日総研執筆資料

訪問介護で整備しておくべき記録類

～訪問介護事業所における記録類整備と実地指導対策～

FUKUOKA CITY
WELFARE SERVICE

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～

訪問介護で整備しておくべき記録類

福岡シティ福祉サービス　白石均

介護保険制度が始まって 20 年たちました。2000 年以前に比べ、サービスの質向上が叫ばれ、その対策の一つとして記録類の整備が求められていますが、皆様の事業所では、十分対策ができているでしょうか。

厚労省もH27の介護保険の改正から、地域密着サービスで行われる運営推進会議で介護記録、介護計画書など帳簿類を提示して第三者からのチェック機能を受けるようにとの通知があるほど記録簿は今や事業所内で情報共有するもではなく外部に公開する材料になっているのです。また昨今盛んに言われているケア会議についても同様です。
さらに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しています。
このように書類の整備は必要に応じて速やかに外部に提出できるようにする等の意味で非常に重要な業務となってくるのです。

訪問介護では、他のサービスと違い直行直帰のスタッフが多いことから情報共有が特に重要になってきます。
サ責の方が書類の整備を行うことになりますが、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.　あらためて考えたい記録整備の必要性　～記録類のメリットと関連付けて～

ここではなせ、記録類の整備が必要かを記録を残す事によるメリットと関連付けて考えてみたいと思います。

①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況が把握できるのです。

②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。

③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分かりません。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。

④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

⑤万が一の時「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。

⑥支援の結果を社会に発信する

厚労省は 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。

⑦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。

⑧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、記録類の整備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。

2. 訪問介護で必要な記録類と記載のポイント

前項の「⑤万が一の時「介護事故」から自分を守る」でもご説明しましたが、各書類には記載のポイントがあります。
このポイントを外してしまうと、リスクマネジメントの観点から私たちを守ってくれる書類ではなくなってくるかもしれません。

(1)ファイスシート(図 1)

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が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か。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、通常の連絡先に連絡が取れ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 2)

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う、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 3)

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。

記載する上で注意するポイントは以下の通りです。

① 認知症利用者の BPSD について

「暴言、徘徊、介護拒否」等の主観的な表現は言語道断です。もし家族がこの表現を見たらどういった気持になるか考えてみてください。

② リスクマネジメント

リスクマネジメントの上記録の際に重要なのは"いつ起きたのか(When)"なのです。

記載のポイントで他の生活場面(レクレーション等)When は必要です。しかし、事故時にはこの"いつ"がとても重要になってくる場合があります。なぜなら、裁判官が"いつ事故が起きたのか"が判決を左右する場合も十分あり得るからなのです。

③ ケアマネジメントプロセスを意識して記載する

アプランの内容に沿った記載を心がけること、そして、後述するケアマネジメントプロセスに矛盾していないかを確認することが重要です。(図 3)つまり、介護記録に記載する表現は、ケアプランに記載している内容に沿った内容を記載しなければなりません。

(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(図 4)

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「ケアプランを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、ダメなのでしょうか

ケアマネジメントプロセスによると

① 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
↓
② ①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。

・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。（図 5）

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いう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いう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

3. 記録の「不備」にあたるのはどういったケース？

では、書類の「不備」にあたるというのはどういったケースが考えられるのでしょうか。（図 6）
いくつか事例を挙げてみたいと思います。

① 出勤について

文字通り出勤を証明する書類になりますが、これは介護記録や業務日誌から確認することができます。
不備として考えられるのは特定の日にタイムカードは押されているが介護が提供されている業務日誌にはスタッフの氏名が明記されていないといったケースです。

② 介護記録簿について

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　これがポイントになります。
つまり、ケアプランに明記された利用者人数分の介護記録がなければなりません。

考えられる不備として考えられるのが、10 名の利用者分の介護記録があるならば、本来 10 名分のケアプランが存在しなければいけませんが、8 名分のケアプランしか存在しないケースです。

③ **サービス提供日時について**

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がポイントとなってきます。

介護記録に記載されている日時は常に介護計画書に記載された（契約を結んだ）日時より後の日付を明記しなければなりません。

事例として介護計画書にはサービス提供日が 4/2 になっているが、介護計画書には 4/3 になっていることが不備のケースとして考えられます。

④ **更新時**

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ポイントになります。

つまり更新時に再作成された人数分の介護計画書が作成されていなければなりません。

事例として 4/2 日に再作成された（更新された）ケアプランがあれば、介護計画書は 4/2 以前の介護計画書と 4/2 以降の介護計画書のそれぞれが存在しなければ書類の不備に当たります。

4. ケアマネジメントプロセスについて

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 7）

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えます。

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

① 【契約】 契約書、重要事項説明書の交付【利用者との契約】

↓

② 【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）

↓

③ 【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）

↓

④ 【実行】サービス提供（介護記録の記載）

↓

⑤ 【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。

5.　書類の整合性をとるために気を付けたいポイントは

ではこの膨大な書類（特に介護計画や介護記録簿）を日ごろから取りこぼしがないようにするにはどのように整備しておけばいいのでしょうか。

特に訪問介護は他のサービスと違い、登録スタッフ（アルバイト、パート）が多いというのが特徴です。

また直行直帰といった勤務体系になっている事業所が多いのでおのずと 1 人ないしは 2 人のサ責が書類の整備を担っているとケースが多いのではないでしょうか。

そこで以下のご提案をしてきたいと思います。

（1）事務所内の業務分担（(図 8）

業務を円滑に進めるためには，事業所内での連携や役割分担を適切に行うことが有用です。

そのためには業務分担表を作成することをすすめします。

この業務分担表を作成しておけば、どのサ責がどんな業務をやらなければならないか一目瞭然です。

（2）帳簿作成の進捗管理（図 9）

利用者基本情報，訪問介護計画書，モニタリング報告書など，訪問介護事業所で作成する書類の進捗状況を管理する必要があります。これらの書類はどれ一つ欠かすことはできないのです。

利用者ごとに整えるべき帳票類を日常的にチェックしていけば，遅れている業務が明確に把握でき，業務の優先順位を考えやすくなるというメリットがあります。

6.　まとめ

今まで、様々な観点から書類の整備の重要性について、解説してきましたがいかがでしたでしょうか。

書類整備は、前述したようなメリットのほか、スタッフの業務負担軽減にも大いに発揮します。

最後にこのような書類整備に関連して書類の整理についてアドバイスをしておきたいと思います。

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ァイスシート、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 10）

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①（令和 1 年 1/1～令和 1 年 3/31）
訪問介護計画書②（令和 1 年 4/1～令和 1 年 7/31）
訪問介護計画書③（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③、その下に訪問介護計画書②、一番下に訪問介護計画書③

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。
ケアプランやファイスシート、事故報告書等の各書類も同様にしてケアプラン同士、ファイスシート同士、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 9)。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。

書類の整備はリスクマネジメントや情報共有、実地指導対策など様々な場面のメリットを与えるだけではなく、作業効率にも威力を発揮します。初めはめんどくさいかもしれませんが後々のことを考えて是非実行していただき、業務負担軽減の一助にしていただきたいものです。

参考文献

【日総研】二宮　佐和子　サ責ダンドリ仕事術　2012　P108,109
【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」
【厚労省】指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について(平成 11 年 9 月 17 日)(老企第 25 号)
【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

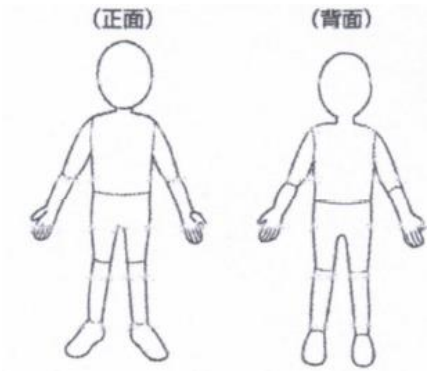
図１　フェイスシート

取扱注意

最重要書類の証

利用開始日	平成　　年　　月　　日	記入日	平成　　年　　月　　日	記入者・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			

			障害など部位
生活状況	歩行	□自立　□一部介助　□全介助	
	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2　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

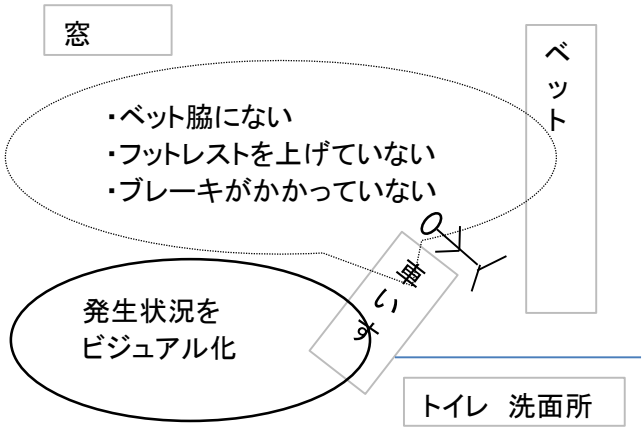
ヒヤリハット・事故報告書

報告者名　〇〇

発生日時	平成　　年　〇　月　△　日（　　）　〇時　〇分		
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	☑転倒　☐転落　☐衝突　☐ずり落ち　☐内出血　☐皮むけ　☐誤嚥・誤飲　☐異食　☐誤薬 ☐暴行　☐自虐行為　☐器物破損　☐紛失・盗難　☐車両事故 ☐その他＜言動・医療処置＞（　　）		
ケガの状況	☐打撲　☐捻挫　☐骨折　☑切り傷 ☐火傷　☐擦過傷　☐精神的被害 ☐発熱　☐その他（　　）	**部　位**	☐＜左側　右側＞　☐頭部（前後）　☐顔面　☐背部 ☐頸部　☐肩部　☐腕　☑手／手首　☐胸部　☐腹部 ☐腰部　☐脚／足　☐その他（　　）
発生場所	階　☑居室　☐廊下　☐トイレ　☐浴室・更衣室　☐食堂　☐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	〇〇 平成　〇〇　年　〇〇月　△　日（　　）　〇　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。

・[illegible]ら離れ[illegible]いことから、自身で[illegible]足首がフットレストに引っかかり、転倒したものと推測される。

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時間おきだ[illegible] 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の関係からの検討が必要
報　告	☐医務　☑副主任　☐課長　☐その他
備　考	

図３　介護記録、業務日誌

記録の書き方の基本

・When（いつ）
・Where（どこで）
・Who（だれが）
・What（何を）
・Why（なぜ）
・How（どのように）

→ ５Ｗ１Ｈの基本が７記録を書くときの大原則となる

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。

ケアプランの目標達成に必要な情報
- 介護に必要な情報
- 介護に役立つ情報
- 利用者の支援につながる情報

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
・レクレーションに参加し、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どんなレクレーションに興味を持っているのか
③レクレ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

【福岡シティ福祉サービス】介護記録の書き方から引用

図4　訪問介護計画書

利用者	フリガナ		性別	更新日	平成 ○○ 年　△　月　×　日
	氏　名	○○A子様　様	女	計画作成者（担当サービス提供責任者）	○○　○○

【長期目標】

・B男さんの介護負担を軽減するようにし、共依存状態がら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。

【家族の要望】

身体・家事に関する事	【B男さん】今まで奥様に迷惑ばかりかけてきたからせめて家で出来る限り介護をしてあげたい。 【長男】両親には楽になってもらいため、母親には施設に入所してもらいたい。 【長女】病院や施設の食事が合わないので介護をできるようにして、施設入所以外の選択肢がないか探したい。

週 間 予 定 表

曜　日	時　間　帯	訪問介護員
月、木	10 ： 10　～　11 ： 10	○○　○○
火、金	13 ： 00　～　14 ： 30	○○　○○
土	18 ： 00　～　19 ： 00	○○　○○
	：　～　：	

【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。
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。
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。
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。

【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きましょう。

私は上記の訪問介護計画書に基づきサービスを提供することに同意します。

〈指定訪問介護事業所：0000000000〉　　平成　○○　年　△　月　×　日

◆○○ケアステーション

東京都中央区東日本橋○－○－○　△△ビル５Ｆ
TEL：00-0000-0000　／　FAX：00-0000-0000　　印
代表取締役：介護 太郎　管理責任者：○○　○○

利用者　　印

代理人　　印

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する	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	○○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[illegible]	[illegible]チュ	△△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	[illegible]る	××通所介護

この部分について計画書にて具体的に記載する

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	・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します。 ・近所の人と話したい[illegible]にし生きがいを持て[illegible]
短期目標	・ヘルパーと一緒に近所[illegible] ・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していただきます。 ・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

ケアプラン記載の目標設定はあくまでも概要に過ぎない。モニタリングした結果を具体的に記載

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　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。

Ⅰ書類の整合性

事例

チェックする書類

①出勤について

タムカード
出勤簿

↔

介護記録
業務日誌

→

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

②介護記録簿について

ケアプラン

↔

ケアプランに記載された利用者の介護記録

→

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

③サービス提供日時について

介護計画書

利用者に説明した日時

↔

介護記録

サービスを提供した日時

→

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

④更新時

介護計画書

新規　１部
３か月後更新時　１部

↔

ケアプラン

新規　１部
３か月後更新時　１部

→

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

Ⅱ書類の不備の事例

① 出勤について

タムカード　4/11
出勤者・福岡花子
・国保太郎

4/11 介護記録
記録者　・福岡一郎
・国保花子

チェックポイント
4/11 の出勤者の名前に介護記録の記者者の氏名がない

②介護記録簿について

ケアプラン
4/1～10/31
福岡花子様

介護記録
4/1～10/31
福岡花子様の記録が存在しない

チェックポイント
4/1～10/31 のケアプランが存在することはこの期間にサービス提供されることを意味しているがその証拠となる介護記録が存在しない

③サービス提供日時について

介護計画書
説明・同意日時
3/11

介護記録
記録日　3/10

チェックポイント
介護計画書の交付の前に介護を提供してはならない

● **契約時、サービス開始の日時、その他介護記録記載時の日時の関係について**

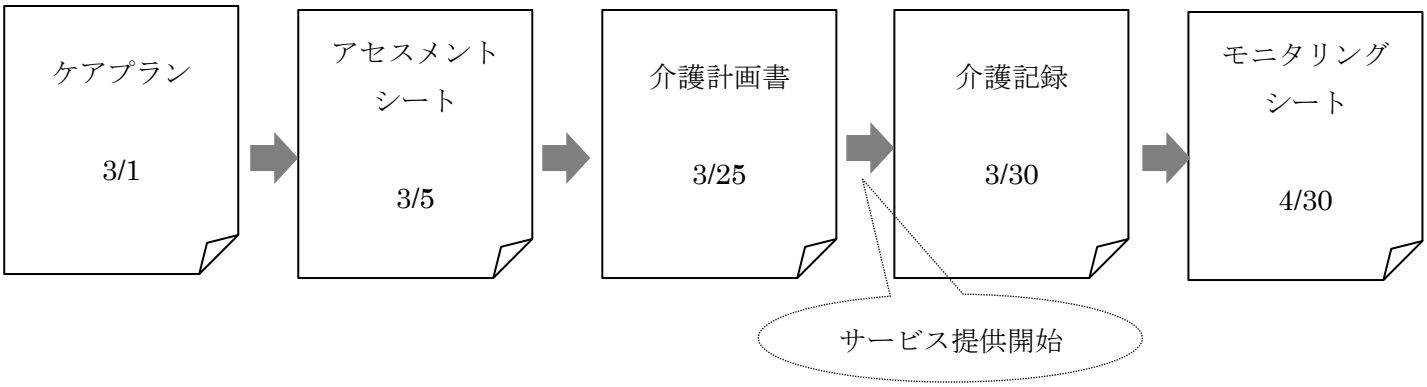
日時の設定についてもケアマネジメントプロセスに基づく。下記参照

ケアプラン → アセスメントシート → 介護計画書 → 介護記録 → モニタリングシート

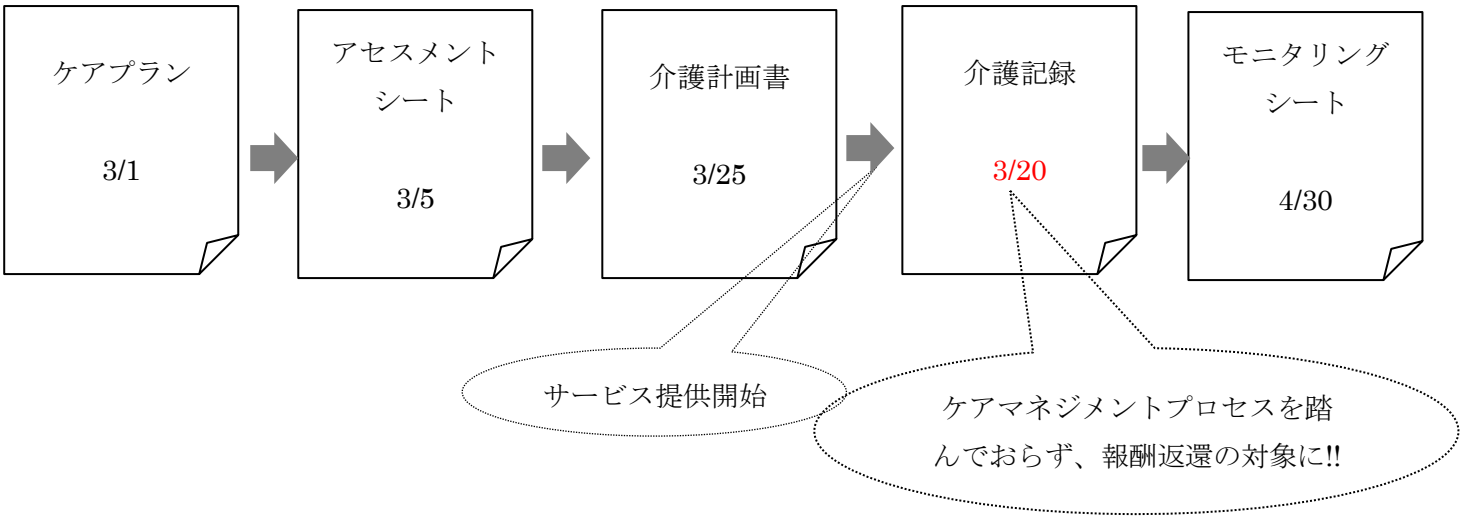
前　利用者から同意捺印をもらった日時　後

（介護記録は計画書交付日時以降の記録日が記載されている事）

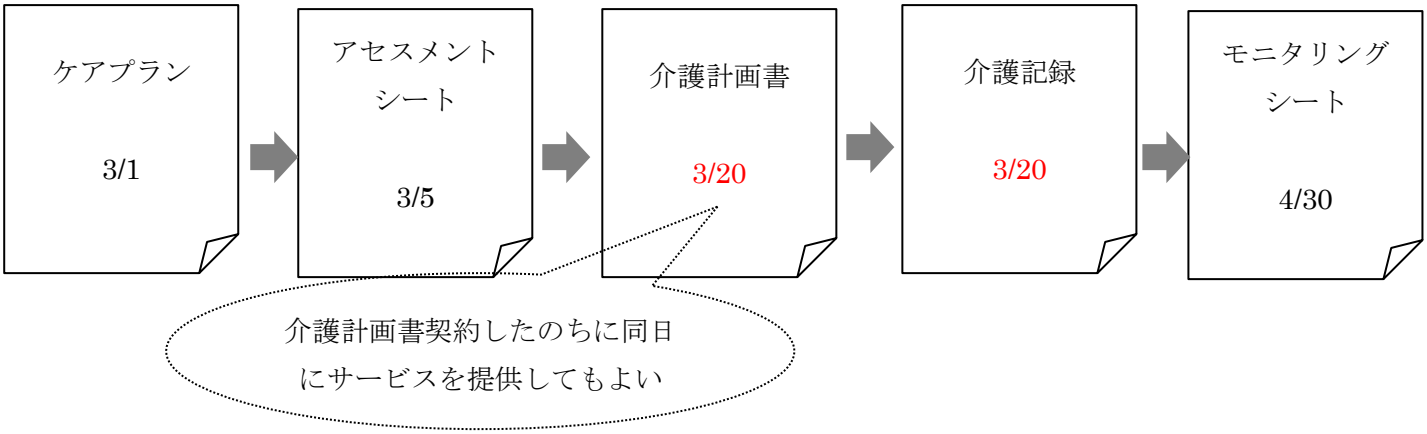
● 実地指導において OK となるケース



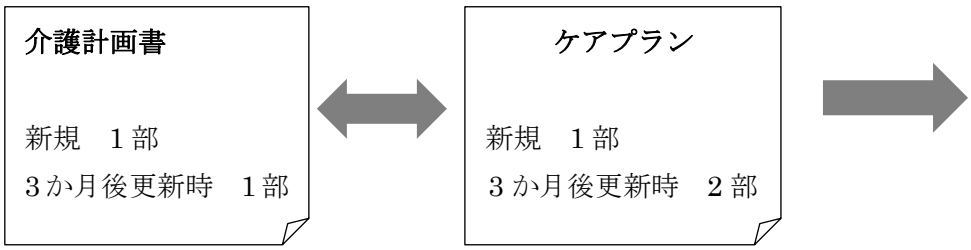
● 実地指導において NG となるケース



● 実地指導においてぎりぎりセーフとなるケース



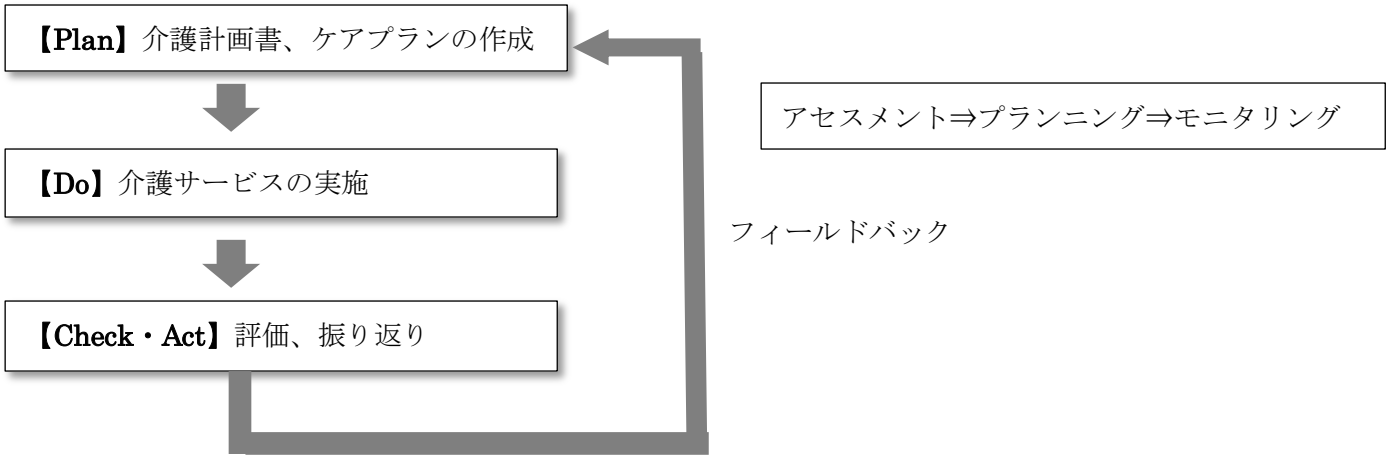
④更新時



チェックポイント
新規作成時には介護計画書、ケアプランとも 1 部ずつとなっているが、更新時には介護計画書が 1 部不足している

図 7　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】

同意する日時の記載と説明者、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【Ⓟlan】

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【Ⓓo】

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【Ⓒheck・Ⓐct】

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

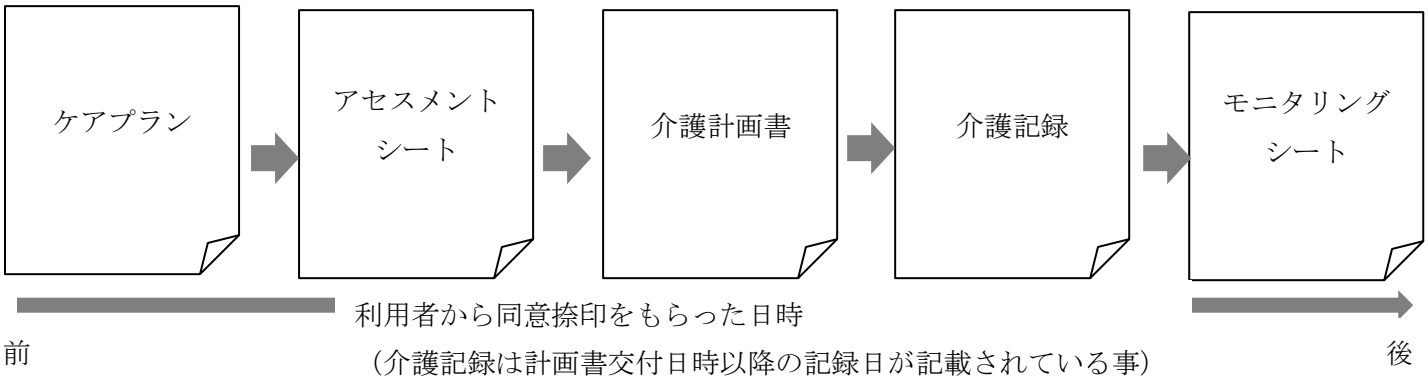


図８　訪問介護事業　サービス提供責任者業務分担表

平成　　年　　月　　日作成

☆：主担当　　○：担当　　△：サブ

	業務内容	サ責Ａ	サ責Ｂ
前月末～3 日	実績確認・実績入力		
1 日～3 日	他事業所（居宅・包括）実績報告		
1 日～9 日	モニタリング報告書作成		
8 日～9 日	CSV 作成・伝送・請求明細発行		
10 日	居宅・包括へモニタリング報告書提出		
10 日	記録簿提出確認・提出の督促		
10 日～20 日	フェースシート，事前アセスメント作成		
20 日	登録ヘルパー給与計算		
20 日～月末	訪問介護計画作成		
	提供票内容確認・コピー・配布		
28 日	訪問介護計画書を居宅・包括へ提出		
	訪問介護計画書を利用者へ交付		
随時実施	シフト調整の連絡		
	ホームヘルパーへの業務連絡		
	ホームヘルパーからの相談対応		
	サービス担当者会議		
	サービス提供記録簿コメント記入		
	サービス提供記録簿整理		
	同行訪問		
	利用料金の集金		
書類作成	シフト表作成		
	サービス提供記録簿作成		
	月間予定作成		
	援助マニュアル作成		
	利用者状況記録（フェースシート）の作成		
	人事評価作成・会議（半年１回）		
その他	契約・重要事項説明		
	事業所会議（報告内容準備・報告）		
	ホームヘルパー研修会		

日総研　サ責業務ダンドリ仕事術（一部加筆）

図９　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		／　／ ／		年			日				月　日
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

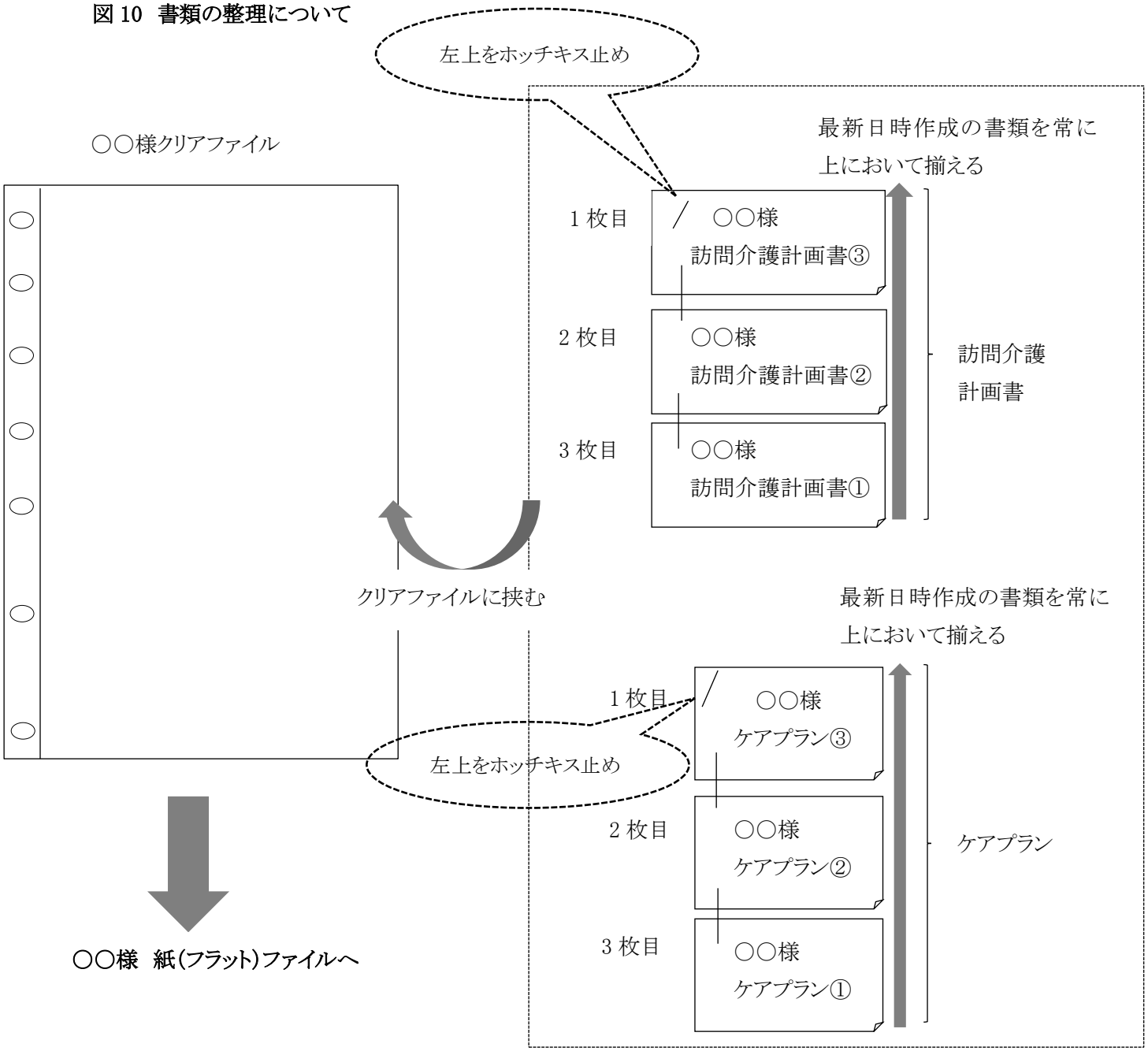
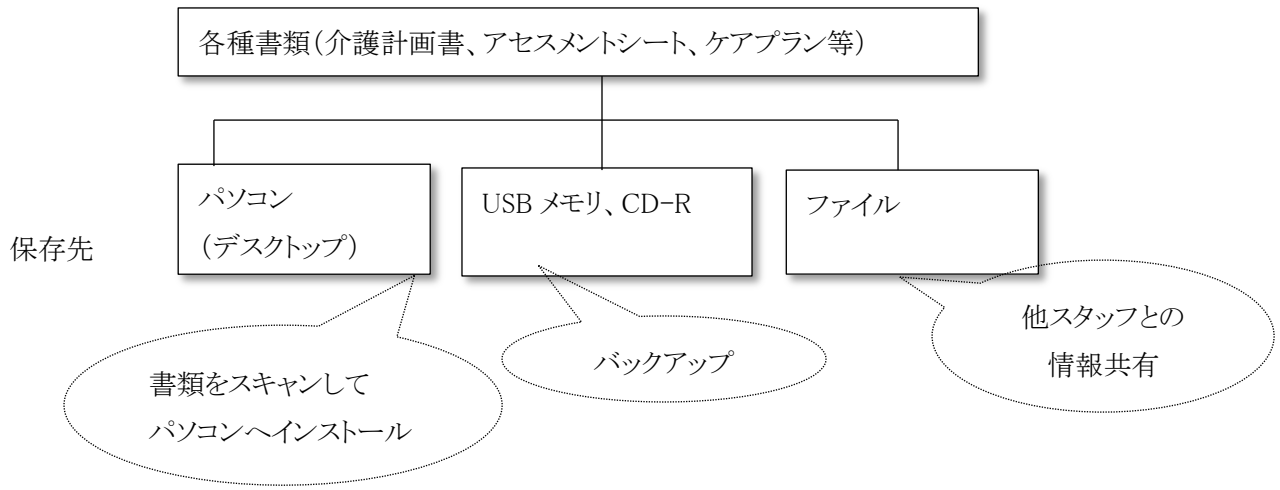
利用者台帳を作成する際にPCで関数を利用したら更新忘れの防止に

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

日総研　サ責業務ダンドリ仕事術（一部加筆）

図 10　書類の整理について



● 各書類保存方法