

令和7年度ケアプラン点検の実施報告

村上市 介護高齢課

1. 目的

介護保険法第1条の理念に基づき、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なプランとなっているかを、基本となる事項を介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求しながらケアマネジメントの質の向上を図り、健全なる給付の実施を支援するため行う。

2. ケアプラン点検実績

令和7年8月及び9月において書類審査及び面談によるヒアリングを実施した。

点検の対象としたプラン	点検実績
村上市内居宅介護支援事業所が作成したケアプランのうち、軽度者(要支援・要介護1)の①～③いずれかに該当するもの ①訪問介護(生活援助・身体介護)中心のプラン ②支給限度額一杯までのプラン ③特殊寝台や車いす等の福祉用具貸与のプラン	村上地区4件(4事業所) 荒川地区1件(1事業所) 神林地区1件(1事業所) 朝日地区1件(1事業所) 山北地区1件(1事業所) 全8件(8事業所)

3. 点検結果

①～③について、下記の課題等を見出した。

アセスメント
<ul style="list-style-type: none">アセスメントシートの課題分析標準項目23項目はすべて把握できることが望ましいが、実際には把握できていない項目があるケースがあった。利用者本人の自立度が高く、判断力がしっかりとあるケースで、これまで本人と家族をそれぞれ別の場でアセスメントを行っていたが、本人がしっかりしているとしても、お互いの考えを共有するため、家族も同席する場があった方が良いと感じた。これまでの経緯や現状について、本人・介護者双方に丁寧にアセスメントが行われている。終末期に向けた意向の確認や目標設定を取り入れるとさらに良いと感じた。本人の身体の状況や疾病等により、口腔状況について更に細かなアセスメントが必要となるケースがあった。

居宅サービス計画書（介護予防サービス・支援計画書）

- ・本人のやりたいことや好きなことが把握できていないケースがあった。利用者が望む具体的な生活像を明確にし、それを目標として設定したケアプランを作成することが望ましいと感じた。
- ・自宅での暮らしを希望し、長期目標も同様に設定されているケースでは、目標の解決へ向けて本人が主体的に取り組むことを促すために、「自宅でどのように暮らしたいのか」を具体的に明記してあると良いと感じたケースがあった。
- ・第2表の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の欄に、課題ではなく目標とすることが記入されている箇所があった。
- ・第2表の長期・短期目標について、誰にでも共通する書き方（例：安心、安全、支障なく等）になっていた。具体的に記載することで、より対象者の様子や支援計画が分かりやすくなると感じた。
- ・第3表の週間サービス計画書について「週単位以外のサービス」や「主な日常生活上の活動」の記載で、介護保険以外のインフォーマルサービスや日常生活上の活動、セルフケアの記載がしっかりされているプランが多かった。一方、家族の通院等の支援について記載されていないケースもあった。
- ・転倒が多いケースでは、デイケアだけでなく、自宅内での運動等セルフケアの視点を本人に伝えられると良いと感じた。
- ・本人の身体状況に合わせた福祉用具の選定ができており、自立した生活ができる生活環境となっているケースがあった。

その他

- ・地域とのつながりについて記載が不足しているケースでは、普段の生活実態が見えて来づらいつと感じた。一方、地域のつながりが生む楽しみが、本人の運動機会や人と触れ合う機会とつながっているケースも見られた。
- ・“今現在の意向”は十分に取り入れられたプランになっているが、今後迎える終末期の過ごし方についても、本人が意思を述べられるうちに介護者・支援者が聞いて備えておくことが必要だと感じた。また、この話題は出しづらいという課題も感じた。
- ・“本人が望む生活”に向けた環境調整は進んでいるが、介護者の負担軽減に向けて、本人・介護者・関係者で検討できる場があると良いと感じたケースがあった。
- ・訪問介護サービスの利用時にはヘルパーの声掛けをきっかけに、一人では億劫だった行動を自分で進められるようになっていくと感じたケースがあった。
- ・近年の猛暑が続く夏場には、ヘルパーの声掛けによって熱中症を予防できたと感じるケースが複数あった。
- ・全体として、本人と家族の意向を丁寧にくみ取りながらケアプランを作成されていると感じた。
- ・医療機関の積極的な関わりにより医療との連携が図られていることで、社会資源が限られている地域で、サービス調整の負担は大きいものの、ケアマネジャーの安心につながっていると感じたケースがあった。
- ・介護者が、適切な機関からアドバイスを受けられる環境にあったケースでは、食事内容の改善等を実践したことで体調面の回復がみられた。
- ・ケアプラン点検の面談により、市独自のサービスをケアマネジャーに知ってもらう機会となった。

4. まとめ

今年度の点検についても、村上市内居宅介護支援事業所を対象として実施しました。

いずれの事業所も、利用者側の意向を取り入れながら、丁寧で適切なアセスメントに基づいて介護（予防）サービスプランが作成されていました。

今回のケアプラン点検による課題等をご確認いただき、利用者の自立支援に資するケアプランを作成いただく参考にしていただければと思います。

今後とも、担当のケアマネジャー以外の関係者から見ても内容を理解しやすいケアプランの作成をお願いしたいと思います。

なお、今回ケアプラン点検でいただきました地域課題や保険者への要望については関係者で共有し、今後の事業検討の資料とさせていただきたいと考えています。

引き続き、利用者を支えるため、介護（予防）サービスを提供するすべての事業所をはじめ、関係者と連携して取り組んでいきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。