

# 記録類の整備のポイント

福岡シティ福祉サービス 白石 均

ここ最近、実地指導で事業所指定取消、介護報酬返還のニュースをよく耳にします。また巷では以前に比べ実地指導が厳しくなったという事を耳にします。

この実地指導対策ですが、全ては書類の整備にかかっていると言っても過言ではありません。また書類の整備は何か行政指導対策だけにあるわけではありません。私たちの身を守るリスクマネジメントの点からも非常に重要になってくるのです。

そこで本稿では、実地指導対策としてどのような書類を整備すればいいのか、またその書類の記載の仕方などを解説していきたいと思います。

## ■記録整備の必要性・重要性

そもそもなぜ、書類が必要になってくるのでしょうか。そのことを理解するために書類作成の役割（特に介護計画書や介護記録簿）とメリットを挙げ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。

### 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集がして、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。介護記録を材料あ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同じような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。

## ⑨の実地指導対策の唯一の材料となる

実地指導では職員による設備類のチェックの他、メインとなるのは書類のチェックです。

この書類のチェックによりサービスが適切に行われているのかどうかを確認するのです。さらには場合によってはこの記載内容が各種加算要件に該当しているかどうかに関わり、要件に該当していないと判断された場合、介護報酬の返還にもつながる事もあり得るのです。

以上のように記録類の役割から記録の整備というのは非常に重要になってくるわけです。

## ■訪問介護で必要な記録類

介護サービスを提供していくうえで必要となる記録類は沢山ありますが、その中で訪問介護において実地指導の際にチェックされやすい書類と記載のポイントをご紹介します。

### (1) ファイスシート (図 6)

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入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か所も設けておく必要があるのでしょうか。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を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 1)

#### 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。

### (3) 介護記録(業務日誌) (図 2)

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。

ココには介護計画、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。

リスクマネジメントの上で、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(レクリエーション等)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。

### (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
- ・報告書をもとにカンファレンスなどで対応策を話し合う
- ・事業所・施設職員全員が共有する為、回覧印を押すこと（この印がないと、苦情を軽く見ていると行政から疑われてしまう）

### (5) 介護計画書 (図 3)

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。

以上のように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
  - ・説明責任（アカウンタビリティ）
- が実地指導でチェックされるのです。

## (6) アセスメントシート (図 4)

一言で言えば利用者宅に訪問したときに情報収集した事を記載するものです。

このアセスメントシートを基に介護計画書を作成します。

## (7) モニタリングシート

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その実施状況や評価についても説明を行うこと。

この実施状況、評価を記載するもの他モニタリングシートとなります。

その他、タイムカードや防災に関する書類、運営規定、個人情報取り扱い方針など数えきれないほどあります。

### ■実地指導の際、どのようなことが指摘されるか

では、これらの書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。
- ・訪問介護員に対し、秘密保持の誓約書等を雇用時に取り決めるなどの必要な措置を講じていない。
- ・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。
- ・利用者家族の個人情報を用いる際に、事前に文書で家族に同意を得ていない。
- ・訪問介護員等について、  
日々の勤務時間、職務の内容、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係、サービス提供責任者である旨等を月ごとの勤務表などにより明確にしていない。
- ・事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を配置していない。
- ・提供したサービスの具体的な内容等を記録していない。
- ・訪問介護費の算定にあたっては、現に要した時間ではなく訪問介護計画に位置付けられたサービスを行うのに要する標準的な時間で算定すること。

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 5)。

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

では次に書類別に指摘されやすい項目について見ていきたいと思います。

### (1) 事故報告書、苦情報告書

スタッフ全員の回覧印があるかどうかをチェックされます。この回覧印がないと「重大な事柄を情報共有できていない！」とみなされてしまうのです。もちろん、今後の対策、発生状況も詳細に記載していなければなりません。

### (2) 介護計画書と介護記録 (業務日誌)

日付をチェックされます。

サービス提供というのは

介護計画書を利用者に交付⇒サービス提供

という大原則があります。

つまりこの大原則に従えば介護計画で利用者に交付、説明同意をした日時より後の日時が介護記録に記載されていないとおかしいのです (図5 ③)

### (3) フェイスシートについて (図6)

行政の方はこのフェイスシートを個人情報がかぶった最重要書類とみているようです。

従ってこの書類は鍵の付いたキャビネットに保管するようにと指導があるようです。

### (4) 更新時について

更新の際は必ず、介護計画書を更新しなければなりません、更新されない介護計画書をそのままサービス提供している事業所もあるようです。

更新しなければいけないポイントは以下の通りです。

イ 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合

ロ 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

もちろん更新の際には、更新されたケアプランがなければなりません。

更新された（新しく作成された）ケアプラン⇒更新された（新しく作成された）介護計画書

があって初めてサービスが提供されるのです。

### ■不備がある場合、どうすればいいのか

では、行政指導で書類に不備があった場合、どのように対応していけばよいのでしょうか。

それを理解するためにケアマネジメントプロセスをご紹介します。

### ケアマネジメントプロセス (図7)

ケアマネジメントプロセスは、全ての介護サービスに共通する基本的なルールであり、この流れに従って実施指導での確認チェックが行われる。

全ては、このケアマネジメントプロセスに沿って実地指導は行われるのです。

このプロセスに矛盾点があると問題があると指摘されるようです。

また以下に行政指導の流れを (図8) に明記しておきますのでご覧ください。

ポイントは明らかに悪質な改ざんが認められると判断した場合、突然監査に移るという事です。

実地指導・・・適切にケアマネジメントプロセスが行われているか

監査・・・明らかに悪質さが認められる

このような違いがあるという事をご承知ください。

ですので書類の不備と言えども、くれぐれも監査に移るといふ事がないようにしたいものです。

では書類に不備があれば、どのようにすればよいのでしょうか。

一言で言えば、市町村側の指示に素直に従っておけばよいのです。

実地指導というのは1日を通して行われます。そして気になる資料があれば、それをコピーして持って帰るのです。そして後日、改善報告書を出すようにだとか、改めて改善箇所を指摘して書き直した書類の提出を促す等何らかの通知があるはずです。その指示に素直に従いましょう。

実地指導の担当者は、サ責が1から10まで法令や条例を理解しているとは到底思いません。あくまでも不備があったら直してくださいねという姿勢で行政指導というのは行われるのです。何も恐れる必要はありません。

しかし、監査は違います。

初めから何か怪しいとはなから疑いの目を掛けて視察に入ります。そこでは厳しい尋問が待っていると思ってもよろしいでしょう。そして改善命令という権限が強い命令が下され、それにも従わない場合は最悪指定取り消しという厳しい処分が待っているのです。

### ■記録類の整備で、日々気をつけておきたいポイントとは

実地指導では、上記書類のみだけではなく、ありとあらゆる書類がチェックされると心得ておきましょう。事前に準備しておきたい書類の一覧は図9の通りです。

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のでしょうか。

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

業務内容を具体的に細分化する

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（図10）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11）

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。

#### (3) 各書類の日時の記載について

各書類には、スタッフの名前と日時を記載する欄があると思います。

私たちはついつい、記録や計画書作成に目が向いて、日時や氏名記載については後回しになりがちです。



しかし、行政指導では必ずチェックされます。

日時の重要性は **(2) 介護計画書と介護記録(業務日誌)** でお話ししたとおりです。

ですので、各書類を作成する際は、まず最初に日時等を記載するようにしましょう。

## ■最後に

### ・平成 30 年介護報酬改定から新たに加わった指導項目について

今年度の改定から新たに介護記録等に明記しなければならない項目が加わりました。

訪問介護の現場での利用者の口腔に関する問題や服薬状況等に係る気づきをサービス提供責任者から居宅介護支援事業者等のサービス関係者に情報共有することについて、サービス提供責任者の責務として明確化する。

この通知はサ責が服薬等の状況でわかったことがあったらケアマネに様子を知らせなさいと言うものです。

そしてその事実を介護記録や業務日誌に明記しておきなさいと言うものです。

何をいまさらと思うかもしれませんが。今までも利用者に変化があったらその都度、ケアマネに報告していたはず

です。この通知を改めて出すという事はそれだけ、サ責とケアマネの情報共有がされていないのが現状だと想われます

出張セミナーの要望があって長崎・佐世保に出張に行った際に受講生から言われた事があります。

「来週監査が入るんですよ。私怖くて怖くて……。何をやったらいいか分かりません。」

おそらくその方は実地指導があるので不安だという事を言いたかったのだと思います。

先にも申し上げましたが、実地指導と監査は全くの別物です。何も恐れる必要はありません。

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、今から書類を作とかなないと……。と慌てて作る方がいらっしやいます。

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なりかねないのです。

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、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 P108,109

【福岡シティ福祉サービス】H30 介護報酬改定について 2018 P11

【福岡シティ福祉サービス】介護計画書作成について 2016 P2

【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 2016 P13

【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】介護記録・参考資料 2016 P22



図1 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

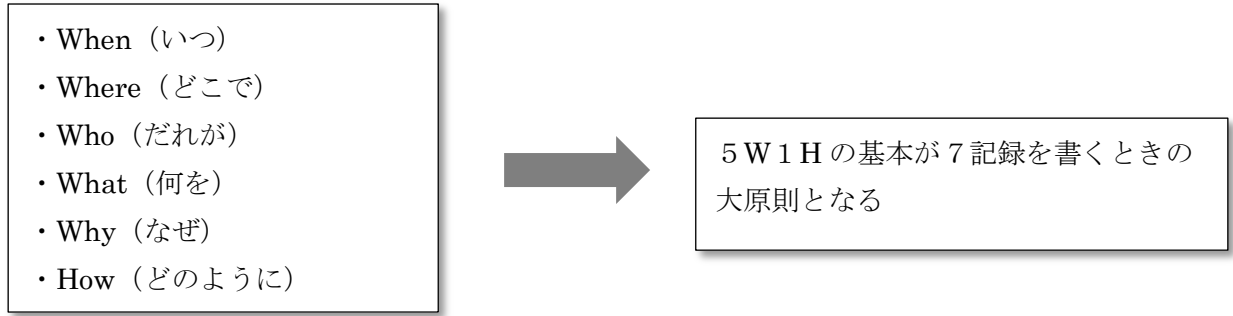
## ヒヤリハット・事故報告書

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 <input type="checkbox"/> その他<言動・医療処置>( )		
	ケガの状況	部位	<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 骨折 <input checked="" 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( )
発生場所	<input type="checkbox"/> 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 <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	○○ 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
			<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・「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。</li> <li>・車いすがいつもはベット脇にあるが、ベットから離れていた。またフットレストが上げられていないことから、自身で車いすに移乗しようとして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。</li> </ul>
原因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・フットレストが上げられていなかったこと</li> <li>・ブレーキが効いていなかったこと</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・夜勤の巡回間隔が1時間おきだった為、間隔を頻度に行う必要があった。</li> </ul>		
対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・夜勤体制について職員の巡回回数からの検討が必要</li> </ul>		
報告	<input type="checkbox"/> 医務 <input checked="" type="checkbox"/> 副主任 <input type="checkbox"/> 課長 <input type="checkbox"/> その他		
備考			

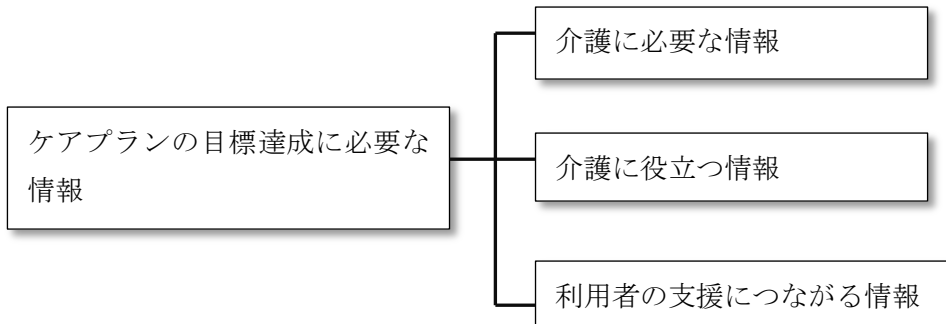
## 図2 介護記録、業務日誌

### 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**

- 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
- 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

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、楽しみを見つげられるようにする。
- ・他の利用者と雑談できるようにする。

**書くべき情報**

- ①利用者の日常生活の様子はどうか
- 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

ケアプランを  
反映



図3 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	<p>【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。</p> <p>【長男】両親には楽になってもらいたい、母親には施設に入所してもらいたい。</p> <p>【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。</p>
------------	---

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。
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。
	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は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ください。
- ◆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す。

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  
代表取締役: 介護 太郎 管理責任者: ○○ ○○

利用者 \_\_\_\_\_ 印

印

代理人 \_\_\_\_\_ 印

図4 (介護予防)訪問介護アセスメントシート

記入日 年 月 日  
 記入者

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) ( )・要介護( )			
緊急連絡先	ケアプランの情報を記載する			
①	〒			-
②	〒			-

2.身心の現状

ADLなど	現 状				備 考
歩 行	自立	見守り	一部介助(杖,カート,歩行器)	介助(車いす)	
動 作	起立可	つかまり立ち可	座位可	寝返り可	常臥床
食 事	自立	声かけ	一部介助( )	全介助( )	
食 形 態	主食( )	副食( )	禁 止 食		
会 話	健常	やや難	とても難	不可	
着 脱 衣	自立	声かけ			ケアプランの情報を記載するのが基本
入 浴	自立	声かけ			もし、ケアプランにない項目は情報収集の際に
排 泄	自立	声かけ			利用者・家族に聞く
	〈着用下着類〉 布				
認 知 症	なし	少し有	中ぐらい有	多く有	問題行動 徘徊,妄想,介護拒否,異食,( )
主治医①	医療機関名		医師名	<TEL>	- -
主治医②	医療機関名		医師名	<TEL>	- -
既往歴・病歴			服用薬		
点眼・点鼻薬			外用薬		
特 記 事 項					

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	足を直して一人旅をしたい。 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。
ご家族の希望	今はよげたい。 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。
特 記 事 項	週2.3回の訪問介護が必要。また、時々奥様にもリハビリに協力してもらい、本人に生活の支えが必要。二人三脚で協力していくことが必要

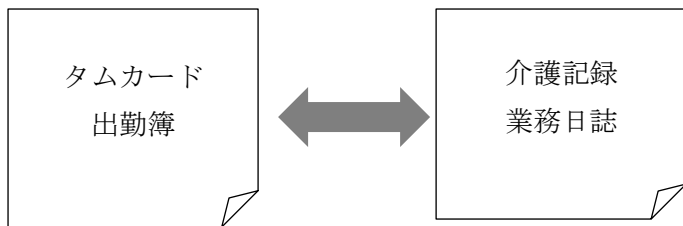
## 図5 書類の整合性

行政指導では書類のチェックに関して2部以上の書類のチェックを行い、整合性を図っている

事例

チェックする書類

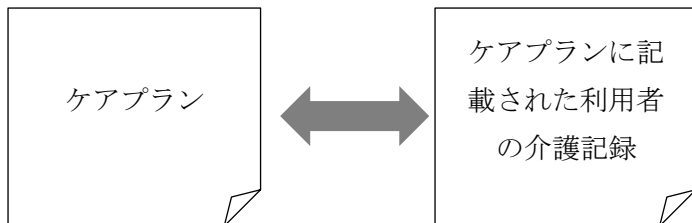
### ①出勤について



#### 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

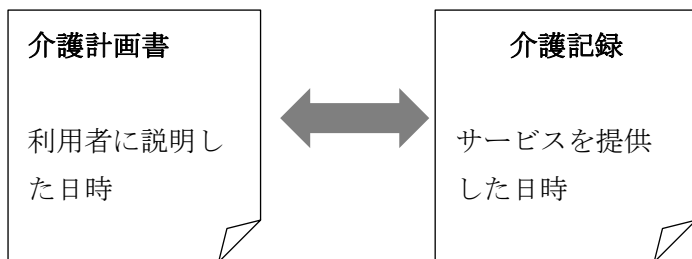
### ②介護記録簿について



#### 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

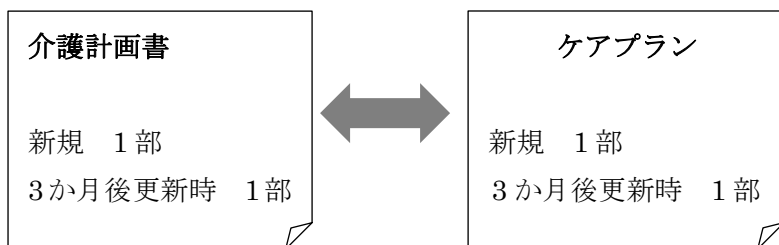
### ③サービス提供日時について



#### 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

### ④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

## 図7 ケアマネジメントプロセス

アセスメント⇒プランニング⇒モニタリング

### アセスメント

実地指導におけるアセスメントの実施状況の確認は、アセスメントシートの有無で成される。アセスメントとは、利用者が抱える生活課題（ニーズ）を明確にすることである。その上で、アセスメント結果や利用者、家族の希望を反映した目標を設定し、その目標の達成のための介護プログラムをプランニングしなければならない。これが個別サービス計画である。実地指導でのチェックポイントは、アセスメントシートの枚数と個別サービス計画の枚数が同じ枚数があるかということになる。



### プランニング

アセスメントを行わずに作成された個別サービス計画は、ケアマネジメントプロセスに従った計画ではないために否認される。また、ケアプランの目標を丸写しとした長期目標、短期目標も否認される。理由は、アセスメントを反映した目標を設定しなければならないためである。個別サービス計画の作成者は、運営基準で定められている。例えば、訪問介護計画はサービス提供責任者。通所介護計画は管理者である。個別通知で特例も認められており、通所介護は、生活相談員等が管理者と共同作成という位置づけで計画の作成を担当できる。規定で定められた者以外は計画を作ることが出来ず、他の者が作った計画は認められない。



### モニタリング

モニタリングの役割の一つに、個別サービス計画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である。この場合は、アセスメントから新たな目標を立てた新しい計画の作成というプロセスに戻る。「未達成」評価では、計画の目標が達成されていないために、現在の計画は継続となる。ただし、長期間にわたって未達成の目標は不適切とされ、達成可能な目標に変更した新しい計画の作成が必要となる。

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

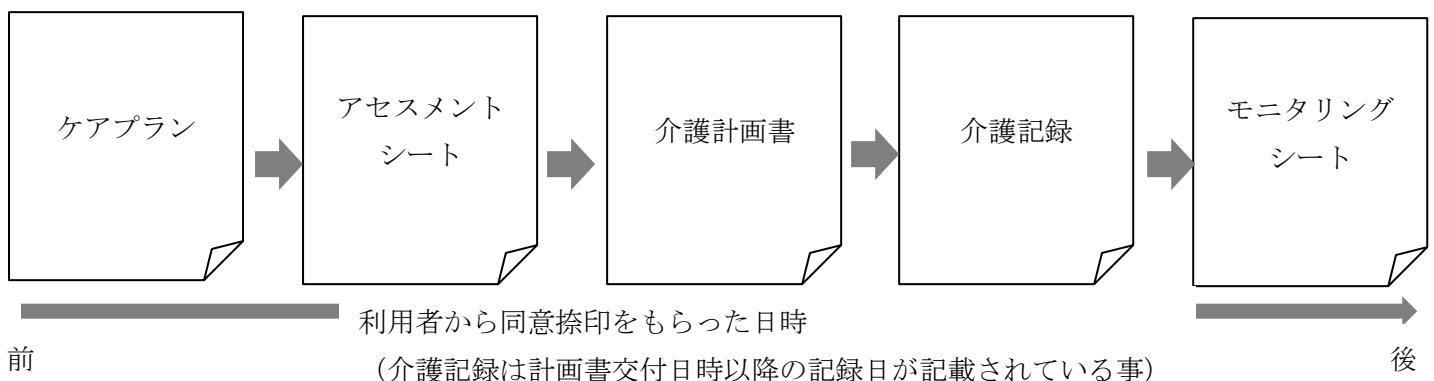


図 8 指導・監査の流れ

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。

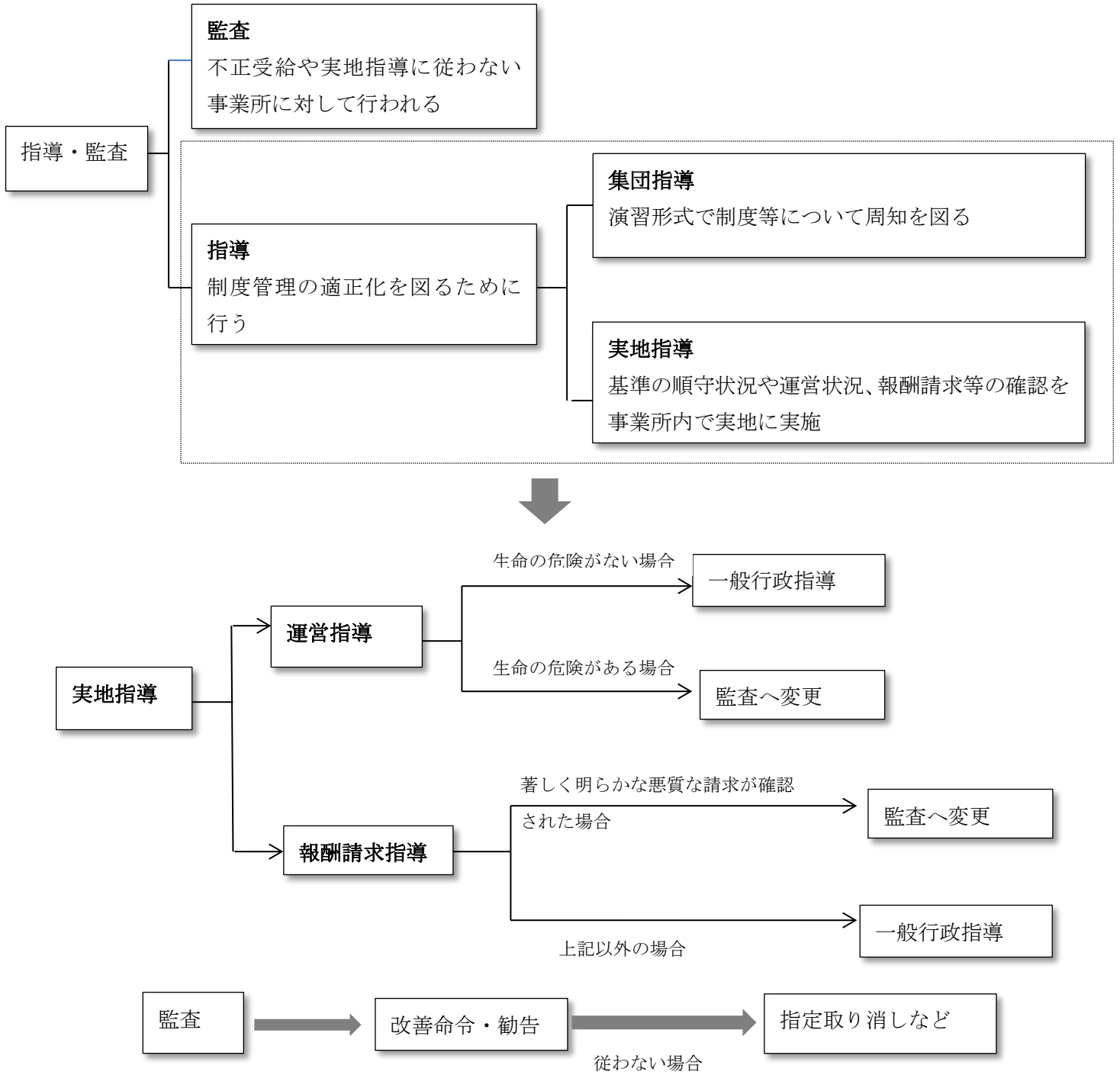




図9 実地指導でそろえておくべき必要な書類

■人員に関する書類

チェック欄

・職員名簿	
・職員の履歴書	
・辞令	
・資格証明書	
・雇用契約書	
・職員の勤務予定表（シフト表）および実績表，タイムカード	
・就業規則	
・利用者台帳	

■設備に関する書類

・指定申請の際の施設・事業所建物の平面図	
・手指洗浄設備	
・設備・備品台帳	

■運営に関する書類

・利用申込受付簿	
・利用者台帳	
・介護サービス計画書	
・サービス提供記録	
・サービス利用契約書	
・重要事項説明書	
・運営規程	
・指定申請および変更届の控え	
・組織図，職務規程	
・業務日誌	
・介護手順書，業務マニュアル（緊急時対応マニュアル，衛生マニュアル，事故対応マニュアル，苦情対応マニュアルなど）	
・サービス担当者会議の記録	
・アセスメントの記録	
・モニタリングの記録	
・各種委員会活動記録	
・職員研修計画および記録	
・事故報告書，インシデント報告書	
・身体拘束に関する説明書および記録	
・苦情・クレーム報告書	
・送迎および車両運行に関する記録	
・運営推進会議に関する議事録	
・施設・事業所の広告，チラシ，パンフレット	
・身分証	
・会計関係書類（事業所ごとの経理帳簿など）	

■介護報酬算定・請求に関する書類

・サービス提供票及び別票	
・介護給付費明細書及び請求書	
・加算にかかる体制要件・算定要件の記録	
・請求書及び領収書の控え	

図 10 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 11 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	〇〇	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