

第I部 ガイドライン作成の背景と目的

1. 作成の背景

平成 12 年4月に導入された介護保険制度も約 25 年が経過し、現在、第9期の介護保険事業計画(令和6年度から8年度)が全国的に展開されているところである。

従来、武蔵野市におけるケアマネジメントは、全国の市区町村による低所得者対策としてのナショナルミニマムの一部として産声を上げる中、昭和 56 年4月に日本で初めて有償在宅サービス事業を開始した財団法人武蔵野市福祉公社(現:公益財団法人武蔵野市福祉公社)によるソーシャルワーク活動や老人福祉法に基づく在宅介護支援センター事業における介護・看護専門職によって実践されてきた。市内を小地域にエリア設定した上で、地域の実態把握、高齢者の支援ニーズの発掘、相談、情報提供、サービス提供ならびに連絡・調整をくまなく実施する仕組みを築き、それを実践してきたところである。このように、武蔵野市におけるケアマネジメントは、介護保険制度の導入以前から培ってきた理念により体系的な仕組みに沿って実践されてきた。

一方、介護保険制度導入により、従来から築いてきたシステムの中に多様なサービス提供主体が参画してきた。また、ケアマネジャーの経験や情報量に差が生じることが懸念され、武蔵野市が実践してきた利用者本位のケアマネジメントの質を確保していくことが重要な課題の1つとなった。

このような状況を踏まえ、平成 13 年3月に初版の「武蔵野市ケアマネジャーガイドライン」が作成された。ここでは、武蔵野市で取り組んできたケアマネジメントの理念や具体的な実践方法が解説され、初めて市内で居宅介護支援を行うこととなったケアマネジャーの研修時のテキストとして活用される等、各方面から注目されてきた。

これ以外にも、武蔵野市はケアマネジャー向けの体系的な研修や地区別ケース検討会、主治医とケアマネジャーの連携強化に向けた市独自の情報提供様式の制定など、ケアマネジャー支援に積極的に取り組んできた。

平成 18 年の介護保険制度改正により、新たにケアマネジャー支援等の業務を所管する地域包括支援センターが創設され、武蔵野市でも委託型の地域包括支援センターを3ヶ所設置したが、同センターは武蔵野市の在宅介護支援センターをモデルとして制度設計されていることから、武蔵野市におけるケアマネジャー支援のレベルの高さは全国的にも注目を集めている。なお、平成 21 年には、地域包括支援センターを統合直営化して、重層的なケアマネジャー支援システムを強化した。

平成 27 年の制度改正により、介護予防・日常生活支援総合事業が開始され、介護予防ケアマネジメントは「目標指向型(サービスごとに、ケアプランと連動した到達目標を設定し、当該目標の達成のために適切なサービスを計画的に提供し、一定期間経過後、所期の目標が達成されたかどうかを評価する)」のサービス提供が求められるようになった。

以上を踏まえて、市民の利益に繋がるケアマネジメントのさらなる質的向上を図る目的で、平成 27 年4月に「第4版」を発行し、令和6年4月介護報酬改定等を踏まえて今回「令和6年度版」を作成した。

2. 作成の目的

本ガイドラインは、以下の目的に沿って作成された。

- 武蔵野市においてケアマネジメントを行う際のガイドラインを設定し、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た。
- ケアマネジャーに対し、武蔵野市独自施策、周辺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。
- 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も、スムーズに業務を開始できることを目指した。
- ケアマネジメントについての保険者の見解や質問事項をまとめた Q & A を取り込むことで、事業所内での O J T 等に役立て、継続的な質の向上を目指した。
- したがって、本ガイドラインは、武蔵野市内で業務を行うケアマネジャーを対象に、武蔵野市のケアマネジメントの特徴や独自施策を中心に説明したものであり、一般的なケアマネジャーの業務を解説したものではないことに注意が必要である。

3. 改訂版作成の視点

「武蔵野市ケアマネジャーガイドライン」は、平成 13 年3月に第1版、平成 16 年3月に第2版、平成 22 年 3 月に第3版、平成 28 年4月に第4版、平成 30 年4月と令和3年 10 月には第4版の改訂版を発行した。

このたびの第4版(令和6年度改訂版)の作成の視点は以下の通りである。なお、令和6年度において大規模な介護保険制度改正は行われていないため、第4版の改訂版として発行した。

- 令和 6 年度介護保険制度改正及び制度・事務運用の変更等を踏まえて再編集を行った。
- ケアマネジャーから多く寄せられる質問や居宅介護支援事業者連絡協議会幹事会と武蔵野市の協議等を踏まえて、制度解説の拡充を図った。

第II部 武蔵野市における「地域包括ケアシステム」

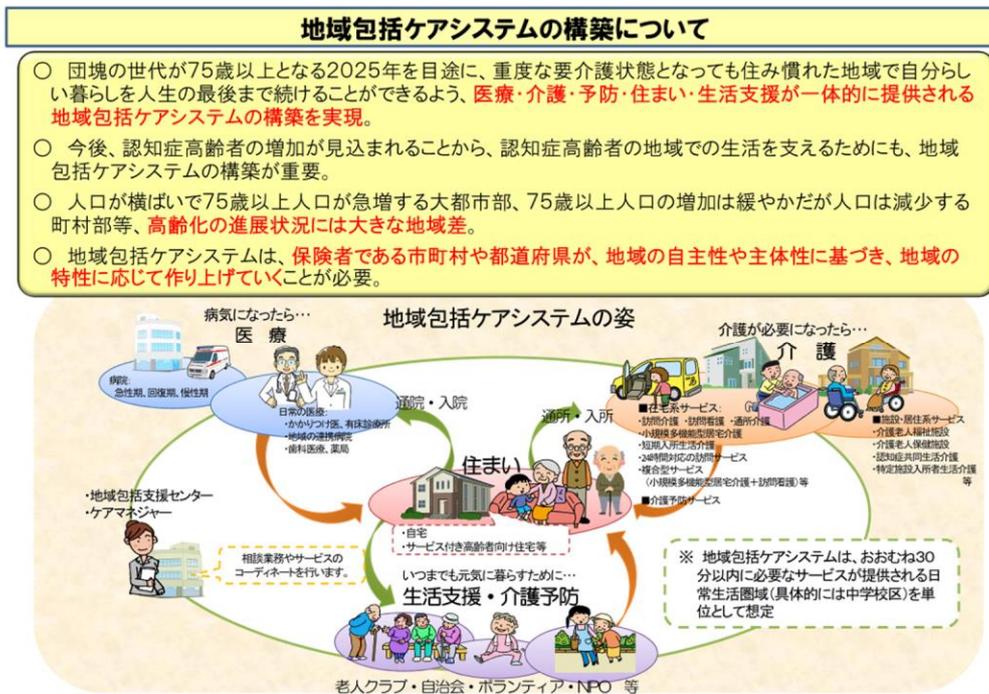
1. 「地域包括ケアシステム」とは

地域包括ケアの理念は、介護保険法第5条第3項に「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との“有機的な連携を図りつつ包括的に推進する”よう努めなければならない。」と規定されている。

国が示す「地域包括ケアシステム」とは、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、“医療”、“介護”、“予防”、“住まい”、“生活支援”が一体的に提供されるケアシステムであり、おおむね 30 分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域(具体的には中学校区)を単位として想定している。(図表1参照)

また、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じているため、保険者である市町村や都道府県が地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要とされている。

図表 1 地域包括ケアシステムの構築について



(資料) 厚生労働省ホームページ

(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)

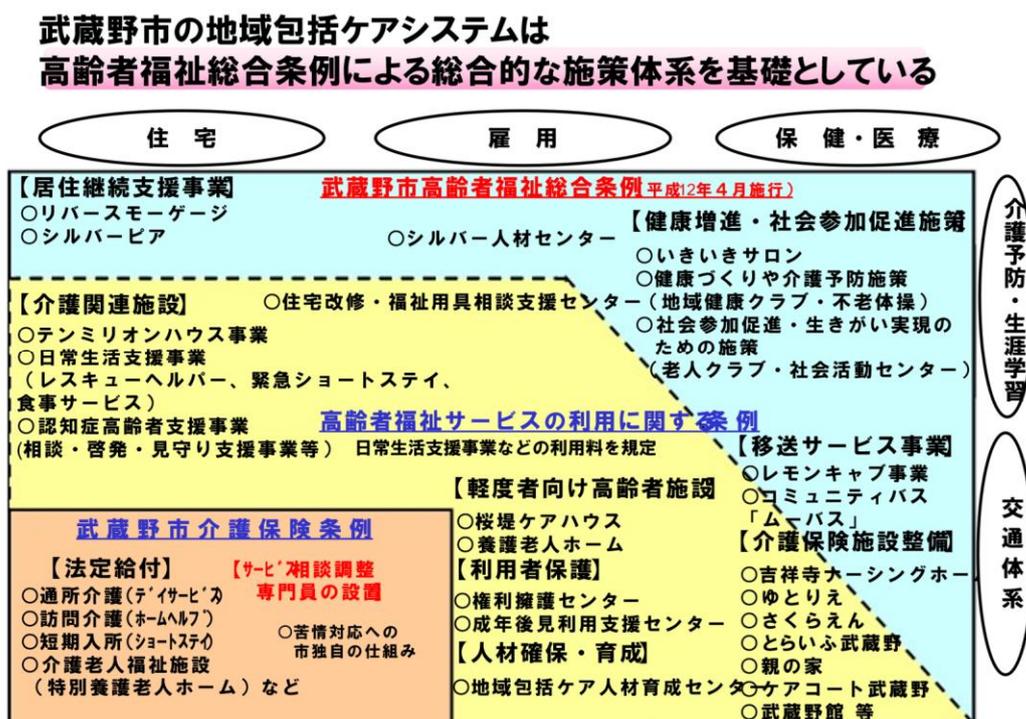
2. 武蔵野市における「地域包括ケアシステム」

武蔵野市では、平成5年に最初の在宅介護支援センターを設置して以来、市民一人ひとりのニーズに対応できる小地域完結型のサービスの確立を目指して、従来市役所1カ所が担っていた高齢者への相談・在宅サービス提供機能を在宅介護支援センターに持たせ、おおむね中学校圏域ごとに1カ所整備してきた。

現在、基幹型地域包括支援センター1カ所(直営)と地域包括支援センター支所6カ所があり、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地域相談体制ができている。

武蔵野市では、平成12年に「介護保険条例」とともに制定した「武蔵野市高齢者福祉総合条例」に基づき総合的な高齢者施策を進めてきた。この高齢者福祉総合条例を制定した背景には、「介護保険制度だけでは高齢者の生活の一部しか担えない」「高齢者の生活を支える総合的な“まちづくり”の目標が必要」との問題意識があった。高齢者福祉総合条例の「基本理念」(第2条)は、①高齢者の尊厳の尊重、②高齢者が住み慣れた地域で安心していきいきと暮らせるまちづくりの推進、③自助・共助・公助に基づく役割分担と社会資源の活用と保健・医療・福祉の連携の推進、④市民自ら健康で豊かな高齢期を迎えるための努力の4点を掲げているが、それらはいずれも現在国が進めている地域包括ケアシステムの理念と合致している。(図表2参照)

図表 2 高齢者福祉総合条例による総合的な施策体系



以上のことから、「地域包括ケアシステム」を、従来からの高齢者福祉総合条例に掲げる施策体系に基づき、これまで整備してきたサービスや事業を 2040 年に向けて包括的(総合的)・継続的な支援及びサービス提供体制に再構築するものと位置付けている。

また、公助・共助・互助・自助の要素から構成される地域包括ケアシステムは、関連機関や地域住民との連携をいかに進めるかが重要な課題となるため、“わかりやすさ”や“武蔵野市らしさ”も求められる。そこで、武蔵野市では「地域包括ケアシステム」を「武蔵野市におけるまちぐるみの支え合いの仕組みづくり」とわかりやすく定義し、理解を広めていくこととした。

ケアマネジャーやサービス提供者、市民が武蔵野市の地域包括ケアシステムへの共通理解を持ち支援を行っていくためには、ケアマネジャーがこれらの理念を十分理解し、ケアマネジメントを行っていくことが重要となる。

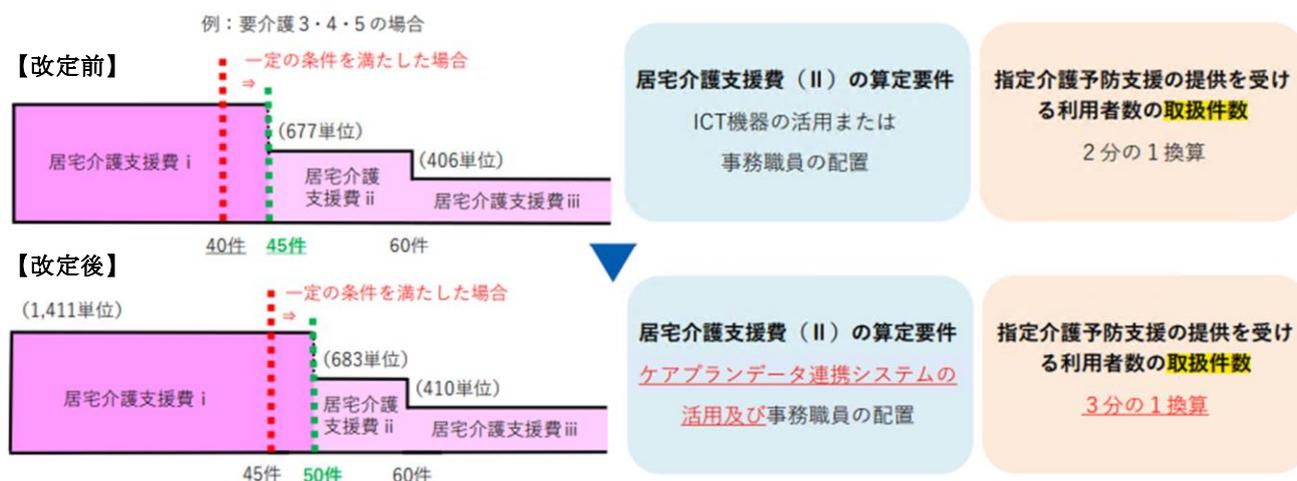
第III部 令和6年度介護保険制度改正等への武蔵野市の対応

1. 介護支援専門員 1人当たりの取扱件数

(1) 介護報酬

居宅介護支援事業所を取り巻く環境の変化を踏まえ、ケアマネジメントの質を確保しつつ業務効率化を進めるため、図表3のとおり基礎報酬が見直された。

図表3 改定前後の比較



- ケアプランデータ連携システムの活用については、利用申請とクライアントソフトをインストールしている場合に要件を満たす。データ連携の実績は問わない。
- 事務職員は常勤に限らない(「1月 24 時間以上の勤務」要件は廃止)。配置は当該事業所に限らず、同一法人内の配置も可能。勤務時間数については特段の定めがないが、業務の実情を踏まえて適切な数の人員を配置する必要がある。

(2) 運営基準

利用者数に応じたケアマネジャーの配置について、①「要介護者の数」と②「要支援者の数に3分の1を乗じた数」の合計が44※又はその端数を増すごとに1となった。

※ケアプランデータ連携システムを活用し、かつ、事務職員を配置している場合は49。

【注意点】

- ✓ 改定前は利用者 35 人ごとにケアマネジャー1名を増員することが「望ましい」とされていたが、改定後は利用者 44 人ごとに「増員するものとする」という厳格な規定になった。
- ✓ 緊急的な対応等のやむを得ない理由により利用者数が基準を超えてしまった場合は、直ちに運営基準違反となるものではない。事情に応じて判断を行うので、事前に高齢者支援課介護サービス担当まで相談いただきたい。

<問い合わせ先>

部署名：高齢者支援課介護サービス担当
電話番号：60-1925

2. 一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入

利用者の過度な負担を軽減しつつ、制度の持続可能性の確保を図るとともに、福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全を確保する観点から、一部の福祉用具について貸与と販売の選択制が導入された。

【対象】比較的廉価で、購入した方が利用者の負担が抑えられる者の割合が相対的に高い、①固定用スロープ、②歩行器(歩行車を除く)、③単点杖(松葉づえを除く)及び多点杖。

【注意点】

- ✓ 福祉用具貸与及び販売については、その特性と利用者の心身の状況等を踏まえて、必要性を十分に検討せずに選定した場合、利用者の自立支援は大きく阻害されるおそれがある。
- ✓ 選択制の対象福祉用具をケアプランに位置づける場合
 - ① 福祉用具の適時適切な利用と利用者の安全を確保する観点から、貸与か販売のいずれかを利用者が選択できることや、それぞれのメリット及びデメリット等、利用者の選択に資するよう、必要な情報を提供しなければならない。
 - ② 対象福祉用具の提案を行う際、利用者の心身の状況の確認に当たっては、アセスメントの結果に加え、医師やリハビリテーション専門職等からの意見聴取※、退院・退所前カンファレンス等の結果を踏まえる。
※医師の所見としては、主治医意見書や診療情報提供書、医師から所見の聴取等が考えられる。
 - ③ サービス担当者会議で①②を踏まえて必要性を検討し、その記録を残す。
 - ④ 貸与にした場合、ケアプラン作成後は必要に応じて随時サービス担当者会議を開催して、継続して貸与を受ける必要性について専門的意見を聴取するとともに検証する。継続して貸与を受ける必要がある場合には、その理由を再びケアプランに記載する。なお、福祉用具専門相談員によるモニタリング※の結果も踏まえること。
※福祉用具専門相談員は、貸与開始後6月以内に少なくとも1回モニタリングを行い、記録をケアマネジャーに報告する。必要に応じて貸与計画を変更する。
- ✓ 選択制の福祉用具の販売に当たっては、福祉用具専門相談員が、福祉用具販売計画における目標の達成状況を確認する。また、利用者等からの要請等に応じて、使用状況を確認するよう努め、必要な場合は、使用方法の指導、修理等(メンテナンス)を行うよう努める。

<問い合わせ先>

部署名：高齢者支援課介護サービス担当
電話番号：60-1925

3. 基準費用額（居住費）の見直し

介護保険施設（短期入所含む）に入所・入院されている方の居住費と食費は自己負担となるが、世帯非課税等の認定基準に該当する方は、申請により自己負担が軽減される。

令和6年8月から、基準費用額（居住費）が 60 円/日引き上げられた。ただし、従来から負担限度額を0円としている利用者負担第1段階の多床室利用者については、負担限度額が据え置きとなっている。

また、令和7年8月から、「その他型」及び「療養型」の介護老人保健施設並びに「Ⅱ型」の介護医療院について、新たに室料負担（月額8千円相当）が導入され、多床室における基準費用額（居住費）が増額される。ただし、利用者負担第1～3段階の方については、負担限度額により利用者負担が増加しない。

見直し後の基準費用額（居住費）の詳細は、帳票編の「ご案内」を参照のこと。

☞帳票編 p.95：介護保険負担限度額認定申請書

<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

<ケアマネジャーの声>

ケアマネは、介護保険をはじめとする介護サービスや地域の社会資源等を利用することで、その人らしい生活ができるように支援する仕事ですが、必要書類が多く訪問を終えて事務所に帰ると事務作業に追われます。ケアプランやサービス利用票・提供票の作成、支援経過の入力の他、月初に行う給付業務も大きな仕事です。これらの作業は紙を用いてFAX や郵送でやり取りを行う事が多いため、コストや労力がかかって業務負担が大きいというのが現状です。

そこで、介護現場の負担軽減や職場環境の改善の取り組みの一つとして、厚労省から委託を受けた国民健康保険中央会が「ケアプランデータ連携システム」の運用を開始しました。このシステムは事業所とデータでやりとりできるので、コスト削減や業務時間短縮が期待できます。まだ加入する事業所が少ないのですが、今後より多くの事業所の加入が望まれています。

次に、居宅介護支援事業所における生産性向上の取り組みを紹介します。

ケアプラン連携データシステムも生産性向上の取り組みの一つですが、身近にできる取り組みとして、事務所内の書類の整頓、整理方法の標準化、職場アンケートによる課題抽出、職員の声をあげやすい環境作りなどに取り組んだ事業所がありました。取り組みの結果、職員から「働きやすくなった」との声があり、成果があったとのこと。

ケアマネ業務は多岐に渡り忙しい日々ですが、職場環境を整えたり、システムを上手に利用して事務作業を軽減し、本来業務に注力できる環境作りが大切だと思います。

（M 居宅介護支援事業所 A さん）