

旭川市ケアマネジメント基本方針に関するQ & A

項目	No.	内容	
取扱い等について	1	Q	今回の基本方針に関する問い合わせ窓口はどの部署になりますか。
		A	本方針自体に関する問合せ（「なぜ市はこのような方針を策定したのか」「この部分はどういう意味か」等）については、長寿社会課にお問い合わせください。
	2	Q	本方針自体に関する疑問等は、どのように解決していけばよいでしょうか。
		A	長寿社会課にお問い合わせをいただき、個別に対応させていただきます。 また、介護支援専門員の疑問等を集積した上で、必要に応じてQ & Aを作成し、全市に周知を行ってまいります。
	3	Q	「本方針に基づいたケアマネジメントの実行に当たって生じる介護支援専門員の負担について、その軽減のための支援体制の強化に向けて取り組んでまいります。」と記載されていますが、具体的にどのような取り組みを行う予定なのでしょうか。
		A	本市では、介護支援専門員の負担を軽減するため、一般介護予防事業における医療職との連携体制の強化や地域における住民の互助による活動の拡充、自立支援型ケア会議における多職種のケアマネジメントに関する理解の促進、地域包括支援センターによる包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の重点化等、介護支援専門員に対する支援体制の拡充を進めてきており、今後も、それらを一体的に取り組んでまいりたいと考えております。
	4	Q	本方針は、介護サービス利用の抑制が目的なのでしょうか。
		A	本方針の策定は、介護サービス利用の抑制を目的に行うものではなく、利用者の自立した主体的な生活を実現させるためのものであり、また、本来の目的から逸れた介護サービスの利用による生活機能の低下を防ぐためのものです。 その結果として、介護保険の運営の適正化につながるものであって、介護サービスを必要とする方が必要な介護サービスを受けることができなくなることはあってはならないため、介護サービスの終了を目的とするものではない旨を本方針「2-(2)ーイ 自立支援」に明記しています。

項目	No.	内容	
取扱い等について	5	Q	今後、本方針の修正や変更はされるのでしょうか。
		A	本方針は、介護保険法や国からの通知等を根拠にした保険者としての考え方を示すものですが、本方針で目指す自立支援及び重度化の防止をより効果的に行っていくための内容等については、介護支援専門員の皆様から運用後の課題や意見を聴取しながら協議を進めていきたいと考えております。
	6	Q	本方針は、介護支援専門員の法定研修（実務者研修や更新研修）の内容に沿ったものなのですか。
		A	本方針の内容が介護支援専門員の法定研修から乖離することがないよう、令和3年度旭川市高齢者福祉専門分科会における審議や厚生労働省や道にも確認を行った上で、策定しています。
	7	Q	本方針に基づいたケアマネジメントを行えない場合は、市からの指導等を受けるのでしょうか。
		A	本方針は、ケアマネジメントに共通する基本的な考え方を示すものであり、利用者によっては、必ずしも本方針の全ての内容に合致したケアマネジメントを行うことが難しい場合もあると思います。 今後は、本方針の考え方に基づいて、本市の介護給付等費用適正化事業（ケアプラン点検等）や地域包括支援センターによる包括的・継続的ケアマネジメント支援業務を進めていきますので、そうした取組の中で、本方針の考えから乖離したケアプランがあった場合には、その理由の説明を求めることや、助言等を行うことがあると考えておりますが、直ちにそのケアプランを否定することは想定しておりません。
	8	Q	本方針は、居宅介護支援事業所のように周知するのでしょうか。
		A	本方針の考え方は、介護支援専門員だけでなく、介護支援専門員が行うケアマネジメントに基づき介護サービスを提供する関係者等が意識することが重要であり、介護支援専門員が適正なケアマネジメントを行う上で、支援を提供する多様な関係者の理解が重要となることから、介護サービス事業所や高齢者向け住まい等にも周知を行います。 今後、介護支援専門員による本方針に基づいたケアマネジメントの実行が、関係者に不当に制限されるようなことがあった場合は、当該関係者に対して、注意喚起・指導等の対応を行ってまいりたいと考えております。

項目	No.	内容	
2 基本的事項 (2) 介護保険法の解釈と 本方針の考え方	9	Q	イ 自立支援 本方針に記載されている自立支援とは、日常生活動作の自立、自己決定・自己選択の自立と捉えてよいですか。 また、本方針の自立支援は、改善ということに重点が置かれているように思われますが、維持・重度化予防を含むものとして捉えてよいのでしょうか。
		A	本方針は、心身機能、日常生活上の活動、参加の視点から多面的に利用者の生活を考え、利用者が自らの選択に基づき、自分らしい生活を送るための支援を推進することを意識しており、そのことは、馴染みの関係性（人的、環境的、社会的）の中で自分らしい生活を送るという部分に包含されています。 また、改善（回復）だけでなく、重度化防止も重要と考えておりますので、「自分のしたいことや自分のできることを可能な限り自分で行うための支援」という説明が、そのことを表しています。 なお、要介護認定に関係なく、本人自身の心身機能向上又は環境調整や他者の協力等の様々な手段により、「生活機能」を向上させるための改善の視点も含んだ支援を行うことは重要であり、そのような支援を行っていくことが利用者のためと考えております。本市としても、重度化防止が重要であると認識しておりますが、利用者により豊かな生活を送っていただくためにも可能な限り改善に向けた支援を意識していただきたいことから、本方針では改善という視点を強調しています。
	10	Q	オ 関係機関との連携 連携先として、医療機関と地域包括支援センターが明記されていますが、それらの機関と連携を行わなければ、ケアマネジメントの一連の業務を進めることはできないのでしょうか。 その他関係機関、地域住民やインフォーマルの関係者なども含めて良いとの解釈でよろしいのでしょうか。
		A	医療機関及び医療職の記載については、ケアマネジメントに関する法改正の中でも、重要な連携先として取り扱われてきているところであり、介護支援専門員が支援に関するマネジメントを行う上で、医療に関する情報及び医療専門職の視点が重要なものであり、地域包括支援センターについては、本市が設置し、ケアマネジメントの支援を行う公的な機関であることから、それらを具体的に記載しているところです。 それらの機関及び関係者と連携を図らなければ、一連の業務を進めてはいけないというものではありませんが、医療機関及び医療職との連携については、疾患がある利用者の場合、医療に係る情報の共有や支援内容に係る相手方からの意見聴取は必要不可欠になると考えております。 また、地域包括支援センターについては、必要に応じて連携を図っていただきたいと考えています。 なお、これらの機関及び関係者に限らず、利用者への支援において有効と思われる関係機関とは、積極的な連携を図っていただきたいと考えております。

項目	No.	内容	
3 具体的事項 (1) 課題分析	11	Q	更新研修（専門研修Ⅱ）等で「課題分析標準項目」と「ＩＣＦ」を活用した研修を受けています。従来どおり、これらを活用した課題分析を行ってよいのでしょうか。
		A	本方針は、法定研修等の内容を覆すものではありませんので、課題分析のプロセスは、介護支援専門員が受ける教育プログラムの内容のとおり行ってください。 本方針の当該部分は、生活の困りごと（現象）をそのまま課題と捉えるのではなく、その背景にある、自立を阻害する因子までの分析を行うという考え方を例示しているものですので、課題分析標準項目及びＩＣＦを活用することで、自ずと例示している分析のプロセスになると考えております。
3 具体的事項 (4) サービスの選択	12	Q	介護支援専門員は利用者、家族の意向も踏まえてサービスの選択をするため、本方針に沿ったケアマネジメントを行う上で、利用者及び家族からの理解が得られない場合はどうすればよいのでしょうか。
		A	利用者からの理解が得られない場合は、最終的に利用者からの合意を得られる内容でサービス等を選択していく必要があると思います。 しかしながら、自立支援という理念の下、運営している制度のため、仮に利用者の選択が利用者の自立した生活を制限してしまう内容であった場合には、介護支援専門員が、制度の趣旨を説明し、今後の自立した生活に向けての合意形成を図る必要があると考えております。 これらのことには、利用者の制度の理解や自立した生活に向けた意識が重要であるため、市としても、住民の制度の理解促進を目的とした普及啓発を進めていきたいと考えております。
3 具体的事項 (5) 期間の設定	13	Q	—6か月という短期目標の設定期間は、どのようなことを目的として、どのように設定された期間なのでしょう。
		A	—本方針において原則とする目標の期間を設定したことについては、利用者の状態を短期間で評価しながら、必要な見直しを行うことによって、漫然と支援を行うことなく、常に最も効果的な支援を行うことを目的としており、このことは基本的に、利用者の障害や状況に関わらず、必要なことと考えております。 —また、利用者の自立の意識を引き出し、目標指向のサービス利用とするために、可能な限り利用者が意識しやすいよう短期的な目標を設定することも目的の一つとしています。 — —6か月という期間については、他市の設定期間や要介護認定の原則とする有効期間、介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービスＣ（短期集中型）の最長期間、本市の季節性等を参考としています。 — —要支援者のケアマネジメントにおいては、現状と比較すると業務量は増える可能性があるかと認識しておりますが、期間が6か月であっても、3年であっても、モニタリングによって適宜評価と必要な見直しを行う必要性は変わらず、本来から必要であったことを強調するための期間設定であることを御理解願います。

項目	No.	内容	
	13	Q	「旭川市ケアマネジメント基本方針」が令和6年11月に改正され、目標（居宅サービス計画の短期目標、介護予防サービス支援計画の目標）の期間の最長は、6か月から、目標達成に必要な適切な期間（介護予防サービス計画については、12か月）に変更となりましたが、どのような理由で変更になったのでしょうか。
		A	ケアプランの目標は、利用者の課題を解決するための適切な期間を設定する必要がありますが、解決すべき課題の達成は、段階的に行われると考えられ、綿密な計画的支援の積み重ねが必要となります。 長期間にわたって漫然とした支援とならないよう、計画的に支援し、段階的に目標の達成状況を評価していくための期間設定が必要です。 この期間は、長期間よりも短期間のほうがより具体的で達成可能な目標を立てやすく、達成を繰り返すことで、利用者の意欲向上にもつながるため、短期間での期間設定が望ましいことは、改正前も後も変更はありません。 しかしながら、利用者の状況によっては、6か月以内に期間を設定することが、必ずしも妥当ではない例もありますことから、そのような場合にあっては一律6か月以内に設定することは、関係者の過度な負担となってしまうため、今回の改正により6か月は削除しました。 ただし、介護予防支援及び第1号介護予防支援事業については、介護予防サービス計画が1年後の目標とする生活に向けて短期的な目標の達成を繰り返していくものであることを踏まえ、目標期間は最長12か月を基本とするとしてとらえています。
3 具体的事項 (5) 期間の設定	14	Q	介護予防ケアマネジメントについては、委託を受けている地域包括支援センターから期間設定の許可を得る必要があるのでしょうか。
		A	地域包括支援センターは、基準等に基づいた行政的な判断を行う機関ではなく、その役割は全ての要支援者に包括的な支援が提供されるための「支援への関与」であり、「介護支援専門員に対するケアマネジメントの支援」です。 したがって、プランの良し悪しの判断を行うのではなく、利用者の状況に合わせて、「利用者のアセスメントは十分であるか」、「課題分析は利用者の現状や生活を踏まえて、解決すべき課題を適切に分析できているか」、「目標の設定は、利用者の課題を解決すべき目標として、客観性、実現の可能性、妥当性があるか」、「支援内容は、目標を設定するための支援内容として具体的であり適切か」、「期間設定は、これらのことを踏まえた期間として適切か」等の視点で、利用者に対する効果的な支援のマネジメントを協働することとなります。

項目	No.	内容	
	15	Q	6か月以上の期間設定をしているケアプランがあった場合ケアプランの期間設定が適切かどうか 、その根拠の確認は誰が行うのでしょうか。
		A	市内全件のケアプランに市や地域包括支援センターが関与するとは限りませんので、基本的には各介護支援専門員が利用者の状態から判断することになります。 市が行う介護給付等費用適正化事業（ケアプラン点検）や地域包括支援センターによる介護支援専門員の支援においても、本方針の考え方に沿ってケアマネジメントに関与していくことになりますので、そうした際には、事例によっては期間の設定根拠の確認を行うことになります。
	16	Q	6か月12か月 で設定した介護予防サービス・支援計画書について、 6か月12か月 の期間満了後、期間だけを延長する場合、軽微な変更で取り扱ってもよいのでしょうか。
		A	期間延長に係るケアプラン変更の取扱いについては、本市の 令和2年度介護サービス事業者等集団指導資料 「旭川市におけるケアプランの変更に係る取扱いの考え方」（別添）で示しているとおり、「基本的に、利用者の状態等の再アセスメント、課題の分析、目標の再設定及びサービスの提供内容の見直しを必要とする場合が想定されることから、原則として、ケアプランの作成に当たっての一連の業務を行う。ただし、支援経過において、目標の達成のための効果が一定程度に認められており、短期間かつ一度の延長で目標の達成が見込める場合は、「軽微な変更」に該当するものと考えられる。」としていますので、そちらを御参考にしてください。
3 具体的事項 (5) 期間の設定	47	Q	—6か月以上の期間設定の行う場合、その根拠をケアマネジメント関係書類に記載しなければいけないのでしょうか。
		A	—期間設定の根拠は、「期間設定の根拠は、●●●」というような書き方をしていただく必要はありませんが、市や地域包括支援センターが様々な取組でケアマネジメントの支援を行う場合においては、支援計画の妥当性を書面により行う場合が多いため、その期間の妥当性を判断するための情報（アセスメント、課題及び目標）がケアマネジメントに関する書類の中で充実している又は具体化されている必要があると考えております。
	48	Q	新規のケアプランであっても継続のケアプランであっても同様の扱いなのでしょうか。既に6か月以上の期間設定であるケアプランも、本方針の通知に合わせて、変更を行う必要があるのでしょうか。
		A	—ケアマネジメントの基本的な考え方ですので、新規であっても継続であっても扱いは変わりません。 —しかしながら、本方針の運用開始とともに、本方針に当てはまらない全ての利用者のケアプランを変更することは、業務量の負担が非常に大きいと思いますので、モニタリングや更新時期等に、適宜、必要に応じた変更等の作業を行ってください。

項目	No.	内容	
3 具体的事項 (6) サービス担当者会議	19	Q	「サービス担当者会議の円滑な開催が困難な場合や、医療職等の専門職の参加が必要な際にその調整が困難な場合は、地域包括支援センターとの連携を図ることとする。」とありますが、地域包括支援センターと連携するとそれらを行わなくてもよいということでしょうか。
		A	地域包括支援センターが地域のネットワークや市の事業を活用し、円滑な医療専門職等との連携やサービス担当者会議の効果的な実施を支援させていただくという意味です。
3 具体的事項 (7) モニタリング	20	Q	『模擬的に設定した場面』というのは具体的にどのような場面でしょうか。
		A	聞き取りだけではなく、実際の観察により、目標の到達に向けた評価を行っていただくことを意識いただくための記載です。 本方針「3-3 支援内容」の入浴の跨ぎ動作が行えない方で例えると、「浴槽の跨ぎ動作の自立を目標としていた事例のモニタリングの際に、実際の浴室での動作確認を行いたいが、浴槽にお湯を張っているからと利用者に断られた場合、居室内で浴槽の高さを想定した跨ぎ動作を模擬的に行ってもらう」という意味合いです。