

記録技術研修(高齢者)

日総研執筆資料

【BPSD 介護記録対策】

BPSD をどう表現するべきか？ 家族も納得・安心な適切表現と書き方

【実地指導対策】

記録の整備で気を付けたいこと ~ 「指摘されない」事業所運営を目指すために ~



福岡シティ福祉サービス

~ (株)東京シティ福祉サービス FC 加盟店 ~

介護保険ができて 16 年、2000 年に介護保険が創設される前は措置制度と言ってどのサービスを利用するかはすべて行政の手にゆだねられてきました。しかし、2000 年以降は全てのサービス利用は契約形式となり利用者および家族の権利意識が芽生え始めました。それに伴い特にここ 5~6 年の間は、利用者家族による訴訟が増加しており、ますますリスクマネジメントが必要不可欠なものとなっています。それに伴い、介護記録との開示のケースが増えてきました。

そこで本稿では特に認知症の周辺症状（BPSD）の介護記録における適切な表現の記載法について解説していきたいと思えます。

はじめに—BPSD を適切に表現する意義とは

BPSD を適切に表現する意義とは何でしょうか？

それは一言でいうと利用者家族の方に私たちはこういうサービスを利用者の方に提供していますということを知っていただくことに尽きます。

また第三者にこういうサービスを行っているということを浸透させるという意味もあります。

ここでは介護記録の役割についてみていきたいと思えます。（**図 1**）

生活者の生活の証と提供者の支援の証を残す

私たちはこういうサービスを提供しているということを唯一の材料になるということです。つまりこの記録がないといくらケアをしていても介護をしていないということと同じなのです。

利用者の状態や心理面・生活環境の把握

これらはケアをしていくうえでとても重要なことです。

極端な例を言うと、利用者の日々の様子を記録することにより、当初食事介助を行わないと食べられなかった人が数か月後には QOL が向上し、自力で食べられるといった改善の方向性を示してくれるのです。

万が一の時「介護事故」から自分を守る

つまりリスクマネジメントの観点から非常に大切になってくるということです。繰り返しになりますがここ 5.6 年は訴訟に持ち込まれるケースが増えてきました。

最悪、訴訟に持ち込まれた場合、問われるのは介護記録の内容なのです。この記録内容の如何で事業所の運命が決まると言っても過言ではありません。

利用者家族にサービス提供内容を分かっていただく

利用者の家族の方々はこの施設に入所して（サービスを利用して）どういうサービスを受けているのか、スタッフはどのように接してくれているのだろうかということを知りたいというのが本音ではないでしょうか。その為には、詳細な記録が大切なことはもちろんの事、適切な表現が大切になってくるのです。

以上 4 点は BPSD を適切に表現する意義にも例外ではないのです。

つまり介護記録を残さないということはケアを行っていないということに他ならないのです。

BPSD の説明を聞く、記録を見る家族の思いとは

すべての記録は利用者や家族から開示請求があった場合、これに応じなければならない。ということが個人情報第 25 条に規定されています。つまり家族がどういうケアを提供してもらっているのかを知りたいときはいつでも記録を開示できるように準備してかなければならないのです

そこで介護記録を利用者家族が見る際どんな気持ちなのでしょう。

- ・スタッフの人たちに大切にされているだろうか、ぞんざいに扱われていないだろうか
- ・施設の方に迷惑をかけていないだろうか。

の 2 点だと思われます

利用者家族への介護記録を開示するケースは、何かしら施設や事業所に疑いの目が向けられる時がほとんどです。この時に介護記録に「徘徊」「暴力」「介護抵抗」という介護者の主観的な言葉があったら家族の方はどんな気持ちになるでしょうか。

「やっぱり、ぞんざいな扱いをされているんだ、そんなに迷惑なのか、うちの家族を軽率に扱いやがって」

「うちの家族を上から目線で見ている、そんなにあなたたちは偉いの？」

「うちの人の人格を否定されているようだ」

という怒りの感情が湧くのではないのでしょうか

またそうではないとしても

事業所の事が信用なくなり利用者家族と事業所の信頼関係を構築するのが、困難になってくるのです。(図 2)

認知症本人に現れる行動 (BPSD) と心理状態の関連性について

ここでは、周辺症状と認知症本人の心理状態の関連性について解説していきたいと思います。

周辺症状の意味しているところは以下の 2 点に絞れると言えましょう。

周辺症状は本人が人生の後半で残してきた宿題を解決しようとしている行動をあわらしている

課題とはエリクソンが人生の発達段階において解決しなければならないそれぞれの宿題の事です。(図 3)

発達段階として幼児期の場合、課題が解決されない場合 BPSD としてどういった行動を示すのかを例としてみてみましょう。

この段階では自律性を得るか得られないか学びます。

自律性を得られなかった場合

親が私たちに繰り返し完璧さを求めてきた場合、子供は恐れを抱き、新しいことにチャレンジできなくなります

その結果見当識障害に現れる BPSD はどういった行動が現れるか

今迄の出来事に固着し、自分のもっているものにしがみつき、常に未経験の出来事を恐れするようになります。

そして、何とかこの状態から抜け出そうと本なんなりに解決策を探ろうとするのです。

そのような理由から本人にとっては“おふる”を見当識障害から忘れてしまうことで未知のものと思ってしまい、入りたくない、いやだと言って相手にひっかくなどして何とかその未知の恐れから抜け出そうと本人なりの解決をしようとして SOS を出すようになるのです。その行動が私たち専門職から見れば BPSD(周辺症状)として映るわけです。

その他、エリック・エリクソンのライフリスク論を使うと以下のような事例が考えられるのです。

未解決の課題

問題行動 (BPSD)

高齢期における喪失体験 (肉親との死別)

常に人を探してうろうろ歩き回るようになる【徘徊】

若いころ、戦後の混乱期で十分な育児ができなくなってしまった。【若成人期における孤独】

人形を娘にたとえ、常時持っており、人形に語りかけている。

その他のステージについては図をご参照いただきたいと思います。

BPSD は欲求を満たすために本人なりに相手に分かってもらいたいことを伝える手段である

基本的欲求 (ひとつまたは複数) を満たす行動である可能性が BPSD として現れることがあります。(図 4)

例を示します。

BPSD の行動としては布を繰り返し触っています。この行動を意味しているところはなんでしょうかこの欲求を満たすために若いころ、十分な育児ができなかった、子供服を作ってやれなかったので、せめて 1 着だけでも作ってやりたいと思っているのです。

この行動は“誰かの相手の役に立ちたい”という心理的欲求に基づいていると思われます。

BPSD の意味しているところがすべてこの 2 点に絞れるとは言い切れません。例外も沢山あります。

しかし、このことを知っておくだけでも、かなりケアが楽になるのではないのでしょうか。

BPSD の適切な表現、不適切な表現

以上のようなことを踏まえて介護記録においてどのような気を付けたらよいか例を挙げて解説して行きたいと思います。(図 5)

BPSD の表現で気を付けなければならないのが、先ほどにも書きましたが主観的な表現をしてはならないということです。利用者の言動や人格を否定するような表現を絶対に避けなければなりません。

それでは介護記録である事例についてみていきましょう。

徘徊について

【悪い記載例】

さんが施設内を徘徊している

この場合、スタッフと利用者との会話、やり取り、利用者から発せられた言葉をそのまま記載してください。

【良い記載例】

さんが施設内を歩いているので「どうかされましたか」とお聞きしたところ「もう少ししたら、娘が帰ってくるので帰らないと・・・」と言っておられたので・・・

妄想

【悪い記載例】

部屋に戻ると妄想が出始めたようだ

この場合も職員とのやり取りを記載するようにします。

【良い記載例】

部屋に戻ると「結婚指輪がない!」と言っておられたので一緒に探すことにした。「出てきましたよ」というとホッとされていたが、今後、結婚指輪が さんにとってどんな物なのかをお聞きするなどして、今まで過ごしてきた生活歴を考慮したうえでスタッフ同士で話・・・

暴言

【悪い記載例】

その 食事中、スタッフ に向かって暴言を吐き始めた

その お風呂に誘導しようとしたら暴力を振るわれた

この場合も利用者の方から発せられた言葉をそのまま記載するようにします。

【良い記載例】

その 食事中「バカヤロー、こんなまずいものが食えるか!」と言われた

その お風呂に誘導しようとして腕を軽くつかんだら「今は入りたくない」といって押し返された

興奮

【悪い記載例】

居室に行くと さんが興奮しているようだ

この場合も、利用者スタッフとの会話のやり取りを記録するようにします。

【良い記載例】

「早く誰か来てー」と さんが言うので急いで が居室に駆けつける。
「どうされましたか?」とお聞きすると「そこに誰か男の人がいるの。私怖くて・・・どうしたらいいかわからなくて、しばらくここに一緒にいて」とおっしゃるので「大丈夫ですよ。私がいいますから安心してくださいね」と・・・

【帰宅願望】

【悪い記載例】

さんは決まってこの時間になると「家に帰る」と帰宅願望が出るようだ。

この場合も本人から発せられた言葉と職員とのやり取りを記載するようにします。

【良い記載例】

「家に帰る」とおっしゃるので「家に誰かおられるのですか」とお聞きすると「娘が帰ってくるから。私が帰って夕食を作ってやらないと」と言われるので・・・

入浴拒否

【良い記載例】

なかなか入浴してくれないという入浴拒否が見られる

この場合も、入浴介助に入るまでの利用者とスタッフとの会話、また利用者の様子を記載するようにします。

【良い記載例】

「お風呂が沸きましたよ」と浴室にお連れし、体を洗うのを手伝おうとすると突然入浴は嫌だと言われた。「どうされましたか」と聞くと「いつもの　さんがしてくれるのに、今日はどうしてあんななの？いつもの　さんにしてちょうだい」とおっしゃるので事情を話すと納得してくれたようで・・・

暴力

【悪い記載例】

日中、利用者の　さんといざこざが起こり、　さんが　さんに暴力をふるいそうになっていた

この場合も二人のやり取りの様子、2人から発せられた言葉を記載するようにします

【良い記載例】

日中デイルームで過ごしていると、何やら利用者同士の声がするので駆け寄ってみると　さんが「いつもボケてるお前なんかには渡すもんか、おとなしく部屋に戻っけ！」と言い、　さんの胸ぐらをつかんでいた。介護スタッフの××が「どうされましたか」と聞いたところ・・・

いかがでしたでしょうか。介護現場でありそうな記録例を挙げてみました。

このように BPSD を介護記録に表現するには、利用者本人から発せられた言葉、そして介護スタッフとのやり取りを記載すればよいのです。そうすることで、介護記録の開示の際利用者家族が見ても事実の把握ができますし、介護スタッフとのやり取りで気遣いの会話が書かれていたら、「大切に扱われているんだ」と思われ、今後の信頼関係が良好なものになるのです。

先に申し上げましたが周辺症状というのは、利用者が思っている事、こうしてほしい、あ~あしてほしいという事を満たすために本人なりに解決している姿なのだという事を認識していただけたら、おのずと記録の書き方も変わるのではないのでしょうか。そう認識することで介護拒否とか暴言とかいわゆる“上から目線”的な言葉が無くなってくるような気がします。

ここで介護記録をする上で注意することがあります。

私たちに映る BPSD の行動には当事者なりの思いが秘めていますので、その行動に至った原因を私たち介護職が分かるようにしていこうと姿勢（今後の対応）を最後に記載することが大切です。

例えばこういった場合です。

利用してまだ日が浅い鈴木さんが、朝から施設内を歩き来している為、聞いてみると、「家に帰りたい」と言っていた。しかしながら朝食の準備に関心を示し、鈴木さんがその場を離れ、訴えを中断したため、特段の対応はしなかった

今回の出来事を、カンファレンスを開催し、鈴木さんに対し、“異変”（不安げに歩き回る、「家に帰りたい」と訴える等）がなぜ、決まった時間に起こるのか、今までの生活歴を含めて、観察していき、そうなるにいたった鈴木さんの心理状態を知る必要がある。

この例では家に帰りたいと訴えている鈴木さんに対して対応策としてカンファレンスを開催して心理状態を探っていくという事が書かれています。このように PBSO に対して今後の方向性を記載するのです。

今回は、BPSO の表現の仕方について投稿してきましたが、いかがでしたでしょうか。もちろんこれらが全てではありませんが、最低限これだけは守っていただきたい内容です。

最後に

さて、最後に実地指導対策として介護記録として注意する点をまとめておきたいと思います。

・ケアプランに記載された内容に基づいて記録を行う事 (図 6)

ケアプランに記載されている目標と大きくかけ離れていないかを確認することが重要です。

例えばケアプランの目標にレクリエーションの参加について書かれていたとします。

この場合、どういうことを介護記録として記載したらよいでしょうか。

利用者の日常生活の様子はどうであるか

どんなレクリエーションに興味を持っているのか

レクリエーションに参加時の利用者と職員はどのような会話を交わしたか

等を記載するようにします。

実際の実地指導ではケアプランの内容と介護記録記載内容に矛盾点がないか、ここを重点的に調べられます。くれぐれも注意してください。

・記載漏れについて

よく介護記録というと、記録本文を記載することにだけ集中しがちですが、・月日、時刻、サイン [記録者氏名] などを案外忘れがちです。これらの基本事項については、利用者の様子を記載する前に必ず、入れておきましょう。案外、この箇所を指摘されることが多いものです。

・訂正方法について

これは、当然と言えば当然ですが、修正テープ・修正液で消すことはもってのほかです。介護記録は公文書と言っても過言ではありません。もし、このような方法で修正していることが指導で見つかったら・・・何か怪しいことがあるのかと疑われても仕方ありません。

・事実を書くこと

よく、介護記録で見かけるのが、「 とされる」とか「 のようだ」と推測してしまう事です。(図 7) 根拠もないのにこのように一方的に推測で決めつけるのはよくありません。もし、このような記載をするなら「実際に × × であった。それから推測して とされる」と推測に至った根拠を示すことが重要です。

・日記にならないこと

私も新人の頃、記録の仕方が分からなくて介護記録が日記帳になってしまった経験があります。

ただ単に「今日は体調がすぐれない様子でいつも日課とされている をされなかった」だけでは事実のみしか記載されていません。これでは日記で介護の専門職が書いたものとは程遠いものになってしまいます。

されなかったからどうしたのか、誰かに報告したのか、今後話し合っ解決策を探っていくのかという今後につながる記録を残すことが重要です。

今迄述べてきた BPSO の適切な表現のまとめとして記載例を図 8 に示します。

今迄のまとめとしてポイントは以下の通りとなります。

- ・利用者から発せられた言葉を記載する
- ・主観的な言葉「暴言、介護拒否、入浴拒否等」の記載は言語道断！
- ・常にBPSDが利用者の心理状態から起こっているのだという視点から記載すること
- ・場合によっては今後の解決策に結び付ける記載を心がけること

これから認知症の利用者は増えていきます。また家族の権利意識が増えてきたこともあり益々、介護記録の開示するケースが増えてきます。

このことは何を意味するのでしょうか。

一言でいうと私たちの身を守る手段がますます重要視されてきたことなのです。

これらは、介護記録の仕方をマスターしておくことが重要になってくると同時に、この介護記録が私たち専門職の身を守る唯一の証拠になるのです。逆に言うと適切な記録表現をマスターしなければ、適切なケアを提供していないとみなされ、訴訟に持ち込まれた場合、莫大な損害賠償を課されることも最悪ありうるということを肝に銘じておかなければなりません。

医療の分野では既に訴訟のオンパレードと言われていています。

私の義母が入院するとき、入院承諾書等様々な書類にサインさせられたのを覚えています。

担当の方がおっしゃっていました。「今医療の世界ではちょっとしたことで訴訟に持ち込まれるケースが多いんです。いわゆるクレイマーと言われる人たちから訴えられるのです。そのクレイマーから我々の身を守るためにこのように同意書等にサインをお願いしているのです」と。

福祉の世界でももうすでに同様の事が起こってきているような気がします。

私たちにとっては、介護記録がとても重要な意味をなすのだという事を常に認識において職務を遂行していただきたいものです。

参考文献

【福岡シティ福祉サービス】介護スキルアップセミナー「介護記録の書き方」P1,16,18

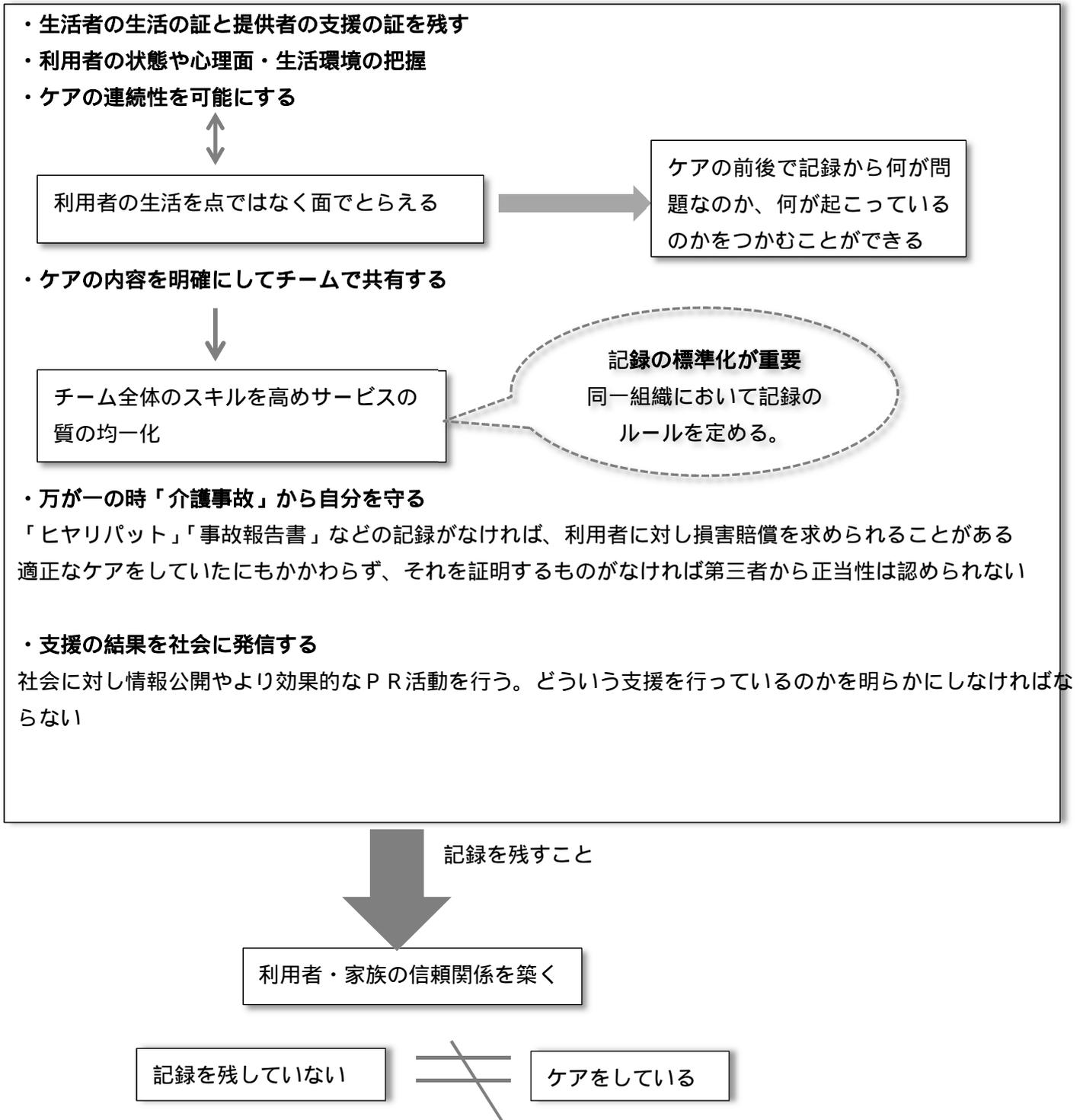
【福岡シティ福祉サービス】介護スキルアップセミナー「バリデーション」

【福岡シティ福祉サービス】介護スキルアップセミナー「バリデーション」参考資料

【介護労働安定センター】介護労働安定センター「バリデーション」研修資料

図1 介護記録の役割

記録の役割



【福岡シティ福祉サービス】介護スキルアップセミナー「介護記録の書き方」P1より

図2 記録開示と信頼関係

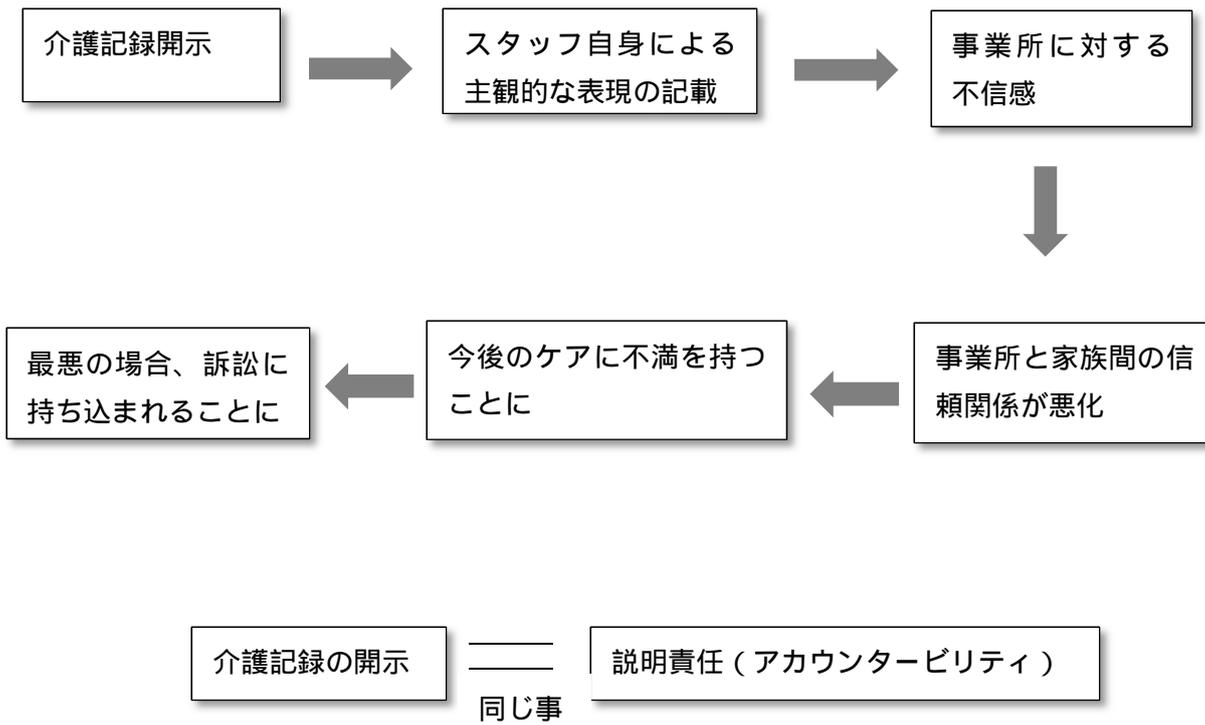


図3 エリクソン生涯発達理論と見当識障害の関係

期	人生における解決すべき課題	未解決な課題	認知症高齢者に見られる振る舞い
乳児期	基本的な信頼 VS 基本的な不信	基本的な不信	<ul style="list-style-type: none"> ・非難、絶望的、無力、無益 ・新しいことをすべて恐れ、感情を飲み込む
幼児期	自律性 VS 恥、疑い	恥、疑い	<ul style="list-style-type: none"> ・良い子のようにNOと言わない ・リスクを恐れる ・自己不信 ・コントロールを失うことを恐れる
遊戯期	主導権 VS 罪悪感	罪悪感	<ul style="list-style-type: none"> ・新しいことに挑戦しない ・憂鬱、罪悪感 ・いつも泣いて苦しんでいる
学齢期	勤勉性 VS 劣等感	劣等感	<ul style="list-style-type: none"> ・「私はだめな人間だと思ってしまう ・憂鬱になる
思春期	アイデンティティ(同一性) VS アイデンティティの混乱	アイデンティティの混乱	<ul style="list-style-type: none"> ・男の人がベットの下のいる ・他の人の名前を言う
若青年期	親密 VS 孤立	孤立	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の殻に閉じこもり、人を遠ざける ・依存する
青年期	生殖性(生み出す) VS 沈滞(停滞)	沈滞(停滞)	<ul style="list-style-type: none"> ・年を取ることで、古い考え方、社会的立場に執着する ・年を取ることで失う言雄を否定する
老年期	成熟(統合) VS 絶望、嫌悪	絶望、嫌悪	<ul style="list-style-type: none"> ・憂鬱、周りの世界に対する嫌悪 ・失敗を人のせいにする ・私は「だめな人間」だという

介護労働安定センター バリデーション研修資料 一部加筆

高齢者が経験してきたもの

- ・ 人生の課題や失望に向き合ってきた
- ・ 希望をもって日々の生活の問題に取り組んできた
- ・ 自分自身や他人の間違いや失敗を許してきた
- ・ 目標を達成できないときは妥協をしてきた
- ・ 失敗やミスをしたり、夢がかなえられなくても自尊心をもち続けてきた
- ・ 身体的喪失や社会的喪失を乗り越えてきた
- ・ 体の衰え、愛する人の死、避けることのできない死を受け入れてきた
- ・ 生きるための情熱をもち続けている
- ・ 過去をくよくよ思いわずらわず、思い出として楽しんでいる
- ・ 新しい人間関係をつくる
- ・ 愛する人と和解し、死に備えてきた

マズローの段階的欲求と見当識障害

マズローの欲求段階説	見当識障害のある高齢者に当てはめた場合
自己実現欲求 (自己のすべての可能性を実現する)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 安らかな死を迎えるため、まだやり終えていないことを解決する欲求 ・ 安心して暮らす欲求
美的欲求 (均整美、秩序、美)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 視力、聴力、身体的自由、記憶力が低下しても、平静な気持ちを回復する欲求
認識欲求 (理解、探究)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 忍び難い現実を納得のいくものにしたい欲求 ・ 整然と、調和している気持ちになれる、なじみある人間関係があり、くつろげる場所を見つけたい欲求
尊重欲求 (達成、承認してもらい、他者から認められること)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 承認、地位、自分らしさ、自尊心への欲求 ・ 役に立ちたい欲求 ・ 傾聴され、尊重されたい欲求
所属、愛情の欲求 (他者と交流する)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 愛され、所属したい欲求 ・ 人と接したい欲求 ・ 感情を表現したい欲求、その感情を受け止めてもらいたい欲求
安全欲求 (安心、安全と感じられること)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 動かなくされたり、拘束されたりすることなく、育まれ、安心したい欲求 ・ 痛みや不快感を軽減する欲求
生理的欲求 (飢え、のどの渇き、性等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 触覚、視覚、聴覚、嗅覚、味覚、性的表出等、感覚を刺激する欲求

ナオミ・フェイル バルデーション・ブレイクスルーより

人生の後半で見当識を失った人は、以下のようなある特定の精神・心理的、そして社会的欲求をもっている

- ・安らかな死を迎えるために未解決な問題を解決したい欲求
- ・平和に暮らす欲求
- ・視力や聴力、身体的自由、記憶力が低下しても平静な気持ちを回復する欲求
- ・忍び難い現実を納得のいくものにしたい。整然と、調和している気持ちになれる、なじみある人間関係があり、くつろげる場所を見つけない欲求
- ・認めてもらいたい欲求。地位、自分らしさ、自尊心への欲求
- ・役に立ちたい欲求
- ・聞いてもらいたい、尊重されたい欲求
- ・感情を表現したい欲求、その感情を受け止めてもらいたい欲求
- ・愛され、所属したい欲求。人と接したい欲求
- ・動かなくされたり、拘束されたりすることなく、育まれ、安心したい欲求
- ・触覚、視覚、聴覚、嗅覚、味覚、性的表現等、感覚を刺激する欲求
- ・痛みや不快感を軽減する欲求

これらの欲求を満たすために、

- ・彼らは心の目を使ってものを見る。そうして過去のなつかしい声を聞く。
- ・働いていたとき役に立っていると感じた気持ちを再びよみがえらせようと、働いていたときと同じように手や足を動かす。
- ・言葉で意思疎通をすることができなくなると、言葉にならない音を混ぜ合わせて感情を表現する。

見当識障害のコミュニケーションの上で理解しなければいけないこと

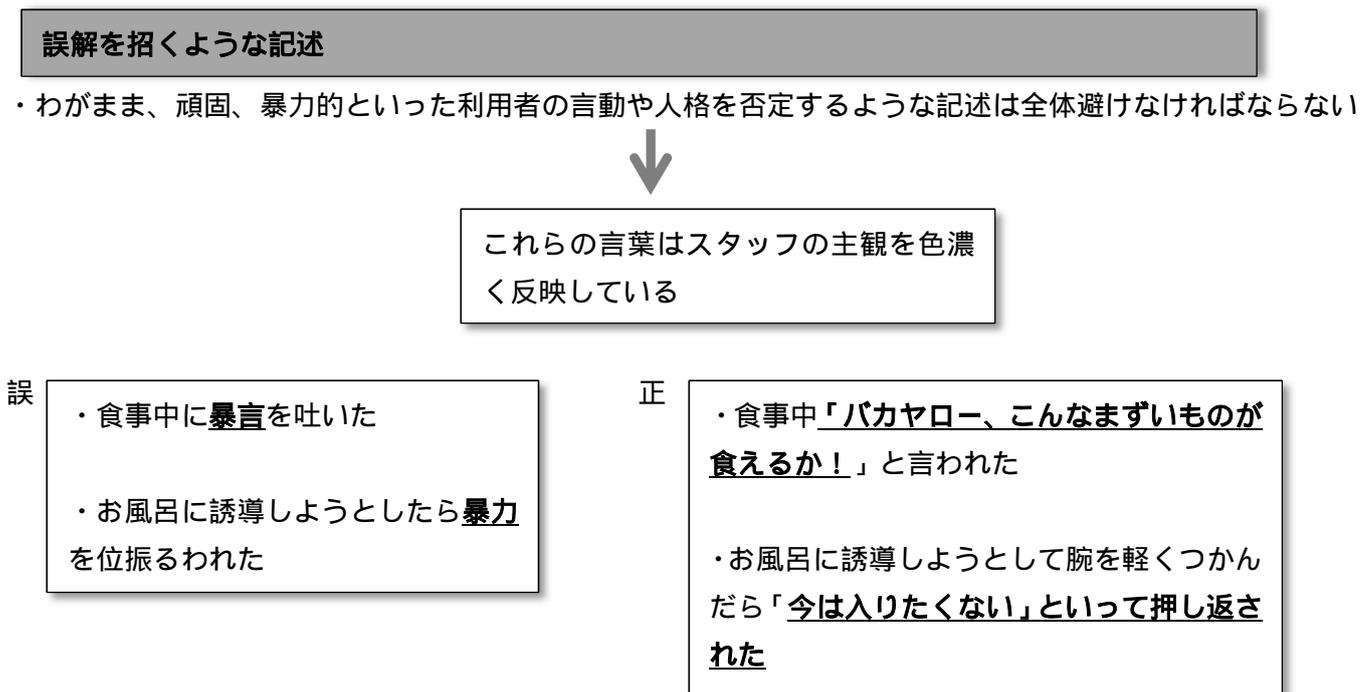


- ・たとえ見当識障害があっても、普遍的な欲求をもち続けている事。
- ・自分が属する世界をもち、自分らしさを見つけ、自分の感情を表現したいという欲求をもち続けている事。

後期高齢者は、孤立した状態で、解決の激しい痛みを乗り越えようと苦しむ。

理解できない行動にどう対処していいのかわからない介護者や家族には挫折や苦痛の元となる。

図 5 BPSD の表現について



BPSD について

「介護抵抗」という記録

第三者に伝わらない

介護抵抗という言葉は、ネグレストと思われても仕方ない。

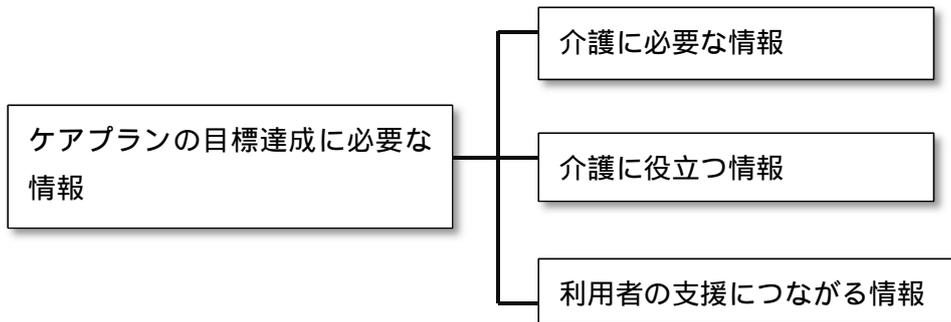
A さんがお風呂に入ってくれなく、入浴拒否され、**介護抵抗**された。

それに対するアプローチ法が記載されているか

【福岡シティ福祉サービス】介護スキルアップセミナー「介護記録の書き方」P16,18

図6 ケアプランの目標と介護記録の関係

全ての介護記録はケアマネから提出されたケアプランの目標に沿った記録をしなければならない。



事例

ケアマネから提出されたケアプラン

長期目標
施設内を転倒なく確実に一人で歩行することができる。

短期目標
歩行訓練を繰り返し、1日3分は手すりにつかまりながら、歩くことができる。

ケアプランを
反映



介護現場での介護記録

書くべき情報

利用者の日常生活の歩行の様子はどうか
歩行訓練時の様子や効果はどうか
職員が歩行介助したのはどんな状況の時で、どのような介助をし、その時の利用者の反応(表現、言動)はどうか
職員がどんな声掛けをし、どんな会話を交わしたか
職員が気づいたこと

長期目標

楽しみをもって生活できるようにする

短期目標

- ・レクリエーションに参加し、楽しみを見つけれられるようにする。
- ・他の利用者と雑談できるようにする。

ケアプランを
反映



書くべき情報

利用者の日常生活の様子はどうか
どんなレクリエーションに興味を持っているのか
レクリエーションに参加時の利用者と職員はどのような会話を交わしたか
他の生活場面で利用者が楽しみをもっていることは何か
職員が気づいたこと

図7 推測による介護記録例

断定的に描くことを避けなければならない「～である」

「～と思われる」「～と考えられる」などの推測であることがわかるような表現にする

悪い介護記録の例

「熱があるようだ」「痛みがあるようだ」などの推測を交えた記録



ネグレスト(介護放棄)とも取れる

熱があるから痛みがあるからどう対処した
のかを記録に残すことが大切

・推測した根拠がわかるようにする

たとえば利用者が『生きる気力を失っている』と感じたのであればなぜそういえるのかをその時の会話、利用者の発した言葉、エピソードなどを書いてそう推測した根拠を示す

誤

家族や友人の訪問も少なくなり、生きる気力を失っている

正

家族や友人の訪問も少なくなり、時折『だれも相手してくれない。生きててもしょうがない』とつぶやくことがあり、生きる気力を失っているように思われる

【福岡シティ福祉サービス】介護スキルアップセミナー「介護記録の書き方」P18

図 8 BPSD における介護記録例

ポイント

- ・利用者から発せられた言葉を記載する
- ・主観的な言葉「暴言、介護拒否、入浴拒否等」の記載は言語道断！
- ・常に BPSD が利用者の心理状態から起こっているのだという視点から記載すること
- ・場合によっては今後の解決策に結び付ける記載を心がけること

入浴の場面にて【介護拒否】

入浴介助の最中、 さんがスタッフ××の手を引っかき始めた。突然の事でびっくりした。今回はいつものスタッフがたまたま休みだったので代替りの××が介助に入ったのだが。そこで「何か気に障ることがありましたか」と聞くと体を指して何か訴えかけている。「今日は が休みなんです。だから私が担当させていただきますね」と言うと落ち着いた様子で入浴されていた。

このような状況を踏まえ今後は、 さんの入浴介助に入る際、いつもと違うスタッフが担当するときは、必ず事前にその旨を さんに伝えることを徹底することを朝のミーティングで伝達・確認することにする。

スタッフ××と さんのやり取り、
さんから発せられた言葉を記載

今後の解決策の記載

居室にて【物盗まれ妄想】

AM3:00 過ぎ、「誰か来て～」と さんからの悲鳴。急いで居室に何うと「ここにおいていた指輪がないの」と言われ、パニックを起こされていた。スタッフ××が「どこにおいてたのですか」と聞くと「ここにおいてたの、大切な指輪なの、主人がくれたものなのよ」と言われる。××が「大丈夫ですよ。ご安心ください。私が探しておきますから・・・探し当てたらすぐ連絡しますね、もう遅いからゆっくり眠られてください」というと「じゃ、お願いね」と言って床に就かれた。

2日に1回はこのような事が繰り返し起こる。そこで さんの生活歴から さんにとって指輪がどんな意味があるのか、私たちに何を訴えているのかをカンファレンスを開いて検討する必要がある。

スタッフ××と さんのやり取り
さんから発せられた言葉を記載

繰り返される言動に対して さんがどう
いう心理状態から起こるのかに視点を
置き今後の解決策を記載

実地指導が厳しさを増しています。

以前は、書類の部数が揃えばそれでよかったのですが、書類の整合性、もしくはケアプランと介護記録の記載内容に矛盾点がないかなど、提供されるサービス内容に踏み込んだ書類のチェックが行われています。

また介護に関する帳簿類は実地指導の他、今増加しつつある介護裁判の判断材料となるなど、記録の重要性はますます増えています。

特に訪問介護ではサ責の業務分担が業務効率にかかわっており、それが書類の整備にもかかわっているといても過言ではありません。

サ責の方が書類の整備を行うことにはなりますが、本来の業務の傍らこういった書類の整備も行わなければなりません。

そこで本稿では、各書類についての記載のポイントはもちろんのこと実地指導対策やリスクマネジメントの観点から記録類の整備の重要性について解説していきたいと思います。

1. 記録の不備で指摘されやすい点とは

では、帳簿類に関して指摘がされやすい項目はどういったものがあるのでしょうか。

それは以下の通りです。

- ・ 居宅サービス計画に位置付けのあるサービスを訪問介護計画に位置付けていない。
- ・ アセスメント、モニタリングを行ったという記録がない（各シートがない）。
- ・ 利用者の個人情報を用いる際に、事前に文書で利用者に同意を待てない。（署名欄に記載がない）
- ・ 提供したサービスの具体的な内容等を記録していない。
- ・ 加算等を請求するにあたり必要な書類がない。

ざっとあげると以上のようなになるでしょうか。

その中で一番多いのは、利用者に介護計画書を交付せずにサービスを提供している事です。

ではなぜ、行政の方々はサービス提供に介護計画書を作成していないという事が分かるのでしょうか。

実は行政指導というのは、書類の整合性を重視しているのです（**図1**）。

例を挙げると

- ・ 介護計画書の枚数分の利用者のケアの様子が業務日誌に記載されているか。
- ・ アセスメントシートが10部あったとすると計画書も10部なければならない。またモニタリングシートも10部なければならない。
- ・ 出勤カード（タイムカード）で出勤者のチェック 各業務日誌を確認して本当にこのスタッフが出勤しているのかをチェック

2. そもそも記録を整備しておく必要性と、記録を保存しておく意味

ではなぜ記録を整備しておかなければならないのでしょうか。

その意味を紐解くために、介護記録（帳簿類）を残しておくメリットについて考えていきたいと思います。

生活者の生活の証と提供者の支援の証を残す

記録を残すことで、確かにケアを提供していたという記録が残せます。また日々の記録を残すことで利用者の生活状が把握できるのです。

利用者の状態や心理面・生活環境の把握

記録に残すことで利用者の生活状態と心理状態を知ることが出来ます。

ケアの連続性を可能にする

ある限られた時間(レクレーション時、入浴介助時等)だけを記録しても、利用者が何をケアしてもらいたいのかわかりません。1日、2日、3日…常に観察、記録することで初めてケアが可能になってくるのです。

ケアの内容を明確にしてチームで共有する

介護計画書、介護記録、経過記録等記録類はスタッフ同士の情報の共有を図るほか、ケアの統一性を図ることが出来るのです

万が一の時「介護事故」から自分を守る

「ヒヤリハット」「事故報告書」などの記録がなければ、利用者に対し損害賠償を求められることがあります。

適正なケアをしていたにもかかわらず、それを証明するものがなければ第三者から正当性は認められないのです。

支援の結果を社会に発信する

厚生省は H27 年改正でケア介護に積極的に出るようにとの通知がなされました。ケア会議の出席参加ならば本来であれば基準を満たさないところを特例を作り人員基準を満たすものとししました。この会議ではケアプラン、介護記録などを提示することが十分考えられます。

また運営推進会議(地域密着サービスなどで開催される会議)では第三者のチェック機能が強化されています。

これらの機会では当然、介護記録などの帳簿類の提示があると思われます。

さらには個人情報保護法により利用者家族等から介護記録の提示を求められた場合は、その要求に応じなければいけないことが規定されています。訪問介護でいえば、個人情報開示がこの 事項に該当するでしょう。

記録類を見直すことにより、今後のより良いケアを提供する為の重要な材料になる

例えば、定時のオムツ交換時に便臭がして、失禁しているとします。そうした場合、介護記録を蓄積することによって、排便のリズムが見えてくると思います。介護記録を材料にしてリズムを知ることによって今後の排泄ケアに結び付けていく、今後の排泄ケアの対策をカンファレス等で話し合うことが出来るのです。

研修材料となる

例えば新人職員が入職したとき、特定の利用者のケアでは他の利用者とは違いこういう事に注意しなければならない事を事故報告書ならば今後の解決策を話し合う材料となるなどといった場合です。

以上書類を残すメリットをざっと挙げてみましたが、記録類保存と整備の必要性がお分かりになっていただけたかと思います。書類を保存しておくことーそれは何も実地指導対策だけではないというのがお分かりいただけたのではないかと思います。

3. 記録のポイント

ここでは書類整備に伴い、各書類を記載する上で気を付けるポイントについて解説していきたいと思います。

(1) ファイスシート(図 2)

利用者の氏名、年齢、生年月日、身体状況、経済状況、生活環境、家族関係、連絡先などの基本情報を記載した書類

ケアマネから新規の利用者を受け入れるときに記載する書類です。別名新規受け入れ票とも言われています。

実際はケアマネが記載することが多いのですが、訪問介護事業所で作成するケースもあるようです。

この書類は利用者の個人情報で詰まった最重要書類と行政側は見ているようです。

ア) 連絡先

この連絡先については 2 か所以上の欄を設けておくことをお勧めします。

なぜ、2 か所も設けておくことが必要なのでしょう。転倒などの事故が起きた場合一刻も早く利用者の家族に連絡を取らなければなりません。その時、通常連絡先に連絡が取れば問題はないのですが、もし連絡が取れなかった場合、予備に控えておいた連絡先に取る必要性が出てくるからです。

連絡先を設ける際には出来れば固定電話の他に携帯電話を記載する欄も設けておきたいものです。今はほとんどの方が携帯を持っている時代です。固定電話よりも携帯の方がつながりやすい事もあるからです。

(2)事故(ヒヤリハット)報告書(図3)

ア)略図を書くこと

事故の発生状況を説明するとき、文章のみではうまく説明できない事が多々あるでしょう。その際イラストを用いることによって、視覚的にも訴えることが出来るし、その時点でのスタッフの配置状況が一目瞭然で分かるのです。

イ)回覧印

この欄を設けることが重要です。介護事業所というのは他職種が協力して一つのサービスを提供するという特殊性を有する職場です。という事は情報共有されていなければなりません。情報共有していますよ、という事を証明する為には、回覧印を設けて各スタッフの印鑑を押してもらい、これしかないのです。

ウ)今後の解決策

この欄は、今後の解決策をカンファレンス等で話し合った結果、結論を明記しておきます。そうすることで新規職員の研修にも使えますし、情報共有にも一役買うことにつながります。

(3)介護記録(業務日誌)(図4)

介護をしたという証拠となるのがこの介護記録(業務日誌)です。

この介護記録ですが介護計画、ケアプランに基づき実際に介護が行われていたかどうかが見られます。

もし事故が起きた場合、事故報告書を基にどういうケアを行っていたのか、転倒防止のための処置を行っていたのかどうかを裁判官は介護記録、ケアプラン等から読み取るのです。ですので記載内容は事実を書くことが非常に重要になってくるわけです。

(4)苦情報告書

案外知られていないかもしれませんが、この苦情報告書も厚労省はリスクマネジメント上の重要な書類として位置づけ、以下の通知を出しています。

同条第2項は、利用者及びその家族からの苦情に対し、指定訪問介護事業者が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情(指定訪問介護事業者が提供したサービスとは関係のないものを除く。)の受付日、その内容等を記録することを義務づけたものである。

指定居宅サービス等及び介護予防サービス等に関する基準について(1999年 老企第25号)

この通知から読み取れることは以下のポイントです。

- ・利用者から苦情が出たら、内容を漏らさず記載
- ・苦情が出たらいつ出たものなのかをしっかりと明記
- ・記録があることにより今後の対応の基準につながる
- ・報告書には苦情内容だけでなく今後の対応も記載すること

この書類も事故(ヒヤリハット)報告書同様、情報共有や研修材料になりうることを心得ておかなければなりません。

(5)介護計画書

文字通り、介護に関する計画書です。この計画書作成に関して大原則は「ケアプランに沿った計画を立てる」ことです。作成する上で重要となるポイントは以下の通りです

作成に当たっては、利用者の状況を把握・分析し、訪問介護の提供によって解決すべき問題状況を明らかに(アセスメント)し、これに基づき、援助の方向性や目標を明確にし、担当する訪問介護員等の氏名、訪問介護員等が提供するサービスの具体的内容、所要時間、日程等を明らかにすること。

以上から介護計画作成について

・アセスメント ・長期目標、短期目標の設定 ・目標に基づくサービス内容の設定
の順で作成することがポイントになってきます。

また後述するケアマネジメントプロセスの観点から記載する上で注意するポイントがあります。それは

目標(長期、短期)やサービス内容についてケアプランの記載内容をそのまま介護計画書に書き写すことはできない

なぜ、ダメなのでしょう

ケアマネジメントプロセスによると

ケアプランの記載内容をもとにして、訪問介護事業所にてモニタリングする

にてモニタリングした結果を訪問介護事業内で作成した計画書に書き込む

とあります。

ケアプランと介護計画書の記載内容の違いを挙げると以下の通りになります。(図5)

- ・ケアプラン・・・利用者がかかわるすべての事象者のサービス概要をまとめたもの
- ・介護計画書・・・ケアプランに記載されている概要をさらに深く掘り下げて詳細なサービス内容を記載したもの

以上の違いを考慮に入れると当然ケアプランと介護計画書の記載している表現は相違していなければおかしいということになるわけなのです。

記載内容に関しては相違してはいけません。あくまでも記載表現が相違していなければいけないということです。

ここでは紙面の関係で記載方法については割愛させていただきますが利用者家族に見せる書類、また外部に公開する書類なのだとすることを十分に認識しながら記載することがポイントです。

以上(2)～(5)の書類に共通して言える記載のポイントは以下の通りです。

- ・わかりやすく、具体的に記載すること、(誰が見てもわかるよう専門用語を使ってはいけない)
- ・介護計画書、介護記録では「時々等」のあいまいな表現は記載しないように
- ・常に外部に公開する材料なのだとことを認識すること
- ・担当したスタッフの氏名や日時、時間をまず最初に記載すること

4. ケアマネジメントプロセスについて

ここでは実地指導に非常に重要なかわりを持つケアマネジメントプロセスをご紹介します。

前項の記録の不備ですがなぜ不備といえるのか、根拠になっているのがケアマネジメントプロセスなのです。(図6)

すべてのサービス提供は以下のプロセスに沿って提供されなければならない

契約 アセスメント プランニング 実行 評価

訪問介護のみならず、すべての介護サービス提供に関してはこのケアマネジメントプロセスに沿って提供されなければ、ペナルティとして介護報酬の減算もしくは返還といったことも起こります。

なぜでしょうか。すべてはサービスの質向上にかかっているからです。国はサービスの質向上を図るにこのプロセスに沿ってサービス提供を行うことを求めています。つまり、書類の整備もこのプロセスにのっとったものでなければならないのです。

書類の整備面の観点からいうと

【契約】 契約書、重要事項説明書の交付【利用者との契約】

【アセスメント】アセスメント(利用者へのサービス利用に関する情報収集)

【プランニング】アセスメントシート、訪問介護計画書作成、(利用者・ケアプランセンターへの交付)

【実行】サービス提供(介護記録の記載)

【評価】モニタリングシートの作成(利用者・ケアマネへの交付)

この順番で書類の作成や整備を行わなくてはならないことになります。

4. 記録を保存する際のポイント

皆様の事業所では、利用者別にファイルを作りその中に該当利用者のフェイスシート、介護計画書等を透明のクリアファイルに挟んでいると思います。

私はよく、他事業所のアウトソーシングを依頼され、実際に施設に伺い、業務をさせていただくことがあるのですが、様々な書類を見ながらパソコンにデータを入力しているうちに書類がホッチキスで止めていない為、バラバラになってしまい、わからなくなってしまうことが多々あり、業務終了などに時間がかかってしまうといったことがあります。

そこで、項目別にホッチキスで止めて置くことをお勧めします。(図7)

例えば A さんの訪問介護計画書があるとします。

訪問介護計画書 (令和1年1/1～令和1年3/31)

訪問介護計画書 (令和1年4/1～令和1年7/31)

訪問介護計画書 (令和1年8/1～令和1年12/31)

の3部があったとしましょう。

一番上に、最新の訪問介護計画書、その下に訪問介護計画書、一番下に訪問介護計画書

つまり、最新(更新時)の書類を常に一番上にしてそろえて上部をホッチキスで止めておくのです。このように止めておくことでバラバラになることもありませんし、イライラすることもなくなるはずです。

よくクリップで止めていらっしゃる方がいらっしゃいますが、これはあまりお勧めできません。何故ならファイルから取り出して業務で使っているうちにバラバラになってしまう可能性が強いからです。

新しく書類が作成された際には、めんどくさいとは思いますが、ホッチキスの芯を外して新規の書類を一番上にして新しく止めなおしましょう。

ケアプランやフェイスシート、事故報告書等の各書類も同様にしてケアプラン同士、フェイスシート同士、事故報告書同士をそれぞれホッチキスで止めて、それらを一つのクリアファイルに挟んでおけば OK だと思います。

また書類の保存としてパソコン、USB メモリもしくは CD-R 上での保存も併せて行っておきたいところです(図7)。

何故なら、これはリスクマネジメント上から非常に効力を発揮するといえるからです。

もし万が一、何かしらの事故で書類を紛失してしまった場合、パソコンにデータを保存していればプリントアウトできますし、そのパソコンがフリーズして使えなくなってしまった場合、USB メモリがあれば窮地を抜け出すことができます。

そのために書類をパソコンへスキャンができる設定をしておいてください。

ちなみに文書の保存は紙面での保存だけでなく、電子媒体(パソコン上での保存や USB メモリでの保存)も認められています。

5.まとめ

いかがでしたでしょうか。実地指導は私たちの安全を守ってくれるものといえることがお分かりいただけたと思います。

訪問介護のみならず、介護サービス事業所は作成・保存すべき書類が膨大です。

この膨大な書類を不足なく作成するにはどうすればよいのでしょうか。

その一つのヒントとして訪問介護事業 帳票作成進捗管理表の作成をお勧めいたします。(図8)

この書類をご覧いただくとお分かりの通り不足している書類やケアマネジメント上やるべきことが一目瞭然です。当月サービス提供分につき作成しておき、一つの業務が終わったたびに完了日時を記載しておけば、どんな業務が完了していないか簡単にチェックできる優れモノです。

パソコンにて作成・保存しておき是非ご活用いただきたいアイテムです。

普段から忙しいという理由で書類が十分作成できない、という事業所も多いのではないのでしょうか。

1週間後に行政指導が来る、今から書類を作っとかないと・・・と慌てて作る方がいらっしゃいます。

しかし、先にも申し上げましたが行政指導というのは整合性を図ります。

慌てて作成しても人間である以上、矛盾点が出てくるものです。そしてそれが発覚したら悪質だと判断されすぐさま監査に移り変わります。そして最悪の場合指定取り消しという事もありかねないのです。(図9)

もし、書類の不備に気付いたという事であれば、それが限られた期間(1週間等)で作成できるのであればそれでよいのですが、利用者が多数にわたりとてもではないが作成できないという事であれば、素直に実地指導の担当者にその旨を伝えてください。

介護報酬返還というペナルティは課されるかもしれませんが、指定取り消しという最悪の状況は避けることが出来るはずです。下手な小細工だけは使わないことです。

普段から書類の整備をすることの重要性を理解していただき、いつ行政指導が来ても良いようにしておきたいものです。

参考・引用文献

介護保険事業:押さえておきたい実地指導の傾向と対策 | 介護の mikata 富士通マーケティング

小濱介護経営事務所 代表 小濱 道博

【日総研】二宮 佐和子 サ責ダンドリ仕事術 2012 P109

【厚生省老人保健福祉局企画課】指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準について 1999

【日創研】白石均 記録類の整備のポイント「訪問介護サービス」

【福岡シティ福祉サービス】介護記録の書き方セミナー参考資料 P22

【福岡シティ福祉サービス】介護記録の書き方 2016 P11

【福岡シティ福祉サービス】リスクマネジメントとコンプライアンス P28, 29

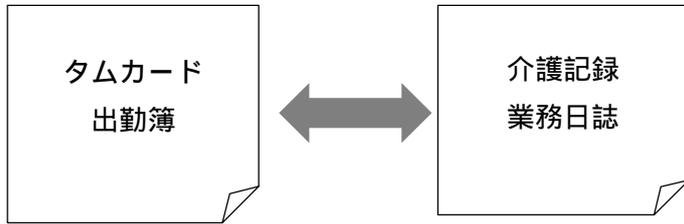
図1 書類の整合性と不備について

ケアマネジメントプロセスの観点から書類はすべて整合性によって介護質向上に努めることとされている。

書類の整合性事例

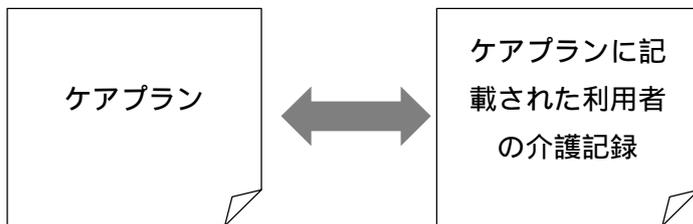
チェックする書類

出勤について



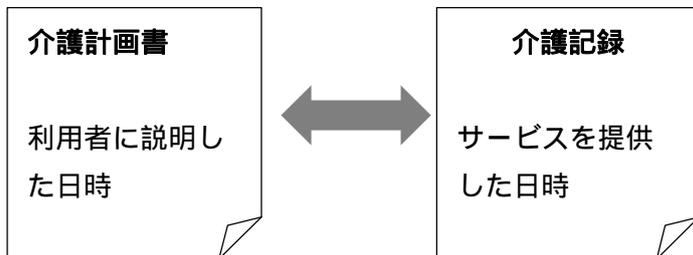
チェックポイント
タイムカード、出勤簿に記載されたスタッフ名を介護記録、業務日誌等から確認

介護記録簿について



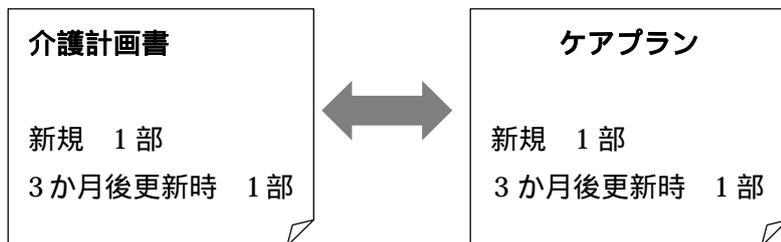
チェックポイント
ケアプランに記載された利用者の介護記録や業務日誌が存在するか

サービス提供日時について



チェックポイント
介護記録に記載された日時が介護計画書に記載された日時より後の日時になっているか

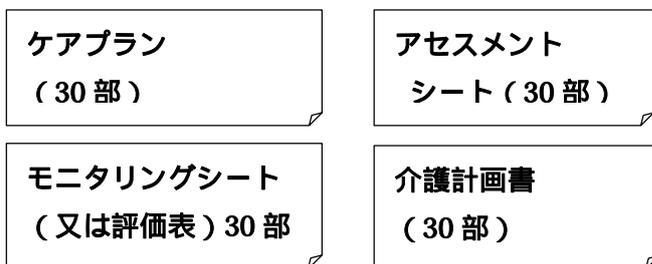
更新時



チェックポイント
介護計画書とケアプランにおいて新規作成時と3か月更新時の作成部数がそれぞれ一致しているか

サービス提供時/評価時

利用者 30 名の場合



チェックポイント
ケアプラン、アセスメントシート、介護計画書、モニタリングシートの部数が全て利用者人数分と一致しているか

図2 フェイスシート

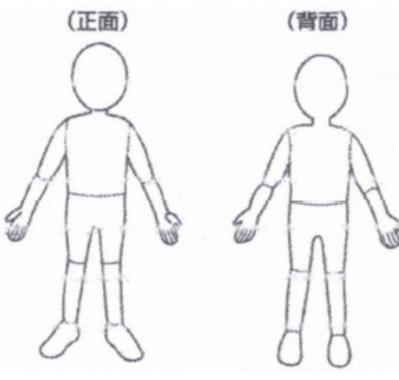
利用開始日	平成 年 月 日	記入日	平成 年 月 日	最重要書類の証			記録日 場所
フリガナ			男女	昭和	年 月 日生 (歳)		
利用者氏名				大正			
				平成			
利用者現住所	〒			要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
				電話 ()			
身元引受人	氏名			男・女	歳	続柄	
	住所					電話	
家族構成				氏名	続柄	連絡先	
緊急連絡先は2か所以上設ける 出来れば携帯も記載しておく							
生活状況	歩行	自立	一部介助	全介助	障害など部位 (正面) (背面) 		
	食事	自立	一部介助	全介助			
	入浴	自立	一部介助	全介助			
	排泄	自立	一部介助	全介助			
	着脱衣	自立	一部介助	全介助			
疾患等	褥瘡	有	無 (部位)				
	皮膚疾患	有	無 (部位)				
	内服薬	有	(朝・昼・晩) 無				
	既往歴						
身体状況	視力	見える	少し見えにくい	ほとんど見えない	見えない	眼鏡の有無	有 無
	聴力	見える	少し見えにくい	ほとんど見えない	見えない	補聴器	有 無
	歯	義歯及び治療の有無		有 無	総義歯 (上・下) 部分義歯 (上・下)		
	運動機能	問題なし		低下を認める	極度な低下を認める		
精神面	意思表示	問題なし		普段は問題なし	困難がある	ほとんど表示できない	
	話しの了解	問題なし		普段は問題なし	困難がある	ほとんど表示できない	
	認知症	有・無 (軽度・中度・重度)		ひどい物忘れ	徘徊	感情の起伏が目立つ	
特記事項							

図3 事故報告書

平成 年 月 日 ()

担当	副主任	在宅課長	施設長

必ず回覧印を押す欄を設ける

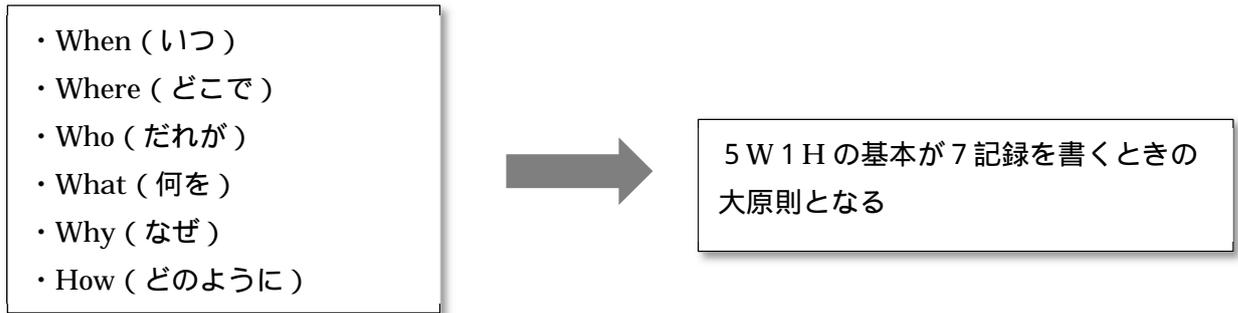
ヒヤリハット・事故報告書

報告者名

発生日時	平成 年 月 日 () 時 分		
氏名	男・女 M・T・S 年 月 日生		
分類	事故・状況・ヒヤリハット・苦情・トラブル・ミス・その他()		
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 衝突 <input type="checkbox"/> ずり落ち <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 皮むけ <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 自虐行為 <input type="checkbox"/> 器物破損 <input type="checkbox"/> 紛失・盗難 <input type="checkbox"/> 車両事故 その他<言動・医療処置>()		
	ケガの状況	打撲 捻挫 骨折 <input checked="" type="checkbox"/> 切り傷 火傷 擦過傷 精神的被害 発熱 その他()	部位 <input type="checkbox"/> <左側 右側> <input type="checkbox"/> 頭部(前後) <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 肩部 <input type="checkbox"/> 腕 <input checked="" type="checkbox"/> 手/手首 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 脚/足 その他()
発生場所	階 <input checked="" type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室・更衣室 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> エレベーター内 ベランダ 屋外(施設内・敷地外) その他() 詳細:		
家族への連絡	平成 年 月 日 ()	保険:未使用・使用 (傷害 賠償 併用)	
発生内容	略図 		発生状況 ・スタッフ(鈴木)が巡回で居室にお伺いしたところ、ベットから転落しているところを発見。 ・「どうされました」と聞くと「いやあ、トイレに行こうとしてね、車いすに乗ろうとしたんだけど、ブレーキがかけていなかったようなんだよ」とおっしゃる。 ・発生状況をできるだけ詳しく、スタッフとのやり取りも明記
	原因	・フットレストが上げられていなかったこと ・ブレーキが効いていなかったこと ・歩行介助が必要なはずだが、職員に迷惑をかけると思い、自分でトイレに行こうとしたこと ・職員が、まだ十分排尿介助のリズムをつかんでいなかったこと ・夜勤の巡回間隔が1時間おきか なぜ、このような事故が起こったのか、どうしてそうなったのか根本的な原因を追究して明記	
対策	・看護師に報告するとともに、ケアマネにも報告、同時にご家族にも報告を入れる。 ・本人にも車いすをベット脇に保管しておく時のアドバイスをするとともに、職員が頻度に巡回実施、特にブレーキとフットレストに注意する。 ・歩行に困難を伴う為、ご本人にトイレに行くときは必ず、職員を呼ぶようにアドバイスを施す。 ・観察記録を蓄積していき、排泄パターンをつかむとともに、そのパターンに応じた巡回を今後、カンファレンス等で話し合う事にする。 ・夜勤体制について職員の巡回回数からの検討が必要		
報告	医務 <input checked="" type="checkbox"/> 副主任 <input type="checkbox"/> 課長 <input type="checkbox"/> その他		
備考			

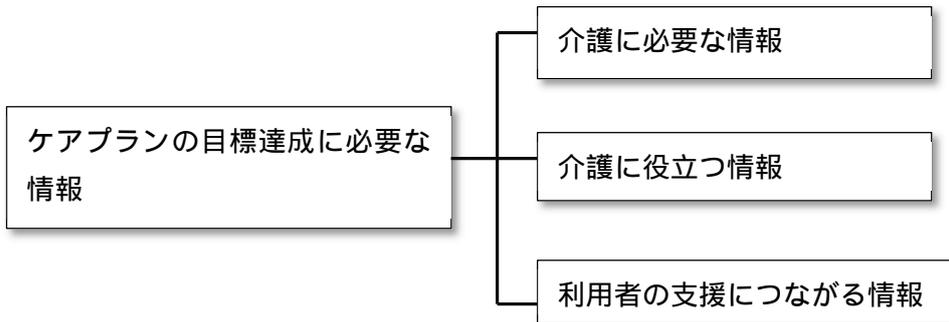
図4 介護記録、業務日誌

記録の書き方の基本



ケアプランの目標と介護記録の関係

全ての介護記録はケアマネから提出されたケアプランの目標に沿った記録をしなければならない。



事例

ケアマネから提出されたケアプラン

長期目標
施設内を転倒なく確実に一人で歩行することができる。

短期目標
歩行訓練を繰り返し、1日3分は手すりにつかまりながら、歩くことができる。

介護現場での介護記録

書くべき情報
利用者の日常生活の歩行の様子はどうか
歩行訓練時の様子や効果はどうか
職員が歩行介助したのはどんな状況の時で、どのような介助をし、その時の利用者の反応(表現、言動)はどうか
職員がどんな声掛けをし、どんな会話を交わしたか
職員が気づいたこと

ケアプランを反映



長期目標
楽しみをもって生活できるようにする

短期目標
・レクリエーションに参加し、楽しみを見つけれられるようにする。
・他の利用者と雑談できるようにする。

書くべき情報
利用者の日常生活の様子はどうか
どんなレクリエーションに興味を持っているのか
レクリエーションに参加時の利用者と職員はどのような会話を交わしたか
他の生活場面で利用者が楽しみを持っていることは何か
職員が気づいたこと

ケアプランを反映



【福岡シティ福祉サービス】介護記録の書き方から引用

図5 ケアプランと介護計画書の記載内容相違点について

ケアプラン…利用者がかかわるすべての事象者のサービス概要をまとめたもの

利用者氏名 T様

居宅サービス計画書(2)

目標		援助内容	
長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別
近所の人と話ができるようになる	近所を散歩できるようにする	可動域を広めることができるようにして生きがいを取り戻すようにする	〇〇訪問介護
口から食べることができない	一人で食べることが出来る	この部分について計画書に具体的に記載する	訪問看護
生きがいを持てるようにする	進んで他人と話すことができる		××通所介護



介護計画書…ケアプランに記載されている概要をさらに深く掘り下げて詳細なサービス内容を記載したもの

訪問介護計画書

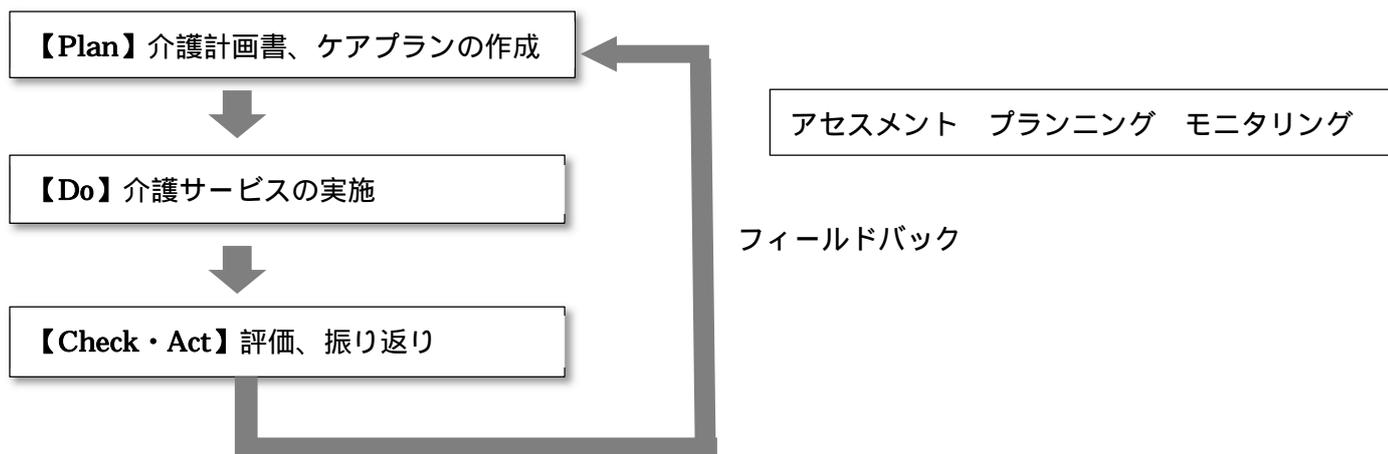
利用者氏名 T様

長期目標	<ul style="list-style-type: none"> ・家族に迷惑をかけられないというご本人の希望から一人で散歩ができるようになります。 ・近所の人と話したいにし生きがいを持てる
短期目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパーと一緒に近所へ ・長時間立位できるようにするため、出来る家事はご本人にさせていただきます。 ・ヘルパーと出来るだけ話ができるようにします。 ・ヘルパーと気軽に話ができるようになった後、歩行訓練もかねて少しずつ外出を促進していき、近所の人と話せるようにします

サービス内容及び留意点
.....

ケアマネジメントプロセスの観点からケアプランと介護計画書の記載事項(目標、サービス内容等)はケアプランに記載内容をそのままを書き写すという行為はしてはならない。(別々の書類として考えるべき)

図6 ケアマネジメントプロセス
PDCA サイクルについて



契約【重要事項説明書、契約書、個人情報同意書】

同意する日時の記事と説明者、利用者氏名、代理人の署名を忘れずに

アセスメント、プランニング【Plan】

サ担後に行われるアセスメントについてはケアプランの内容に沿った質問について詳細にヒアリングすること。また介護計画書の作成枚数とケアプランの枚数が同一枚数でなくてはならない
また介護計画書の利用者同意日はケアプランの利用者同意日以降でなければならない

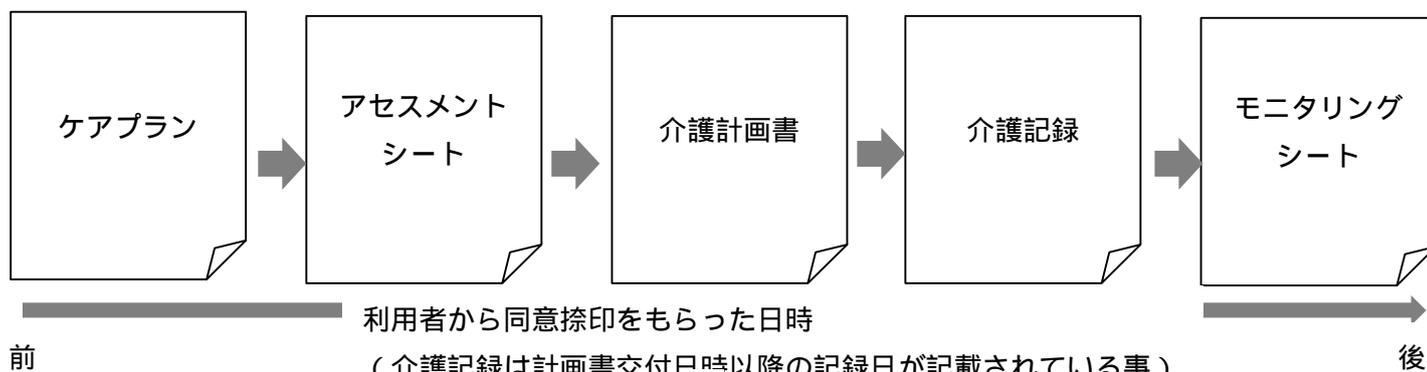
介護サービスの実施【Do】

ケアプランを反映した介護計画書の作成 ケアマネ・利用者双方への交付後初めてサービス提供ができる。
この過程を無視したサービス提供には介護報酬の支給はない

モニタリング【Check・Act】

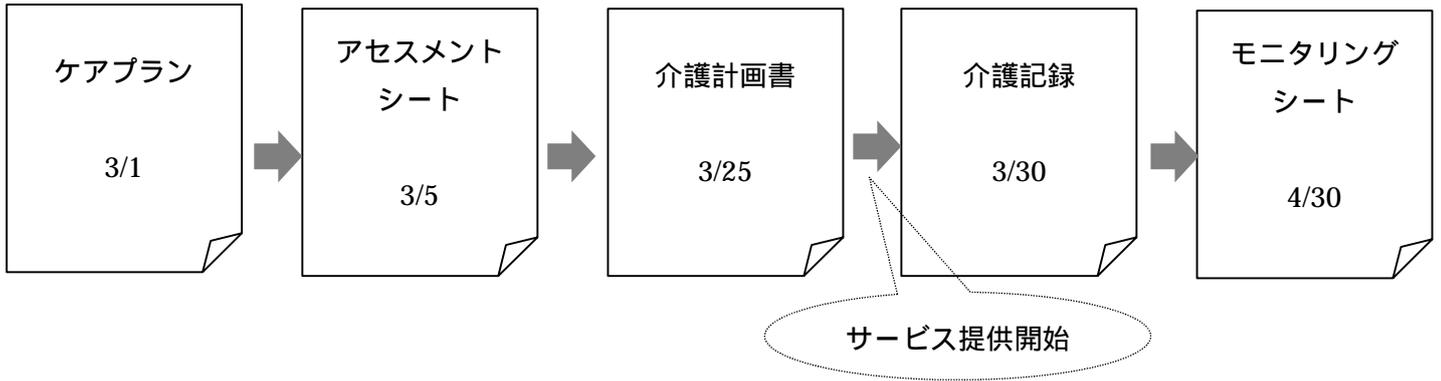
モニタリングの役割の一つに、介護計画書の目標の達成状況の評価がある。目標が「達成」と評価された場合は、その計画の役割は終了となり、改めて第二のステップに向けた目標を設けなければならない

以上から介護サービスが提供されている事を証明するには以下の流れでなければならない

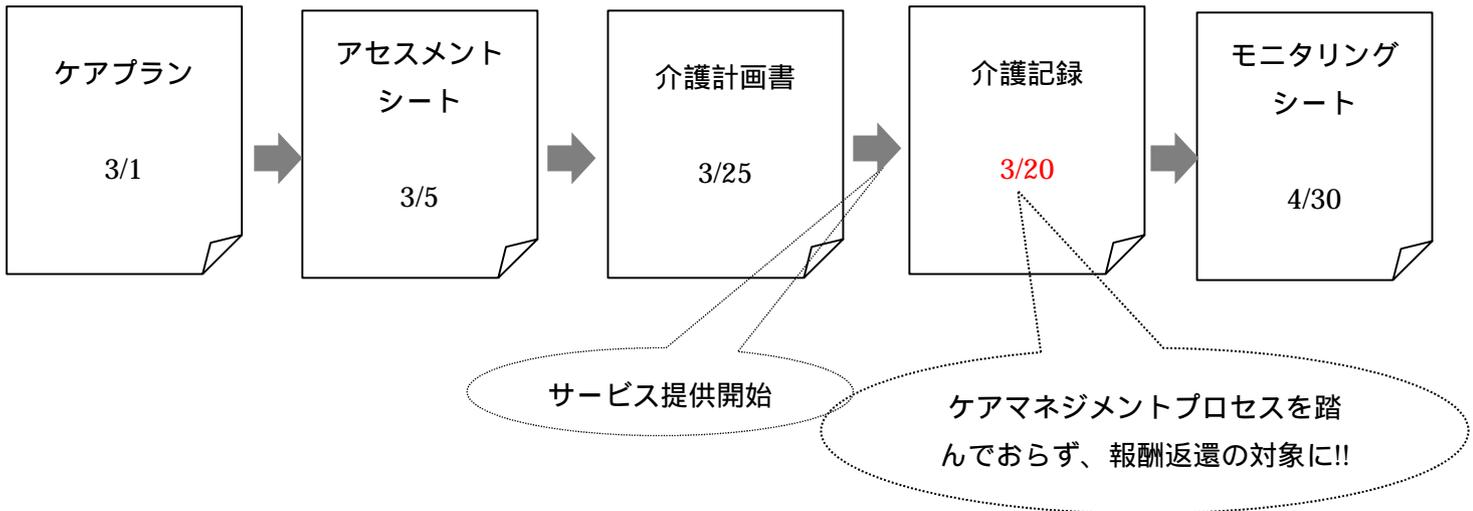


ケアマネジメントプロセスを用いた実地指導・事例

● 実地指導においてOKとなるケース



● 実地指導においてNGとなるケース



● 実地指導においてぎりぎりセーフとなるケース

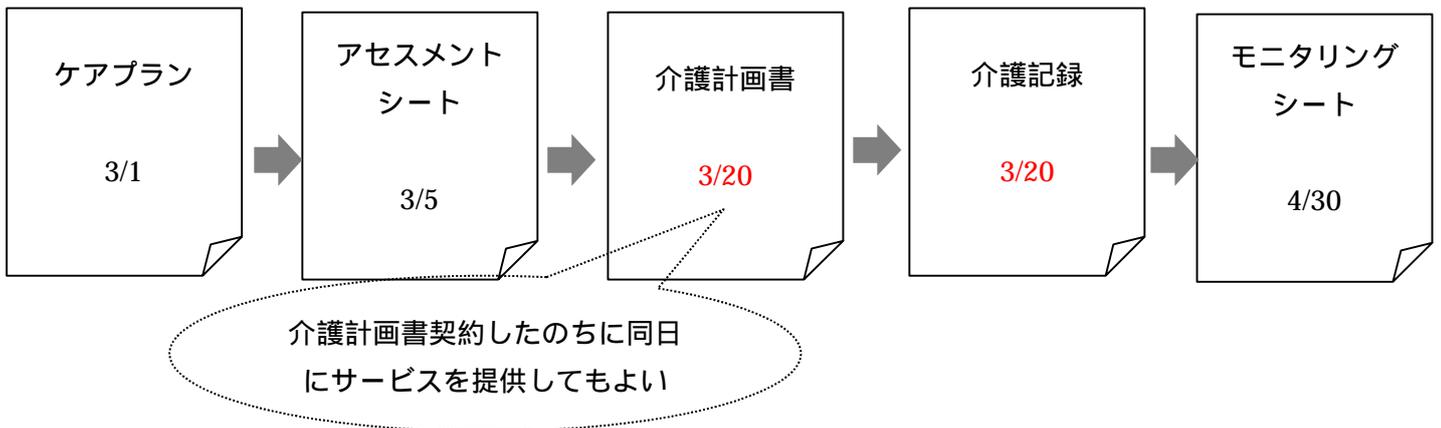
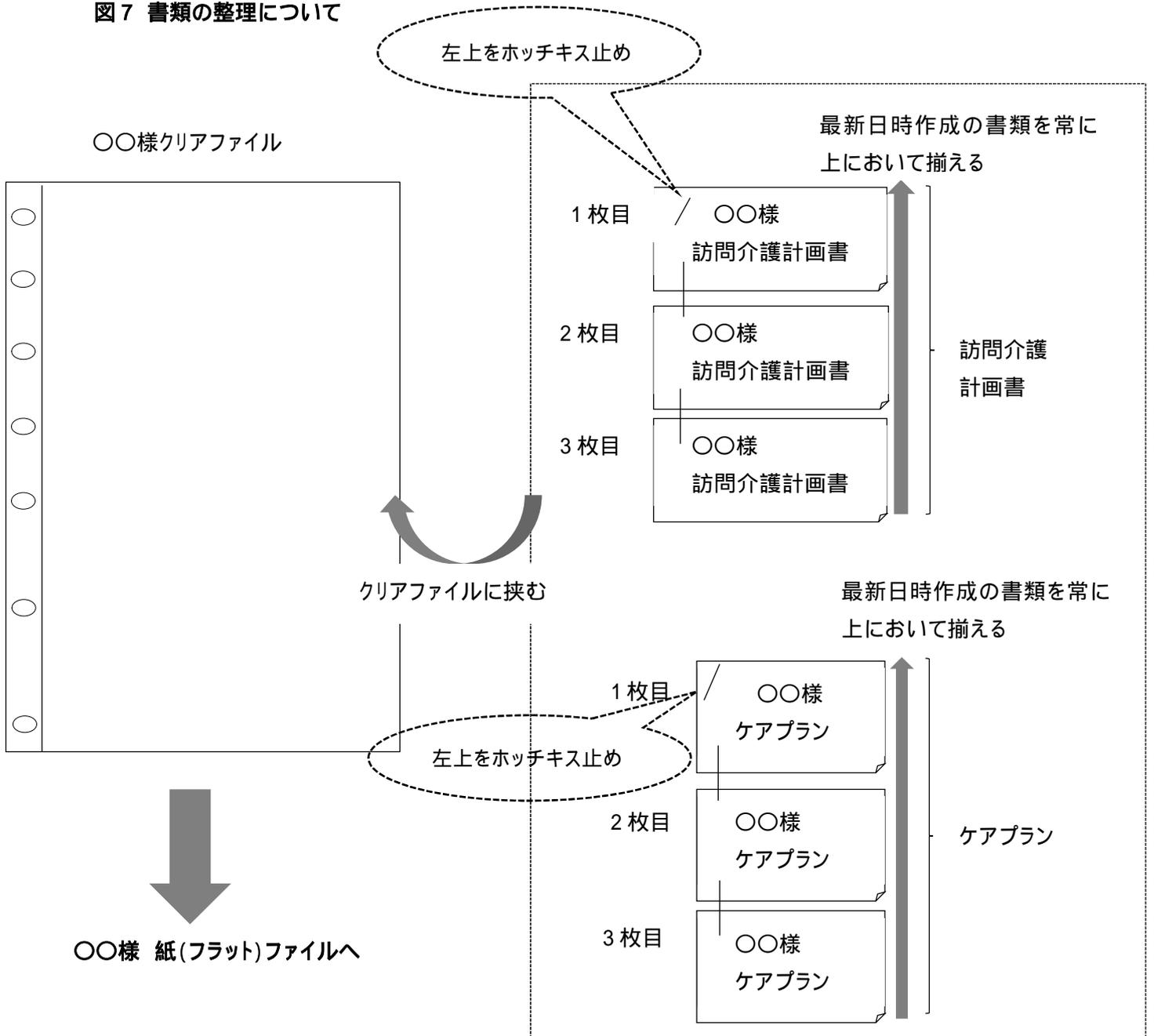
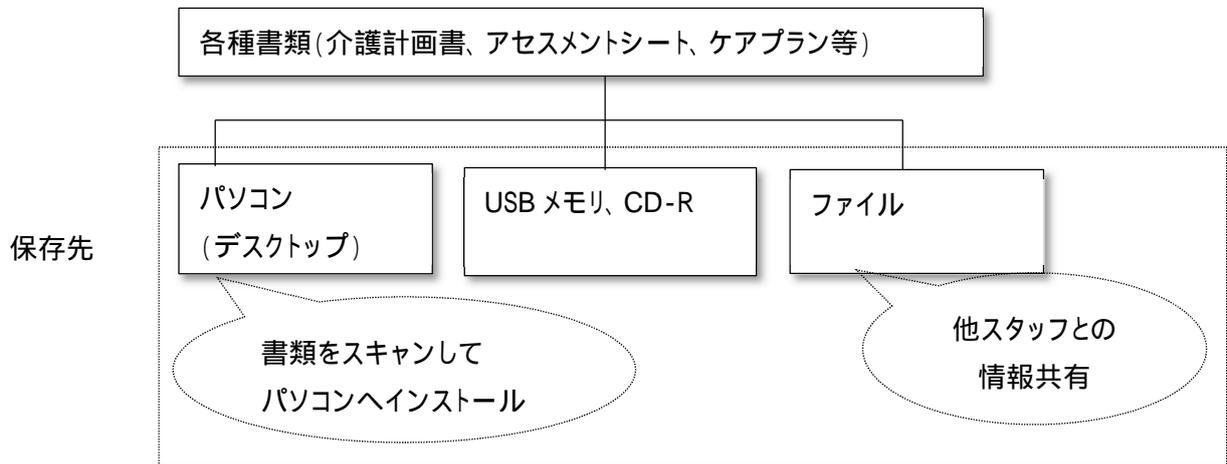


図7 書類の整理について



● 各書類保存方法



全て文書の保存方法としてOK

図8 訪問介護事業 帳票作成進捗管理表

毎月末に進捗状況の確認を行う。

回覧印をすることで情報共有したという証拠に

管理者	サ責A	サ責B

番号	利用者氏名	ケアプラン有効期間	基本情報・アセスメント		訪問介護・介護予防訪問介護 計画書				モニタリング報告書		
			担当者	作成完了日	担当者	作成完了日	利用者交付日	居宅交付日	担当者	作成完了日	居宅交付日
1		H24.8.1 ~ H25.1.31	A	平成27年7月26日	A	平成24年7月26日	平成24年7月30日	平成24年8月3日	A	平成24年10月26日	平成4年10月29日
2		H24.8.1 ~ H25.7.31	B	平成24年7月27日	B	平成24年7月27日 平成24年7月31日		平成24年8月3日	B	平成24年10月16日	年 月 日
3		/ / / /									
4		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日
5		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日
6		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日
7		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日
8		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日
9		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日
10		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日

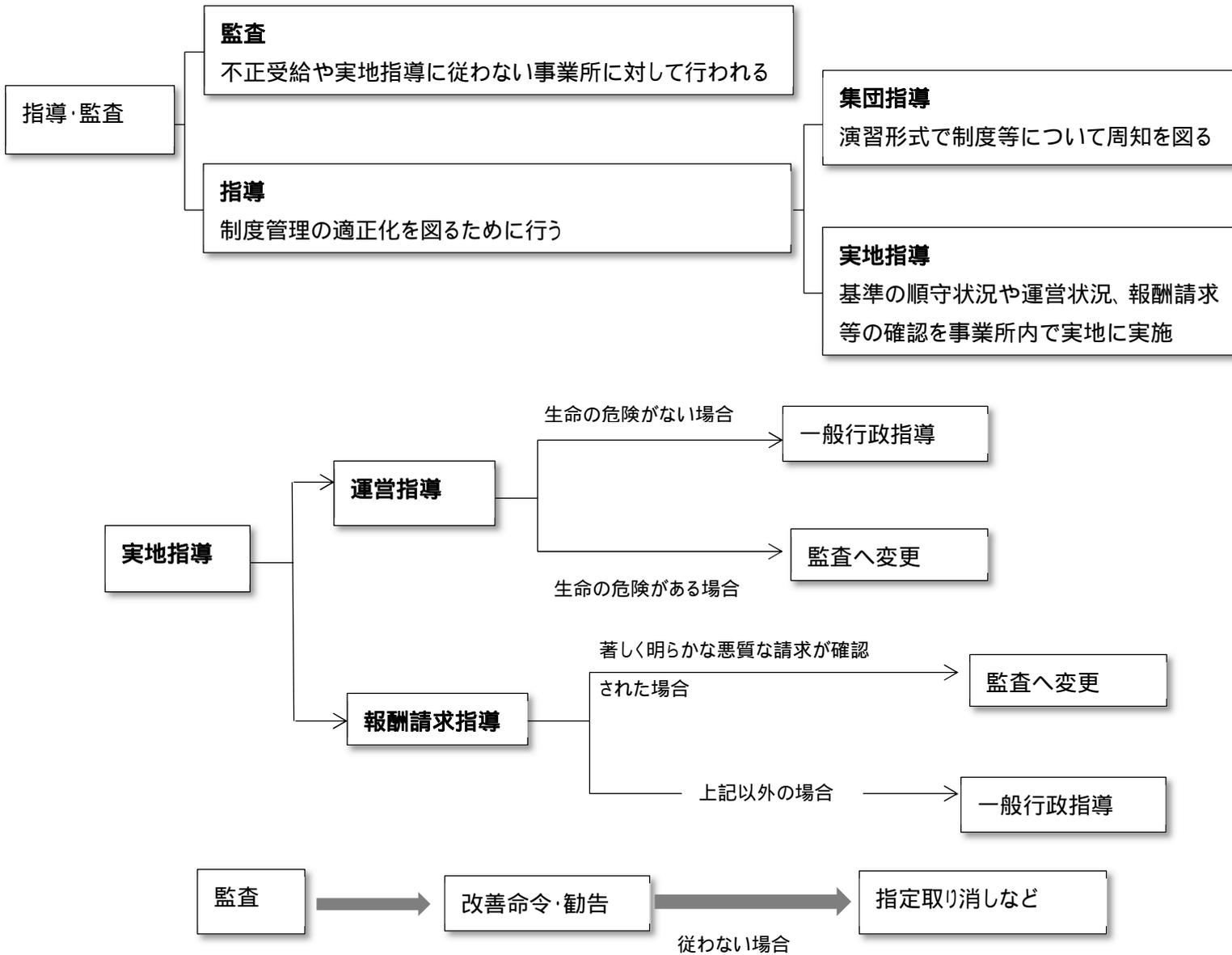
利用者台帳を作成する際にPCで関数を利用したら更新忘れの防止に

各業務が完了したら完了年月日を記入することで実地指導対策に

モニタリング報告書をケアマネに交付できていない事が一目瞭然

図9 指導・監査概要

法令順守(コンプライアンス)を徹底させるために都道府県及び市区町村によって行われる。



実地指導の標準的なスケジュール

