

介護計画書作成について

- 介護計画書作成の目的と重視するポイント
- 介護保険法に基づくサービス提供の流れ
- 訪問介護計画作成の流れ
- アセスメントと情報収集
- 傾聴の重要性について
- サービス担当者会議から介護計画書作成まで
- 長期目標・短期目標設定
- ニーズ分析について
- 介護計画書【サービス内容】
- 介護計画書立案・作成重要ポイント【まとめ】
- 説明責任（アカウンタビリティ）について
- 【参考】記録の重要性
- リスクマネジメントと情報開示
- 「ハインリッヒの法則」について



FUKUOKA CITY
WELFARE SERVICE

(株)東京シティ福祉サービス FC 加盟店

福岡シティ福祉サービス

介護計画書作成の目的

予測性を持った根拠が必要な介護を可能とする

- ・ 介護計画書を立てることにより、各スタッフバラバラな統一していない介護をしなくてよい。
- ・ 利用者の情報共有が図ることができる

介護が質的に改善される

- ・ 介護計画書を作成することによって、統一した介護が受けられ、利用者にとって安心したものとなる
- ・ 介護計画書に目標を設けることで、段階的にレベルアップした質の硬い介護を受けることが可能となる

利用者が自分の介護に参加できる

スタッフによる一方的な介護ではなく、利用者にも納得した介護を受けることで、利用者自身が安心できる。

介護の無駄な労力を減らし、効率性を図ることができる

利用者にとってベストな介護を提供することができ、スタッフにとって余計な労力を買わなくて済み、時間短縮にもなる

介護を提供しているという証拠となる

万が一の時、リスクマネジメントに役立ち、自身の身を守る材料になる

介護計画作成において必要なこと

平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 37 号「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」

（訪問介護計画の作成）

第二十四条 サービス提供責任者（第五条第二項に規定するサービス提供責任者をいう。以下この条及び第二十八条において同じ。）は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定訪問介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問介護計画を作成しなければならない。

2 訪問介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければならない。

3 サービス提供責任者は、訪問介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

4 サービス提供責任者は、訪問介護計画を作成した際には、当該訪問介護計画を利用者に交付しなければならない。

5 サービス提供責任者は、訪問介護計画の作成後、当該訪問介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該訪問介護計画の変更を行うものとする。

6 第一項から第四項までの規定は、前項に規定する訪問介護計画の変更について準用する。

- ① 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な内容、所要時間、日程等を明らかにすること。
- ② サービス提供責任者は、訪問介護計画の目標や内容等について、利用者及びその家族に、理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うこと。

アセスメント

情報収集

ニーズ分析

- ・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
- ・説明責任（アカウンタビリティ）

介護計画作成の上で重視するポイント

社会福祉法〔第3条 基本理念〕

福祉サービスは個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービス利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じた日常生活を営むことができるように支援するものとして良質かつ適切な者でなければならない

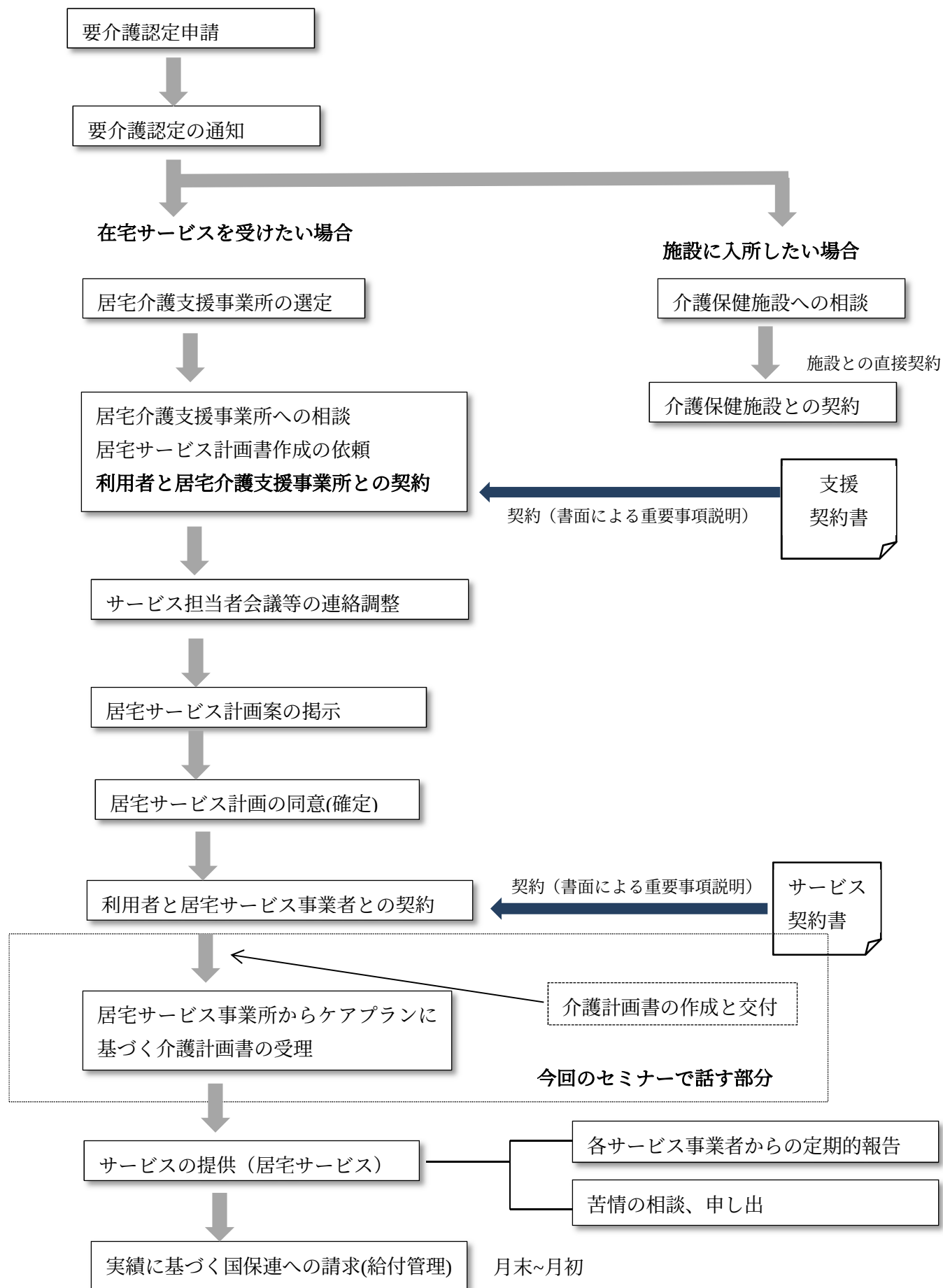
介護保険法 第一章 総則 第一条

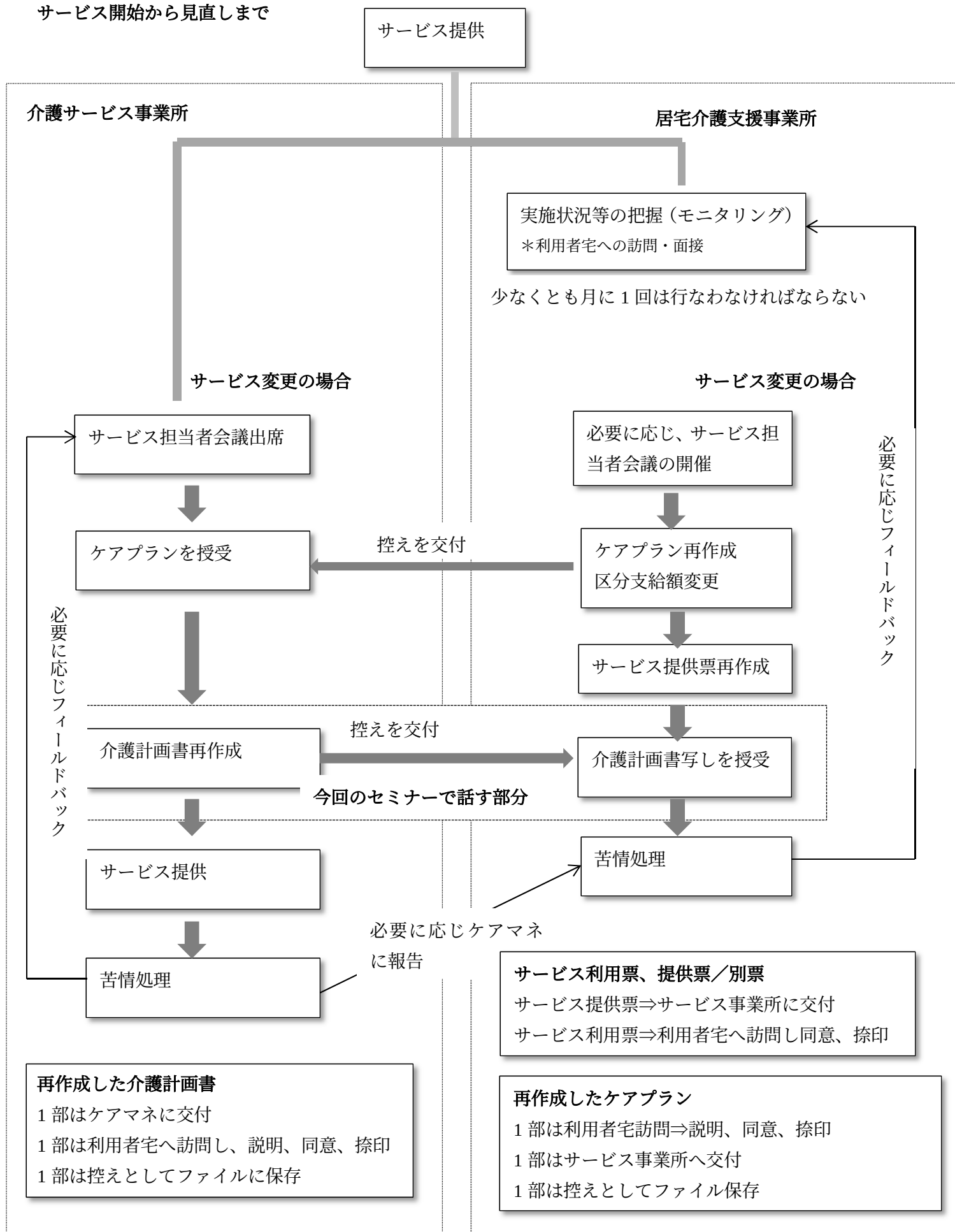
（目的）

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

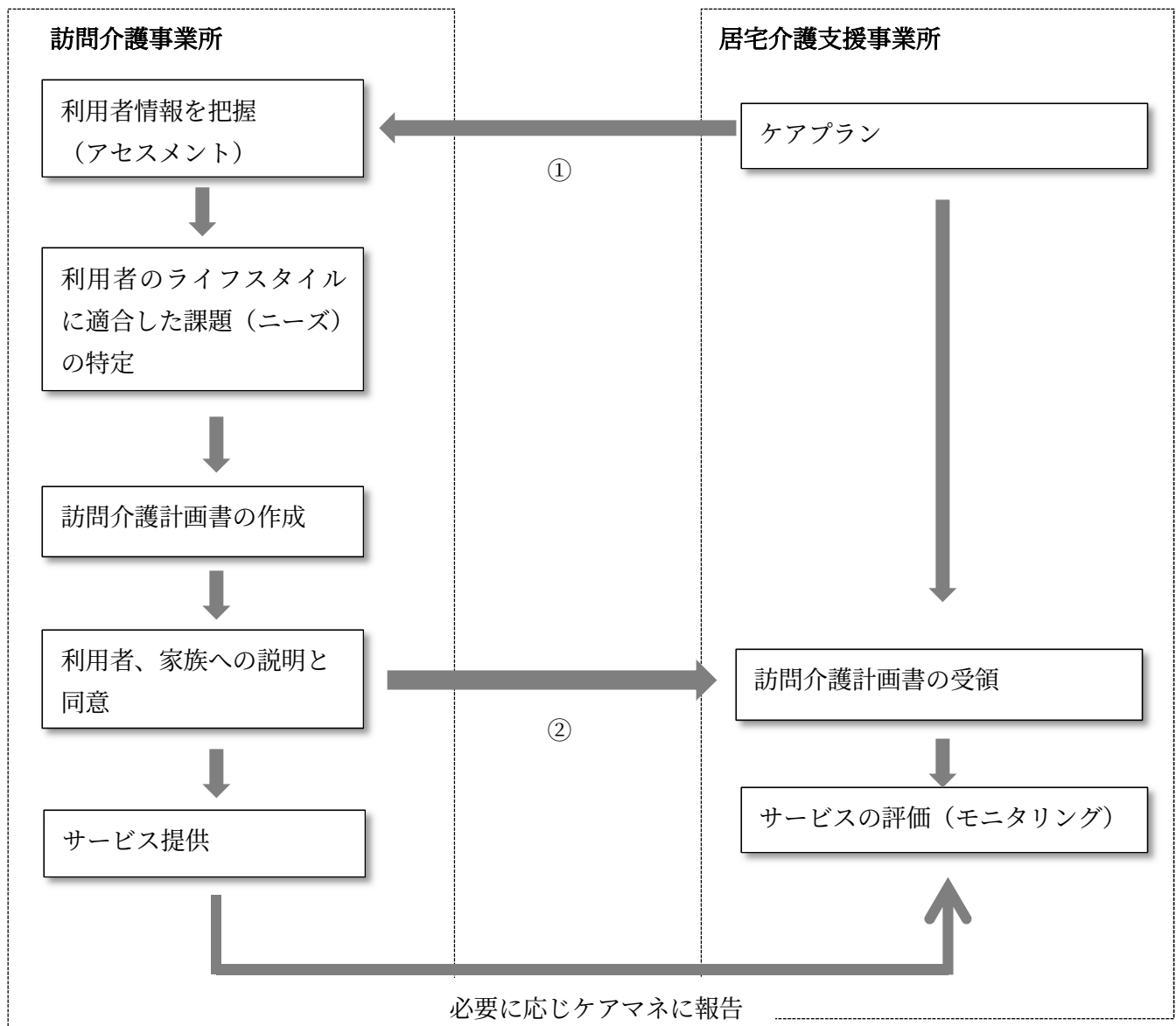
様々な原因によって自立した日常生活を営むことができなくなった人に対して、営むことができるようにする（維持したり、取り戻したりする）こと

介護保険法に基づくサービス提供の流れ





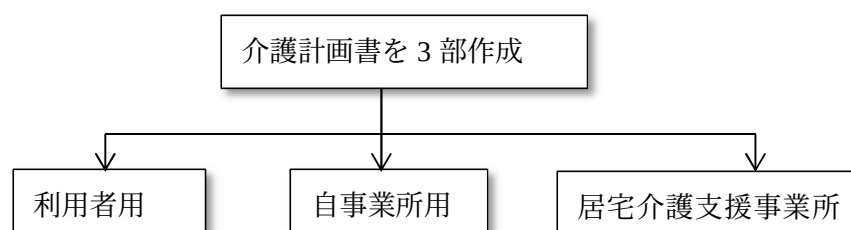
訪問介護計画作成の流れ



① ケアプランに基づいてある程度の利用者の情報は収集できる

利用者宅へ訪問し、どんなサービスを望んでいるのか（ニーズ）を引き出すためのアセスメントを出来れば数回に分けて行うこと

② 作成した介護計画書は、3部作成して1部は事業所にファイルに綴じて保存



介護計画作成の重要性

介護計画書等をケアマネに交付する努力義務（H27 介護保険改正）

居宅介護支援事業所とサービス事業所の連携

居宅介護支援事業所と指定居宅サービス等の事業所の意識の共有を図る観点から、介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等の担当者から個別サービス計画の提出を求めることとする。

地域ケア会議における関係者間の情報共有

今般の制度改正で介護保険法上に位置づけた地域ケア会議において、個別のケアマネジメントの事例の提供の求めがあった場合には、これに協力するよう努めることとする。

アセスメントと情報収集

アセスメントにおいて知っておくべき情報

国際生活機能によって分類された ADL（日常生活操作）と IADL（手段的日常生活動作）に関する情報【参考資料参照】

基本情報に関する項目

氏名、要介護区分など

ケアマネより交付される利用者情報シートより確認

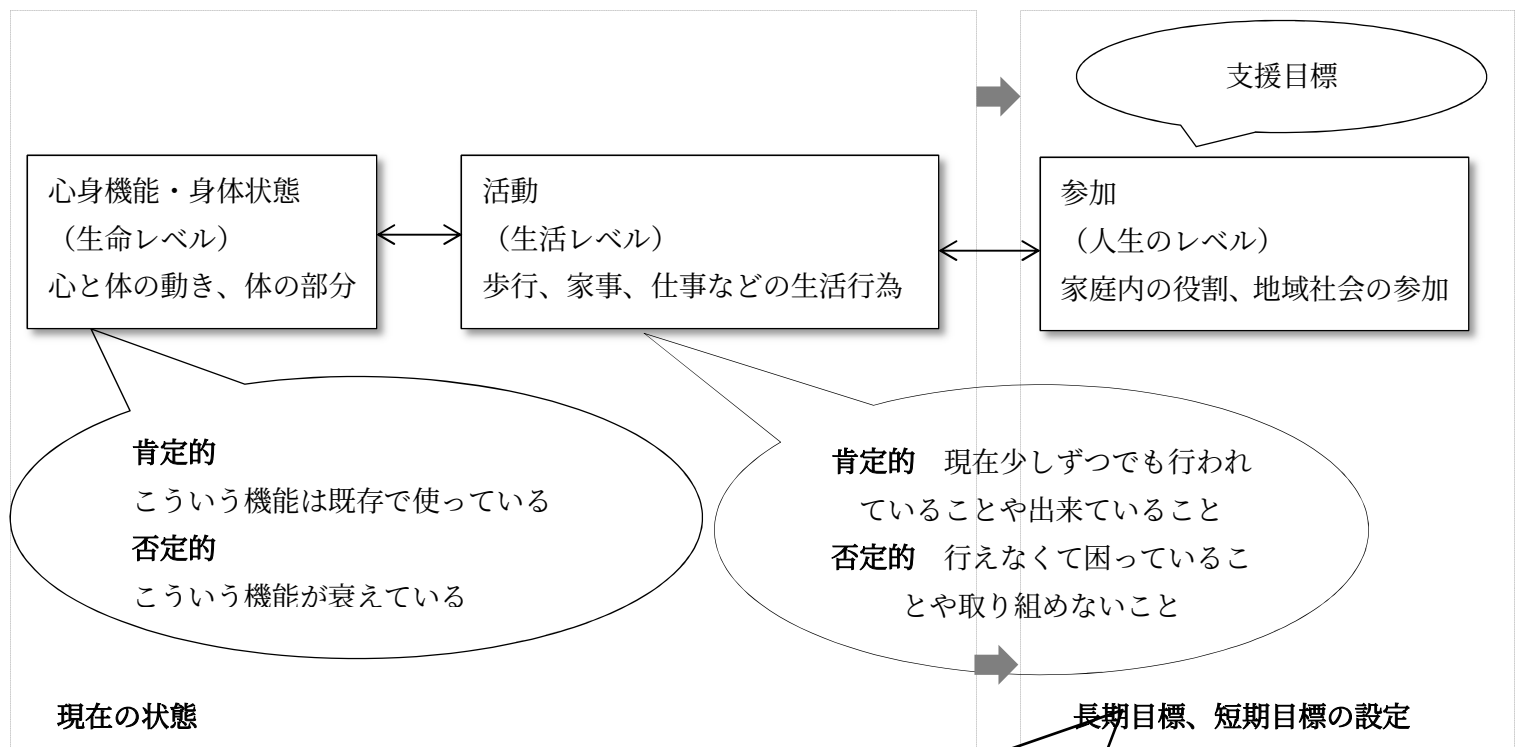
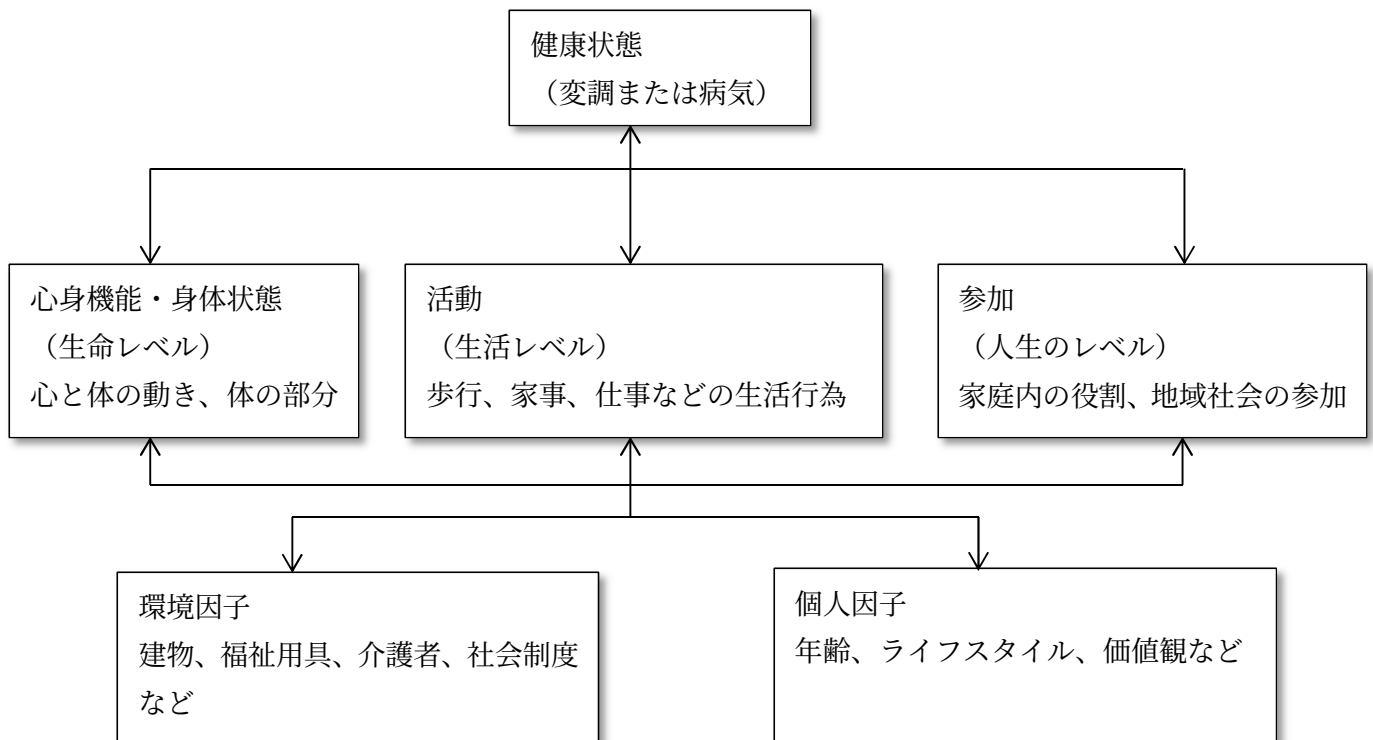
課題分析（アセスメント）に関する項目

ADL IADL に関する情報（買い物、食事など日常生活能力に関する項目）

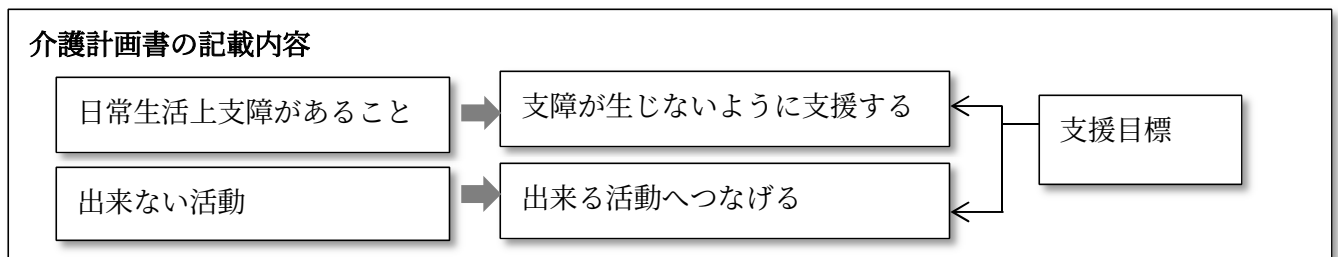
アセスメントで情報収集する

この ADL と IADL 介護計画書作成の為に必要な情報となる

これらのもとになっているのは ICF（国際生活機能分類）の考え方に基づく



料理ができるようになる
家の周りが散歩できるようになる
生きがいを持って生活できるようになる等



利用者宅での情報収集のポイント

利用者の本音

利用者・家族はこの人に本当に任せて大丈夫なんだろうか、他人様にうちの事をされるのは嫌だ！



利用者との信頼関係を築く

アセスメントの成功のカギを握っている

そのためには・・・まずたわいもない世間話から入ること、
そうすることでだんだんと本音を話してくるようになる



ニーズの引き出しにつながるケースも

事例

事例利用者本人または家族：「私、昔から友人と旅行するのが好きでねえ。よくあちこち行ったものだわ」
サ貴またはスタッフ：「そうですか、楽しかったのですねえ～どんなところに行かれたんですか」
利用者本人または家族：「そーねえ～ 九州にいったわ、温泉が良かったわねえ～ できればまた行ってみたいわ」

利用者本人は歩行が困難ということは交付された情報から理解済み

ケアの支援内容につながる言葉⇒旅行に行ってみたい



この方はまた元気になって自分の力で歩きたいとスタッフに訴えている

支援内容

足のリハビリにつながる支援内容を計画書に盛り込むとよいことが分かる

初めからどんな支援内容が必要か、矢継ぎ早に聞いてはいけない



利用者・家族の心を閉ざしてしまうだけ

相談（インテーク面接）

相談とは

相手が安心して話せる場をつくり、信頼関係を築くと同時に介護保険について説明し、ケアプラン作成にあたって必要な情報を集める場となること

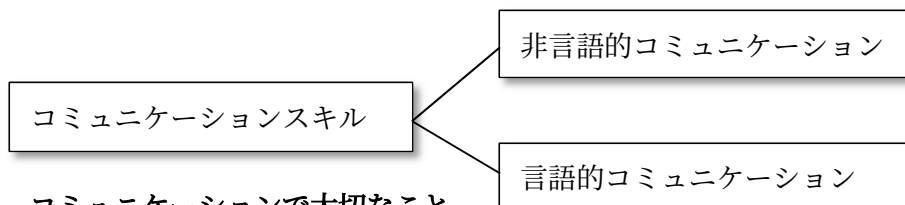
相談（面接）の目的

- 相談者が安心して話せるように信頼関係をつくる
- 介護保険制度、自分の事業所の特徴をしっかりと説明する
- 介護計画書作成にあたって必要な情報を収集する

傾聴の重要性について

面接に必要なコミュニケーションスキル

- ・説明責任（アカウンタビリティ）⇒リスクマネジメントにつながる



コミュニケーションで大切なこと

- ・まず、利用者家族との信頼関係を築くことが大切
- ・相手が話しやすくするような雰囲気を作る事
- ・後々でもめないようしっかりと説明をして相手が納得できてるか確認しながら面談を進めることが大切
 - ⇒介護保険制度の簡単な説明
- ・守秘義務についても説明

◆コミュニケーションの種類(対人援助技術)

情報をやり取りするコミュニケーション

「名前を訊く」「住所を訊く」「それにこたえる」など日常によくおこなわれるコミュニケーション

感情をやり取りするコミュニケーション

利用者の感情を感じ取り、感じ取ったことを言葉にして返す事

情報と感情をやり取りするコミュニケーション

情報を求められたとき⇒情報を
感情を求められたとき⇒感情を } 言葉にしてあらわす

【面接（対人援助技術）に必要な技法について】

◆バイステックの7原則（ソーシャルワークにもっとも使われる技法）

①個別化の原則

利用者を個人としてとらえ、利用者の問題状況に応じて個別的な対応をすること

②意図的な感情表出の原則

援助者が利用者の考えや感情（肯定的な感情も否定的な感情も）を自由に表現できるように働きかけなければならない。そして、その利用者の感情表現を大切に扱わなければならない

③制御された情緒関与の原則

援助者は自身の感情を自覚し吟味しながら、援助者が利用者の表出した感情を受容的・共感的に受け止めること

④非審判的態度の原則

援助者は利用者の言動や行動を、一般の価値基準や援助者自身の価値基準から良いとか悪いとか評価する態度を慎まねばならない。利用者のあるがままを受け入れられるように努め、利用者を一方的に非難してはならない

⑤自己決定の原則

援助者は利用者の意思に基づく決定ができるように援助していく。

⑥秘密保持の原則

利用者から信頼を得るためには、援助関係のなかで利用者の言動や状況を秘密（プライバシー）として守らねばならない

⑦専門的援助関係の原則

援助者は、個人的な関心・興味から利用者に関わってはならない。援助者は、常に専門職としての態度で臨まなければならない

アセスメント [利用者のニーズを探る、情報収集]

利用者宅に訪問し、居宅サービス計画書を作成するための情報収集を行う。

アセスメントは、契約が終わった段階で同時に行われることが多い

利用者の意向確認を行う

その利用者がいくらまでなら負担できるのか（負担可能額）の確認と、優先して利用したいサービスは何かを確認することが重要

課題分析のポイント～利用者・家族への質問の仕方～

①相手の主訴に近いことから聞いていき、核心的な問いかけへと続ける

相手が一番話したいことから初めて必要な情報を確認していくこと

②一度ですべてを聞いてしまおうとしない

一度で聞いてしまおうとしないで、数回の訪問に分けて質問をしていくことも重要

人間は、当日より後々冷静になって考えることができる。その利点を生かし、場合によっては

数回に分けて、情報収集することがよいサービスが提供できることを忘れずに

③強みと資源に着目

その方の工夫している点、知恵、努力している点も併せて尋ねることが大切
相談に来られる以前はどうしておられたか、どうやって暮らしておられたのかという事について
尋ねることにより、その人自身の持つ力、柔軟性、暮らしのこだわりに気づくヒントになりうる。

④あくまでも傾聴スキルを忘れずに

情報収集と言えども、アセスメントの標準項目に沿って尋問的に聞くことはナンセンス
会話の中にねぎらいの言葉、利用者の苦悩の気持ちをくみ取る（傾聴スキル）が大切

事例 浴中に体を洗うことができない

ケアマネジメント入門より

まず入浴動作に近い内容から相手の話を聞いていくことになる。

なぜ洗うことが困難なのか。円背で背中にタオルが届かないのか、運動不足で両手が後ろに回らないのか、それとも……？

仮に円背であることがわかれば、次いで、更衣はどうか？ 歩行は？杖やシルバーカーを利用しているのか？ 普段の寝返りや起き上がりは？（ADL情報）さらに、重いものを持つこともつらくはないか？ 買い物で米、しょうゆなど、どうしているか？ 掃除や、洗濯、布団干しなどは？（IADL情報）

そして、こうしたことを手伝ってくれる家族はいるのか？ これまでどうしてきたのか？

このように、情報収集では、まずアセスメントシートの順番に尋問的に相手に尋ねるのではなく、相手が一番話したいことから始めて必要な情報を確認していくことが大切。

次に、一度の訪問ですべて情報を聞いてしまおうと焦って、相手を質問攻めにしないことも大事。

たとえば、一人暮らしの認知症の疑いのある方への初回訪問では、観察して気がつける情報であればある程度は把握が可能だが、認知やコミュニケーション能力、社会との関わりや問題行動の有無など、一度の訪問だけでは把握できないこともたくさん。こうした場合には、今日の訪問で確認できることは何か、枠を設定し、臨機応変に質問項目を工夫することも大切。

さらに、強みと資源への着目する。

先ほどの円背の方への質問では、円背であるための生活の困難を中心に尋ねていくことになるが、時に、その方の工夫している点、知恵、努力している点も併せて尋ねることが大切。

そうすると、長年の習慣で、重いものなどは生協などで購入していること、野菜や果物等は使う分だけ毎日シルバーカーで近くの八百屋で買っていること、布団干しなどは、近所の友人たちが交代で干してくれていることなど、話していただけることもありうる

そのような会話を進めることでその人を取り巻く環境を理解することができ、使える社会資源は何かが分かってくるようになる。

ケアマネジメントを成功させるにはまず、利用者の本音を知ることから

出来れば、よそ様にうちの中に踏み入れてもらいたくない!!

でもサービスを利用しないと生活
が続けられない

矛盾、葛藤

ここを理解することが大切!!

専門職=指導・助言ではない!!

ねぎらいの言葉をかけることが大切

例

- ・お辛いですね。
- ・そのお気持ちよくわかります
- ・よく頑張っておられますね。
- ・そのお気持ち、お母様（認知症高齢者）にはきっと伝わっていますよ。
- ・今までよくここまで頑張っておられましたね。
- ・無理だけはしないでくださいね。あなたが着いておられることがお母様にとって一番大事ですから。

介護する家族にとって最も理不尽なこと

周辺症状が軽減してきたとき

周りから「症状が安定してる」

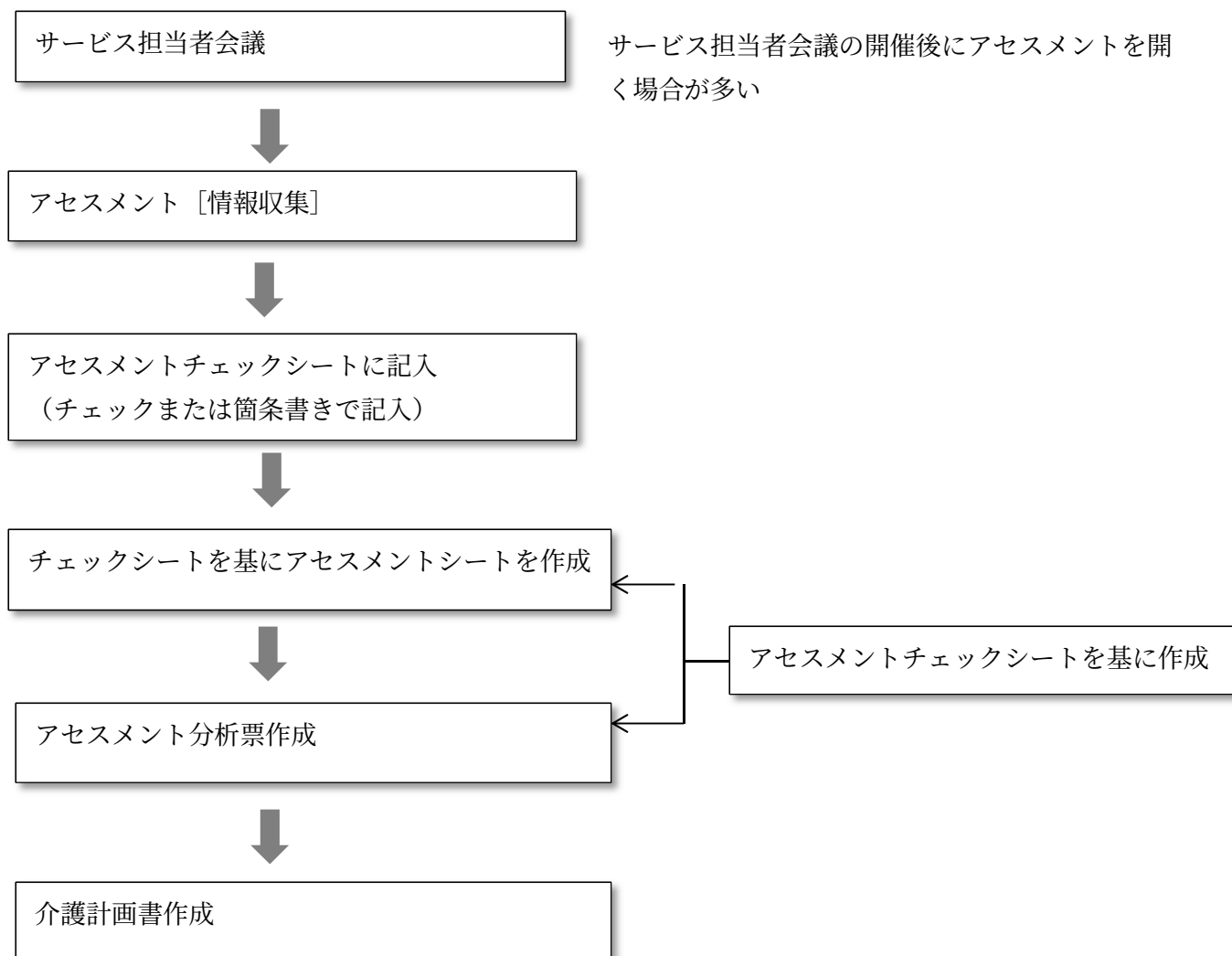
認知症状が悪化したとき

周りから「介護する人の関わり方が悪い」

理不尽さ

介護する人が頑張ったからこそ症状が落ち
着いたにもかかわらず、評価されることは滅
多にない!!

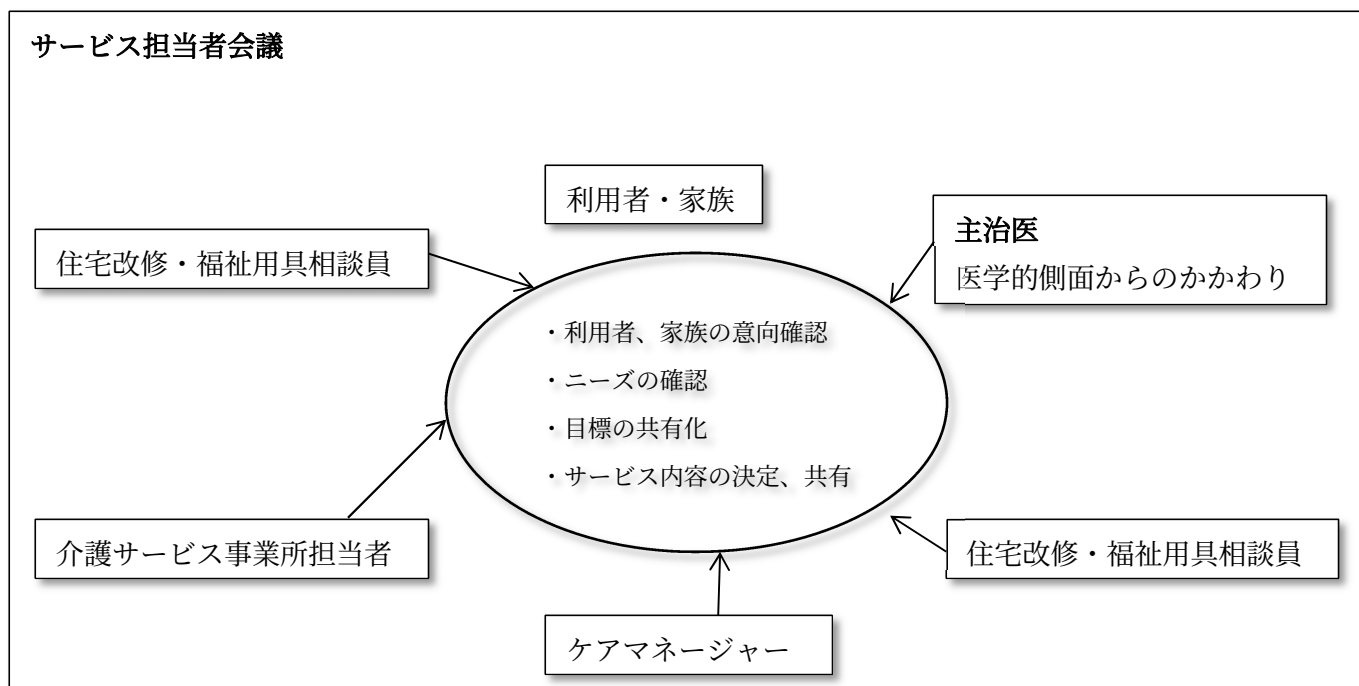
サービス担当者会議から介護計画書作成まで



サービス担当者会議について

開催の狙い

サービス関係者、利用者、家族それぞれの立場からの意見を出し合い、居宅サービス計画原案の見直しを行い、目標の共有化を図る。



サービス担当者会議の目的

- ・利用者の状況等に関する情報の共有
- ・ケアプラン原案の内容について担当者の専門的見地からの意見の聴取

担当者会議の話し合い内容

- ・新規利用者との契約内容の打ち合わせ
- ・担当者との調整連絡
- ・利用者の課題
- ・利用者情報の共有
- ・利用者の家族の事業者への希望の聴取

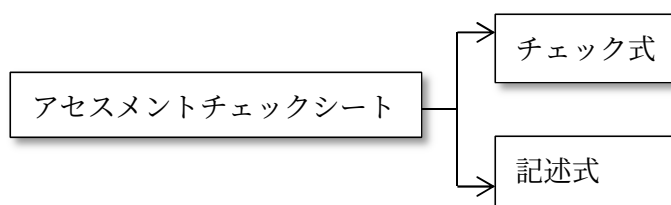


ここでケアマネージャーからある程度の利用者情報が提示されるはず。



情報を収集する絶好のチャンス

アセスメント・チェックシートの活用



利用者のニーズはなんなのか分からない



アセスメントチェックシート【チェック式】の活用が効果的

特に新人スタッフ
には効果的

アセスメントチェックシート【チェック式】とアセスメントチェックシート【記述式】を使い分けることが計画書作成のコツ

チェックシートの利点

- ・該当箇所を✓するだけで済む
- ・業務の時間短縮につながる
- ・チェックにない項目に関してのみ箇条書きにして記録を残す（参考資料参照）

アセスメントチェックシートサンプル【チェック式】

項目	詳細動作	チェック項目		
買物	買物に行く	☐ できる（自立）	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない（全介助）
	自分で物品を選ぶ	☐ できる（自立）	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない（全介助）
	品物を袋やカゴに入れる	☐ できる（自立）	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない（全介助）
	袋やカゴを持つ（軽い物）	☐ できる（自立）	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない（全介助）
	袋やカゴを持つ（重い物）	☐ できる（自立）	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない（全介助）
	支払い	☐ できる（自立）	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない（全介助）

アセスメントチェックシート【記述式】

ヒアリングした情報は箇条書きで書くとよい

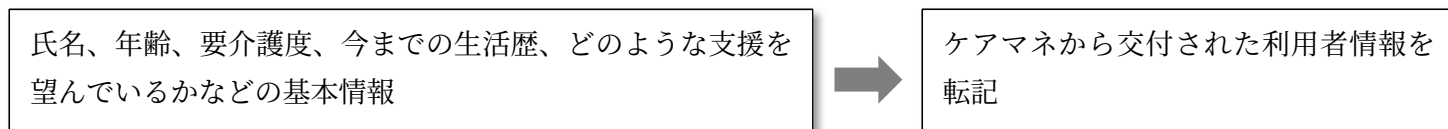
- ・出来るだけ、利用者本人・家族から発せられた言葉を記入する。

実施日時	家族の要望・生活環境など	考えられるサービス
○月△日	・ 本人は若いころから妻と一緒に旅行に行くのが楽しみ ・ 清掃等は奥さまがされているとのこと ・ 本人は妻に迷惑かけていて申し訳ないと自分を責めている。 ・ 足腰が弱くなってきているのである程度歩けるようになりたい。	
○月△日	・ 妻の手料理を食べるのが好きだ ・ 余生は妻と一緒に旅行に行きたい ・ 足腰を鍛えて、妻に迷惑をかけないようにしたい ・ 自分で散歩して生き生きしたい ・ 少々うつぎみに受け取れる ・ 今は妻に歩行介助してもらっているので、週 2 回ぐらいの訪問サービスでリハビリをして足腰を強めていきたいと本人は意欲満々	☐ 生活援助 ☒ 身体介護 足腰の可動域を広める 歩行介助

新人スタッフに対して同行訪問の利点（アセスメントに関して）

- ・ 初めのうちはベテランスタッフと同行訪問し、利用者への質問の仕方を学ぶことができる
- ・ 質問の仕方、情報収集の仕方を見ることにより、傾聴の大切さを学ぶことができる
- ・ モニタリングシート、チェックシートの記入の仕方が分かる

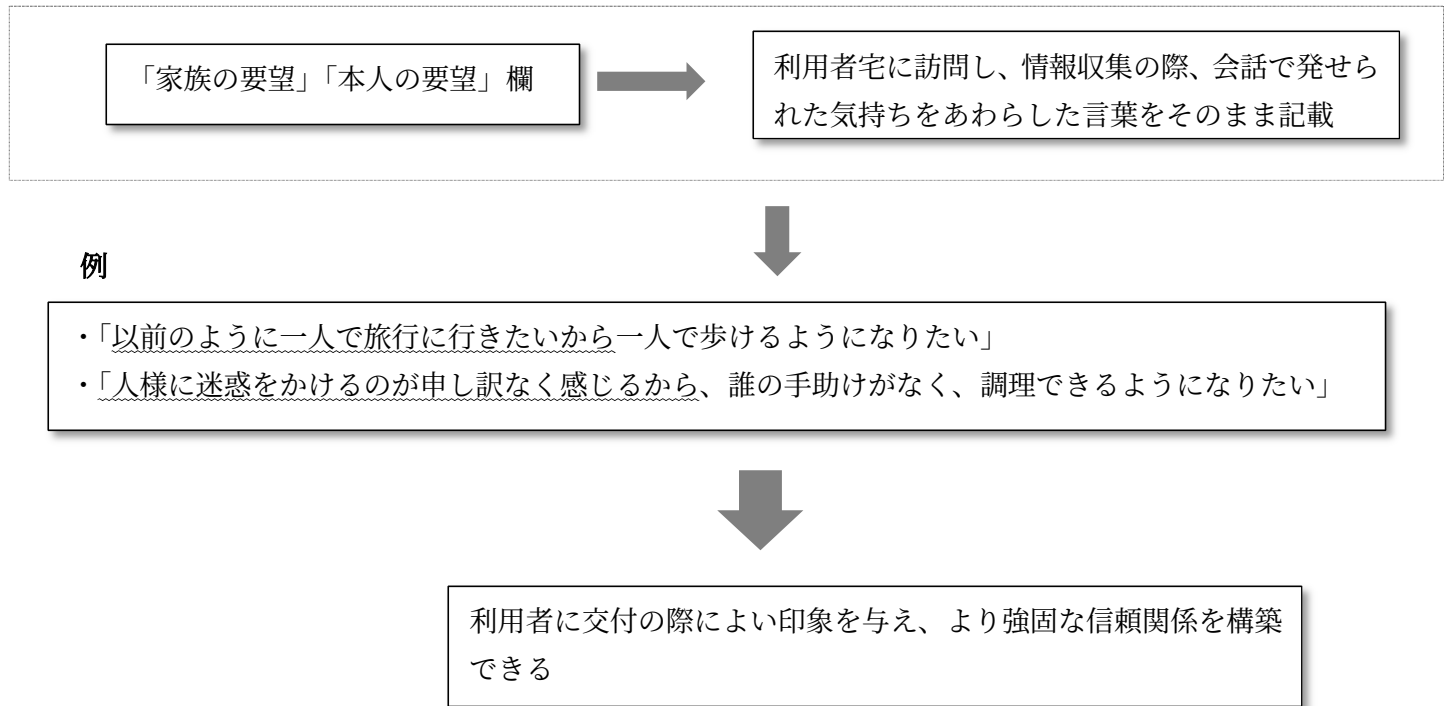
アセスメントシート作成について【参考資料参照】



1.基本情報				
ふりがな		性 別	年 齢	生 年 月 日
本人氏名			歳	M・T・S 年 月 日
現 住 所	〒		(電話番号)	— —
世 帯 類 型	1.同居 2.同居(日中独居) 3.単身 4.世帯主(要介護())			
緊急連絡先	ケアプランの情報を記載する			
①	〒			—
②	〒			— —

支援内容欄について

利用者および家族の要望に近づけるかがサービス事業者として問われるところ



3.趣味・希望	
ご本人の趣味	旅行、昔から妻と一緒に全国の観光地を回るのが趣味
ご本人の希望	足を直して一人で歩けるようにしたい。妻に迷惑をかけることなく、自分でそして旅行ができるまでに回復したい。
ご家族の希望	今はよいが、今後介護負担が増えてきてうつ状態になることだけは避けたい。本人のやる気の意味を尊重してあげたい。
特記事項	週2.3回の訪問介護で一緒に買い物をするなどして歩行のリハビリを行うことが必要。また、時々奥様にもリハビリに協力してもらい、本人に生き生き感を取り戻してもらうためにも二人三脚で協力していくことが必要

情報収集の際、利用者・家族から気持ちを表す言葉を要望欄に書き加えるのがポイント。

気持ちを言葉で記載することで利用者・家族に信頼を得ることに繋がる。

短期目標について

※（H20.7.29「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」厚労省通達

- 『短期目標』は、解決すべき課題及び長期目標を段階的に対応し解決に結びつけるものである。
- 『緊急対応が必要になった場合』には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度「長期目標」「短期目標」の見直しを行い記載する。なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかり易い具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

（記載方法）

- ①短期目標は、モニタリングの際に達成度がわかるよう、具体的に書く
- ②短期目標は、ニーズごとに解決の要点に対応して段階的な計画を決めて的を絞る書く
ただし、ニーズによっては、段階的ではなく、一挙に達成しなければならない場合もある
- ③短期目標は、サービス事業者がそれぞれのサービス計画を作成する際に、その目標になるもの

長期目標について

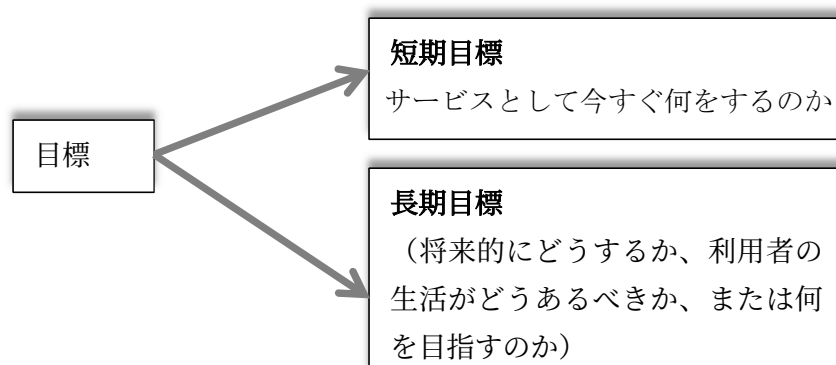
※（H20.7.29「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」

- 【長期目標】は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。
ただし、解決すべき課題が短期的に解決される場合や、いくつかの課題が解決されて始めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもある。
- 『緊急対応が必要になった場合』には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度「長期目標」「短期目標」の見直しを行い記載する。なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかり易い具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

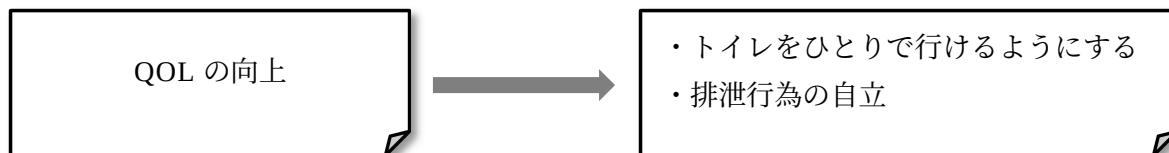
2.「記載について」

※（長寿社会開発センター発行「居宅サービス計画書作成手引き」より引用）（記載方法）

- ①長期目標は、ニーズごとに支援を受けながら利用者也努力する到達点として書くこと
- ②目標設定は具体的にイメージを持ちながら、利用者・家族と共に立てること
- ④利用者が目標設定できない場合などには、専門家の意見を聞き利用者・家族と介護支援専門員とで一緒に考えること



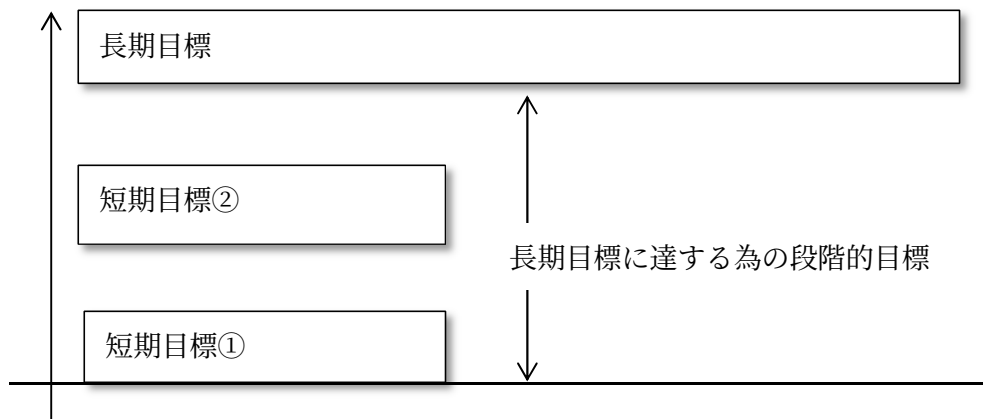
ケアサービスにおいては利用者と介護職の間で明らかに知識と情報量の差がある、したがって計画書はお互いの差が生まれないようにしなければならない



短期目標⇒大方 3 か月で達成できる介護目標を記載

長期目標⇒大方 6 か月で達成される介護目標を記載

どちらも利用者の QOL 向上につながるような目標を記載すること



《具体的なケース》

利用者・家族の希望	腰が弱くなり、以前は散歩が趣味でよく外出していたが、最近では外出がなくなり会話がめっきり減ってしまい、生きがいをなくしてしまった。以前のように外出して散歩が楽しめるようにしたい。
------------------	---



長期目標	・自宅周辺あたりを短時間散歩できるようにします。 ・ヘルパーとのコミュニケーションを図るほか近所の住民とも会話ができるようにして生きがいを取り戻すようにします。
短期目標	・週 2 日デイサービスを利用し、足腰の筋力の可動域を広め、筋力がつくようにします。そのために足のリハビリの為踏み台昇降運動を〇分で〇回できるようにします。 ・なるべく福祉用具（車いす）を使わなくても歩けるようにします。そのために車いす→杖に次第に移行できるようにします。 ・訪問介護を利用しているのでヘルパーとコミュニケーションを取れるようにします。 ・積極的にデイサービスのレクリエーションへの参加するようにします。

【長期目標】

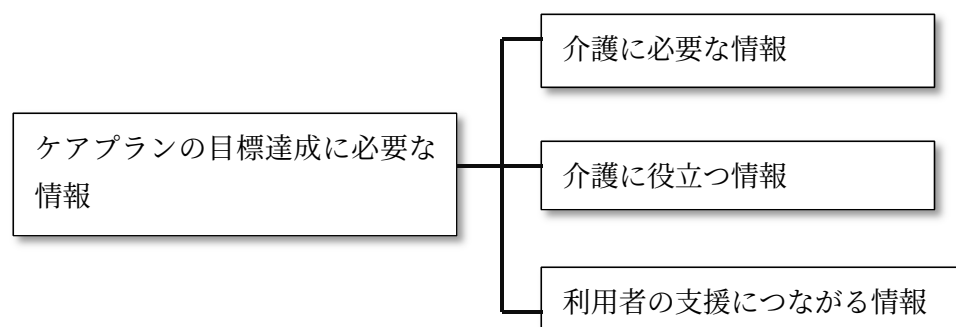
- ・B男さんの介護負担を軽減するようにし、共依存状態が少しでも抜け出すことができるようにします。
- ・B男さんのご希望からできるだけ在宅で介護ができるようにします。
- ・A子さんの筋力維持を図ります。

【短期目標】

- ・B男さんの介護負担軽減の為、息抜きの時間を作っていただきます。
- ・B男さんが一人で介護できるようにヘルパーがサービス提供できる部分は積極的に提供していきます。
- ・可能な限り長女の方に介護に参加していただけるようにします。
- ・理学療法士による在宅リハビリサービスを利用しA子さんの筋力維持を図ります。

【参考】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

- ①利用者の日常生活の歩行の様子はどうであったか
- ②歩行訓練時の様子や効果はどうであったか
- ③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)はどうであったか
- ④職員がどんな声掛けをし、どんな会話を交わしたか
- ⑤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

- ①利用者の日常生活の様子はどうであるか
- ②どんなレクリエーションに興味を持っているのか
- ③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
- ④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
- ⑤職員が気づいたこと

介護計画書立案作成のポイント

- サービスによっては単純に身体介護、生活援助サービスなど厚労省で定められた区分で整理できない項目がある。その場合は備考欄を設け、今後の介護の方向性、家族がケアをする上で注意する点を記載していく。
- 病気の症状が特殊性を有するのでサービス内容には簡単な症状の特徴を盛り込んだうえで、支援方法を記載するようにする。(例 この症状は〇〇だから△△します。など)
- あくまで利用者の為の計画書ということを念頭に置き、介護サービスの事が詳しくない方にも分かりやすい言葉で記載する。(リスクマネジメント対策の為にも)
- アセスメントの段階で家族から発せられた言葉をできるだけ盛り込む。そうすることでご家族との信頼関係構築が強固なものとなる。(例 家族の要望から〇〇を提供します。など)
- 利用者が知りたいのは、症状の状況ではない、「こういう症状があるからどういうサービスを提供してくれるか」なのだ。その点を記載する上での重要ポイントとすること。
- 介護計画書では具体的な手順については担当ヘルパー専用の「ケア手順書」を作成してもよい。

ニーズ分析について

アセスメントで得た情報を整理すること

ポイント

アセスメントチェックシートの記載内容を基に、また短期目標を基に具体的な支援策を練り上げていく

ニーズを拾い上げる資料

- ・ケアプラン（長期目標、短期目標）
- ・モニタリングチェックシート（家族の要望、希望）
- ・サービス担当者会議参加時の議事録
- ・訪問時の利用者の発せられた言葉 等



目標設定から自事業所ではどんなサービスができるのかを考えていく

事例

足腰が弱ってきたので、夜中転倒の危険性がある



ポータブルトイレの使用のほか夜中には転倒の恐れがあるので、本人に説明をしてオムツの着用をしてもらうように徐々に慣れていただく
訪問リハを使い、足腰の可動域の維持に努める

声が小さくなり、コミュニケーションがとりにくくなっている



しぐさ等の観察をするとともに、変化があった時はB男さんに報告する

ニーズ分析の際に取り入れてほしいこと、注意点

①メンタル面でのケア【介護者】

利用者の方々は、今までできていたことができなくなってしまう、人様に迷惑をかけるくらいなら生きている資格などない、死んだ方がましだという思いを持つことが多い。



訪問介護なら限った時間だけ話し相手の時間を作る
デイサービスならただ単にレクリエーションの参加を促すだけでなく、業務時間内もしくは時間外に数十分でもいいから話し相手の時間を作ることを心がけるなどメンタル面でのケアが必要



介護計画書に盛り込まれていないことが多い

例

幻覚・妄想がある



B男さんへのストレス負担軽減が必要ではないか



出来るだけB男さんには気分転換を図るために、外出を促す。また息抜きの時間を作ってもらうようにデイ、ショートステイの利用の提案をしていく

②病気の理解とケアの仕方の習得

最近は難病を持った利用者も見受けられ、介護保険サービスを利用するようになった。

もし、医学書などで知られている病気ならば、すすんで習得することが重要

もしくはそれらに関連したセミナーがあれば、すすんで受講することが必要。

これらに支援のヒントが隠されているから。今後は介護スタッフと言えども、ある程度の医療知識（病気・症状に対する知識の習得）が必要になってくる。



病気の症状が日常生活を妨げている可能性がある。利用者の隠れたニーズが見つかるヒントともなる。

事例

パーキンソン病⇒

隠れたニーズ①

慢性的な便秘が頻度になってきた
頻尿（夜中もたびたび起きる）
なかなか尿がでない。



支援策

ヘルパーが伺ったときは、浣腸が必要。また自分からトイレに行く為に起き上がるのに転倒の恐れから夜中に限りオムツの着用をしていただくように勧めていく

隠れたニーズ②

- ・ 共依存状態になってしまうのではないか
- ・ B 男さんの介護負担軽減を図らないと共依存状態に陥り、最悪な結果を招いてしまう



支援策

将来的には、施設入所も視野に入れ、看護師、医師、ケアマネ、家族とも頻度に連絡を取っていく。
B 男さんが介護の限界に近づいたときは、速やかに入所手続きが行える体制に準備を整える

介護計画書作成についての注意点（ニーズの把握）

- ① 事業所では対応できない場合は関係機関（他事業所、警察、行政など）と連携を取っていくことを介護計画書に盛り込むこと
- ② サービス区分に当てはまらない部分に関しては備考欄を設け、ここに利用者への注意事項、今後の支援策の展望などを記載する。

【備考】

- ◆今のサービスはあくまでもB男さんのご希望により、できるだけ介護負担が軽減するようにする手段にすぎません。子供さんの希望から今後は施設への入所も検討に入れなければならない時期に来ています。症状が進み、いよいよB男さんが精神的・身体的に限界を感じた際に速やかに入所手続きができるように、家族・ケアマネージャー・介護スタッフ・主治医も含め、話し合いの機会を頻度にとっていきましょう。
- ◆また昼夜介護はお互い「共依存状態」つまりお互いがお互いを頼っている状態になりがちです。これがひどくなるとB男さんがうつ状態になり、利用者への虐待につながり、最悪自殺してしまう危険性をはらんでいますので十分気を付けましょう。
- ◆食事に関して、誤嚥のリスクが高まっています。A子さんにとって食事は唯一の楽しみだと思いますので「胃ろう」の検討も含め、スタッフ、家族も含め話し合っていくいきましょう。
- ◆B男さんの息抜きの時間を作っていただくためショートステイ、デイサービスの提案をしていきましょう。
- ◆A子さんの転倒のリスクを減らすため24時間対応のネットワークを作っていくいきましょう。

サービス内容について

- ・基本的に訪問介護の場合は身体介護、生活援助の区分に分けて記載する

・利用者だけでなく、利用者を介護する家族の心理的ケアも忘れずに盛り込む



- ・利用者との信頼関係が強固に構築される
- ・利用者家族が安心する
- ・万が一の時、事業所の身を守る材料となる

【サービス内容】

【身体介護】

サービス項目	サービス内容
トイレ介助	ヘルパーが伺った際は、ポータブルトイレにお連れします。
	深夜についてはA子さんのリスクを減らすためオムツの着用に徐々に慣れていただくようにします。
	B男さんが腰を痛めないように、楽にポータブルトイレに移乗できる技術をお伝えします。
	慢性的な便秘なので注意深く見守りながら介助を行います。
足の筋力維持	骨折、転倒のリスクを減らすため理学療法士を派遣し、在宅によるリハビリサービスを毎週土曜日に行います。
	時間帯によっては立てるときもあるので筋力維持の為、その時間帯はヘルパーの介助により車いすへの移乗を自力で行っていただきます。
入浴介助	B男さんの介護負担を減らすため、毎週水曜日に入浴介助を行います。
	A子さんの安全を考え、2人体制で行います。入浴介助の際、関節の硬直を少しでも防ぐため手足のマッサージを行います。

【生活援助】

サービス項目	サービス内容
共依存状態への解消	伺った際には、B男さんに外に出て行ってもらい、気分転換を図っていただきます。
	また、同時にB男さんへのストレス解消の為、ヘルパーがメンタルケアを行います。
幻覚・妄想の解消	A子さんが安心して暮らせるように環境を整えます。
食事介助	誤嚥がしやすくなってきているので、とろみ食等の誤嚥しにくい料理の提供をします。
	A子さんに好みの味を聞いた上でB男さんに簡単にできる料理のレシピをお教えします。
服薬管理	毎日、決まった時間の投薬が必要なので、ヘルパーが投薬を行った時間を記録し、B男さんに報告します。また同時に決まった時間に薬を飲んでいただくように、薬の管理をしやすいように工夫し、B男さんにアドバイスします。
コミュニケーション	A子さん本人は声が小さく、聞き取りにくいところがあるので、また愚痴を言わない性格なのでわずかなSOSを見逃さずに注視し、随時B男さん他ご家族に報告します。
見守り	パーキンソン病は進行すると痛みを伴います。常に見守りをして痛みを訴えているようでしたらすぐにご家族と主治医に報告します。また他の病気を発症していないか見守りを行います。
	常に主治医と連絡を取りながら見守りとケアを行っていきます。

介護計画書立案・作成重要ポイント【まとめ】

家族との信頼関係の構築

観察力

支援が困難な場合、介護記録から支援のヒントを拾う必要がある。そのためにはまず先輩ヘルパーと同行して利用者宅に伺い観察力の習得を養うことが求められる

病気の理解とケアの仕方の習得

今後は介護スタッフと言えども、ある程度の医療知識（病気・症状に対する知識の習得）が必要

介護計画書の作成・立案マスター

とにかく実践を繰り返すこと!!

この介護計画書は利用者の方に支援内容を分かっていたくということを前提で作成することが求められる

作成手順

- ① アセスメントチェックシート・・・家族から要望を聞き出す（ヒアリング）
↓
- ② アセスメント分析票・・・・・・・・アセスメントチェックシートから必要なサービスを検討する
↓
- ③ アセスメントシート・・・・・・・・アセスメント分析票をもとにアセスメントシートを作成
↓
- ④ 介護計画書立案・作成・・・・・・・・アセスメント分析票、アセスメントシートをもとに作成

介護する家族への心理的ケアを計画書に盛り込むことを忘れずに

家族へのメンタル面のケア



介護がうまくいくかどうか

- ・利用者家族は、介護で生じたストレスを誰にも話せずに一人で抱えているケースがほとんど
- ・限界を超えると一家心中と言った最悪の事態を招いてしまう
- ・利用者家族は介護ならではの理不尽さ



アセスメント時における傾聴の重要性

説明責任（アカウンタビリティ）について

第四節 運営に関する基準

（訪問介護計画の作成）

3. サービス提供責任者は、訪問介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。
4. サービス提供責任者は、訪問介護計画を作成した際には、当該訪問介護計画を利用者に交付しなければならない。

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（平成十一年三月三十一日厚生省令第三十七号）

説明責任

介護記録の開示



相手に理解できる形で提供しなければならない



説明責任

専門用語を使わない

介護計画書

（各事業所で作成後、利用者に説明が義務付けられている）



利用者本人に説明するとき、専門用語の羅列では、分からないどころか、裁判の原因に！

また身内から利用者本人から説明を求められた場合、うまくこたえることができなければ、身内が介護事業所を訴える羽目になってしまう。

必ず、説明者に理解しているかどうか確認しながら説明を行う

略語について

略語についても極力使わないように 血圧：BP など

略語を使うとき



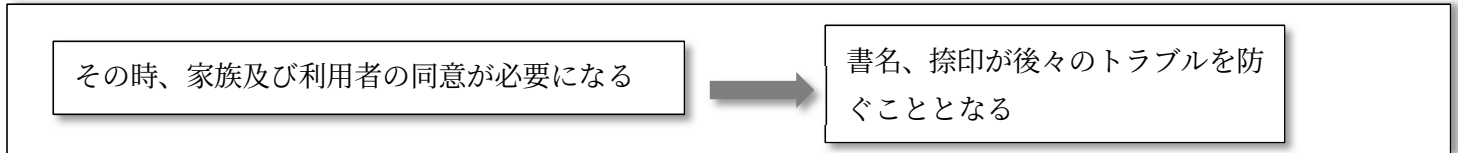
どういったときに利用者に略語を使うか施設内・事業所内で記載基準を作成しておく



開示の時に、略語の意味を記載した用語集を作成しておく

利用者の同意

個人情報「私的目的」の範囲で取り扱うことが大前提



【参考】記録の重要性

介護記録をする上での注意点（リスクマネジメントの兼ね合いから）

①利用者の身体面、精神面、環境面［周囲の状況など］をしっかりと観察して正確に！

・ 基本的な事項はチェック欄を設け、確認していく

基本的な項目

- ・ 食事の量
- ・ バイタルサインの情報
- ・ 入浴、レクリエーションの参加状況など

・ 長期目標のかかわりは文章にして書くこと

ケアプランの長期目標に係ることを中心に記載する⇒利用者と契約時に約束した内容が以下に行っているかを記録に正確に残す

例

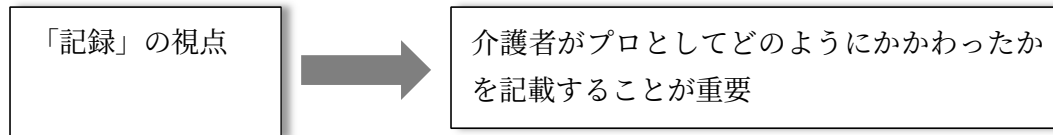
長期目標

趣味のカラオケを大切に、生きがいの持てる人生を提供する。それによってリハビリなどへの参加意欲を高める



カラオケの参加状況を確認して参加した時、不参加の時で利用者がどのように変化があったのかあるいはカラオケその他のこと（ここでは特にリハビリ参加）にどのような効果を及ぼしているか、などを記載

②介護者としてどのような働きかけをし、利用者がどのような反応をしたかを記載する



- ・介助の結果利用者が満足しているならそこに介護者がどうかかわったかその満足感と目標となっているほかの活動をいかにつなげたのか
- ・不満が残っていたとしても何が原因なのか、それを解決するためにどうすればよかったのか、

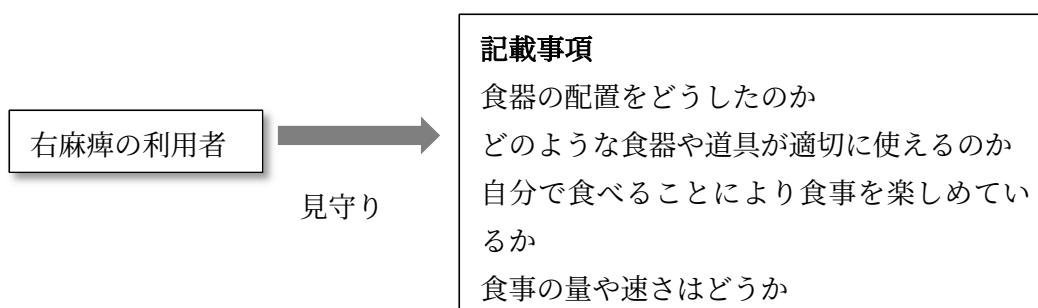
不満に対するフォローがどうしたかなど**介助者としてのかかわり**を残しておかなければならない

③「見守り」も記録として残す

見守り＝ケアサービス

・見守りで気を付けること

見守る際には何に留意したのか、具体的にどのような点に配慮したのかを書き添える必要がある



見守りに関する規約

◎自立生活支援の為の見守りの援助の具体的な内容とは？

身体介護として区分される「自立生活支援の為の見守りの援助」とは自立支援、**ADL 向上**の観点から安全を確認しつつ、**常時**介助できる状態で行う見守りを言う。単なる見守り、声掛けは含まない。

介護報酬に係る Q&A について

平成 15 年 5 月 30 日厚労省老健局保健課：事務連絡より抜粋

⑤ケアの目標や次のサービスに役立てることを意識する

記載例①

Aさんは、夕食後何をする事も事もなくフロアに姿を見せ、ほかの利用者とテレビをしばらく見て、落ち着きがないのか、すぐに居室に引き返す。その後しばらくして居室にいたAさんに声をかけるといつもつけている日誌を読んで聞かせてくれた。楽しい出来事の際は、笑い声をあげ、悲しいときは悲しげに声を上げて読んでくれる。しかしながら、その日の日誌の内容は「今日は何もせず、ただただボーとしている日だった。」のようなものが多く**今日の夕食後の行動も考え合わせフロアスタッフでAさんに楽しさを少しでも提供できるように来週のケースカンファレンスで話し合うことにした**

問題点、次回のケア実践につなげることができる

記載例②

Bさんを訪問すると『便秘気味だ』と困っている様子だった。今夜病院からもらった薬を飲むとのことだった。予定のトイレと浴槽の掃除を済ませ、夕食の下ごしらえをし、レンジを温めるだけにして、夕食前にサービスを終了しセンターに戻った

⑥正確な情報、また確認できた情報を記載する

- ・事実を確認してから記録に残す
推測する場合でもその根拠が必要

同室の利用者が、人の倒れるような物音を聞いており、またベット脇の椅子が倒れている状況からトイレに行こうとしてベットから降りる際にバランスを崩し転倒したと思われる

⑦主観的な記載に注意

- ・「わがまま」「頑固」などの表現は事実よりも記録者の主眼を色濃く反映している

チームケアで共有することを考えるとその利用者に対する偏見が生まれてしまい信頼関係が失ってしまう

⑧ツールを利用する

・「図」の活用

特に皮膚疾患などの部位や状態・程度を記載に残す時に便利

・マッピング(ジェノグラム)

利用者の人間関係や環境、社会資源のネットワークなどの状況を整理し『地図 [マップ]』として描いていく技法

・客観的スケール

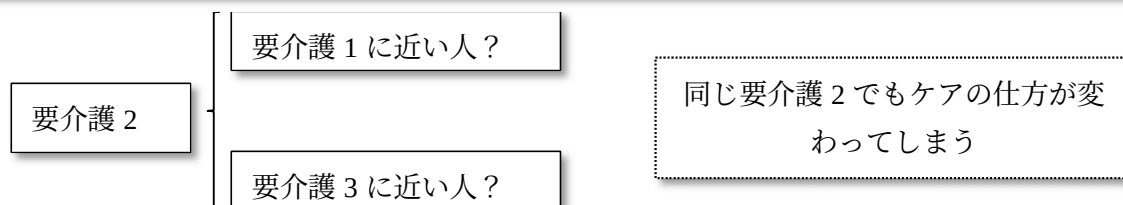
自立度判定基準のこと ものさし

①「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判断基準」

ランク J1 J2 A1 A2 B1 C1 C2 の7段階。J1が一番自立度が高い

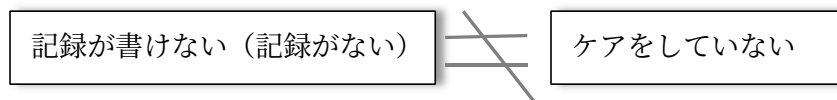
②「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」

ランク I IIa IIb IIIa IIIb IV M の7段階。Iが一番自立度が高い



⑨時間を確保する

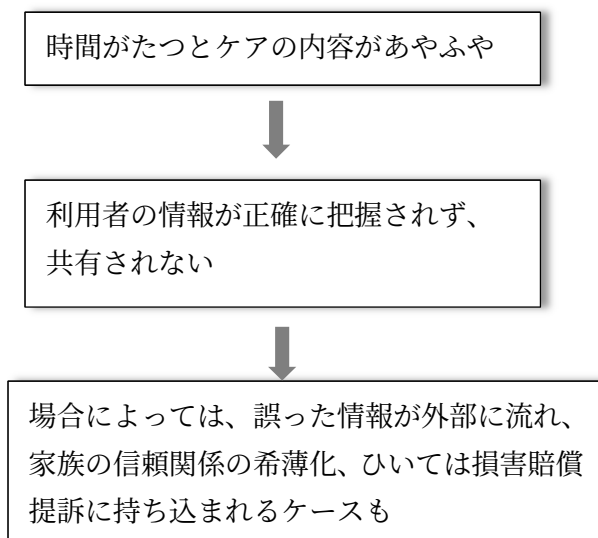
・「忙しい⇒時間がない⇒記録が欠けない」の悪循環



・業務の終わりに『記録の時間』を取ることが大切

⑩記録をためない

・人間の記憶は時間がたつと不確かなものとなる



どうしても記録を書く時間が
取れない場合

手帳やメモ帳を活用（利用者一人につき1ページに記載）

- ・訪問系では一人のサービスが終了したときに手帳を使って気づいたことや特記すべきことを箇条書きにして残しておく
- ・通所や入所系のサービスについても同様

⑪BPSD 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

介護記録を書くための大切なこと

5W1H の基本を守る
しっかりと観察して正しく記載する
次の目標やサービスに役立つことを意識する
確認できた正確な情報を記載する
主観的な記載に注意
ツールを上手に活用
時間を確保する
記録をためない

リスクマネジメントについて

リスクマネジメントとは

- ・事業に伴うリスク（危機、危険）を組織的・系統的に管理してリスクの発生を予防し、または最小限に食い止め、さらにリスクが現実が発生した際に適切に対応すること
- ・今後起こりそうな事故を予見し、また発生した事故の要因を分析し、それに基づいて同様の事故の再発防止のためのシステムを構築すること



安全管理

- 事故防止・事故発生時の対応・再発防止の取り組みを作成
- 取り組みの反省と見直しを継続的に行うこと
- 職場の環境づくりが重要

介護サービス事業者の過失責任が問われるポイント

- 1 予測可能性：予測しえる事故であったか [⇒アセスメント表等の確認]
- 2 回避可能性：注意すれば事故を避けることができたか、そのための措置は行ったか (⇒施設サービス計画、介護計画書等の確認)

1 について

転倒事故を例にとれば、ある利用者が転倒しやすい原因として下半身の衰えやバランスを取ることが難しいなどの身体機能の低下を把握していたかどうか、過去の転倒の経歴を把握していたかどうかなどが問題となる

2 について

実際にどのような対策が取られたか

たとえば利用者の転倒を回避するために『ベットから車いすへの移乗はバランスを崩しやすいため必ず2人体制で行う』といった内容が介護記録等から確認できるか

さらに計画どおりに日々の実践が行われていたか記録があるかどうか問われる



もしこのような記録がないと・・・

- ・ 対策が取られていなかった
 - ・ 計画どおりにケアが行われていなかった
- } 判断されてしまう

例1) 記録がなく、過失責任に問われた判例

【概要】

病院に入院していた女性 A (72 歳、軽度の認知症、パーキンソン病) がベットから転落し、側頭部を強く強打し、くも膜下出血で死亡した事故について、病院の担当医師らの看護上の過失によるものとし長男(原告)が慰謝料 1000 万円を請求した

【判決】

病院の過失を認め、原告の請求を一部容認し、慰謝料 200 万の支払いを命じた

(平成 8 年 5 月 東京地裁)

【判決に至る経緯】

看護師らは、看護方針に従い、頻度に巡回し、A の転落による危険発生防止に努める義務を履行していなかったと認めるのが相当であり、意思には義務履行のための具体的な看護体制をとる支持監督義務を怠った過失が見とられる

転倒予防のための対策記録があったならこのような判断にはならない可能性もあったのでは・・・?

例2) 日々の記録により家族とのトラブルを回避できた事例

1 年前に施設に入所し B さんの長男の表情は険しく記録の開示を求めてきた。認知症のある B さんは就寝時及び食事と入浴の時間外は、多くの時間を施設内を歩いたり、窓の外を眺めたりして過ごしている。昨日午前 8 時ごろ廊下で転倒し、右大腿骨頸部を骨折し入院となった。

息子夫婦はこの施設での日常生活の記録開示を求めてきた。

祖母はぞんざいな扱いを受けているのかという不信感

2 日後、要求された記録(介護記録、看護記録)のコピーを受け取りに、長男夫婦と長女来園生活相談員から手渡された記録に目を通した長女はしばらくして介護記録のある部分を指していった。

長女「私は勘違いをしていたようです。母はここで大切にされていたのですね。認知症が重くなって何もわからなくなってしまうのではないかと心配していましたが、いくつになっても“母”なんですね…。これを読んでよくわかりました。」

〇月〇日子供のお迎え

2:15

どちらにお出かけですか」とたずねると「Cちゃん【長女の名前】が帰ってこないから迎えに行くのよ」「それでは心配ですね。どうぞ気をつけて…」「ありがとう。行って来ますね」と足取り軽く歩いて行かれる。しばらく様子を見守っていたが、約 10 分後には自分の部屋に戻られたので『おすみなさい』と声をかける

○月○日 お届け物

15:00

風呂敷包みを抱えてステーションに来られ『こんにちは。お願いします』と声をかけられる「何のご用でしょうか」と聞くと『子供がこれを忘れてしまっていったから届けに行きたいのですが』と風呂敷包み差し出される。『そうですか、ではお茶を一杯飲んでから一緒に出かけませんか』と言ってお茶を差しあげると「ありがとうございます。申し訳ないねえ。」としばらく世間話をする。約30分後、風呂敷包みを置いたまま居室に向かわれる。

・事実に基づいた記録はリスクマネジメントの視点からも重要な役割を持つ

- ・マイナス面も含めて正しい記録を書くこと
- ・現在の記録の取り方は万一事故が起こった場合に安全確保に配慮を行った根拠となる記録



家族・親族の信頼性を得ることができる

ヒヤリハットにつながる介護記録

① 76歳 女 要介護度3 自立度A1 認知症Ⅲa

ショートステイの利用者が、午後から落ち着きがなくなり廊下を行き来していたため聞いてみると、「家に帰りたい」と言っていた。フロアにいた職員が、別の利用者をトイレに誘導し介助している間に・廊下奥の非常口のドアノブを回してドアを開けようとしているところを発見した。

② 76歳 男性 要介護度5 自立度C1 認知症Ⅱb

夜勤の巡回中に、利用者の下半身がベッドから落ちているところを発見した。利用者に聞いてみると、「トイレに行こうとした」と言っていた。対応として、利用者の身体状況からはトイレでの排泄は無理なことを説明し、又、身体の位置をベッド左側（麻痺側）に寄せておいた。

③ 85歳 女性 要介護度2 自立度B1 認知症Ⅰ

介護職員が夜間に居室を巡回中、利用者がベッドの横の床に横たわっているところを発見した。特に外傷はなく意識もあるので、ベッドへ移し、安静にして様子を見ることにし、バイタルサイン等その後の状態確認を行った。自力でベッドから車いすに移乗しようとして失敗し、転倒したと推測される。

介護事故 リスクマネジメント（日総研）より引用

- ・多くのスタッフの様々な幅広い視点でとらえた日々の事実と本人にとっての事実の意味付け
[根拠] が併せて記されている事
- ・記載された事実はスタッフの誤解がなく共有できる内容・表現であること
- ・本人にとって重要な生活の中の事実が記載されている事
- ・視覚に訴える方法 [イラストを使う方法]
本人のみならず他スタッフにも理解しやすい リスクマネジメントでは非常に重要

イラストのポイント

- ・利用者の状況
- ・報告者はどこにいたか
- ・他の利用者はどこにいたか

記録は家族・親戚に見せるものだということを忘れずに！！

福祉サービス事業をめぐる変化とリスクマネジメントの必要性

2000 年	社会福祉事業法の改正 介護保険法施行	措置⇒契約へ
2002 年	「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取組指針」 福祉サービス分野のリスクマネジメントの目的を定める	
2006 年	改正介護保険法 ・事故防止のための指針 ・事故が発生した場合の報告の義務化 ・事故防止のための研修の設置	
2007 年	「特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン」	
2009 年	「社会福祉施設におけるリスクマネジメントガイドライン」	

秘密保持の大原則

サービス提供者として利用者（家族）の情報の取り扱いには厳重かつ細心の注意が必要

社会福祉士および介護福祉士法 第 46 条「秘密保持義務」

業務上知り得た利用者のプライバシーを漏らしてはならない

記録の開示について

- ・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。

(個人情報保護法第 25 条)

(開示)

第 25 条 個人情報取扱事業者は、本人から、当該本人が識別される保有個人データの開示を求められたときは本人に対し、政令で定める方法により、遅滞なく、当該保有個人のデータを開示しなければならない、ただし開示することにより次の各号のいずれかに該当する場合はその全部又は一部を開示しないことができる。

一 本人または第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害する恐れがある場合

二 該当個人情報取扱事業者の業務の適正な実施に著しい障害または支障を及ぼす恐れがある場合

三 他の法令に違反することとなる場合

2 個人情報取扱事業者は前項の規定に基づき求められた保有個人データの全部または一部について開示しない旨の決定をしたときは、本人に対し、遅滞なく、その旨を通知しなければならない

- ・法令に基づく情報の開示の場合

例：介護保険法に基づく不正受給者にかかる市町村への通知、情報公共制度における調査員への開示など

- ・人の生命、身体または財産の保護のために必要である場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき

例：重度の認知症高齢者の状況を家族に説明するときなど

ケース

本日、末期がんで一時利用中の高橋さんから、記録の情報開示を求められた。

高橋さんは、介護者である妻が体調不良のため、検査入院する間の利用である。高橋さん本人も妻も在宅での生活を強く希望しており、介護者（妻）の退院後は家庭へ復帰する予定である。

そのようなこともあり、介護者の健康の回復、維持を図り、今後の在宅生活継続に向けての利用となった。その際、妻をはじめとする家族や主治医の意見としては、高橋さん本人が、自分の病状や余命について知らされておらず、現状で告知しても、一高橋さんの生きる意欲を奪い、QOL を落としかねないというものである。当施設でも、それに基づく対応を求められた。

高橋さん本人との面接、妻や主治医とのカンファレンスを通じ、施設側も同様に判断したため、従事者にもその旨の周知徹底を行っていた。

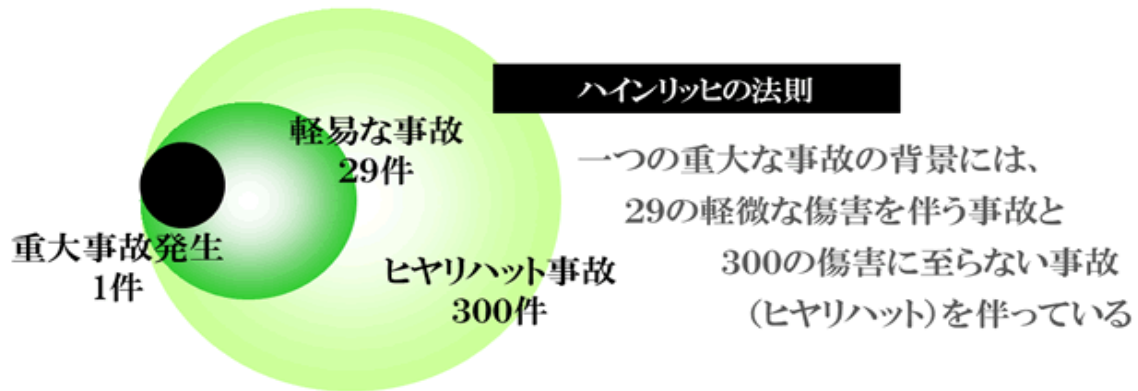
しかし、本人からの直接の開示請求が行われたため、急遽、施設長、事務長、看護介護部長、各フロアリーダーと主任、担当者、当施設主治医が参加し委員会を組織し、協議・検討を行った（詳細は会議録参照）。その結果、個人情報保護法第 25 条規定に該当すると判断し、病状や余命等に関する記載に関してはマスキングを施して開示することに決定した。

決定結果について、利用者の主治医および妻に生活相談員が報告し、同日、同意を得た。

「ハインリッヒの法則」について

「1 件の重大事故の背景には、29 件の軽微なケガを伴う災害があり、その背景に 300 件の無傷の災害がある」

つまり、介護保険施設などにおける事故も、重大な入院に至るような事故、死亡事故の影には、29 件の軽易な事故とケガを伴わない 300 件の事故があるということ。このケガに至らない 300 件の事故を「ヒヤリハット事故」と呼んでいる。文字通り、「突発的な事象やミスで、ヒヤリとしたり、ハットしたりしたもの」となる。



「高住経ネット」HP より引用

このように見れば、重大な事故を減らすためには、いかに軽易な事故を減らすか、またそのためには、ヒヤリハット事故を早期に発見し、減らしていくという作業が必要であることがわかる。

参考文献

【厚生労働省】省令第 37 号「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」

【厚生労働省】介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について

【日総研】訪問介護サービス 5 月、8 月号 福岡シティ福祉サービス 白石 均執筆

・限られた時間を最大限に活かす！利用者、家族への情報収集・アセスメント

・「諦めない！」こんなときどうする？」支援困難利用者への対応&訪問介護計画事例集

【介護労働安定センター・佐賀支部】個別援助計画を作ろう！研修配布資料

【介護労働安定センター 佐賀支部】介護記録の書き方セミナー配布資料

【介護労働安定センター・熊本支部】介護課程の基礎的展開（居宅系）研修配布資料

福岡シティ福祉サービス 「介護記録の書き方」セミナーレジュメ参考資料

福岡シティ福祉サービス 「傾聴について」セミナーレジュメ参考資料

【瀬谷出版】居宅介護支援専門員の為のケアマネジメント入門

【中央法規】サービス提供責任者 仕事ハンドブック

【中央法規】介護記録の減らし方

【中央法規】田形隆尚 根拠のある介護記録のつくり方