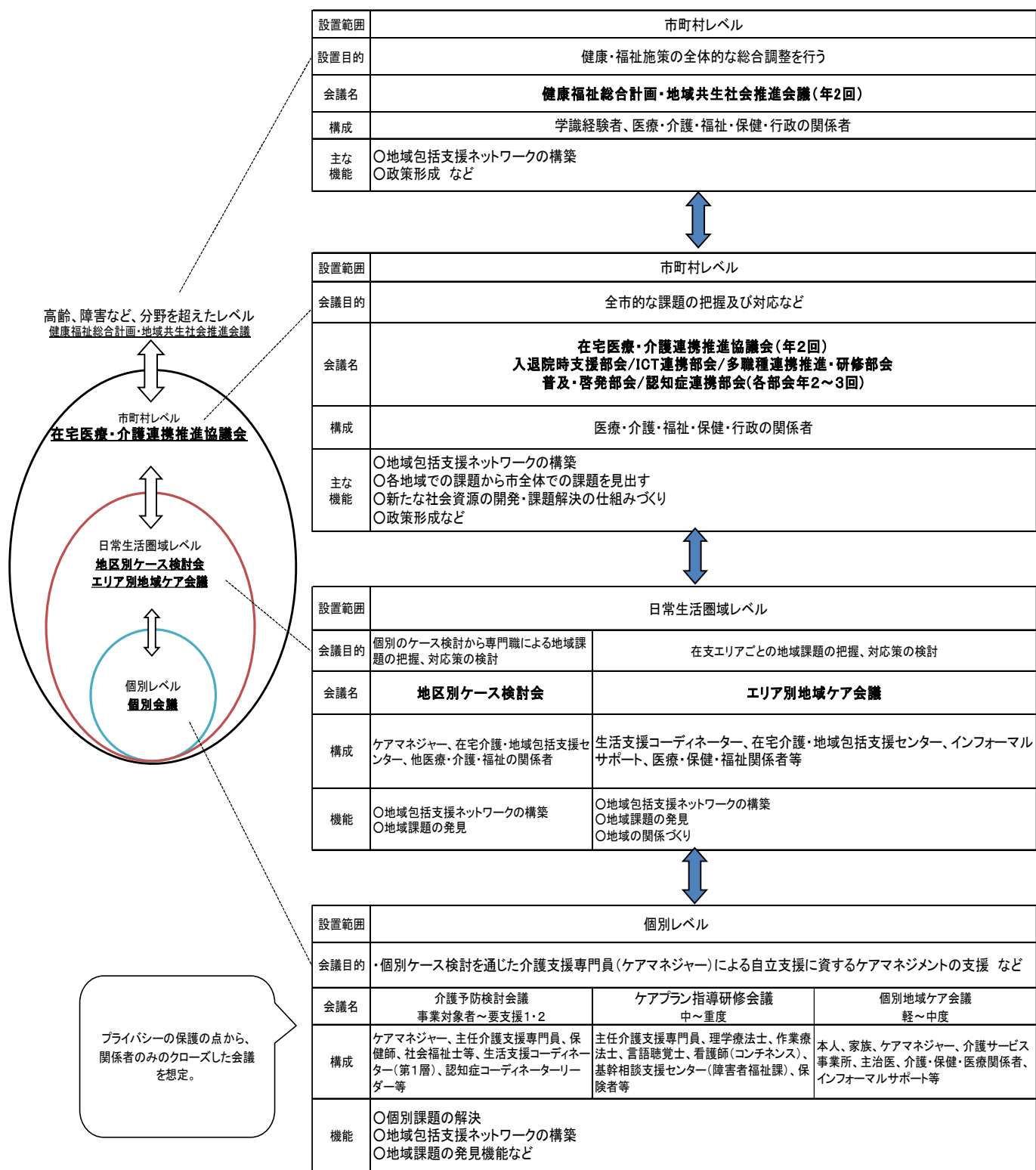
なお、地区別ケース検討会の事務局は各在宅介護・地域包括支援センターとしている。会議開催頻度は月1回(8月を除く毎月、計 11 回開催。)とし、具体的な運営はそれぞれの地区別ケース検討会ごとに決めている。ケアマネジャーが地区別ケース検討会に参加するためには、在宅介護・地域包括支援センターへの登録が必要である。登録先は選択可能だが、主な活動エリアとなる在宅介護・地域包括支援センターへの登録が原則となる。

図表 16 地区別ケース検討会開催概要

地 区	在宅介護・地域包括支援センター	開催日	時 間	会場等
東部第1	ゆとりえ在宅介護・地域包括支援センター	第3木曜日	16:00～18:00	
東部第2	吉祥寺在宅介護・地域包括支援センター	第3水曜日	15:00～17:00	
中央第1	高幡総合センター在宅介護・地域包括支援センター	第3金曜日	15:00～17:00	
中央第2	吉祥寺シブキホーム在宅介護・地域包括支援センター	第2木曜日	15:00～17:00	
西部第1	桜足ケアハウス在宅介護・地域包括支援センター	第3火曜日	14:30～16:30	市民会館等
西部第2	武蔵赤十字在宅介護・地域包括支援センター	第3木曜日	15:00～17:00	武蔵野プレイス

図表 17 武蔵野市の地域ケア会議体系図

▶重層的な支援体制を構築！



<問い合わせ先>

部署名 : 基幹型地域包括支援センター
電話番号 : 60-1947

【ケアマネジャーチェック項目】

- 「地区別ケース検討会届出書」を在宅介護・地域包括支援センターに提出したか
（武蔵野市の介護に関する情報を得るためには、地区別ケース検討会に入る必要がある）
- 参加していた地区別ケース検討会の変更や辞退について届け出をしたか

＜ケアマネジャーの声＞

日頃ケアマネジメントを行う中で、困難に感じたり、行き詰まったり、利用者様とご家族がより良く暮らすためにはどうすればいいか迷うことがあると思います。地区別ケース検討会は、在宅介護・地域包括支援センターや他事業所のケアマネジャーがそのようなケースと一緒に様々な視点から検討し、解決のヒントや新たな気づきが得られる場です。

高齢者虐待や不適切な介護というセンシティブな問題に直面した時に、表面上の出来事を見るだけではなく、虐待する側とされる側のこれまでの関係性など様々な要因を探ってひも解いていくと、虐待する方にもやるせない理由があることを理解でき、解決の糸口が見つかることもあるのではないかと、という意見のように、経験豊富なケアマネジャー達だからこそのお話も聞くことができます。

明らかな暴言・暴力だけではなく、精神的・金銭的な虐待やネグレクトなど多岐に渡りますし、共依存状態の関係にどこまで踏み込んでいいのか悩ましいこともあります。

利用者様を守るためにケアマネジャーはどう動けばいいのか判断に迷う時は決して一人で抱え込まず、まずは在宅介護・地域包括支援センターに相談して下さいね。その後、地区別ケース検討会に事例提出して振り返りの場として活用されるのもいいと思います。

（I 居宅介護支援事業所 U さん）

1 3. 生活支援サービスの体制整備

＜武蔵野市の考え方＞

介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）では、多様な主体による様々な生活支援の充実が目的として掲げられており、この生活支援を担う地域の社会資源の把握、創出のために平成 27 年度に地域支援事業内に生活支援体制整備事業が創設された。生活支援体制整備事業において、市町村は生活支援コーディネーターの配置及び協議体の設置をすることとされている。

（１）生活支援コーディネーターの役割

生活支援コーディネーターの役割は、①地域の社会資源の開発、②関係者間のネットワークの構築、③支援ニーズと取組とのマッチング等となっている。武蔵野市では、第1層の生活支援コーディネーターを平成 27 年4月より基幹型地域包括支援センター（市直営）に配置した。このことによって、生活支援コーディネーターが地域で得た情報を即時に総合事業担当や地域包括支援センターで共有し、既存事業の見直しや新たな施策の検討に直結されることが可能となっている。第2層については、在宅介護・地域包括支援センターに配置している。

図表 18 生活支援コーディネーターの活動の例

生活支援コーディネーターの活動の例

- 新たな高齢者向けの活動（サービス）を予定している市民や団体からの相談に応じ、活動の立上げと一緒に取組む。
- いきいきサロンに出向き、運営に関する相談や利用者に関する相談を受ける。
- 支援が必要な高齢者を在宅介護支援センターにつなぐ、または他の相談機関（民間を含めた社会資源）を紹介する。
- 既存の高齢者向けの活動に参加し、運営する市民や団体との関係形成や定期的な情報交換を行う。

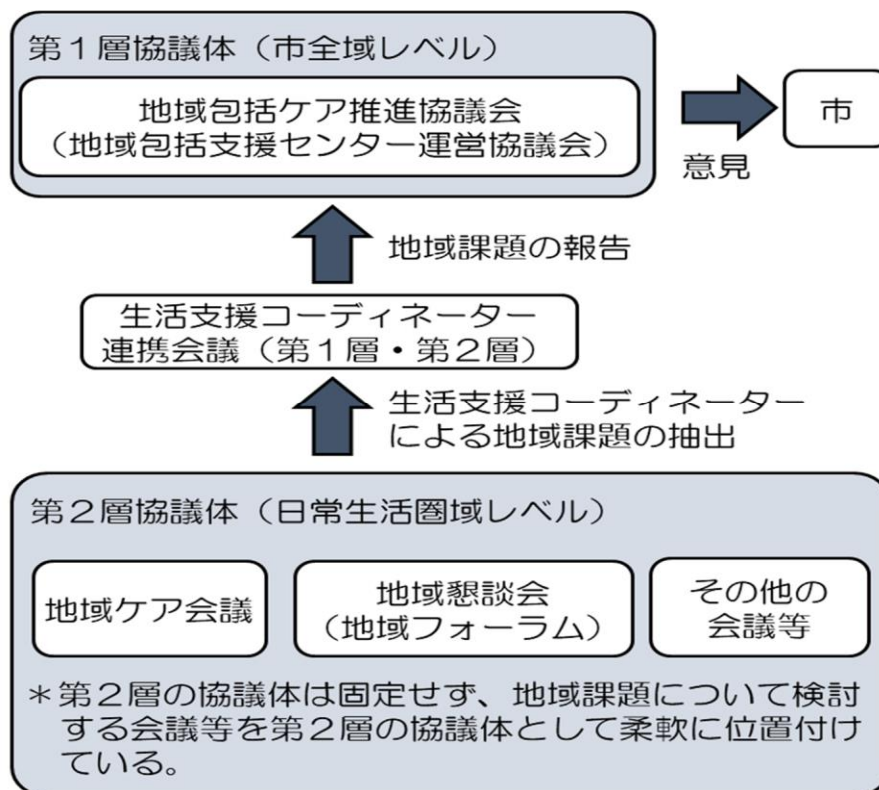
(2) 協議体について

総合事業では、市町村が主体となり、各地域におけるコーディネーターと生活支援等サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として、中核となるネットワークを「協議体」としている。

武蔵野市では、協議内容に実効性を持たせる、議論されたことをオーソライズされた政策提言とする、協議体と生活支援コーディネーターの有機的な連動を図る、会議体の乱立を防ぐという考え方から、既存の地域包括支援センター運営協議会を、地域包括ケアシステム全般について協議する「地域包括ケア推進協議会」として発展、拡充し、協議体の第1層(市全域レベル)に位置づけた。また、地域ケア会議等を第2層(在宅介護支援センター圏域レベル)の協議体に位置づけ、第2層の生活支援コーディネーターが参加することとした。

このようにして第2層の生活支援コーディネーターが抽出した地域課題については、生活支援コーディネーター連携会議(第1層・第2層)で意見集約し、第1層の生活支援コーディネーターが「地域包括ケア推進協議会」に報告することになっている。そして、「地域包括ケア推進協議会」から市長に意見することになっている。

図表 19 武蔵野市における協議体の設置状況



14. 居宅介護支援事業所の指定及び指導監査

(1) 居宅介護支援事業所の指定について

平成30年4月より介護保険法の改正に伴い、保険者機能強化の観点から、区市町村による介護支援専門員の支援を充実することを目的とし、指定居宅介護支援事業所の指定権限等が都道府県から市町村に移行された。事業者が指定居宅介護支援を提供するためには、指定権者(市)から指定を受ける必要がある。

なお、市内で、居宅介護支援事業所を新しく開設する場合は、予め市へ連絡すること。

① 指定の更新

介護保険法の規定により、指定事業者は、6年ごとに指定の更新を受けなければ、指定事業者としての効力が失われる。引き続き、指定を受けるためには、指定更新手続きを行い、再度指定を受ける必要がある。

指定有効期間満了月の前月15日までに、電子申請届出システムで指定更新書類を提出すること。

② 変更の届出

変更の事項が生じてから10日以内に電子申請届出システムで提出すること。

③ 各種加算の届出

加算を算定する月の前月15日までに電子申請届出システムで提出する必要がある。また、加算の要件を満たさなくなった場合は、すみやかに提出すること。

④ 介護予防支援事業所の指定

令和6年4月より制度改正により、居宅介護支援事業所も市町村から指定を受けて介護予防支援を直接実施できるようになった。

利用者が介護予防支援と介護予防ケアマネジメント指定を行き来する場合の取り扱いや提出書類、給付管理等、留意事項が多岐にわたるため、指定を希望する場合は予め市に相談すること。

(2) 運営指導について

運営指導の対象事業所については、1か月前までに市から連絡をしている。

Q 居宅サービス計画やモニタリング等の記録の保管は何年までですか？

【保険者コメント】

「武蔵野市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を定める条例」において、記録の完結の日から5年間の保存としています。なお、記録の保管については、電磁的な記録も認められています。

15. 地域密着型サービスの市町村域を超えた利用について

(1) 地域密着型サービスの基本原則

地域密着型サービスは、要介護者が住み慣れた地域で生活することを支えるため、市町村内の支援ニーズに応じて提供されるサービスであり、市町村が事業所を指定するものである。このため、市町村の被保険者は、その市町村内の地域密着型サービスを利用することが原則である。

(2) 他の市町村の地域密着型サービス事業所の指定（例外的取扱い）について

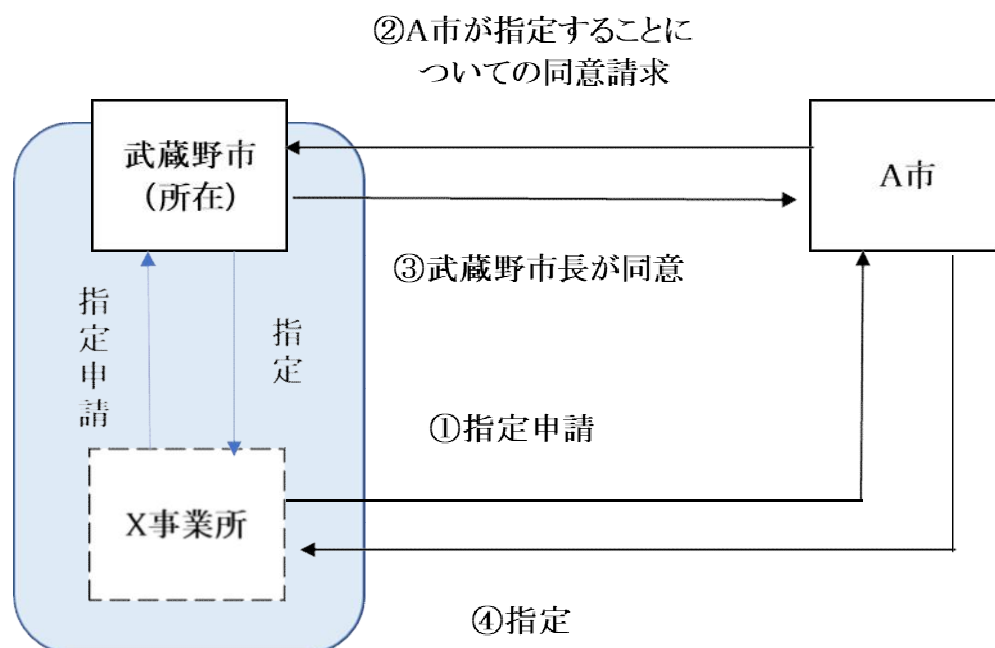
被保険者からの利用希望に基づき、市町村が必要であると認める場合には、例外的に、他の市町村に所在する事業所について、当該市町村の同意を得た上で指定することにより、被保険者が利用することが可能となる。具体的な手続については以下の通りである。

＜他市町村に所在する事業所の指定手続＞

事業所の指定については、当該事業所所在地の市町村長の同意を得て、他の市町村長が指定することで、当該他の市町村の被保険者もサービスを利用することができる（介護保険法第78条の2第4項第4号及び第115条の12第2項第4号関係）。

例えば、図表20の場合、A市は武蔵野市長の同意があれば、武蔵野市に所在するX事業所を指定することができる。

図表 20 他市町村に所在する事業所の指定手続



なお、武蔵野市において、地域密着型通所介護については、隣接市区（練馬区、杉並区、三鷹市、小金井市、西東京市）との相互利用に関する協定により、隣接市区に所在する事業所を指定するにあたり同意は不要である。そのため、隣接市区の地域密着型通所介護については、市内の事業所と同様にケアプランに位置付けて問題ない。

☞Q&A 編 p.19:問 25 武蔵野市民が他市の地域密着型サービスを利用する場合について

16. 家族介護者への支援

＜武蔵野市の考え方＞

住み慣れた地域で安心して住み続けられるために、利用者自身だけでなく、家族介護者への支援も必要である。家族介護者の心身の健康、生活、経済といった状況にも留意したケアプランを提案する。そのために介護保険サービスだけでなく、市の制度やインフォーマルな社会資源も活用するなど、常に情報収集し提案できるようにする。

在宅サービスの関係者すべてが同一の目標を共有し、体系的な支援により家族介護者が安心して介護できる環境をつくるのが、利用者自身の生活の維持・向上にもつながる。

＜武蔵野市の家族介護支援＞

・家族介護者の集い

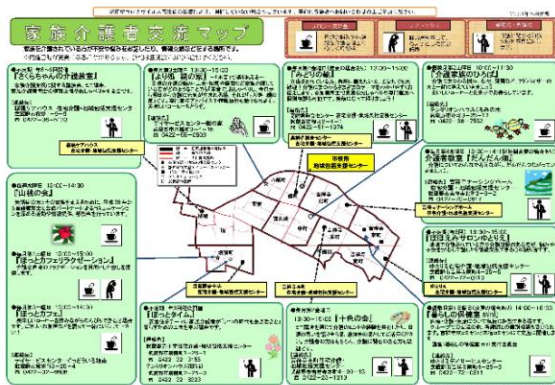
介護をしている家族同士が交流・情報交換をする場を提供している。

・家族介護支援プログラム

デイサービスセンターや在宅介護・地域包括支援センターにおいて、家族を支援することを目的とした家族介護に関する講座や懇談会を開催している。(チラシやHPに掲載)

また、家族を介護されている方が、不安や悩みを話したり情報交換などをする場所を紹介するマップを作成している。

※ 武蔵野市HPから（くらしのガイド＞高齢者＞家族介護支援プログラム）



▲家族介護者交流マップ

- ・家族介護用品支給 (p89)
- ・家族介護慰労金支給 (p89)
- ・はいかい高齢者探索サービス (p89)
- ・認知症高齢者見守り支援ヘルパー (p89)

開催日時	内容	参加費
11月7日(土) 13時～15時	「家族介護者交流会」を開催します。家族介護者同士の交流・情報交換の場を提供します。参加費無料。定員20名。申込要。	参加費 25-4
11月10日(火) 13時30分～15時30分	「家族介護者交流会」を開催します。家族介護者同士の交流・情報交換の場を提供します。参加費無料。定員20名。申込要。	参加費 25-4
11月11日(水) 13時30分～15時30分	「家族介護者交流会」を開催します。家族介護者同士の交流・情報交換の場を提供します。参加費無料。定員20名。申込要。	参加費 25-4
11月12日(木) 13時30分～15時30分	「家族介護者交流会」を開催します。家族介護者同士の交流・情報交換の場を提供します。参加費無料。定員20名。申込要。	参加費 25-4
11月13日(金) 13時30分～15時30分	「家族介護者交流会」を開催します。家族介護者同士の交流・情報交換の場を提供します。参加費無料。定員20名。申込要。	参加費 25-4
11月14日(土) 13時30分～15時30分	「家族介護者交流会」を開催します。家族介護者同士の交流・情報交換の場を提供します。参加費無料。定員20名。申込要。	参加費 25-4
11月15日(日) 13時30分～15時30分	「家族介護者交流会」を開催します。家族介護者同士の交流・情報交換の場を提供します。参加費無料。定員20名。申込要。	参加費 25-4

▲家族介護支援プログラム
(毎月更新)

＜ケアマネジャーの声＞

ヤングケアラーという言葉が定着しつつある昨今、令和6年度介護報酬改定ではヤングケアラーに関する記載が加算の算定要件に入ったり、ケアマネ法定研修のカリキュラムになったりと、ケアマネへの期待度の高さがうかがえます。

ただ、ヤングケアラー支援についてインターネットで調べてみると、難しい言葉や困難な事柄が多く出てきます。調べた通りのことを行うのは無理にも思えてきますが、心配いりません。親身に話を聞いてくれる方が実は近くに沢山いるからです。事業所の先輩、在支・基幹型包括の方、人によっては障害者福祉課や生活福祉課の担当ワーカーなど挙げればきりがありません。子ども家庭支援センターへ相談するのもいいでしょう。

ヤングケアラーに限らず、自分だけで考え込まないで、多角的な視点でその家庭と向き合えば、本人も、家族も、そして自分も少しだけ幸せに近づくかもしれません。

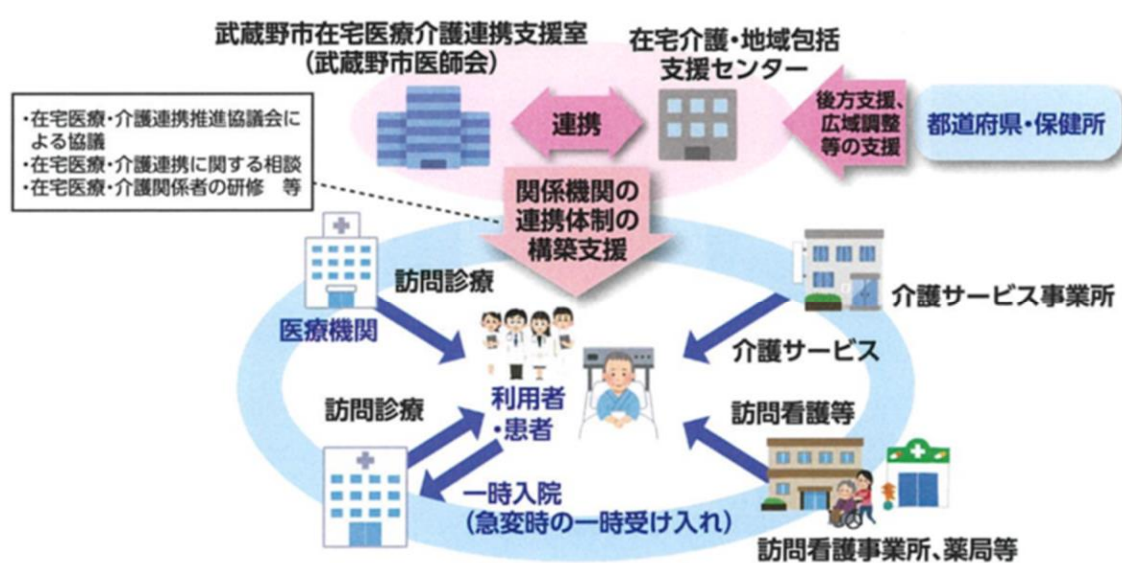
(K 居宅介護支援事業所 S さん)

第2節 実践編

1. 在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護連携推進事業は、平成27年度から介護保険制度の地域支援事業に位置付けられ、市町村が中心となって取り組むこととなった。

図表 21 武蔵野市における在宅医療・介護連携

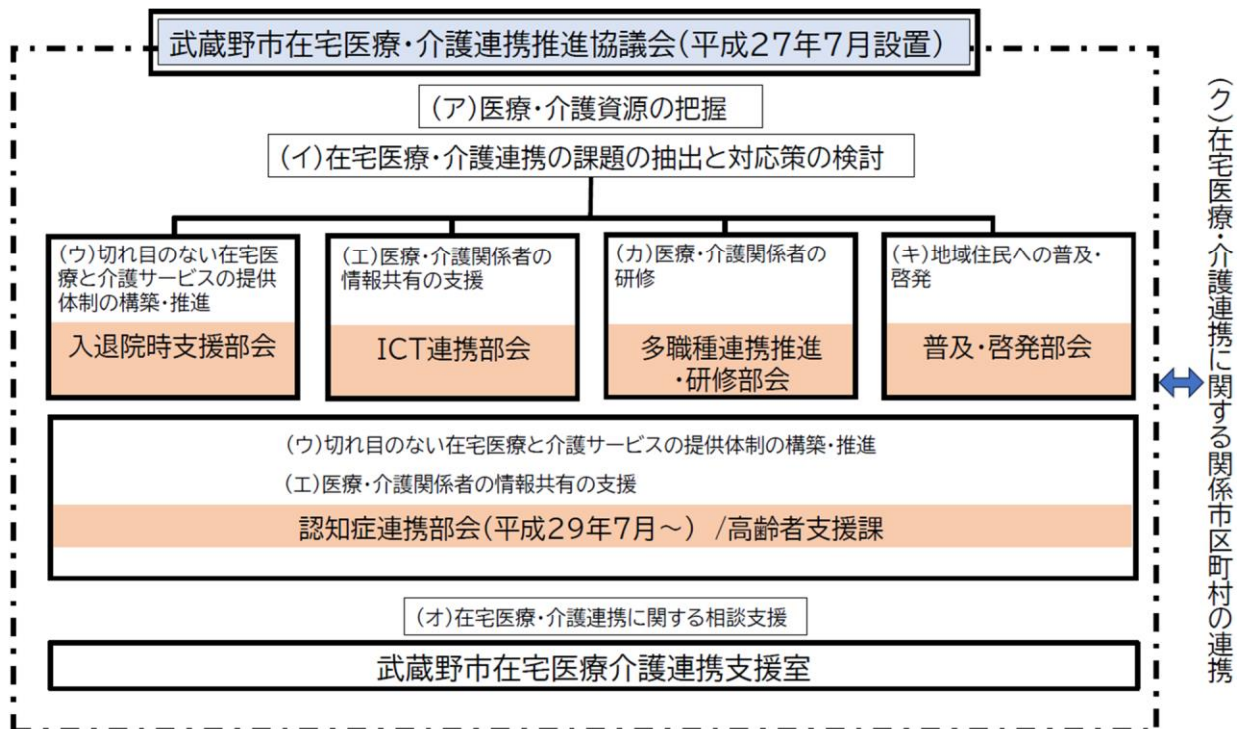


この事業は、8つの事業から成り立っており、武蔵野市では、それぞれに対して、次の表のように対応している。高齢期になると、加齢に伴う心身機能の衰えから「①日常の療養支援」「②入退院時支援」「③急変時の対応」「④看取り」の場面で医療と介護が必要となってくることから、こうした具体的な場面を意識しながら、切れ目のない医療と介護の連携体制の構築をすすめている。

図表 22 在宅医療・介護連携推進事業の事業項目と武蔵野市の取り組み方針

在宅医療・介護連携推進事業の事業項目		武蔵野市の取り組み方針
ア	地域医療・介護サービス資源の把握	・医療機関や介護サービス事業所のマップ等の作成 ・武蔵野市医師会、歯科医師会、薬剤師会によるリストの活用 ・武蔵野市介護サービス事業所リストの活用
イ	在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議	・医療・介護・福祉の関係者による「在宅医療・介護連携推進協議会」において武蔵野市における医療と介護の連携の在り方等について協議を行う
ウ	切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築増進	・訪問看護と介護の連携強化事業 ・入退院時支援部会で入退院時の連携における課題解決の具体策の検討
エ	医療・介護関係者の情報共有の支援	・医療と介護、病院や施設と在宅等のさまざまな場面での情報共有の方法やツール等に関する検証、改善など ・ICT連携部会でMCS(メディカルケースアスーション)やデジタル技術の活用による効率的・効果的な情報共有等の意見交換
オ	在宅医療・介護連携に関する相談支援	・武蔵野市医師会「在宅医療・介護連携支援室」の専任の相談員が医療・介護関係者からの相談、支援を行う
カ	医療・介護関係者の研修	・多職種連携推進研修部会で医療と介護に共通する課題、テーマ選定し研修会を開催 ・医療と介護が連携しやすくなるよう地域での研修を開催 ・MCS掲示板機能を活用した研修の周知
キ	地域住民への普及啓発	・健康づくり事業団による健康維持に関する情報提供等 ・普及啓発部会で市民向けセミナーや講演会等の開催
ク	二次医療圏内・関係市区町村の連携	・多摩府中保健所等との連携による圏域のネットワーク強化

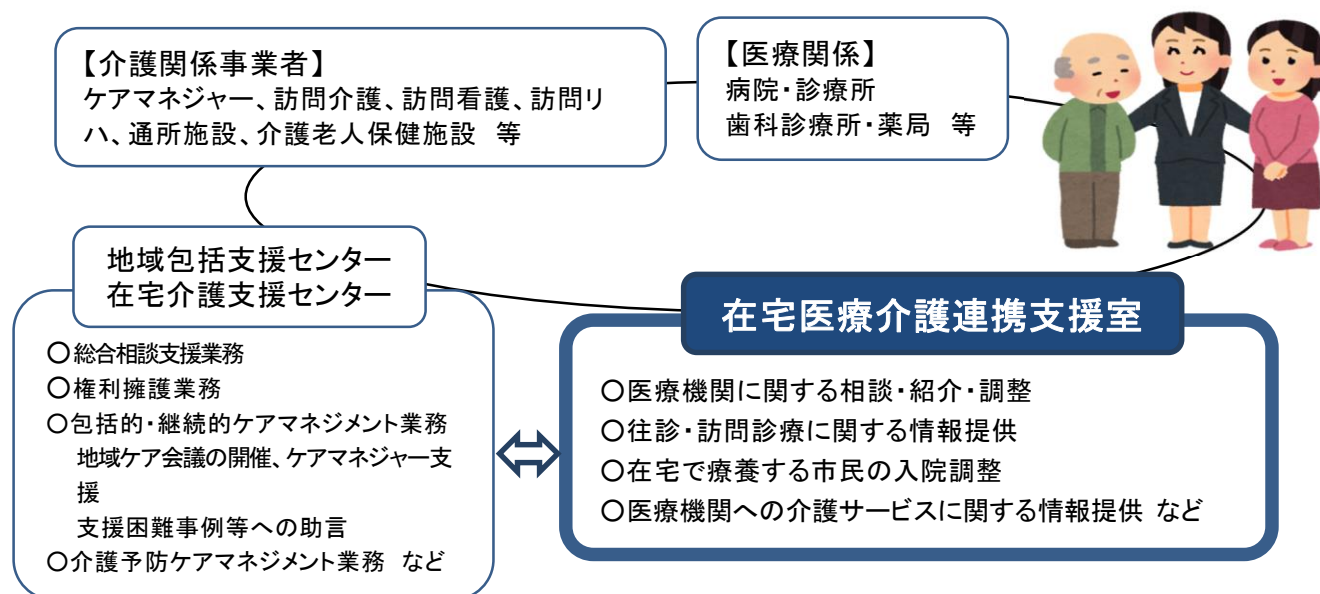
図表 23 在宅医療・介護連携推進事業 8 事業の関連性



武蔵野市医師会在宅医療介護連携支援室は、暮らしを支える医療介護連携を担う医療機関や介護関係者の相談や支援を行う窓口として、武蔵野市医師会館内に平成27年に開設した。医療機関や介護・福祉関係機関での多職種連携を推進・強化するためのサポートをし、市民の在宅療養生活を後方支援している。

- 場所など 武蔵野市医師会館 2 階（中町 2-1 5-5）
*令和 7 年 4 月より医師会館建替えのため仮施設へ移転予定
電話 0422-39-8780
- 相談日など 月・火・木・金曜日 午前 9 時～午後 5 時
- スタッフ体制 医療ソーシャルワーカー（社会福祉士・ケアマネジャー）
I C T サポートスタッフ 各 1 名
- 運営形態 一般社団法人武蔵野市医師会へ業務委託

図表 24 在宅医療介護連携支援室と関係機関の連携（イメージ）



■ I C T 連携

武蔵野市では平成 27 年より武蔵野市医師会が導入した MCS (メディカルケアステーション) を活用し、医療と介護の連携強化をすすめてきた。迅速かつ正確な情報の共有ができ、デジタル技術を活用することによりペーパーレス化や連絡調整にかかる時間の短縮といった業務の効率化、生産性向上にもなっている。

図表 25 武蔵野市におけるICT連携のルール

武蔵野市における ICT 連携のルール

武蔵野市在宅医療・介護連携推進協会 作成

2024 年 3 月版

1. 武蔵野市における ICT 連携は、在宅医療と介護連携を推進するための「連携ツールのひとつ」であることを共通認識とする。
2. また職種による視点の違いや役割の違いを相互に理解し、ICT ツールを活用することにより、さらに医療と介護の連携を推進する。
3. ICT による連携は、24 時間 365 日、支援関係者を拘束したり即時対応を求めたりするものではない。
4. 武蔵野市では、医療と介護の連携のためのツールとして武蔵野市医師会が導入したメディカルケアステーション (MCS) を活用する。
5. メディカルケアステーション (MCS) において、被支援者（患者）グループを作る際は、主治医が被支援者（患者）本人及び家族の「同意」をとる。その上で、主治医が支援関係者（連携メンバー）を招待する。
6. 被支援者（患者）情報は、被支援者（患者）の尊厳を守るとともに、本人及び家族が同意した支援関係者（連携メンバー）内の共有とする。被支援者（患者）の支援について、治療方針に関することは主治医に、ケアプランに関することは介護支援専門員に確認する。
7. 被支援者（患者）グループにおいて、被支援者（患者）の急変時や緊急連絡には、原則として、電話等で直接連絡する等個別に緊急時の体制を確認しておく。
8. 武蔵野全ユーザーグループでは、個別支援方針に関する情報共有は行わない。
9. 利用にあたっては、「MCS 運用ポリシー（武蔵野市医師会版）」を遵守するほか、個人情報保護など各事業所が定めるルールも遵守する。
10. MCS パスワードは、英数字、記号を混在させた 8 文字以上の推定困難な文字列とし、2 か月毎に定期的に変更する。
11. 被支援者（患者）グループでの記録については以下の点に留意すること。
 - ①時候の挨拶等は不要とし本題を明確にする。
 - ②長文になるほど必要な情報が読み取れなくなるため、叙述形式の記録は不可とする。
 - ③「主観的情報」「客観的情報」「アセスメント」「介入や実施内容」「今後の計画」これらの項目を意識し簡潔に記載する。
 - ④「いいね」「見た」「了解」ボタンを活用し必ず意思表示をする。
 - ⑤記載したのが誰かわかるよう、必ず記載の最後に記載者の名前を入れる。
 - ⑥画像や動画で情報を共有する場合、画像や動画で共有する意図を明確にする。

2. 脳卒中地域連携診療計画書（脳卒中地域連携パス）について

脳卒中地域連携診療計画書とは、脳卒中を発症された方が急性期病院から、回復期病院など、そして在宅療養へ移行するにあたって、医療機関や行政機関、介護サービス事業所等が病状や治療に関する情報を共有するシートのことである。作成に当たっては、多職種が何度も何度も検討会を重ねて作り上げた。

目的、対象者、記入と活用方法は以下のとおりである。

（１）目的

- 地域連携診療計画書を活用することにより切れ目のない診療連携の構築。
- 患者が安心して在宅療養をできるようにするための情報交換。
- 「どのような治療や介護を必要とするのか？」と患者本位の地域連携の実現。

（２）対象者

- 北多摩南部保健医療圏内（武蔵野・三鷹・小金井・調布・府中・狛江市）の医療・保健・福祉関係機関との連携が必要とされる脳卒中患者

（３）記入の時期と活用方法

- **地域連携診療計画書(その１)…オーバービュー**
急性期病院に入院した患者、または家族に対し、治療を行う全ての医療機関での情報共有の為に使用する。患者や家族も医療連携による治療が切れ目なく行われていることが理解しやすくなる。
- **地域連携診療計画書(その２)…急性期から回復期**
急性期病院から回復期病院（回復期相当の機能を持つ医療機関を含む）に転院する際に使用し、回復期病院への情報を提供する。
- **地域連携診療計画書(その３)…回復期から維持期・在宅療養**
回復期病院から介護老人保健施設への転入所、または在宅に退院する際に使用する。
退院調整時に医療・介護・福祉関係機関とカンファレンスを行い、患者が安心して在宅療養ができるよう、今後の治療やケアの役割を明確にする。
- **地域連携診療計画書(その４)…フィードバック**
退院後の患者状態や在宅復帰後の患者の状態等について、在宅生活を支える方々（かかりつけ医、ケアマネジャー等）が、日常生活機能評価を行い、退院の属する月、またはその翌月までに急性期病院へ情報提供する際に資料する。

または急性増悪時に患者の状態を記載し前医療機関に送付する。退院後の患者の情報をフィードバックすることにより病態情報の収集と分析が可能になる。

☞資料編 p.12：地域連携診療計画書

＜脳卒中地域連携パスについて＞

【脳卒中地域連携パスが誕生するまで】

北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会（以下「研究会」という。）が立ち上がる平成 13 年頃、武蔵野市が位置する北多摩南部二次保健医療圏⁴には 4 つの救命救急センターを有する急性期病院がありましたが、回復期リハビリ病床が全くありませんでした。そのため、脳卒中患者の「救命はできる」ものの、患者は生活圏から離れた病院に転院することを余議なくされ、地域完結型の脳卒中の方を支える地域連携は立ち遅れていました。そこで武蔵野赤十字病院、杏林大学医学部付属病院を中心とした 4 つの急性期病院が地域の医療機関、医師会、保健所、行政（市）によびかけて研究会を立ち上げました。回復期を担う医療機関や施設の充実、在宅に移行するまでの情報共有を支援する「北多摩南部脳卒中地域連携診療情報計画書」（以下「脳卒中地域連携パス」という。）を作成し、地域完結型脳卒中連携システムを目指したものです。

◆当時は回復期リハ病床がゼロ、リハスタッフ数が不足

平成 16 年当時、遠方の病院への転院を余儀なくされていた患者やその家族は、「追い出された・見放された」と感じるようになっていました。患者は孤立感と障害受容に苦しみ、家族はなかなか面会に行けないこともあって、障害を負った患者本人を受け入れる事ができずにいました。在宅支援者は、障害とともに共生する事ができない患者本人・家族へのケアプランに苦慮していました。

◆この医療圏を「障害を持っても安心して暮らせる地域にする」

研究会は、「脳卒中治療について、“患者の救命はできても社会復帰が難しい地域”から“患者が障害を持っても安心して暮らせる地域”にする」という大きな目標と理念を掲げました。そのために必要な事は医療機関だけではなく、在宅支援者・介護従事者・行政との連携でした。地域完結型脳卒中連携システムに必要な事はまさに高齢者生活モデルの構築に必要な連携体制そのものでした。

◆回復期リハを地域で

地域完結型脳卒中連携システムを構築するためにまず必要な事は、回復期リハビリができる場所作りでした。研究会の医師たちの声かけにより、研究会参加医療機関が新たな病床に転換することに手挙げを始めたのです。平成 14 年には 4 病院 250 床の回復期病床

⁴ 二次保健医療圏は、原則として特殊なニーズを除く一般の医療ニーズに対応するために設定する区域で、入院医療を圏域内で基本的に確保するとともに、医療機関の機能連携に基づく医療サービスと広域的、専門的な保健サービスとの連携などにより、都民に包括的な保健医療サービスを提供していく上での圏域であり、その整備を図るための地域的単位である。また、医療法第 30 条の 4 第 2 項第 9 号の規定により、主として病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として設定する医療計画上の区域でもある。

ができ、また、平成 18 年には維持期リハビリを担う老人保健施設 2 施設 200 床ができました。こうして生活圏域の中で急性期から回復期、維持期、そして在宅療養が出来る連携のシステムがスタートしたのです。

◆新しいリハビリの形

～リハビリはしてもらうことではなく、個別のケアプランを実践するのは本人です～

「リハビリとは、必ずしも理学療法士（PT）や作業療法士（OT）にしてもらう事だけではありません。急性期から、回復期、維持期に必要なリハビリは、自宅で、本人・家族でできる自主訓練です。重要なのは、生活習慣病に対する理解や継続的な治療であり、再発予防について学ぶことなのです。」この地域を牽引してきたリハビリ医師は語ります。以前は訓練室の前の廊下で面会に来た家族が待っている光景がみられました。今は本人と家族が訓練室で一緒にリハビリを行っているため、自宅に帰っても家族は疾病や障害に対する理解と共に本人をサポートする事ができます。

また、生活圏域でリハビリを行う医療機関や老人保健施設の職員たちの教育をはじめました。急性期から回復期、維持期まで、一貫した脳卒中リハビリの教育を受けた職員が配置されたことで、在宅に戻っても通所リハビリやショートステイ等、このネットワークを継続して利用する事が出来るようになりました。

◆「在宅支援パス」が当初の名称だった

いわゆる地域連携診療計画書は診療報酬の波にのり、各地で開発されましたが、いずれも医療機関間の連携に留まるものでした。それに対して、北多摩南部の脳卒中地域連携パスは「患者情報が急性期から回復期、そして維持期・在宅へ移行する時に正確に伝わらない」「受け取り側が必要な情報を共有できない」という課題を解決するという目標を掲げました。そのため、作成チームには在宅支援者、医師会、行政職員が参画したのです。

当初、研究会は医師から構成されていましたが、この時に在宅部門分科会を立ち上げ、脳卒中地域連携パスの軸となる「オーバービューシート（その1）」と「回復期から在宅（その3）へのフィードバックシート」、「在宅から急性期へのフィードバックシート（その4）」を開発する事になります。在宅部門分科会は医師、看護師、MSW に加え、ケアマネジャー、リハ関連職、薬剤師、歯科医師が参画し、約半年間会議を重ねました。この徹底した討論の場が、医療・福祉・介護関係者が協働して在宅支援体制を構築する素地となり、また、医療機関側は在宅療養の現状と課題を理解する場になりました。まさに脳卒中地域連携パスの作成過程が、多職種連携そのものでした。

在宅部門分科会チームはこの脳卒中地域連携パスに「在宅支援パス」という名称をつけました。この様式は脳卒中地域連携のために作成しましたが、議論を交わすうちに、医師の記入欄を他の疾患に見立てれば脳卒中以外の疾患にも応用可能であり、「脳卒中以外の疾患でも連携し、共有すべき情報は同じ」事に気がついたのです。その後回復期病院で、

試験運用し、2008年5月に一緒に作成した在宅部門チームの多職種、6市の医師会、行政の方々とキックオフ会議を開き、本格運用となりました。

◆作成過程秘話

『在宅支援者、患者、家族にとって必要な情報は何か？』

『どのくらいの情報が必要で、その紙面は何枚必要か？』

在宅部門分科会が取り組む成果物の形は当初全く見えませんでした。そこで、まず参加者にグループワークをしてもらい、とにかく自由に、今ある課題や困ったエピソード、なるほどと思った成功体験等を出し合い、それを全て議事録にし、紙面に落とし込んでいきました。2回目以降の会議では「皆さんの議論をフレームしてみました。看護師から得たい情報はなんですか？」「カンファレンスの会議録の兼ねるものがよい」「医師の使う言葉は難しすぎるが、その場で質問できる雰囲気もない」など、回を重ねるごとに、在宅支援者の要望で埋まって行きました。それらを形にしたものが（その3）です。

また、医療情報が個人情報であるために、在宅支援者に公開されないという事態を防ぐために、患者本人がパスの原本をもつ運用ルールとしました。患者本人が、「〇〇の内容が病院施設間の連絡調整等に使用されることに同意します」と記入された脳卒中地域連携パスの同意欄にサインをすることで、だれに渡してもよいことにしました。医療機関ですら原本の複製を保管するのです。

また、「在宅に戻っても、病状変化に対する相談先がない。かかりつけ医も相談する先がない」という医師会医師の意見や、「回復期に転院し、在宅に戻った患者のその後を知る機会がない」と急性期病院の医師の意見から考案されたのが脳卒中地域連携パスにしかないフィードバックシート（その4）です。この様式は介護保険の主治医意見書にも応用できるように用語を揃えてあります。

◆患者になる前の市民へ伝える、支援者がその成り立ちを知る

どんなに連携に寄与するものを作成しても活用しなければ意味がありません。そのため、行政は市民への啓発活動が必要と考え、平成 20 年 7 月に武蔵野市役所会議室で新聞社などの報道機関を集め合同記者説明会を行いました。武蔵野・三鷹両市の行政、医師会、医療機関が並んで記者説明を行うのは、前例のないことでした。

＜合同記者説明会（平成 20 年 7 月）＞



また、武蔵野市は市報一面トップに脳卒中地域連携パスの記事を掲載しました。これは医療機関と医師会がこの連携体制に取り組む事を保証したことになり、市民がこの連携システムで守られるというメッセージになりました。ここには、病気になる前にこのシステムを理解し、医療機関には役割分担があること（医療機関の機能分化）、信頼できるかかりつけ医をもつこと（予防医療への積極的な参加）を知る市民になってほしいという私たちの願いがこめられています。

また、武蔵野市は積極的にケアマネジャーに脳卒中地域完結型医療連携と脳卒中地域連携パスについて研修を行いました。医師会は医師会報などで周知を図りました。その結果、平成 27 年開始時、このシステムで動いている病院の数は急性期病院が 6、回復期病院が 32、診療所が 167 となりました。

「発症し、救命され、急性期の治療を終え回復期リハビリを経て、障害と共に生活する」というこの脳卒中地域連携は高齢者の生活モデルであり、在宅療養をするすべての市民に活用できるシステムです。この脳卒中地域連携パスは東京都全体のモデル⁵となっています。

⁵ 「一医療機関内に留まるパスではなく、急性期から慢性期医療機関、医療機関から介護施設、病院リハビリテーションから地域リハビリテーションへと、療養者が多様な地域資源を行き来して利用するとき、情報と療養のマネジメントが引き継がれるパスとイメージされる。事例として実際運用が行われている北多摩南部の地域連携計画書を示す。「シームレスケア」という言葉でこうした一元的連携体制づくりに取り組んでいる地域もある」（かかりつけ医機能ハンドブック 2009 東京都医師会発行 『第三章 介護保険制度と医療地域ケアとクリティカルパス』 p 293）

【脳卒中地域連携パス Q&A】

Q1「脳卒中退院した利用者を担当していますが、脳卒中地域連携パスを見たことがありません。」

A：まずは、利用者が入院していた病院が脳卒中地域連携パスの参画病院か確認しましょう⁶（☞資料編：p.19）。次に、急性期病院で7日間以内にオーバービューシート（その1）を使用して、今後の転院を含めた治療方針について説明を受けることが出来なければ、脳卒中地域連携パス対象者ではなくなります。

この脳卒中地域パス適応外の患者には、①重症のため、7日間以内に説明ができなかった場合、②軽症のため、急性期病院から直接退院した場合が考えられます。まれに③急性期病棟から自院の回復期病棟に移る場合も適応外になります。その場合は脳卒中地域連携パスの書式は発生しません。しかし、最近のアンケート調査で明らかになってきましたが、脳卒中地域連携パス（その3）は医師や看護師ではなく、事務員が封筒に入れて退院清算時に家族に渡すという工程が多いようです。すると、特に「ケアマネジャーにも見せるように」と言われていない家族は、たくさんの書類とともにどこかにしまいこむということも考えられます。①から③に該当しない患者にはパスが発行されているはずです。

Q2「脳卒中回復期病院に転院した利用者がいます。重症だったので、在宅に戻れるか不安です。」

A：回復期病院では入院中、何度か院内方針を決める話し合いを行います。そのため、在宅療養の課題や、介護者の課題、経済的な課題など、治療上以外の課題についても早めに情報提供しておくといよいでしょう。回復期病院での入院期間は病状によって上限日数が決まっていますので、ケアマネジャーも知っておく必要があります。

在宅側の課題を早めに回復期医療機関に伝えておくことによって、院内での関わり方も変わってきます。「なるべく外泊して、在宅での自立度を確認しよう」とか、「家族の介助が実際に可能か試そう」など、入院中から在宅での課題を一緒に取り組んでくれる方針へ転換する事が出来ます。回復期医療機関の医療相談室などのMSWに相談するとよいでしょう。

Q3「脳卒中以外の利用者のカンファレンスにはつかえないのですか？」

A：どんな疾患でも、入院中に取り組んできた治療やリハビリの経過、障害受容に対して患者・家族がどのように理解しているのか、ケアマネジャーは知らなければなりません。カンファレンスに招聘されたら、その3の空シートを持参して、空欄を埋めるように医師や看護師に質問するとよいです。その3はどの疾患にも応用できるように作られた書式なので、医師の欄を疾患ごとの内容に置き換えれば、他の疾患の利用者でもカンファレンスには活用できます。病院医師にどんな事を質問したらいいかわからない場合は、退院後、かかりつけ医になる医師または訪問看護師などに相談するとよいでしょう。

⁶ 「北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会脳卒中地域連携診療計画書 参画医療機関リスト（平成26年10月現在）」（http://www.musashino.jrc.or.jp/consult/renkei/_documents/14-278.pdf）（URLは平成28年1月16日現在）

【まとめ】

脳卒中地域連携パスが出来る以前、急性期病院、回復期病院の医療者は「あの患者さんは退院したあとどうしているだろう」と思っていました。ケアマネジャーの皆様が、介護サービス事業者やたくさんのサポートを得て、本人・家族を支えていることを、知る機会がなかったのです。脳卒中地域連携パス作成過程で、急性期病院の医師が身乗り出し議論に参加したことや、退院した患者さんの追跡調査を市職員としたこと、外泊訓練で病院のリハスタッフが自宅にいる本人の強さに感嘆したことなど、全てこの地域全体で共有したいことです。当時はまだなかった「地域包括ケアシステム」という、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための基盤としての医療・介護連携の一步が始まりました。脳卒中地域連携パスはあくまで医療と介護の共通言語・共有すべき情報を橋渡しするツールにすぎません。脳卒中地域連携パスを活用しケアマネジャーの皆さんが立てるケアプランの一つひとつが、医療機関との連携の礎になると思います。

<問い合わせ先>

部署名 : 地域支援課
電話番号 : 60-1941

3. 認知症関係

＜武蔵野市の考え方＞

認知症になっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるようにするためには、多職種の連携が重要となる。もの忘れ相談シートや認知症初期集中支援事業、認知症アウトリーチ事業等の活用により、認知症を早期に発見し、認知症の容態の変化に応じて、適時・適切に医療や介護が提供される仕組づくりを行っている。

(1) 相談

① 認知症相談

認知症予防財団の専門相談員が、認知症の不安を抱えている本人や認知症の方を介護している家族に対して面談又は電話によりサービス等の情報提供を行う(事前予約制)。

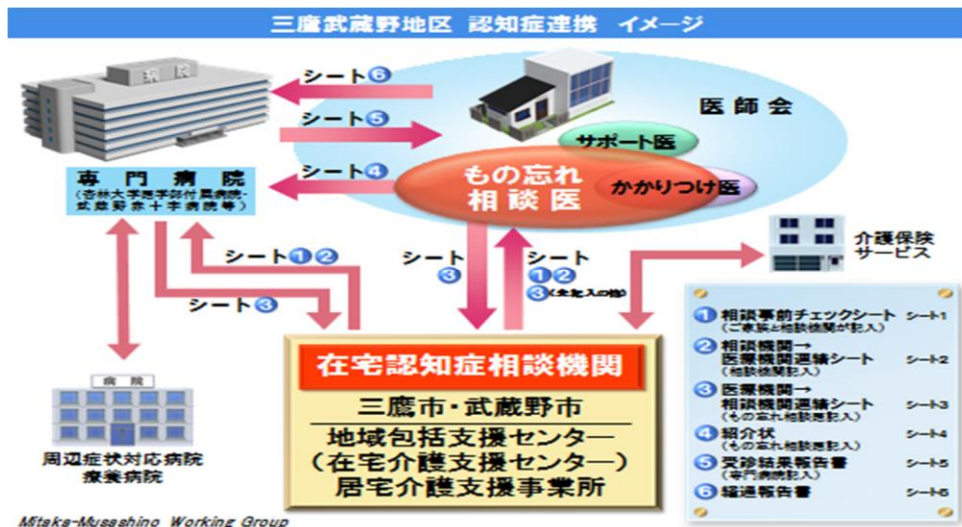
原則:毎月第1・3水曜日(各在宅介護・地域包括支援センター)及び第2木曜日(市役所)

② もの忘れ相談シート

三鷹市と武蔵野市において、認知症専門医療機関(杏林大学医学部附属病院、武蔵野赤十字病院)、両市医師会、行政、両市地域包括支援センターをメンバーとして、「三鷹・武蔵野認知症連携を考える会」を立ち上げ(図表 26 参照)、認知症連携のツールとしての「もの忘れ相談シート」の活用や、地域で気軽にもの忘れの相談ができる「もの忘れ相談医」の登録制度を開始した。これらの取組は、認知症になっても住み慣れた地域において保健医療福祉サービスを切れ目なく受けることができ、安心して生活が続けることができるよう、関係機関が連携し支援できる体制を作ることを目的としている。

もの忘れ相談シートは、専門医療機関につなげることのみならず、主治医に在宅での状況を伝えるためにも有効である。要介護認定の意見書に認知症状を反映していただくためにも、是非活用することが望まれる。

図表 26 三鷹武蔵野認知症連携イメージ図



【もの忘れ相談シート活用の目的】

- 本人やその家族が抱える状況を確認し、文字化することで、家族の理解や課題整理につながるよう支援する。
- 在宅相談機関（ケアマネジャー、在宅介護・地域包括支援センター等）が本人やその家族の課題を共有することによって、連携すべき関係機関を明確にする。
- 医療者からのアドバイスを在宅支援に生かし、より適切な在宅支援サービスにつなぐことができるようにする。

【もの忘れ相談医とは】

かかりつけ医の一部であるが、初診であっても認知症診療に積極的にかかわることを了承した医師会所属の医師である。もの忘れ相談医は専門医療機関からの逆紹介を受けることもある（もの忘れ相談医一覧は、市役所高齢者支援課や在宅介護・地域包括支援センターにて配布している。データは医師会ホームページからダウンロードできる）。

【もの忘れ相談シートの構成】

もの忘れ相談シートは、《在宅 ⇄ 医療機関連絡シート【シート1～3】》と、《医療機関連絡シート【シート4～6】》の2段階に分かれている。介護と医療の連携で関係する部分は【シート1～3】となり、ケアマネジャーが作成に関係するのは【シート1～2】である。

図表 27 もの忘れ相談シートの構成

	シートの流れ	内容
シート1	家族または相談機関 →医療機関	認知症の症状、介護で困っていること等を具体的に記入。
シート2	相談機関 →医療機関	受診前に相談機関が記入。介護状況や介護保険の要介護度、現疾患やかかりつけ医、投薬内容などをわかる範囲で記入。認知症専門医の受診の希望の有無も記入。
シート3	もの忘れ相談医または 認知症専門医 →相談機関	現段階での診断、治療方針、これらの内容を誰に（患者さん本人か家族かなど）説明したか、介護サービスとして何が必要と考えられるかを記入。主治医が記入する場合もある。
シート4	もの忘れ相談医 →認知症専門医	もの忘れ相談医から認知症専門医療機関への診療情報提供書。医療情報に加えシート①、②を添付し、家族が困っている点や、介護状況の情報も提供する。
シート5	認知症専門医 →もの忘れ相談医	受診結果報告書。認知機能（MMSE、HDS-R）、認知症の進行度などを記入する他、頭部 MRI 等の画像検査結果を加え、最終的な診断と治療方針を示す。
シート6	もの忘れ相談医 →認知症専門医	再診用紹介状。もの忘れ相談医が記入。その後の経過や認知症の病状の変化を記入。その時点での投薬・治療、介護状況などの内容も記入。

<こんな時にももの忘れ相談シートを利用しよう！>

①主治医が認知症状に気付いていないと思われる時

短い診察時間では、もの忘れの程度や薬を確実に飲んでいるか等、日常生活の変化に気付きにくいものです。家庭での様子や困り事を伝える事ができれば、それが主治医意見書に反映されやすくなり、現状に合った介護度の認定につながります。また、認知症の初期症状の事前相談だけでなく、日常生活の様子を医師に伝えるための日常の連絡ツールとしても活用できます。

②認知症を疑う症状が出ていても、家族の理解が難しい時

もの忘れ相談シートに記入することで、普段の生活状況を振り返り、情報を整理できます。主治医から家族へ、普段の様子と病状を関連づけて説明していただくことで、家族が現状を受け入れ、適切な対応や心構えを持つことにつながります。

③初期の段階から適切な対応ができる

早い段階から医療機関と相談機関が情報を共有し、治療や適切な対応ができると、病状の進行を遅らせたり、本人や家族の不安の軽減につながります。

☞ 帳票編 p34：もの忘れ相談シート

③ 認知症初期集中支援事業（専門医療機関に受診可能な場合）

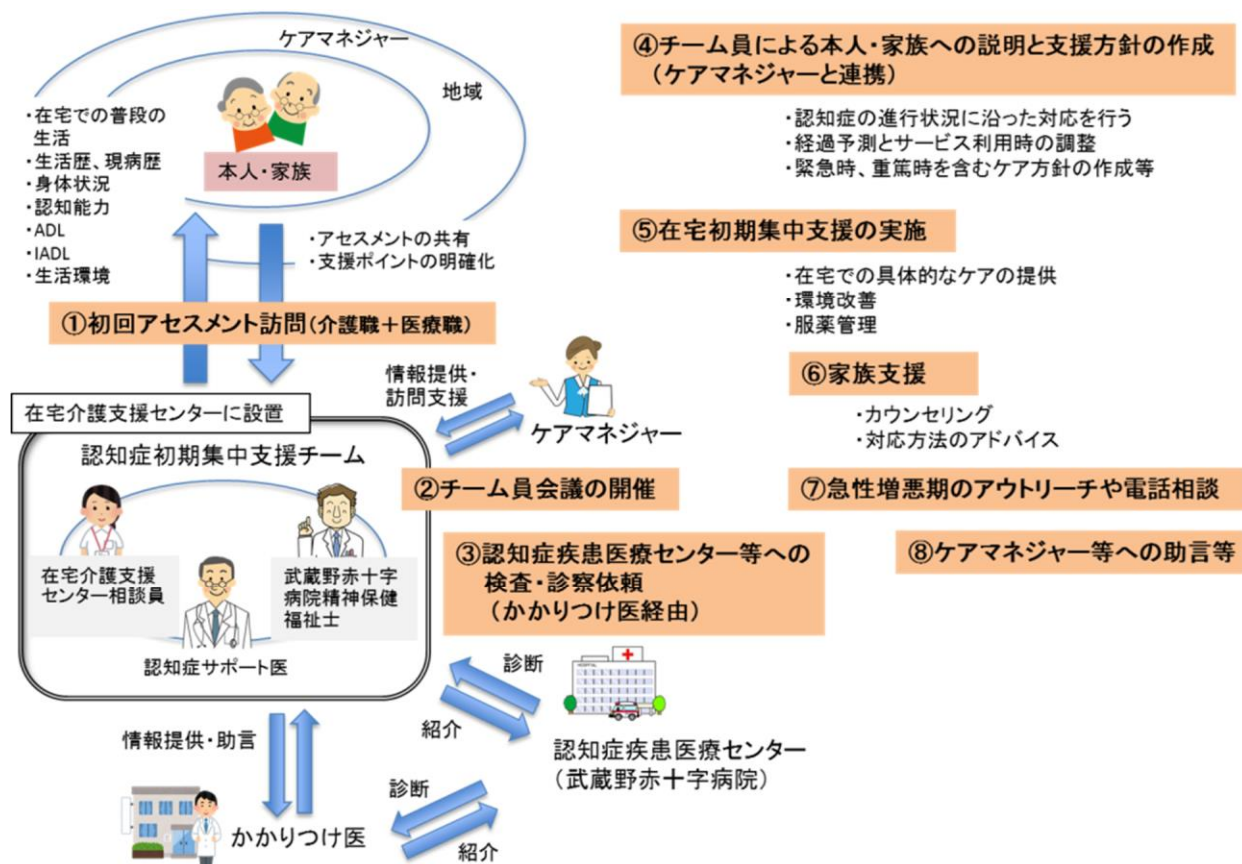
認知症初期集中支援事業は、平成 27 年 1 月に策定された新オレンジプランの中で、『認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供』の早期診断・早期対応のための体制整備として位置づけられている。

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築する。それにより、容態の変化に応じて、適時・適切に切れ目なく、その時の容態に最もふさわしい場所で医療・介護が提供される循環型の仕組みを実現していく。

【認知症初期集中支援チームとは？】

医療・介護の専門職が家族の相談等により、認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチーム。武蔵野市では、平成 28 年 4 月から事業を開始し、市内 6 カ所の在宅介護・地域包括支援センターに設置している。

図表 28 武蔵野市認知症初期集中支援チームの概念図



【支援対象者】

原則として 40 歳以上の、在宅で生活し、かつ認知症が疑われる人または認知症で以下のいずれかに該当する者。

- ・医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者
- ・医療サービス、介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者

【事業の流れ】(図表 28 参照)

- ①ケアマネジャーから在宅介護・地域包括支援センターへの相談を基に、在宅介護・地域包括支援センターと武蔵野赤十字病院職員の2名以上で初回訪問。
- ②初回訪問結果を踏まえて、チーム(認知症サポート)医を含めたチーム員会議を開催し、支援方針を検討。ケアマネジャーは、初回訪問支援またはチーム員会議に必要な情報提供をする場合もある。
- ③認知症サポート医が武蔵野赤十字病院などの専門医療機関への診療依頼を行う(かかりつけ医と連携)。
- ④チーム員会議では、本人・家族への説明と、支援方針の作成を行う。
- ⑤⑥在宅初期集中支援の実施(在宅での具体的なケアの提供、服薬管理、家族支援など)。支援実施期間の目安は最長 6 ヶ月とする。

支援方針に基づき、目的が達成されたことをチーム員会議で判断した場合、初期集中支援は終了となる。その後、医療・介護サービスが継続できているか、チーム員会議で設定した時期にチーム員がモニタリングを行っていく。

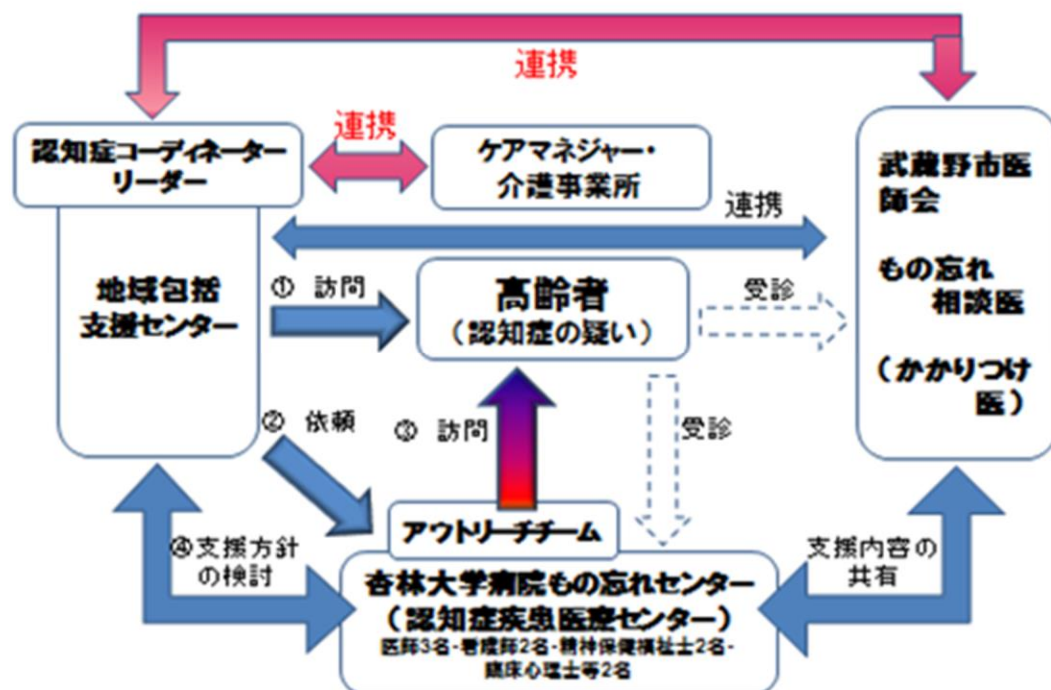
【事業を利用したいと思ったら】

担当地域の在宅介護・地域包括支援センターまで連絡する。

④ 認知症アウトリーチ事業（医療機関への受診が困難な場合）

高齢者支援課の「認知症コーディネーターリーダー」と、杏林大学医学部付属病院のものの忘れセンター医師や精神保健福祉士等で構成された「認知症アウトリーチチーム」が協働し、関係機関と連携を図りながら、認知症の疑いのある方を把握・訪問し、状態に応じて適切な医療・介護サービスが受けられるよう支援している。対象者の状態や必要な支援内容については、認知症コーディネーターリーダーや認知症アウトリーチチームから、かかりつけ医に照会するとともに、支援方針等の情報共有を図り、鑑別診断や適切な支援につなげている。

図表 29 武蔵野市と杏林大学病院の協働による認知症早期発見・早期診断のための
「武蔵野市認知症アウトリーチ事業」の流れ



【事業対象者】

- 認知症が疑われ、専門医への受診が必要と思われるが、受診に繋がらない方
- 認知症が疑われ、かかりつけ医による対応が困難な方
- 認知症の診断を受けているにも関わらず、治療を中断している方

【事業の流れ】

- ケアマネジャーより認知症コーディネーターリーダーに相談後、対象者宅にケアマネジャーと認知症コーディネーターリーダーで訪問。
- 訪問結果を認知症コーディネーターリーダーから認知症アウトリーチチームに報告し、訪問が適切か否かチーム員会議にて検討を行う。
- 訪問が適切と判断された場合には、訪問メンバーを検討した上で、認知症アウトリーチチームと関係機関が訪問。診察や受診勧奨、本人およびその家族への説明を行う。
- 訪問後にカンファレンスを行い、診断結果の確認および今後の支援方針を検討。適切な支援につなげていくよう、関係機関でサービス調整を行っていく。

【事業を利用したいと思ったら】

高齢者支援課相談支援係認知症コーディネーターリーダーまで連絡する。

＜ケアマネジャーチェック項目＞

- ☐ 介護保険認定申請時の主治医意見書は確認しているか
- ☐ 主治医意見書だけではなく、主治医と連携しているか
- ☐ 在宅療養を支えるツールを積極的に活用できているか
- ☐ 緊急時の体制について主治医に確認し共通認識をもっているか

ものの忘れが気になったり、認知症状が変化しているけれど、適切な医療につながらない場合、どの事業の利用を考えたらいい？

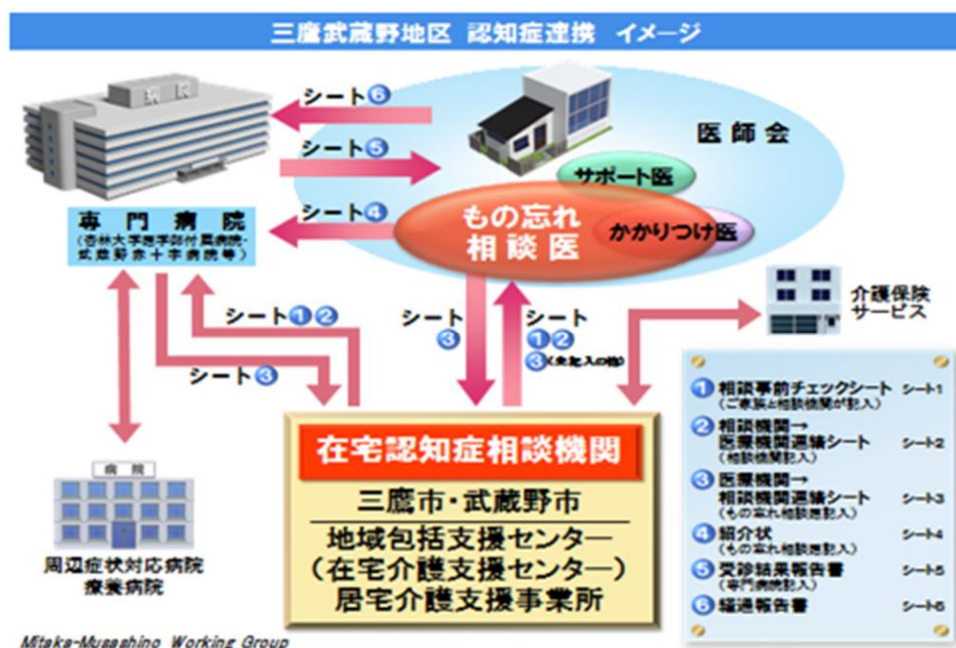
＜事業の選び方の目安＞

- ・本人の拒否が強いなど、医療機関への受診が困難な場合
⇒認知症アウトリーチ事業
- ・専門医療機関への受診が可能と思われる場合
⇒認知症初期集中支援事業

まずはかかりつけ医に相談し、かかりつけ医から専門医療機関に紹介するのが基本ですが、それが難しい場合や、どこにつなげたらよいか迷った場合には、認知症コーディネーターリーダーや在宅介護・地域包括支援センターにご相談ください。

＜三鷹・武蔵野認知症を考える会～もの忘れ相談シートを活用した認知症高齢者支援事業～＞

図表 30 三鷹武蔵野認知症連携イメージ図（再掲）



●活動を始めたきっかけ・目的

認知症高齢者の増加に伴い、①専門医療機関は長期予約待ちの恒常化や在宅相談機関との連携不足、②かかりつけ医は認知症を専門としていないことによる診断・治療の難しさ、高齢者の在宅での生活実態がわからない、③在宅相談機関は病識がない認知症高齢者をどのように医療につなげたらよいかわからない、病状・診察状況がわからないといった三者それぞれの課題を解消するには、認知症を診るための専門医療機関とかかりつけ医との医療機関同士の連携・協力に加え、医療機関と福祉・介護機関が相互に深く関わっていくことが不可欠であることから、三鷹市と武蔵野市、両市の専門医療機関と医師会が協働で、認知症高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を送ることができることを目的として、平成 20 年 9 月に「三鷹・武蔵野認知症連携を考える会」を発足しました。

●取組内容・効果

三者が連携して対象者を支援していくための 6 種類の「もの忘れ相談シート」を考案し、平成 22 年度から試行運用を開始し、シートの改良や検証を重ねた上、平成 23 年 11 月から本格運用となりました。

考える会の成果としては、以下のようなものがあります。①認知症の早期発見・対応のため三者の連携の仕組みづくりを行うとともに、そのツールとして「もの忘れ相談シート」を作成しました。②認知症に関する医療・福祉分野における顔の見える連携が進みました。③もの忘れ相談医の登録が進み、地域における連携体制が整いました。

●活動のポイント等

医療機関同士で連携する事例（病診連携）は全国的にも見られますが、自治体や地域の相談機関との連携を主体とし、自治体の枠を越えて連携する取組は全国的にも珍しく、都内では初めてとなりました。「もの忘れ相談シート」は、6種類の「もの忘れ相談シート」を使って、両市の医療と介護などについて、福祉分野や行政で情報を共有しながら、認知症高齢者を見守っていくもので、他の疾患（例えばがんなど）で運用されているような「パス」と呼ばれる医療連携の際に用いられる記録票や、病院と診療所が連携して医療にあたる「病診連携」とは異なるものです。単なる情報提供書的なシートではなく、情報提供した機関にも、その後情報がフィードバックされる循環型システムにつながるツールとなっています。

●今後の活動

今後、高齢化に伴い、増加する認知症高齢者への支援についても医療・介護連携が不可欠であることから、三鷹市、武蔵野市それぞれが体制整備・施策展開を進めるため、合同会議を減らし、平成29年度より、武蔵野市在宅医療・介護連携事業において事業において新たに設置した「認知症連携部会」において検討を進めています。

「もの忘れ相談シート」を活用した連携による効果（在宅介護・地域包括支援センターの感想より）

- ・医療機関に診療が依頼しやすくなり、家族にも連携体制が実感され、家族の安心感向上につながりました。
- ・主治医と生活上の課題について情報共有がしやすくなり、要介護認定のための主治医意見書にそれらの情報が反映され、介護サービスの導入がしやすくなりました。
- ・受診結果や治療方針などの情報が、医療機関から在宅相談機関に伝わるようになり、在宅相談機関が関わっていない方についても、医療機関から在宅相談機関に連絡が入るようになりました。

<ケアマネジャーの声>

認知症の本人や家族を支援することは、症状やその方々の生活背景等により内容が大きく変わるため、とても難しいことです。どんなに経験を積んだケアマネジャーでも迷いながら解決の糸口を探しています。

認知症の方の支援を考える時、主治医との連携が必須になります。特に経験の浅いケアマネジャーにとっては、医師や専門職と連携することは、とてもハードルが高く不安だと思っています。

武蔵野市には、認知症関連の施策が充実しています。例えば、市で行っている「認知症相談」に相談者（家族）と一緒に同席することで、改めて、本人や家族の困りごとが整理できます。相談員のアドバイスや在宅介護・地域包括支援センター職員からのサポートを受けることもできます。

一人で悩まず、相談することをお勧めします。

（Ｙセンター Ｈさん）

（２）見守り

① 認知症高齢者見守り支援事業

認知症高齢者は、社会とのつながりを保てずに孤立してしまったり、家族が介護を抱え込んでしまうケースが少なくない。認知症の方を在宅で支援する際、家族の力でも介護保険でもカバーできない部分がある。そこで、このような認知症高齢者ケアにおける隙間を埋める認知症高齢者見守りサービスとして、平成 20 年 7 月から「認知症高齢者見守り支援事業」が開始された。

【事業目的】

日常生活を営むのに支障がある認知症高齢者に対して、原則、見守り等介護保険給付の対象とならない支援を行なうことで、認知症高齢者を介護している家族の身体的・精神的負担の軽減を図るとともに、支援を要する認知症高齢者の在宅生活の継続及び生活の質の向上を図る。

【対象要件】 （次の要件をいずれも満たしていること）

- ・ おおむね 65 歳以上の武蔵野市民である
- ・ 認知症の症状を有している（認知症高齢者の日常生活自立度がⅠ、ⅡまたはⅢ程度）
- ・ 原則、利用にあたって身体介護を必要としない（障害高齢者の日常生活自立度がⅡまたはⅢ程度）

但し、一連のサービス提供時に生じる一時的な身体介護についてはこの限りではない。（高齢者支援課に要事前相談）

※ 要支援・要介護認定の有無を問わない。

※ 同居家族がいても利用可能。家族構成による制限はない。

【利用内容】 （介護保険の給付対象にならない次の支援）

原則、身体介護、生活援助以外の以下の支援

① 見守り ② 話し相手 ③ 外出支援（散歩付添い）

④ その他、認知症の周辺症状が緩和できるための援助

※ 支援を行う中で、必要が生じた場合における排泄介助や車いす介助等は可能。ただし、排泄介助等を行うことが常態化した場合は、ケアプランの見直しを行う。

※ 時間内であれば、外出の範囲は特に制限なし。利用者の中には、バスを利用したり、隣接の市区まで外出される方もいる。

【利用回数・時間】

週 4 回まで。1 週あたり合計 4 時間まで（1 時間以降 30 分単位）。

午前 9 時から午後 6 時まで。土・日、祝日、年末年始（12 月 29 日～1 月 3 日）を除く。

【利用料】

1 時間 500 円。

※生活保護世帯は利用料を免除する。

【相談・申し込み先】

高齢者支援課もしくは各在宅介護・地域包括支援センター

※サービス提供の可否・サービス内容については、在宅介護・地域包括支援センター職員等の訪問調査結果により決定する。

※申請時には、本事業をケアプランに位置付けた上で、ケアプランの写しの提出が必要。

【サービス提供体制】

市が指定する「武蔵野市認知症ケアヘルパー認定研修」を受講した、専門的知識等を有するホームヘルパーを派遣する（事業委託先：（公財）武蔵野市福祉公社ホームヘルプセンター武蔵野）。

＜認知症見守り支援事業の事例＞

A さん男性。認知症状がみられ、数分前に話したことや出来事を忘れてしまうので、家族が何度も同じ説明をしたりして、対応に苦慮していました。介護保険の申請をしたものの、デイサービスなどの集団の中で何かをする、ということが苦手で、家に閉じこもったままで、それを家族が見守る、という状態が続いていました。

家族が在宅介護支援センターに相談。集団は合わないけれど、1 対 1 でヘルパーが付き添い、散歩という形であれば A さんも外出できる、と考えました。数回散歩しましたが、本人は「目的もなく散歩しても意味がない！」と、行きたがらなくなりました。そこで、在宅介護支援センター職員とご家族が話し合い、A さんの趣味であったゴルフに行ってみようか、と考えました。

ヘルパーと一緒に 30 分歩いて、ゴルフの打ちっぱなしへ。今では、ゴルフへ行くことが A さんの楽しみとなっており、ヘルパーを玄関で待つようになりました。その間、ご家族は買い物に行ったり、病院に行ったりするなど、自分の時間を持つことができています。

認知症見守り支援事業では、その人らしさを引き出すためにいろいろな工夫や働きかけをしています。家族以外の人との関わりを拒否し、なかなかサービスにつながらないと悩んだ時には、在宅介護支援センターに相談してみましょう。様々な切り口で、その人らしさを生かしたこの事業の使い方が見つかるかもしれません。

② はいかい高齢者探索サービス

はいかい行動のみられる認知症高齢者、介護保険の第2号被保険者及びその介護者に、探索用のGPS利用端末機器を無償貸与し、はいかい時は委託事業者オペレーションセンターへの問い合わせやインターネットからのアクセスにより、高齢者の位置情報等を得ることができる。また、保護を事業者に依頼することもできる(実費)。

【対象要件】

武蔵野市内に住所を有する、おおむね65歳以上のはいかい行動のみられる認知症高齢者、介護保険の第2号被保険者及び探索後にその保護が可能な介護者。

【費用】

月額500円

※電話代や保護にかかる実費、個人購入物、充電電池交換等の実費については自己負担とする。なお、1回の保護依頼について実費が5,000円以上の場合は、1回の保護について5,000円を上限に市が補助する。

【委託事業者】

セコム株式会社

【相談・申し込み先】

高齢者支援課もしくは各在宅介護・地域包括支援センター

<問い合わせ先>

部署名：高齢者支援課相談支援係
電話番号：60-1846

4. 高齢者虐待

＜武蔵野市の考え方＞

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成 17 年 11 月 9 日法律第 124 号）（以下「高齢者虐待防止法」という。）に基づき、基幹型包括支援センター、地域包括支援センターで高齢者虐待への対応を行う。

被虐待者の保護のみならず、養護者への支援も念頭に、担当課長、係長等からなるコアメンバー会議を開き、市としての方針に基づき対応する。

「高齢者虐待防止法」が規定した虐待は、自覚や悪意は問わず、客観的事実としてそこに高齢者の権利侵害があればそれを虐待ととらえ、高齢者の権利を守り、養護者を支援していく。

「高齢者虐待防止法」が規定する虐待の範囲は、自覚や悪意を問わないため、広く「虐待の小さな芽」ととらえて、深刻な虐待の事態を予防していく。

『「虐待の小さな芽」に対して、区市町村が責任を持って働きかけることで虐待を防止する』、これが「高齢者虐待防止法」の考え方である。

- 虐待対応の責任主体は区市町村
早期発見・早期対応の仕組みづくりが求められている
- 区市町村に与えられている権限
やむを得ない措置・面会制限・首長申立・立入調査
- 養護者支援
市区町村の責務と法律に明記されている

① ケアマネジャーの役割

高齢者虐待対応においては、発見努力義務・通報義務、支援協力及び連携が求められる。虐待対応中であっても、利用者との契約に基づいてかかわり、高齢者の日常生活を支えるケアを担当し、支援を継続していく。

② 『虐待対応に関する支援方針会議』と『サービス担当者会議』とのちがい

『虐待対応に関する支援方針会議』は、区市町村・地域包括支援センターが、高齢者虐待防止法の法的責務に基づいてかかわり、虐待を解消するための課題に着目し、関係する機関の具体的行動計画を策定する。原則本人、家族も出席しない。

『サービス担当者会議』は、利用者との契約に基づいて立てられるケアプランに基づくもので、利用者や介護する家族の出席を基本とし、その意向に基づいて、プラン内容を決定的していく。

③ 個人情報保護法との関係

保健医療福祉関係者には、区市町村、地域包括支援センターによる「事実確認」(第9条1項)に協力する必要がある(第5条2項には保健医療福祉関係者への協力義務規定あり)場合には、個人情報保護法の例外規定に該当する。

また、虐待に関して知りえたことは漏らしてはならず(第17条2項)、漏らした場合には罰則(第29条)が適用される。

<基幹型地域包括支援センターより>

「息子さんがお母さんを殴っている」

これだけを聞くと、「息子さんだけに問題があるのではないか」と思ってしまいますが、果たしてこれが正しい判断なのでしょうか。

高齢者虐待は、虐待をしている方の要因、虐待を受けている高齢者の要因、人間関係などの要因、社会環境などの要因が複雑に絡み合って発生します。そのため、表面上の行為のみにとらわれず、その背景にあるさまざまな要因を探り、状況を正確に把握することが大切で、問題を解決していくには、長い時間を要します。

高齢者虐待防止法は、「高齢者の尊厳保持」「権利利益の擁護に資すること」を目的としていますが、虐待している方を罰するためのものではないとしており、「虐待をしている者」(この法律では「養護者」と言います。以下、養護者)への支援をもうたっているところにこの法律の特徴があります。養護者による虐待の対応責務は区市町村にあり、地域包括支援センターが専門機関として対応の中心を担うことになっています。

暴力や暴言を受け続けた人の特徴として、「パワレス」という状態があります。

本来持って生まれたパワーが「暴力を受けたり無視をされたり差別をされたり」という外圧がかかるとこのパワーが弱まり、さらには「暴力を受けるのは自分のせいだ」と自分自身の内圧を掛けてしまい、さらにパワーが弱まってしまいます。

その結果、「恐怖と不安」でいっぱいになり、「自分には生きている価値がない」という「無力感」にさいなまれ、「自分が他の生活を送っても良い」という他の選択肢があることを思い描くことができなくなり、虐待を受けている高齢者はしばしば「困っていない」「このままで良い」「自分のせいだから」「大丈夫」と言うようになります。

「本人が困っていないから」「このままで良いと言っているから」といって虐待を放置することはできません。このように虐待を受けた高齢者は「パワレス」状態になりやすく、「助けてください」などのSOSを出すことがむずかしくなるのです。

高齢者虐待ケースの対応は、「確かめるよりも、まず知らせる方が先」と言われています。法律でも「早期発見努力義務(第5条)」がうたわれています。そして、決して一人だけで解決できるものではありません。市役所・地域包括支援センターを中心に支援チームをつくり、関係機関と役割分担を行い、問題をひとつずつ解決していきます。

ケアマネジャーの皆様は、「虐待だから通報しよう」と考えるよりも前に、「虐待になる前に相談しよう」「不適切な介護状態かもしれないから言うておこう」と考えて、まずは基幹型地域包括支援センター(電話：60-1947)に相談してください。

<問い合わせ先>

部署名 : 高齢者支援課 相談支援係
電話番号 : 60-1846

5. 権利擁護と成年後見について

利用者ご本人の意向や判断能力に応じ、地域福祉権利擁護事業(日常生活自立支援事業)や成年後見制度の活用などを含めて、利用者保護のために総合的に取り組んでいる。

(1) 地域包括支援センターの関わり

権利擁護事業については、地域包括支援センターの業務の一つであり、高齢者の消費者被害や虐待などの問題が生じた場合には、地域の在宅介護・地域包括支援センターやケアマネジャーなどサービス事業者と連絡を密にとりながら対応している。

(2) 地域福祉権利擁護事業について

認知症高齢者や知的障害者、精神障害者など判断能力が十分でない方を対象に、利用者との契約に基づき、地域で安心して暮らせるように、福祉サービス利用援助を中心として、日常的な金銭管理サービス、重要書類の預かり等の支援を公益財団法人武蔵野市福祉公社(以下「福祉公社」という。)で実施している。

(3) 権利擁護レスキューについて

成年後見の開始、地域福祉権利擁護事業の契約には、一定の期間が必要なため、権利侵害を受ける可能性のある利用者に対してすぐに対応することは困難である。

そこで、福祉公社において、成年後見又は地域福祉権利擁護事業の開始までの間、金銭管理等の支援を一時的に行っている。本事業の利用期間は、おおよそ3～6か月で、対象者は、下記要件を満たす方となる。

- ・成年後見制度、もしくは地域福祉権利擁護事業の利用を予定しており、本事業を利用しなければ権利侵害を受ける可能性のある方
- ・判断能力は十分ではないものの、本事業の内容についておおむね理解ができること

(4) 成年後見制度について

成年後見制度とは、認知症や知的障害、精神障害などによって物事を判断する能力が不十分な方々の財産管理や身上保護を家庭裁判所が選任した成年後見人等が行うことにより、ご本人の権利とくらしを守る制度である。市では、以前より、福祉公社を成年後見制度推進機関と位置づけ、制度に関する個別相談や法人による後見人等の受任を行っている。

① 武蔵野市成年後見制度利用促進基本計画

平成 28 年施行の「成年後見制度の利用の促進に関する法律」に基づき、地域における制度の利用促進に関する基本的な施策を定めるため、市では、ケアマネジャーにも策定委員として協力をいただき、「武蔵野市成年後見制度利用促進基本計画」を策定し、令

和2年4月よりスタートした。

② 武蔵野市成年後見利用支援センター（電話 0422-66-2332（令和8年5月まで）、0422-27-1238（令和8年6月以降））

市の計画を踏まえ、成年後見制度利用促進に係る中核機関として、令和2年4月に成年後見利用支援センターを開設した。市と福祉公社が連携して運営し、成年後見制度の総合相談や普及・啓発に関する事業を実施している。

③ 武蔵野市成年後見制度地域連携ネットワーク

成年後見制度に関わる法律及び福祉の関係者等が連携・協力し、成年後見人等への支援等を行うことを目的に、令和2年に設置（事務局は地域支援課）。ケアマネジャーの代表者にも参加を頂いており、単に情報共有だけでなく、関係者が連携・協力し、チームとして対応できるようノウハウを広げていく。

※その他、福祉公社で行っている権利擁護及び成年後見に関する事業については、p.101「公益財団法人武蔵野市福祉公社について」を参照。

＜問い合わせ先＞

部署名	： 地域支援課	：	福祉公社
電話番号	： 60-1941	：	23-1165

6. 他制度との連携

＜武蔵野市の考え方＞

各関係機関が利用者の望む暮らしの実現という目的のために集まりお互いの役割を理解したうえで、多職種で連携・協働して目標の達成を目指す。介護保険だけでなく、障害者福祉課・生活福祉課等の担当者も利用者を支える一員である。日頃から連携を意識して顔の見える関係づくりを行う。

（１）障害者福祉との連携

障害福祉サービス利用者については、主管課の担当ケースワーカーと連携し、情報共有を行う。ケアマネジメント上、必要であれば、サービス担当者会議等に出席を依頼する。

（２）生活保護との連携

① 生活保護

生活保護制度は、生活に困窮する方に対し、その困窮の程度に応じて必要な保護を行い、健康で文化的な最低限度の生活を保障するとともに、自立を支援することを目的とした制度である。生活保護では、支援が必要となる内容により8種類（生活扶助・住宅扶助・教育扶助・医療扶助・介護扶助・出産扶助・生業扶助・葬祭扶助）の扶助を、それぞれの方の状況に応じて支給している。

② 生活保護法による介護扶助

生活保護を受けていても、65歳以上の方（第1号被保険者）と40歳以上65歳未満の医療保険加入者（第2号被保険者）は、介護保険の被保険者となる。介護保険の被保険者である場合には、自己負担部分（介護費の1割分）が生活保護からの給付（介護扶助）となる。介護保険の被保険者以外の者の場合には、介護扶助が10割全額を給付する。なお、他法令等による給付がある場合には、その給付を優先する。

図表 31 生活保護法による介護扶助と介護保険の関係

65歳以上	第1号被保険者（9割が介護保険から、1割の自己負担金が介護扶助として生活保護法により負担される。）	
40歳から 65歳未満	医療保険加入者	第2号被保険者（9割が介護保険から、1割の自己負担金が介護扶助として生活保護から給付）
	医療保険未加入者	全額を介護扶助として生活保護から給付 ※生活保護受給者の大多数は、医療保険の未加入者（国民健康保険の適用除外となるため）のため、介護保険の被保険者となりません。

③ 介護扶助の要否

第1号被保険者・第2号被保険者である生活保護受給者は、介護保険給付対象の介護サービスを介護保険と介護扶助で受けることとなる。そこで、生活保護受給者は、介護保険の被保険者として介護保険法の規定に基づいて要支援・要介護認定を受け、要支援・要介護状態に応じ、介護保険給付(9割)と介護扶助(1割)を受けることになる。

40歳から65歳未満の医療保険未加入生活保護受給者(※大多数が未加入)で介護保険の特定疾病により要介護状態にある方は、介護扶助の要否判定に当たり被保険者と同様に要介護状態等の審査判定を受け、要介護状態等に応じ介護扶助を受けることになる。(注)40歳から65歳未満の医療保険未加入生活保護受給者の「認定情報(調査票・主治医意見書)の提供依頼」は生活福祉課の担当ケースワーカーに行う。

④ ケースワーカー(現業員)との連携

福祉事務所※は、①ケースワーカー(現業員:要保護者の資産、環境等を調査し、保護等の必要性を判断し、本人に生活指導等の業務を行う)②SV(査察指導員:ケースワーカー業務の指導監督を行う)③事務員で業務を担っている。

福祉事務所のケースワーカーは、戸籍等調査を通して、扶養義務者(絶対的扶養義務者)等の緊急連絡先を把握していることがある。親族等との調整が必要な場合は、ケースワーカーに相談する。

生活保護受給者が介護扶助を受ける際には介護券が必要であるが、介護券はサービス利用票をもとに発券し、送付される。ぜひ、サービス担当者会議にはケースワーカーの同席を求め、担当ケースワーカーに毎月サービス利用票を交付されたい。なお、利用票に記載されていない居宅療養管理指導費についても介護扶助の対象で介護券が必要である。担当ケースワーカーに伝達されたい。

介護扶助10割の方(40歳から65歳未満の医療保険未加入生活保護受給者で介護扶助の必要な方)について、居宅介護支援費も介護扶助の対象であるため、介護券が必要となることに注意が必要である。

※福祉事務所とは

- ・ 社会福祉法第14条に規定される「福祉に関する事務所」で、生活保護法、児童福祉法、老人福祉法、身体障害者福祉法等に定める援護等に関する事務を行うもので、市に設置義務がある。
- ・ 武蔵野市では、健康福祉部長が福祉事務所長を兼務し、その配下に、生活福祉課や高齢者支援課等が設置されている。

⑤ 介護扶助の方法

原則として被保護者の申請により開始する。したがって、介護扶助を受けようとする方は、まず、住まいの地域を管轄する福祉事務所に申請する。ただし、急迫した状況にあるときは、申請がなくても必要な保護を行う。

介護扶助の給付は、原則として現物給付の方法による。

現物給付を担当する指定介護機関は、厚生労働大臣、都道府県知事、政令指定都市、または中核市の市長が、介護保険に規定する居宅サービス事業若しくは居宅介護支援事業を行う方又は介護施設の開設者の申請により指定する。

指定介護機関は、福祉事務所の交付する介護券（介護扶助対象であること等を証する書類）に記載された資格情報等を、介護報酬明細書に転記して、介護に要した費用を国民健康保険団体連合会へ請求する。

他の法令等による給付がある場合には、その給付を優先する。

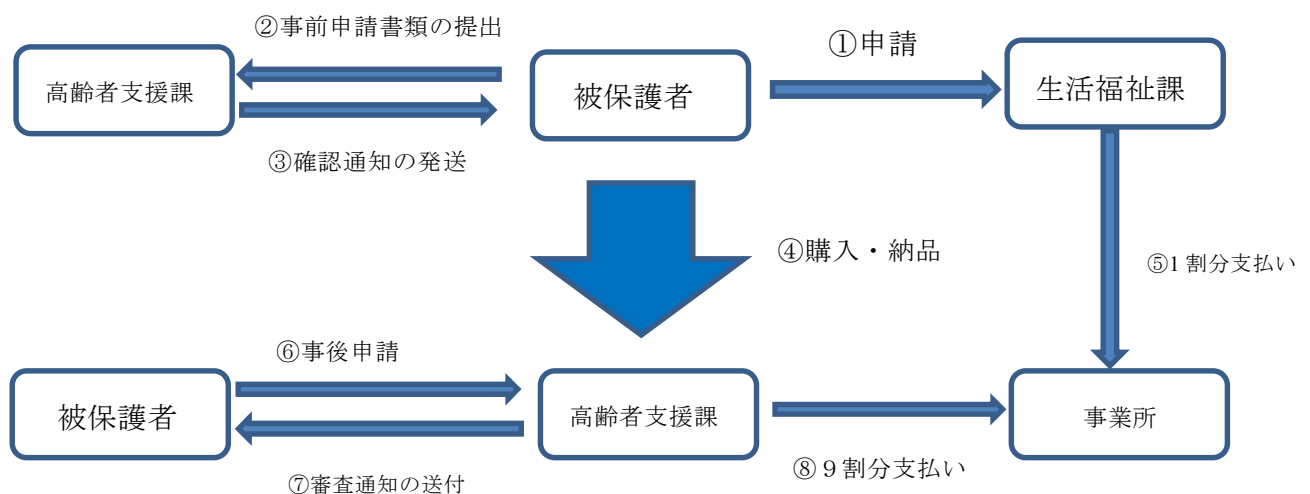
⑥ 生活保護受給者の受領委任払い（住宅改修、福祉用具購入）

住宅改修・福祉用具購入費のうち 1 割分を生活保護費、9割分を介護保険から事業所に直接支払う方法である。

- 1) 被保護者から生活福祉課へ申請を行う。
- 2) 被保護者（ケアマネジャー、事業所の代行も可）から高齢者支援課に事前申請書類を提出する。
- 3) 高齢者支援課から被保護者及び事業所宛てに確認通知が発送される。
- 4) 被保護者及び事業者は確認通知を収受した後に購入手続きを行う。
- 5) 被保護者（ケアマネジャー、事業所の代行も可）は、高齢者支援課にて事後申請を行う。
- 6) 高齢者支援課は審査により、支給または不支給を決定し、その結果を被保護者及び事業者へ通知する。

※振り込みは事業者への口座に、事後申請の審査決定がなされた月の翌月 20 日付で行う。

（20 日が土日祝日の場合は前営業日。）



＜ご注意いただきたいこと＞

生活保護受給者が医療（柔道整復・あん摩マッサージ・はり・きゅうの施術を含む）にかかるには、急迫の場合を除いては、原則として当該傷病に医療の給付が必要かの要否を生活保護法による指定を受けている医療機関や施術者に事前に問い、その回答を福祉事務所（生活福祉課）が審査した結果、合理的かつ必要最低限度の給付であることが認められている必要があります。また、施術については給付できる内容について基準が定められています。

ケアマネジメントの中で、生活保護受給者に医療給付の必要が生じていると思われる際は、医療機関等を受診させる前に必ず生活福祉課の担当ケースワーカーに連絡してください。当該医療機関等が生活保護法の指定を受けているかも含め、確認が必要になります。

また、介護給付についても合理的かつ必要最低限度の給付であることが求められるため、生活保護受給者に新たに介護サービスを利用させる場合等には、事前に担当ケースワーカーへの連絡や相談をお願いします。

＜ケアマネジャーチェック項目＞

□障害者手帳や、生活保護受給の有無の確認

＜ケアマネジャーの声＞

利用者の中には、生活保護を受給している方もいます。生活保護受給者の方については、地区担当のケースワーカー（市役所生活福祉課）が対応しますので連携が必要です。介護認定の新規申請や認定調査等を担当してくれます。皆さん親身になって対応してください。

介護保険や医療機関を利用する際は、介護券や医療券を発行してもらう必要があります。発行の際には、サービス利用票等の交付が必要です。

ケアマネの仕事では対応や判断の難しさがあるかもしれませんが、ケアマネ自身が精神的・身体的に健康でいなくてはなりません。一人で悩まず、会社の仲間、在支、ケースワーカーへの相談を躊躇なく行えるような環境づくりが大切だと思います。

こんなこと聞いたら何て思われるかしら？と思わず、まずは相談してください。

（A 居宅介護支援事業所 M さん）