

# 実地指導に備えた 記録類整備の具体策

介護保険制度が始まって15年が経ちました。当初より、国は「介護の質向上」を政策目標に掲げ、その一環として職員のスキルアップ、介護と医療の連携、労働基準の順守などに力を入れています。また、行政による実地指導も厳格化されてきました。

市区町村が実地指導に力を入れている理由は、事業所に入ってくる収入の減少から、介護職員配置基準・介護報酬請求における違反が絶えないからではないかと言われています。

実地指導は介護記録を基に行われます。本稿では、実地指導対策の観点から、介護記録整備の具体策について解説します。

## 介護保険制度における記録の意義

介護保険制度における記録の意義を、次に示します。

- ①介護者が利用者を支援（ケア）したという証拠を残す。
- ②介護記録を利用者に提示することにより、利用者・家族と事業所との信頼関係を構築する。
- ③介護記録を残すことにより、利用者が均一した介護を受けることができる。
- ④万が一の「介護事故」から自分自身の身を守ることになる。
- ⑤記録を社会に発信する。
- ⑥新人職員の研修材料になる。

④の「万が一の『介護事故』から自分自身の身を守ることになる」は、介護事故が訴訟に持ち込まれた場合、ケアに誤りはなかったということを、介護記録が唯一の証拠として示してくれる働きが

## 福岡シティ福祉サービス 代表/社会福祉士 白石 均



近畿大学大学院・産業技術研究科修了後、大手学習塾にて講師・教務に携わる。1998年以降13年間、ケアプランセンターにて給付管理業務、有料老人ホーム・デイサービスセンターにて生活相談業務、介護保険請求業務に携わる。2012年5月福岡シティ福祉サービス設立。介護請求代行・職員研修を主な業務としている。現在、福岡近郊都市で介護事業所向けスキルアップのためのセミナーを開講しており、高齢者福祉分野で活躍中。公益社団法人日本社会福祉士会会員。  
福岡シティ福祉サービス・事業所URL <http://fukuoka-fukushi.com/>

あるということです。

⑤の「記録を社会に発信する」は、例えば地域密着型サービスで定期的（2カ月に1度以上）に開く運営推進会議の中で、介護記録について介護事業者以外の者（第三者）に対する提示も義務づけられており、第三者によるチェック機能を図ることにより、事業所の閉鎖性を防止しようという働きがあります。

介護記録を残すということは、介護をしているということとイコールです。逆に言うと、記録を残していないということは、ケアをしていないということと同じように見られてしまうのです。

## 実地指導では記録をどのように チェックしていくのか

実地指導でチェックされる書類は、日々の介護記録はもちろん、介護計画書、出勤簿、送迎記録、タイムカード、介護給付費明細書、給付管理票など、あらゆるものが対象となります。午前中に配置基準やケア内容に関して、午後は介護報酬請求関係に関してチェックが行われます。実地指導では、これらの膨大な書類をどのようにチェックしていくのでしょうか。

例えば、ケア内容をチェックしているとします。通所介護事業所の場合、まずケアマネジャーから交付されたケアプランの提示を求められます。そして、内容を確認したら、次は介護記録と

## ケアマネジャー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1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か
- ②歩行訓練時の様子や効果はどうか
- ③職員が歩行介助したのはどのような状況の時で、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
- ④職員がどんな声かけをし、どのような会話を交わしたか
- ⑤職員が気づいたこと

介護計画書の提示を求められます。さらに、ケアプランと介護記録や介護計画に矛盾点はないかを見比べて、チェックを行っていきます(図)。

また、送迎記録の場合も、利用者の出席簿と突き合わせて矛盾点がないかを確認していきます。もちろんそれらは、誰が記録したのかということもチェックされます。このようにして2種類以上の記録を見比べて、矛盾点はないか確認していきます。

記録はすべて利用者別にファイルを作成し、その中に綴じられていることと思われま。特にケアマネジャーから交付されるフェイスシートは、さまざまな記録の中で個人情報が集まった最重要書類であると実地指導担当者は見えています。そのため、このシートは鍵のついたキャビネットに保管しておくことを指導しています。

## 実地指導で指摘されないための 介護記録の基本

次に、実地指導対策の観点から介護記録を書くためのポイントについて述べます。

### ボールペンで記載する

介護記録をはじめ、記載する書類すべてが公文書だということを意識して、記録は鉛筆ではなく必ずボールペンで記載することが基本です。

### 介護者としてどのような働きかけをし、 その結果どう対応したのか記載する

ただ単に事実を書くだけでは、それは日記としか言いようがありません。例えば、利用者が車い

すから転倒したら、その後どういう声かけをしたのか、どのスタッフに伝え、その結果、どういう対応をしたのかを記載することが大切です。この記載により、次回のケアの改善にもつながりますし、カンファレンスなどでの話し合いの材料にもなり、ケア向上にもつながるのです。

### 正確な情報・確認できた情報を 具体的に記載する

あくまでも、実際にあったことだけを正確に記入するようにしてください。よく「〇〇であると思われる」と書かれた介護記録を見ますが、推測だけではいけません。もし推測を書くのであれば、必ずその推測に至った根拠を書いてください。また、あいまいな表現はせずに、具体的な表現にすることが大切です(表1)。

### 主観的な表現を書かない

主観的な表現は、認知症の利用者の介護記録でよく見られます(介護拒否、入浴拒否、暴力など)。これらの表現は書かないようにしてください。もし、そういった表現が記載された介護記録を家族が見たら、どういう気分になるでしょうか。その利用者はこの施設で職員から見下されて扱われているんだという印象を持たれて、信頼関係にも亀裂が生じかねません。

ではこの場合、どのように記述すればよいのでしょうか。それは、利用者から発せられた言葉をそのまま記述すればよいのです(表2)。

**表1 推測した根拠が分かるように書く**

状況の変化, 対応など具体的に	
● 家族や友人の訪問も少なくなり、 <u>生きる気力を失っている</u>	● 家族や友人の訪問も少なくなり、時折「 <u>誰も相手してくれない。生きていてもしょうがない</u> 」とつぶやくことがあり、 <u>生きる気力を失っているように思われる</u>
● 家族が時々訪問して、身の回りの世話をしている	● 長女が <u>週1回</u> 訪問して、食事や掃除、洗濯など身の回りの世話をしている
● <u>夜中</u> に目が覚めた	● 「息苦しい」と言って、 <u>午前2時ごろ</u> に目を覚ました
● <u>少し前</u> からデイサービスに通っている	● <u>2カ月前から週1回</u> デイサービスに通っている
● 入浴後に <u>水分</u> を摂った	● 入浴後に <u>コップ1杯(100mL)</u> の麦茶を摂った
● <u>少し熱</u> があった	● <u>37.1℃</u> の熱があった
● 朝食は <u>ほとんど</u> 食べなかった	● 朝食はご飯を <u>2, 3口</u> しか食べず、「もうおなかいいっぱい」と言って残された

**表2 主観的な表現は書かない**

● 食事中に <u>暴言</u> を吐いた	● 食事中「 <u>バカヤロー、こんなまずいものが食えるか!</u> 」と言われた
● お風呂に誘導しようとしたら <u>暴力</u> を振るわれた	● お風呂に誘導しようとして腕を軽くつかんだら、「 <u>今は入りたくない</u> 」と言って押し返された

### 氏名、日時などの記載漏れに気をつける

介護記録を書くことだけに集中して、肝心の日付や時刻、記録者のサインを記載し忘れることが多々あります。これらの記載の有無は、実地指導で最初にチェックされる場所です。これらに関しては記録を書く前に記入するようにしてください。

### 訂正方法

修正液で訂正している記録を見ることがありますが、これは絶対にやめてください。こういった訂正方法は、実地指導が入った時、何か怪しいことを書いていたのではないかと疑われても仕方ありません。介護記録をはじめ、ケアで使う書類はすべて公文書なのだという意識を常に持ってください。訂正方法としては、二重線を引いてその上から書き直せばよいのです。

### 行間の空き

介護記録を書いていると、行間が空いてしまう

場合があります。例えば、何か追記する際、同じ日時に空いたスペースに記録するのはよいのですが、別の日に空いたスペースに記録してしまうケースがあります。これは絶対に避けてください。その日の記録が終わり、スペースが空いたら「△」を入れるなどして、追記できないようにしなければなりません。

### 制度改正との関係で指摘を受けやすい記録

2015年4月の介護保険制度改正に伴い、いくつかの運営基準、人員配置基準が変更・緩和されました。実地指導で指摘を受けやすい記録とはズバリ、制度改正の内容、運営・人員基準の解釈が不十分なまま記載されている記録です。

そこで、記録に関連があると思われる制度改正の内容、運営・人員基準の解釈について触れていきます。

## 居宅介護支援事業所の場合

### ●特定事業所集中減算

以前は、特定事業所への集中率が90%を超えた場合に減算となりましたが、2015年度の制度改正後は、80%を超えた場合に200単位の減算となりました。ケアプラン作成や給付管理の際は、この点を常に意識して記載することが重要です。

### ●認定更新時におけるケアマネジメントプロセス

要介護認定を更新する場合は、サービス担当者会議を開催しなくてはなりません。2015年度の制度改正で、ケアプランの「軽微な変更」（サービス提供の曜日や回数、利用者の住所変更、事業所の名称変更、目標期間の変更など）の時は、サービス事業者との照会によって替えることができるとされました。次の2点について特に注意してください。

- ・軽微な変更の場合は、サービス担当者会議を開催しなくてもよい
- ・照会などにより意見を求めることで、代替可能となる場合がある

ケアマネジャーの中には、軽微な変更があってもサービス担当者会議を開かなくてもよいケースについて、あいまいに把握している方が多いのではないのでしょうか。サービス担当者会議を開催しなければならぬケースにもかかわらず開催しなかった場合には、すでにもらっている報酬を返還することになります。軽微な変更にあたるかどうかを確認し、サービス担当者会議の開催が必要なケースについては記録に残しておかなければなりません。

### ●モニタリング

ケアマネジャーが行うモニタリングについては、少なくとも月に1回は利用者宅に訪問しなくてはなりません。居宅での面接が行えない場合はこの限りではないとされています。

居宅での面接が行えなくても減算に該当しないと考えられる例は、次のとおりです。

- ・ショートステイに長期入所中
- ・通所介護の保険外事業として長期宿泊中
- ・一時的に親戚宅や別荘に生活場所を移している場合

ケアマネジャーの中には、このモニタリングについて面接を行わなくてもよいケースがあいまいになっている方がいますので、注意が必要です。

居宅介護支援事業所の記録としては、ケアプラン、アセスメント、サービス担当者会議、モニタリングなどの書類があります。これらの記録に不備が見つかった場合、必要事項の記入など修正を求められ、後日指定された期日までに担当窓口へ提出することが求められます。

再三の修正依頼にもかかわらず従わない（無視し続ける）場合、悪質なものと判断され監査に移行し、改善命令を受けることとなりますので注意してください。

### 【記録簿でチェックされる項目】

- ・書類そのものに記載漏れがないかどうかのチェック
- ・チェックする書類そのものと関連する書類を見比べて、記録内容に矛盾点がないかどうかのチェック

例えばアセスメントシートの場合、アセスメントシートの記載内容と介護計画書の記載内容に矛盾点がないかどうかのチェックを行います。

### 通所介護事業所の場合

通所介護についても、いくつか改正がありました。ここでは、介護記録と関係のある人員配置基準とその解釈について見ていきたいと思います。

### ●生活相談員の配置基準の緩和

改正以前は、生活相談員はサービス提供時間中、常に事業所内にいなければならませんでした

が、今回の改正から配置基準が緩和され、次のサービス提供時間中の外出は、生活相談員が事業所にいるもの（専従要件）と見なすこととなります。

- ・地域ケア会議への出席
- ・利用者宅へ訪問し、生活相談援助を行うための外出
- ・地域の町内会・ボランティア団体などと連携し、利用者に必要な各種の生活支援を担うための外出

この事項は、介護記録とは直接関係ないものの、今までは実地指導中に生活相談員が見当たらなかったとしたら、最悪の場合、配置基準違反となっていました。今回の改正から緩和されましたが、生活相談員の外出先と外出時間が記録されていないと、配置基準違反として介護報酬を返還する羽目にもなりかねませんので、注意が必要と言えるでしょう。対策として、生活相談員専用の帳簿を作成し、事業所を抜け出した時間と外出先で何をやっていたか（支援内容）を記載しておくことが必要です。

#### ●個別機能訓練加算（Ⅰ）（Ⅱ）の区分

以前から個別機能訓練加算（Ⅰ）と（Ⅱ）の区分があいまいになっているとの指摘がありましたが、2015年度の改正で改めて区分を明記しました。指導の際、書類をチェックし、この区分があいまいな場合は加算を取り消すという処分を規定しています。

また、算定要件〔（Ⅰ）（Ⅱ）共通〕として、「機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画書を作成し、その後3カ月ごとに1回以上、利用者の居宅に訪問した上で、利用者又はその家族に対して、進捗状況等を説明し、訓練内容の見直し等を行う事」という事項にも注意が必要です。

つまり、支援開始後3カ月に1回は利用者宅に

うかがい、支援内容の見直しを図らなければならないということです。そのため、個別機能訓練計画に関する帳簿類には、区分や支援内容はもちろん、訪問日と支援の見直し（評価内容）を記載する欄の作成が必要になってきます。

#### ●看護職員の配置基準の緩和

看護師の配置基準について、「健康状態の確認（バイタルサインのチェック）に限り病院、診療所、訪問看護ステーションから看護師を派遣することで、看護師配置基準を満たしたと認める」とされました。これは、利用者が事業所に到着した時、契約している訪問看護事業所などの看護師にバイタルサインのチェックをさせることにより、看護師の配置基準には違反しないという規定です。

この規定を満たすためには、帳簿類（業務日誌など）に提携先の事業者名と派遣看護師名を明記する欄を設けておかななくてはなりません。

#### ●送迎

送迎については、「送迎時に行った居宅内介助（電気消灯、着替え、ベッド移乗等）は30分以内に限り、提供時間に含まれるものとする」とされました。これは、例えば利用者の送迎のため、利用者宅を訪問し身支度を整える時間、またデイサービスが終了し利用者宅へ帰ってきた際に、スタッフが車いすからベッドへの移乗を行った場合、往復30分以内に限り、サービス提供時間に含めるという規定です。

この規定を適用するには、送迎票の再作成が必要となってきます。送迎時間はもちろんですが、その中でも利用者宅に到着した時間、身支度にかかった時間をそれぞれ記入する欄を設けなければなりません。

### リスクマネジメントと実地指導の観点からのチェックポイント

次に、実地指導とリスクマネジメントの観点か

## 資料1 フェイスシートの留意点

ら、記録書類ごとの注  
意点について述べます。

### フェイスシート

#### (資料1)

#### ●書類上部に

「取扱注意」「秘」

などを記載する

実地指導担当者は、フェイスシートは個人情報  
が詰まった最も重要な書類と位置づけて  
います。「取扱注意」「秘」などの記述がないと、個人情報のリスク  
マネジメントができていないと見なされて  
しまいます。

#### ●緊急連絡先は必ず

2カ所以上記載欄を設ける

万が一、通常の連絡先につながらない場合、第二、第三の連絡先が明記されていれば安心です。自宅にいない場合も考えられますので、できれば携帯電話の番号を明記した方がよいでしょう。

### ヒヤリハットまたは事故報告書(資料2)

#### ●ほかのスタッフの状況はどうだったかも記載

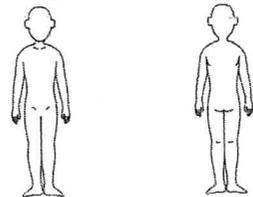
事故発生場所はもちろんのこと、どういった状況だったのかを詳しく伝えるため、略図を書く欄を設けておくことがとても大切です。略図を書くことにより、当事者だけでなく、そのほかのスタッフが事故発生当時どういう状況だったかが一目で分かるからです。

#### ●回覧確認欄

回覧確認欄がないというのは致命的です。実地指導では必ず確認されます。逆に言うと、この欄に署名があることで「この事業所は介護事故(ヒ

必ず、書類上に「取扱注意」「秘」などの記載を記載すること!!  
(重要書類ということが分かるように赤で記載)

取扱注意

フェイスシート			
利用開始日	平成 年 月 日	記入日	
フリガナ利用者氏名		男 女	年 月 日生 ( 歳)
利用者現住所	〒	要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
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
生活状況	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	障害など部位
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	入浴排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
疾患	褥瘡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(部位 )	[正面]
	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(部位 )	[背面]
	内服薬	<input type="checkbox"/> 有(朝・昼・晩) <input type="checkbox"/> 無	

緊急連絡先は、必ず2カ所以上記載欄を設けておく

ヤリハット)について情報共有している」と見なすのです。

### 利用者の同意

介護計画書、ケアプラン、サービス利用票などすべての書類には、利用者およびその家族の同意の証として署名と捺印が義務づけられています。また、新規利用者と契約する際の書類(重要事項説明書など)は、利用者およびその家族のほか、場合によっては代理人の署名も必要になってきます。これらの署名欄は、実地指導では必ずチェックされる場所です。

さらに、案外忘れがちですが、困難事例の検討会の際に発表材料として、利用者の介護計画やその他記録類を利用することがあります。この場合も、必ず同意の署名をいただくことが必要です。

### ケアプランの目標と介護記録の関係

ケアプランに書かれた支援内容と介護記録に書

## 資料2 ヒヤリハット・事故報告書の留意点

平成 年 月 日 ( )	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;">                 この欄がないと、情報共有 していないと見なされる             </div>				担当	副主任	在宅課長	施設長
報告者名								

### ヒヤリハット・事故報告書

発生日時	平成 年 月 日 ( ) 時 分									
氏名	男・女 H・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 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 <input type="checkbox"/> その他〈言動・医療処置〉( )									
	けがの状況	<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 擦過傷 <input type="checkbox"/> 精神的被害 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 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 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
		発生場所 階 <input 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 <input type="checkbox"/> ベランダ <input type="checkbox"/> 屋外(施設内・敷地外) <input type="checkbox"/> その他 ( ) 詳細:								
家族への連絡	様(関係 ) 連絡者: 平成 年 月 日 ( ) 時 分 保険:未使用・使用( 傷害 賠償 併用 )									
内容	略図				発生状況					
	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;">                     略図で示すことで、発生当時のスタッフ、 当事者の様子が一目瞭然となる                 </div>									

かれたケア内容に矛盾があってはなりません。指導の際に、ケアプランと事業所内で作成した介護計画の内容に矛盾がないか、また日々の介護記録(業務日誌)に矛盾がないかをチェックされます。

### スタッフの研修

国は「介護の質向上」を政策目標に掲げ、介護職員処遇改善加算の要件として研修受講の計画書を作成し、積極的に研修の機会を与えています。

実地指導対策として、この計画書作成はもちろんですが、研修に参加したことを証明するためには、該当研修の参加者名簿を作り、参加者から捺印をしてもらうほか、受講の際にもらったレジュメなど、参加者だけに配付される資料(板書、受講証明書など)をそろえておくことが重要です。そうしないと、実地指導の際に受講したことを証明できず、介護報酬の返戻・返還のほか、最悪の場合は加算が取り下げられるという事態にもなりかねません。

### —— まとめ・読者へのメッセージ ——

実地指導の観点から、介護記録の重要なポイントを挙げてきました。もちろん本稿で挙げたことがすべてだとは言いません。細かく挙げれば、まだまだ気をつけなければならない点がたくさんあります。

私が長崎県のとある福祉用具事業所から「出張研修をやってほしい」という依頼を受け、管理者とお会いした時のことです。そこで実地指導の話になったのですが、こういうことをおっしゃっていました。

「私、市役所職員の監査がとても怖いんです。あれって違反したら即、指定取り消しになるんですよね？ だから、何を聞かれるか、どんな書類をそろえておけばよいのか全く分からなくて困っているんですよ」

行政は今でこそ指導マニュアルを作成し、インターネットなどで公開していますが、まだまだそ

の実態は知られていないのが実情のようです。まず、行政による指導と監査というのは全く別物と考えていただいてもよいと思われます。

実地指導はすべての事業所に対して行われ、そこで書類上不備があったら、その箇所を修正して市役所に提出するように言われます。それでも再三の通知にも従わない場合、初めて監査に移行し、改善命令や勧告を受けるのです。それでも従わない場合などの悪質な場合に、初めて営業停止や指定取り消しという処分を受けることになります。

行政の方も何も最初から重箱の隅をつついてやる！ という気は毛頭ありません。行政指導というのは、介護保険法や労働基準法などを順守しているかどうかの観点から行われます。実地指導担当者は、法律の細かいところまで理解している事業所は少ないことを百も承知で、指導の担当に当たっているものと思われます。ですので、指導の結果、不備な点を改善するように求められれば、それに素直に従うことが大切です。これから実地指導を受けることになっている事業所の皆様は、必要以上に恐れることはないのです。

冒頭で申し上げたことと重複しますが、介護報

酬の不正受給、人員基準違反が後を絶ちません。これは、昨今の介護報酬の減少によりどうしても人材不足となり、介護報酬を水増ししてでも何とか自分の事業所が倒産に追い込まれないようにしなくては、というのが本音だと思われます。誰も好き好んで法令違反をしたくないはずです。

介護保険の制度改正により、もう少し介護報酬が事業所に入ってくるようなシステムを構築しなければ、このような不正受給や人員基準違反はなくなるような気がするのは私だけでしょうか。

#### 参考文献

- 1) 介護スキルアップセミナー「介護記録の書き方」配布資料。
- 2) 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」, P.12, 14, 18, 19.
- 3) 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, P.15, 16, 28.
- 4) 本間清文図解 給付管理もできる！ 新人ケアマネ即戦力化マニュアル, P.22, 36, 37, 日総研出版, 2015.
- 5) 厚生労働省：第119回社会保障審議会介護給付費分科会資料、平成27年度介護報酬改定の概要（案）  
[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000073617.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000073617.pdf) (2016年1月閲覧)
- 6) 平成11年7月29日老企第22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知：指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について
- 7) 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）

**疾患・症状・状況別**  
**高齢者施設の看護記録**  
**見える化する書き方**

岡村絹代

施設における看護記録を記載事例で！  
**スタッフにケアの根拠を示し、記録に残す！**

見える化する書き方を解説！

著者 **岡村絹代** ※本書は隔月刊誌「臨床老年看護」の年間購読特典です。  
愛媛県立医療技術大学 保健科学部看護学科  
成人・老年看護学講座 講師／学術博士

観察・アセスメントと記載のポイント！

B5判 184頁 定価 2,778円＋税

主な内容

- ・高齢者のアセスメントと看護記録
- ・高齢者施設における看護記録の特徴と書き方
- ・高齢者の観察・アセスメントと看護記録記載のポイント

詳しくはスマホ・PCから  で検索！

**DVD教材**

北欧の **持ち上げない！**  
**安全・快適トランスファー**

中山幸代

利用者の「怖い」「痛い」「不快」を解消！  
**押す・引く・回す技術の移動・移乗を導入しよう！**

〈監修〉 **中山幸代**  
移動・移乗技術研究会 代表  
元・田園調布学園大学 教授  
DVD 約70分 定価 6,482円＋税

※本書は隔月刊誌「高齢者安心安全ケア 実践と記録」の年間購読特典です。

利用者の安全確保と  
介助者の腰痛予防！

リスクアセスメントに基づく利用者本位のトランスファー

主な内容

- ペヤ・ハルヴォール・ルンデの技術の思想と理論
- ベッド上での上方移動の介助
- ベッド上での横移動の介助
- 仰臥位から側臥位（寝返り）の介助
- 仰臥位から端座位の介助
- 褥瘡のある利用者への移動介助 ほか

詳しくは **スマホ・PCから**  
 で検索！